

Abstract :

EMPATHIE

HET GEHEIME WAPEN VAN PSYCHIATERS EN PSYCHOTHERAPEUTEN

Red: Greet Vanaerschot, Nelleke Nicolai, Marc Hebbrecht

Empathie= het vermogen om de wereld te zien vanuit het standpunt van degenen die anders zijn dan wij.

Dit vermogen heeft evolutionaire wortels, de mogelijkheid om zich op anderen af te stemmen beperkt zich niet tot onze soort maar komt ook bij primaten voor (De Waal: een tijd van empathie, 2011)

Empathie is ook cruciaal voor professionele persoonlijke relaties, het is een belangrijke component van Emotionele Intelligentie (naast Zelfbewustzijn, Impulscontrole en Doorzettingsvermogen). In de bedrijfswereld wordt het gezien als belangrijke " soft skill " .

Ook in de ontwikkelingspsychologie neemt empathie een belangrijke plaats in: ouderlijke empathische afstemming op de innerlijke wereld van het kind wordt als cruciaal beschouwd voor het ontstaan van een veilige hechting en het vermogen tot mentaliseren. Empathie ligt aan de basis van de zes 'basic needs': veiligheid, verbondenheid, waardering, autonomie, zelf-expressie en realistische grenzen. Indien aan deze basis behoeften niet wordt voldaan kan dit leiden tot hechtingsstoornissen en vroegkinderlijk relationeel trauma, met psychische problemen op volwassen leeftijd tot gevolg. (Klosko en Young: Leven in je leven).

Onderscheid Cognitieve empathie en Affectieve empathie.

Cognitieve Empathie:

vermogen om accuraat gedachten en gevoelens en ervaringen van een ander te identificeren en begrijpen (vaak met de bedoeling om het gedrag van de

ander te kunnen voorspellen). Dit vermogen is een belangrijk aspect van emotionele intelligentie.

Dit is de vorm van empathie die deel uitmaakt van de 'soft skills' van leidinggevers. Deze vorm van empathie leidt echter niet noodzakelijk tot meeleven, mededogen of pro sociaal gedrag. Integendeel, zij kan gebruikt worden om de ander te manipuleren, te kwetsen.

Dit betekent dat cognitieve empathie alleen niet voldoende is voor tussenmenselijke interacties gekenmerkt door wederzijdse betrokkenheid, zorg en hulp.

Affectieve empathie:

Het vermogen om de emoties, acties, intenties en andere innerlijke zintuiglijke waarnemingen van de ander lijfelijk te voelen. Dit vermogen wordt omschreven als 'mee-voelen', 'emotioneel bewogen worden', 'plaatsvervangend ervaren' van de emoties van de ander. Dit meevoelen speelt zich op pre-verbaal, lichamelijk niveau af.

Bij het empathiseren met een persoon die erg geëmotioneerd is, kan affectieve empathie leiden tot overspoelende emoties bij de empathiserende persoon. (In professionele contexten wordt aanbevolen om dit affectief mee-trillen onder controle te houden.)

Is empathie een persoonlijkheidskenmerk of een aangeboren capaciteit?

Empathie is een aangeboren capaciteit die men kan ontwikkelen en geldt niet alleen voor mensen, maar ook voor primaten.

Vaak wordt beweerd dat vrouwen empathischer zijn dan mannen, maar het lijkt erop dat mannelijke empathie cognitiever en vrouwelijke empathie emotioneler is.

Hoe ontstaat empathie?

Net als gehechtheid ontstaat empathie in de context van langdurige afhankelijkheid van de zorgfiguren.

Empathie ontwikkelt zich als het resultaat van een lang ontwikkelingstraject dat nooit af is. Bepaalde bouwstenen van de empathieontwikkeling zijn

aangeboren. De mens lijkt als het ware door de biologische uitrusting die hij meekrijgt, voorgeprogrammeerd tot het ontwikkelen van empathie. Die mogelijkheden moeten echter wel worden geactiveerd in een veilige intermenselijke relationele context. Spiegelneuronen in het brein dragen in belangrijke mate bij tot de ontwikkeling van communicatieve vaardigheden, de intermenselijke mogelijkheid van emotioneel aangedaan en emotioneel begrepen te worden.

Vanuit onderzoek naar voorlopers van empathie in het eerste levensjaar is vooral het autisme goed gedocumenteerd. Gemis aan empathie wordt vaak gezien als een kern van het defect in het sociale begrip of de relationele vaardigheden bij autisme: er is een probleem in het leren affectief betekenis geven aan en gebruik maken van orofaciale signalen. Daardoor ontbreken belangrijke bouwstenen van de symboolcapaciteit. De bouwstenen van de empathie zijn niet aanwezig. Tegenwoordig weet men dat er een fundamenteel probleem is in de aanleg van het spiegelneuronensysteem.

In een relationele matrix leert het kind emoties te reguleren, onder meer door zich te identificeren met empathisch spiegelende ouders. Affectregulatie vereist een empathische adequate affectspiegeling. De baby brengt emoties lichamelijk tot expressie. De moeder 'bevat' deze affectieve boodschappen, geeft er betekenis aan en beantwoordt ze door ze te spiegelen. De moeder maakt deze affecten 'helder', bijvoorbeeld door typische 'baby-talk': door niet alleen maar te imiteren kan de moeder het affect ook transformeren: binnen de perken van het draaglijke houden, herstel mogelijk maken in de richting van een positief affect, woorden geven aan emoties. Empathisch spiegelen betekent dus ook het niet nog erger maken, de negatieve emoties niet langer laten duren dan nodig.

Deze kernaspecten van empathisch spiegelen worden momenteel in onderzoek naar onveilige gehechtheid in kaart gebracht: de zorgfiguur reageert op een manier die alles nog erger maakt. Of: de zorgfiguur is niet geïnteresseerd en labelt het gevoel verkeerd, waardoor het kind de neiging vertoont zich af te sluiten (vergelijk de destructieve omstandigheden bij Klosko & Young, waardoor problematische schema's ontstaan).

Emotionele empathie biedt tegenwicht aan verstoppte agressie die mogelijk wordt door de ontwikkeling van cognitieve empathie (medelijden houdt je tegen iemand aan te vallen op zijn zwakke plek) .

Wanneer zowel cognitieve als emotionele empathie ontbreken, verwachten we kinderen die fysiek agressief zijn en weinig medelijden tonen met hun slachtoffers. Deze kinderen karakteriseert men wel eens als : hij heeft geen enkel besef van wat hij doet, hij lijkt niet te weten dat hij dat kind pijn doet wanneer hij het slaat.

Wanneer enkel emotionele empathie ontbreekt en de cognitieve empathie goed ontwikkeld is, verwachten we kinderen die vooral verborgen vormen van agressief gedrag plegen. Deze kinderen worden vaak omschreven als doortrapt en gemeen; hij weet perfect hoe hij iemand kan charmeren of kwetsen en wanneer hij iemand kwetst lijkt het hem eigenlijk koud te laten.(vgl psychopathie, waarbij er wel een cognitieve empathie maar weinig emotionele empathie is).

Empathie verwijst naar het besef van de mentale toestand van de ander en de emotionele reactie daarop. Het is meer dan het begrijpen van de verwachtingen van anderen. Empathie is vooral zich bewust worden van de emotie van de ander, deze begrijpen en er gepast op reageren, op een meelevende manier. Empathie draagt dus bij tot de socialisatie, tot pro sociaal altruïstisch gedrag. Voor een groot deel is empathie impliciet, dat wil zeggen dat het intuïtief en automatisch optreedt.

Empathie veronderstelt een mentaliseringsproces , want zelfbewustzijn moet gecombineerd worden met bewustzijn van de ander en emotieregulatie is nodig. Cognitieve empathie vereist expliciet mentaliseren: actief aan de gang gaan met representaties van gedeelde ervaringen.

Oudere emotionele systemen (limbisch systeem) en projecties daarvan op de orbitofrontale cortex vormen de neurobiologische basis van affectieve empathie. Neuropeptiden zoals oxytocine, opioïden en prolactine spelen een grote rol in de regulatie van empathische responsiviteit. Toedienen van oxytocine via een neusspray blijkt het wederzijds vertrouwen in mensen te verhogen en de reactie op sociale stress te verminderen, zodat men meer risico's durft te nemen in sociale interacties.

Persoonsempathie vanuit psychodynamisch perspectief:

Een psychodynamisch perspectief is een benadering die onbewuste aspecten van iemands gedrag benadert. Het is een term die gebruikt wordt in de psychotherapie. Je probeert iemand te begrijpen door zijn empathie te onderzoeken vanuit meerdere kanten: zijn levensgeschiedenis, zijn persoonlijkheidsstructuur e.a.

Persoonsempathie verwijst naar het ervaringsnabij begrijpen van de wereld van de patiënt; hoe hebben vroegere ervaringen ertoe geleid dat hij waarneemt, denkt, voelt oordeelt en handelt zoals hij feitelijk doet? Dit is de kernvraag waar de psychoanalyse zich mee bezighoudt.

Empathie is op zich geen therapeutische handeling, maar brengt wel een heilzaam effect teweeg. Empathie is de noodzakelijke doch niet voldoende voorwaarde voor succesvol psychotherapeutisch handelen. Empathie is de belangrijkste component van psychoanalytisch luisteren.

Empathie verwijst naar het vermogen zich in de plaats te stellen van de ander, empathie is meeleven met en voelen wat de ander voelt.

Empathie is zowel een fundamentele menselijke behoefte en tegelijkertijd een krachtige therapeutische band.

Empathie is een fundamentele behoefte die even noodzakelijk is voor overleving als zuurstof (Kohut, 1984). Pas wanneer empathie ontbreekt worden problemen acuut en dramatisch zichtbaar. Empathische tekortkomingen van ouders en eerste verzorgers spelen een rol in het ontstaan van alle psychopathologie (vgl de destructieve omstandigheden in het boek van Klosko & Young : leven in je Leven).

Het empathische falen van de ouders kan samenhangen met factoren bij het kind (wanneer de narcistische noden [lees: behoefte aan waardering] ongewoon hoog zijn bijvoorbeeld bij handicaps of leermoeilijkheden) , factoren bij de ouders (narcistische problematiek of volledig opgeslorpt worden door externe omstandigheden), of in de relatie tussen het kind en de ouders (bijvoorbeeld grote temperamentverschillen).

Gebrek aan empathie is een van de diagnostische criteria van de narcistische persoonlijkheidsstoornis, hetgeen overigens niet betekent dat elk gebrek aan empathie meteen wijst op een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Gebrek

aan empathie zie je nl ook bij bijvoorbeeld autisme, bij schizofrenie of tijdelijk bij depressieve stemmingsstoornissen.

Sterker nog, vooral de meer gestoorde patiënten zoals psychotici, borderliners en narcistische personen reageren negatief op empathie: ze worden angstig van teveel nabijheid, voelen zich geïnfantiliseerd of dreigen zich opgezogen te voelen in een verstikkende fusie.

Procesempathie vanuit psychodynamisch perspectief:

In de psychotherapie kun je , naast de boven beschreven persoonsempathie, ook de zgn. procesempathie onderscheiden. De procesempathie (of communicatieve afstemming) houdt in dat de therapeut probeert zich continu te verplaatsen in de wijze waarop de patiënte op elk moment haar wereld en zichzelf ervaart. De therapeut streeft ernaar om de wisselende beleving van de patiënt op elk moment waar te nemen, aan te voelen, te begrijpen en toetsend te verwoorden. Wanneer belevingen uit het verleden zo besproken worden is telkens de vraag aan de patiënt: ‘wat is de emotie daarbij?’ Vaak probeert de patiënt de pijnlijke gebeurtenis te rationaliseren (of ontkennen of bagatelliseren etc) om de nare emotie (verdriet, woede) niet te hoeven voelen.

De empathische relatie induceert en faciliteert bij de patiënt belevingsveranderingen (“re-scripten”) en uiteindelijk persoonlijkheidsveranderingen via een reeks empathische microprocessen: rigide overtuigingen ontdooien, vastzittende belevingen worden losgeweekt, nieuwe affectieve betekenissen leven op.

Iedereen kent ongetwijfeld die ervaring van zich anders te gaan voelen in contact met iemand die geïnteresseerd, aandachtig aanwezig, betrokken en empathisch afgestemd naar jou luistert (bijvoorbeeld door jouw huisarts 😊).

Empathie in Forensische setting

“Empathy underlies virtually everything that makes society work (like trust, altruism, collaboration, love, charity).

Failure to empathise is a key part of most social problems (like crime, violence, war, racism, child abuse,..)

In forensische setting is empathie voor de patiënt (crimineel) wezenlijk om hem te begrijpen, om zijn belevingswijze te doorgronden. Die zelf- controle, die moeite die het deze patiënt kost om zijn eigen beleving in aandacht te houden en te beheersen is vaak fragiel bij hen, hij raakt snel overspoeld door zeer intense belevingen (woede aanval, paniekaanval) of hij verliest het contact met de eigen beleving .Contact verliezen met de eigen beleving betekent dat je jezelf niet meer de vraag stelt: wat doet dit met mij en hoe kan ik hier het beste mee omgaan? Dit op helicopter-niveau naar jezelf kijken is een belangrijke verworvenheid van het mentaliseringsproces. Als je deze vaardigheid onvoldoende beheerst, dan kan dat wijzen op een onvoldoende mentalisering, zoals je ziet bij destructieve omstandigheden in je vroege jeugd.

Patiënten met een offensief destructief patroon gaan de aanval als continue verdedigingsvorm hanteren: hun manier om potentieel gevaar onder controle te houden is de ander controleren.

Daartegenover heb je mensen met een defensief destructief patroon, die zich opsluiten in een burcht en de aanval richten op indringers of bedreigers. Hun focus ligt op controle van hun innerlijke wereld.

In beide gevallen is de afscherming van kwetsbare belevingen erg stevig, ofwel door kwaadheid of agressie ofwel door niet te voelen.

Doordat deze belevingsaspecten afgesplitst zijn geraakt, kan er geen (of onvoldoende) reflectie, betekenisgeving en integratie ontstaan.

Wanneer de afgeschermdde beleving dreigt door te breken (frustratie, schaamte, vernedering, verlating) gaat dit gepaard met destructieve affectieve toestanden die vaak fysiek en woordeloos worden ervaren, en gaat men met alle geweld de gepercipieerde bron buiten zichzelf te lijf (dus geen reflectie maar door te externaliseren) of men probeert de beleving zelf te onderdrukken via alcohol, drugs, porno of seks .

(NB een afgeschermd beleving verwijst naar een basic need die niet vervuld is: m.a.w een veiligheid, verbondenheid, waardering, autonomie die niet ervaren is)

Vanuit de ontwikkelings geschiedenis van patiënten in een forensische setting kun je deze offensieve of defensieve patronen begrijpen als hechtingsstrategieën die er in hun kindertijd voor moesten zorgen dat er toch in zekere mate werd voldaan aan hun behoeften van veiligheid, verbondenheid, waardering, comfort en voorspelbaarheid. Deze kinderen groeiden echter op in een context van verwaarlozing, bedreiging, trauma en verlies zonder veilige volwassenen om op terug te vallen. Afhankelijk van het temperament kan dit leiden tot het groter maken van de eigen beleving of het afsluiten van de eigen beleving. Deze regulatie faalt meestal niet globaal maar specifiek voor bepaalde belevingen die niet geïntegreerd zijn geraakt en dus een eigen leven leiden. Wanneer deze belevingen getriggerd worden is geen reflectie mogelijk en faalt het mentaliserend vermogen.: het vermogen om intenties en gevoelens bij anderen en bij zichzelf te erkennen en interpersoonlijk gedrag te begrijpen in termen van mentale toestanden. Daaruit volgt vanzelfsprekend dat de patiënt op zo'n moment niet in staat is tot empathie.

Deze aaneenschakeling van falende vermogens (emotieregulatie, mentaliseren, empathie) maakt ook dat je de groei van deze capaciteiten het best kunt aanpakken in de volgorde van ontwikkeling. Dus beginnen vanaf nul. Een actief proces van afstemmen op elk moment is een belangrijke therapeutische activiteit om bij de patiënt zelf een vriendelijke uitnodigende houding tegenover zijn beleving te installeren. Anders is er geen zelfreflectie en therapeutische groei mogelijk.

Het is overigens van belang je te realiseren dat ook bij mensen met een goed ontwikkeld mentaliserend vermogen, dit mentaliserend vermogen instort bij een falende emotieregulatie. Dus bij te hevige emotie faalt ook bij hen het mentaliserend en empathiserend vermogen.

Empathie in de Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt vaak gezien als een wat koude vorm van psychotherapie, kenmerkend is haar klachtgeoriënteerde of stoornis-specifieke karakter. Ze is programmatischer en directiever dan inzicht gevende psychotherapieën. Cognitieve gedragstherapie zou daarom vooral geschikt zijn voor concrete klachten maar minder voor complexe zingevingsvragen.

De CGT ontstond in de jaren vijftig als tegenhanger van de psychodynamische psychotherapieën en wortelt in het Behaviourisme met zijn stimulus-respons psychologie

Probleemanalyses omvatten zowel het klassieke als operante conditioneringsparadigma. Eind vorige eeuw vond er een nieuwe ontwikkeling binnen de CGT plaats, waarin minder de nadruk wordt gelegd op de inhoud van gedachten en controle van emoties. Deze derde golf binnen de CGT is zeer heterogeen, maar gemeenschappelijk hebben deze therapieën (dialectische gedragstherapie, mindfulness based cognitive therapy, schematherapie, e.a.) meer nadruk gelegd op de kwaliteit van de therapeutische relatie en empathie dan bij de vroegere CGT.

Empathie en validatie van het gedrag spelen bij al deze therapievormen een essentiële rol: de therapeut communiceert aan de patiënt dat zijn gedrag begrijpelijk is in het kader van zijn huidige leven, context of situatie en legt verband tussen assumpties (aannames) en emoties. De therapeut moet empathie hebben voor de onderliggende schema's en modi. Empathie helpt de patiënt van de ene naar de andere modi te verschuiven (nl om de situatie ook eens vanuit een ander gezichtspunt te bekijken). (vgl deze term modus uit de transactionele analyse: soms bekijk je een situatie vanuit het gezichtspunt van de strenge ouder, dan weer bekijk je een situatie van de evenwichtige volwassene, dan weer bekijk je een situatie vanuit het gezichtspunt van het opstandige kind; deze verschillende gezichtspunten is wat met het woord 'modi' wordt bedoeld).

Empathie in systeemtherapie

Systeemtherapeuten hebben hun focus meer verlegd van individuele naar tussenmenselijke fenomenen omdat zij zagen dat louter het werken met individuen onvoldoende effect had bij ernstige psychiatrische problemen. Hun focus op het belang van interactie en communicatie bij het ontstaan, handhaven en veranderen van problemen was indertijd zeer vernieuwend, een paradigma verschuiving om menselijk gedrag vanuit dit gezichtspunt te bekijken. Zij experimenteerden met de aanname dat door een verandering in de regels van het systeem de onderlinge verhoudingen transformeerden en zo de individuele leden veranderden. De aandacht voor het individu betekende ook dat het individu minder in beeld kwam. De rol van de therapeut was meer gericht op het beïnvloeden van gedrag en context dan op gevoelens. Men benadrukte meerzijdige partijdigheid, in plaats van empathie. (zie ook hoofdstuk systeemtherapie)

Inmiddels is het individu weer meer in het vizier. In therapie wordt niet met een systeem of gezin gewerkt, maar met de degenen die daar deel van uitmaken. Het zijn **mensen** die verlangen, voelen en denken, geen gezinnen en systemen. Deze mensen hebben ieder een eigen verleden, eigen verbindingen en unieke ervaringen en betekenisgeving.

In hedendaagse systeemtherapieën is het uitgangspunt dat de therapeut geen neutrale buitenstaander meer, maar maakt hij deel uit van het therapeutisch systeem. Dat betekent dat er in de systeemtherapie gereflecteerd wordt over de persoon van de therapeut en over de plaats van empathie zowel in de therapeutische relatie als in de relatie tussen gezinsleden. Het creëren van een context waarin empathie en verbondenheid weer ervaren kunnen worden is dan een belangrijk therapeutisch doel.

In de systeemtherapeutische praktijk is de relatie tussen wat individuen doen, voelen of denken en hun relationele en sociale context het aangrijpingspunt van verandering. Het gaat niet enkel over de inleving van de therapeut, maar ook over de empathie die familieleden en andere betrokkenen voor elkaar hebben en kunnen opbrengen. Zij voelen zich door hun naasten onbegrepen en/of begrijpen hen niet meer.

In iedere ontmoeting kan empathie verdwijnen, verschuiven of juist groeien. Elke conversatie creëert mogelijkheden van connectie, disconnectie, van reflectie en haast, van begrip en onbegrip. Deze effecten van een dialoog

wisselen elkaar af, zijn meer of minder, langere of kortere tijd aanwezig. Ook empathie kan men beschouwen als een effect van tussenmenselijke beïnvloedingen, waarbij fluctuaties in empathie van alle betrokkenen onvermijdelijk zijn. Empathie is met andere woorden de uitkomst van een communicatief of relationeel proces tussen vele betrokkenen!

Wanneer men empathie beschouwt als een communicatief of relationeel proces, dan wordt men sensitief voor haar ongewisse effecten en verrassende vormen en voor de complexiteit van afstemmingen tussen vele betrokkenen.

Een verschil tussen bedoeling en effect:

Een context van verbondenheid kan zonder enige vorm van empathie niet ontstaan. Maar empathie vormt daarvoor geen garantie. Inleving kan eenzijdig zijn, door een of enkele van de betrokkenen gevoeld of geuit worden. Iemand kan bijvoorbeeld empathie voelen voor een ander, maar het is aan de ander of die empathie ook als zodanig ervaren wordt. De effecten van empathie heeft men niet in de hand. Wat bijvoorbeeld voor de ene partij een blijk van inleving is, kan voor de ander een verwerping zijn.

Vanuit de communicatieparadigma's (Watzlawick et al.) onderstrepen systeemtherapeuten het verschil tussen bedoeling en effect in de communicatie. Het onderscheid tussen bedoeling en effect is een vorm van inleving die recht doet aan de ervaringswereld van ieder en aan de relationele dynamiek die daarmee samenhangt. Je denkt te weten wat een ander denkt, voelt of bedoelt, maar dat is slechts een aanname en je kunt er helemaal naast zitten. Vandaar de veel gebruikte ezelsbruggetjes bij het communiceren: "Nivea= niet invullen voor een ander" of: ANNA=alles nagaan, niks aannemen.

Later kom ik hier op terug bij het hanteren van moeilijke gesprekken, waar aannames voor veel misverstanden blijken te zorgen zowel op het niveau van 'feiten' als op het niveau van 'emoties'.

Eigenlijk is juist dit een groot thema voor een systeemtherapeut, het inleven in de ervaringen van mensen door te proberen deze ervaringen te contextualiseren. ("hoe komt het dat jij bij deze gebeurtenis het gevoel krijgt dat.."). Interactiepatronen, omgangsvormen, levensfasethema's,

familiewaarden, cultuur, sociale klassen etc. kunnen worden geëxploreerd en hun betekenis voor betrokkenen wordt verkend.

Het gaat er hierbij niet om dat je vasthoudt aan je veronderstellingen over oorzaken van moeilijkheden (“de waarheid “ ?), maar om het samen creëren van contexten waarbinnen empathie en verbondenheid mogelijk worden!

In een groep is het niet alleen belangrijk dat de systeemtherapeut zich inleeft in het denken en voelen van de groepsleden, maar dat elk groepslid probeert te begrijpen waar het denken en voelen van de ander vandaan komt, want daardoor kunnen zij weer meer empathie voor elkaar opbrengen wat de verbondenheid onderling sterk verbetert en tevens een heilzame werking heeft.

Dit mentaliseren in de context van de groep houdt in dat de patiënten hun eigen (!) gedrag en dat van anderen kunnen begrijpen en verklaren vanuit achterliggende gevoelens , gedachten, behoeften en motieven.

Bij patiënten met een fragiel zelfbeeld , zoals bij borderline problematiek, neemt het vermogen om te mentaliseren snel af bij verhoogde spanning, bijvoorbeeld als contacten met anderen intenser en hechter worden. Als dat gebeurt, kunnen zij overspoeld raken door emoties, voelen ze zich snel bekritiseerd of reageren ze impulsief vanuit een bepaalde gemoedstoestand. Het blijkt vaak helpend om, in plaats van defensief te reageren, langdurige erkenning via empathische reflectie van de vaak heftige gevoelens te geven die de patiënten ten opzichte van een groepslid of de therapeut ervaren. Een acute empathische reflectie helpt vaak om de heftige gevoelens te doen afnemen (“ik kan me goed voorstellen dat je daar pissig van wordt “ etc.).

Na het empathisch reageren en na de hieruit resulterende kalmering is het van belang terug te keren naar het specifieke moment waarop de patiënt zich zo gekwetst voelde. De interventie beoogt dan, beeld voor beeld, de systematische ontvouwing te realiseren van de vele achtereenvolgende belevingsaspecten die schuil gingen onder de aanleiding van de problematische reactie.

Intermezzo begin:

Een fragiel zelfbeeld zegt iets over je kwetsbare identiteit, je oordeel over jezelf is teveel afhankelijk van je tijdelijke stemming, van voorbijgaande externe omstandigheden of van wat anderen over je zeggen. Als je een warme hechting in je vroege kinderjaren hebt gehad, als je mentalisering een evenwichtige volwassene van je gemaakt heeft, dan ben je in staat een zelfbewustzijn op te bouwen dat gebaseerd is op vragen als : wie ben ik? Waar wil ik naar toe met mijn leven? Hoe wil ik dat bereiken? De antwoorden die je voor jezelf hierop formuleert , bepalen je identiteit en je koers. Dan ben je ook in staat om te zeggen: "ik ben niet wie jij zegt dat ik ben, maar ik ben wie ikzelf weet dat ik ben "en dat is een solide zelfbeeld. Zie het hoofdstuk dat gebaseerd is op Stephen Covey: " Zeven eigenschappen voor succes in je leven ".

Intermezzo einde.

Dit soort systeem therapeutische behandelgroepen zijn geschikt voor patiënten met interpersoonlijke problemen die samenhangen met corrigeerbare, disfunctionele kernovertuigingen en interpersoonlijke gedragspatronen. In een groepstherapie is empathisch reflecteren een dominante interventie. Zulke therapievormen zijn derhalve ongeschikt voor mensen met autisme, schizofrenie en naar mijn idee moeizaam voor mensen met een ernstige psychopathische persoonlijkheidsstructuur.(zie onder)

Empathie bij patiënten:

Een tussenmenselijke relatie waarbinnen belevingen gedeeld kunnen worden, vereist wederzijdse empathie. Het gezichtspunt van de ander kunnen begrijpen, emotioneel geraakt kunnen worden door de ander en hierop reageren met een passende emotie en eventueel passend gedrag, zijn voor bevredigende relaties een onlosmakelijk trio. Voor de meesten kan het wel eens gebeuren dat je, onder hevige emoties (woede, wrok, haat), tijdelijk minder empathie kunt opbrengen voor je omgeving, maar dat herstelt zich dan weer zodra de emotie tot rust is gekomen. Bij empathie verstoringen speelt emotieregulatie een grote rol!

Veel patiënten ondervinden (al dan niet tijdelijk) moeilijkheden om een authentiek en bevredigend contact met anderen in stand te houden en zoeken daarom hulp. Soms is hun nood om begrepen te worden zo groot dat er geen ruimte over is om zich in te leven in anderen, waardoor de wederkerigheid van relaties dreigt weg te vallen. Bij sommige patiënten zijn hun emoties zo overspoelend dat deze hun empathie ondermijnen, of zij lijken leeg van binnen, niet in staat de ander te beroeren noch beroerd te worden.

Naast psychopathie en autisme (de twee bekendste problematieken met empathie-erosie) worden narcisme en de borderlinepersoonlijkheid, maar ook schizofrenie, depressie en de bipolaire stoornissen en burnout genoemd.

Baron-Cohen introduceert het begrip nul-empathie, om de totale afwezigheid van empathie aan te duiden. Hij onderscheidt 'nul-empathie negatief' en 'nul-empathie positief'.

Tot 'nul-empathie negatief' rekent hij borderliners, narcisten en psychopaten; er is sprake van een totale afwezigheid van empathie, zonder dat de ongevoeligheid voor anderen of voor het effect van hun gedrag op enigerlei wijze gecompenseerd wordt.

Tot 'nul-empathie positief' rekent hij patiënten met autisme, hun empathiemechanisme staat ook op nul, maar zij compenseren dit door een uitzonderlijk vermogen tot systematiseren (het aanleren en toepassen van gedragscodes in sociale settings, sterke morele code). Deze capaciteit werkt compenserend voor het gebrek aan empathie om schade berokkenend gedrag te vermijden.

Borderline P.S.

De opgekropte haat en razernij van de borderline patiënt maken empathie onmogelijk. Hun overspoelende woede neemt hen volledig in beslag en laat geen ruimte om stil te staan bij de emoties, behoeften en gezichtspunten van de ander, met als gevolg beschadigend gedrag naar de ander toe. Herkennen wat anderen voelen en reageren met een passende respons zit er niet in. Hun denken over anderen is zwart-wit en niet corrigeerbaar, mensen zijn ofwel volkomen goed of volkomen slecht. Het merendeel van hen heeft een fysiek of relationeel trauma; deze traumatische voorgeschiedenis heeft geleid tot een onveilige en vaak gedesorganiseerde hechting (waardoor onvoldoende tegemoetkoming in hun basic needs veiligheid, verbondenheid, waardering, autonomie, zelf-expressie en realistische grenzen. Zie hoofdstuk persoonlijkheidsontwikkeling en hoofdstuk over valkuilen in je leven)

Overigens wordt deze mening van Baron-Cohen niet door iedereen gedeeld. Vanaerschot spreekt van een verhoogde sensitiviteit voor emotionele signalen en meer nog voor negatieve signalen van verwerping of verlating. Zij hebben meer affectieve dan cognitieve empathie.

In mijn huisartsenpraktijk zie ik dat patiënten met een borderline stoornis wel degelijk empathisch kunnen reageren, maar dat dit sterk afhankelijk is van hun gemoedstoestand. Zij vliegen eerder uit de bocht bij futiele aanleidingen en dan blijft weinig over van hun empathisch vermogen.

(Daarmee komt opnieuw de problematiek van de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen ter sprake waarbij de DSM strakke en rigide afkappunten hanteert, die in de dagelijkse praktijk niet blijken te werken; zoals elders al eerder gezegd, doet de dimensionale benadering van persoonlijkheidsstoornissen meer recht aan deze realiteit).

Psychopathie en antisociale persoonlijkheidsstoornis:

De psychopaat, door baron-Cohen 'nul empathie negatief' genoemd, wordt door hem omschreven als totaal gepreoccupeerd met zichzelf en bereid om 'alles te doen wat nodig is om de eigen wensen in vervulling te laten gaan'. Dit zowel via gewelddadige uitbarstingen als koele berekenende wreedheid. Dus de empathie erosie zou hier niet enkel te wijten zijn aan overspoelende emoties. Het totale gebrek aan empathie, de totale onverschilligheid voor de gevoelens van iemand anders stellen deze patiënten in staat tot het begaan

van wreedheden.. Baron Cohen brengt het gebrek aan moreel besef en het totaal ontbreken van schuldgevoel in verband met een extreem onveilige hechting als gevolg van ernstige lichamelijke en emotionele verwaarlozing en afwijzing in de kindertijd. Dit heeft veranderingen in de ontwikkeling van de hersenen tot gevolg en leidt tot afwijkingen in het empathiecircuit in het brein. Daarnaast beschrijft hij hoe deze patiënten een onder-actief gedragsinhibitiesysteem hebben, waardoor zij geen angst kennen en niet bang zijn voor straf.

Onderzoek toont aan dat psychopaten (en ruimer patiënten met een antisociale persoonlijkheid) geen verstoring vertonen in cognitieve empathie, maar wel in affectieve empathie. Zij herkennen moeilijker emoties van angst, verdriet en walging, wat verklaart dat ze niet 'afgeremd' worden door het lijden van hun slachtoffer; terwijl ze geen verstoring vertonen in het herkennen van emoties van woede of blijdschap.

Caspi et al. (2002) onderzochten de rol van de interactie tussen genotype en vroegkinderlijke fysieke en emotionele mishandeling in de ontwikkeling van antisociale trekken. Zij kwamen op basis van longitudinaal onderzoek waarbij zij meer dan duizend kinderen vanaf de geboorte tot hun 26^e levensjaar volgden, tot de volgende conclusies:

1. Kinderen met genetische deficiënties in het mono-amino-oxidase-A (MAO-A) gen (met lage MAO activiteit als gevolg) die mishandeling in de kindertijd hebben meegemaakt, lopen significant meer risico op het ontwikkelen van antisociale trekken. (de 12% kinderen uit de proefgroep met combinatie laag actief MAO-A-activiteit + mishandeling namen als jongvolwassenen 44% van de veroordelingen wegens gewelddelicten binnen de totale proefgroep voor hun rekening.
2. De invloed van enkel de MAO-A-activiteit op de ontwikkeling van antisociaal gedrag is niet significant; de invloed van mishandeling daarentegen is wel significant. Dus kinderen met een lage MAO-A-activiteit zijn kwetsbaarder om antisociaal gedrag te ontwikkelen na mishandeling dan kinderen met normaal of hoog MAO-A-activiteit.

Aspergersyndroom en autismspectrumstoornis:

Baron-Cohen noemt mensen met een autisme stoornis 'empathie-nul positief' omdat zij (hoewel hun empathie mechanisme op nul staat) juist supermoreel zijn door hun systematiserende manier waarop zij informatie verwerken. Hoog functionerende autisten hebben niet alleen moeite om te begrijpen wat er in de ander omgaat, maar ook met wat er in henzelf omgaat. Ze kunnen hun eigen emotionele gewaarwordingen niet benoemen als 'emoties', ze hebben er geen woorden voor. Er is een duidelijke verstoring in de cognitieve empathie; nog onduidelijk is het of er ook een verstoring is in de affectieve empathie.

Burnout:

Burnout komt vaak voor bij hulpverleners en wordt gekarakteriseerd door 1) depersonaliseren (met name patiënten zien als objecten), 2) een gevoel van falen en van verminderde persoonlijke bekwaamheid en 3) emotionele uitputting, opgebrand, uitgeput.

Burnout lijkt dodelijk voor empathie. De empathie erosie is tijdelijk, het zijn meestal mensen van een hoog-gemiddeld empathie niveau die kiezen voor een baan als hulpverlener. Nader onderzoek heeft uitgewezen dat hoge niveaus van affectieve empathie (begrepen als emotionele besmetting) sterk geassocieerd zijn met burnout terwijl hoge niveaus van cognitieve empathie en effectief kunnen communiceren over gevoelige en emotionele onderwerpen, juist bescherming lijken te bieden.

De boodschap lijkt te zijn: Houd emotioneel afstand van je patiënten!

Empathische verstoringen en hechtingstheorie

Empathie vormt een hoofdingrediënt van therapeutisch succes. Vreemd genoeg heeft de psychoanalyse lang een grote afstand tot het begrip gehouden. Sinds de opkomst van relationele en intersubjectieve stromingen in de psychoanalyse is empathie weer in het centrum van de aandacht komen te staan. Juist in de moderne psychoanalyse wordt herkend dat empathie het vehikel is waardoor analyticus of therapeut toegang krijgen tot het innerlijk beleven van de patiënt.

Onderstaand wordt beschreven hoe het komt dat empathie mis kan lopen, niet tot stand komt en wel aan de hand van de affecttheorie en de rol van gehechtheid.

Voor het ontstaan van een empathische (lees ook affectieve) band tussen twee personen moet aan enkele voorwaarden worden voldaan, waaronder een minimaal vermogen tot empathie voor de therapeut.

Bij mensen die over nul empathie beschikken, is een empathisch contact bemoeilijkt:

Nul empathie negatief P (psychopatisch), erkent de intenties van de ander niet vanuit minachting en haat;

Nul empathie negatief B (borderline) kan de intenties van de ander niet 'denken', vanuit een beperkt vermogen tot mentaliseren;

Nul empathie negatief N (narcisme) erkent de ander niet in zijn bestaansrecht als onafhankelijk persoon met eigen intenties, behoeften en noden.

Relatie tussen empathie en gehechtheid en affectregulatie:

Er blijkt een relatie tussen empathie en gehechtheid: hoe veiliger gehecht, des te groter het empathisch vermogen! De empathische respons bij onveilige gehechtheidsstijlen is minder groot.

Men weet dat een veilige gehechtheid ontstaat in het eerste levensjaar doordat er een evenwicht groeit tussen enerzijds het vermogen van de baby zichzelf te reguleren (bv door even weg te kijken, te duimen of even met een speeltje te rammelen) en anderzijds interactieve regulatie.

Interactieve regulatie wordt gekenmerkt door een teveel aan affect, verdriet, boosheid, angst, dat een **good enough** moeder opvangt door het kind te troosten, gemarkeerd te spiegelen, af te leiden of weg te halen uit de beangstigende situatie.

Een teveel aan zelfregulatie zien we bij kinderen met ouders die de hechtingsbehoeften van het kind stelselmatig afwijzen of bagatelliseren.

Een teveel aan interactieve regulatie zien we bij kinderen die opgroeien in een inconsistent milieu, met ouders die soms erg aanwezig zijn of zelfs intrusief zijn in het spel van het kind, maar op andere en voor het kind onvoorspelbare momenten driftig, boos of afwezig zijn.

De balans tussen interactieve regulatie en zelfregulatie is van belang voor het ontwikkelen van stress en affectregulatie in de eerste twee levensjaren.

De bekende gehechtheidsstijlen bij kinderen en volwassenen (veilig, gereserveerd-vermijdend, ambivalent gepreoccupeerd en gedesorganiseerd) zijn in feite emotieregulatie strategieën.

Men onderscheidt tegenwoordig primaire en secundaire strategieën:

De primaire emotie-regulatiestrategie in tijden van stress en nood is het zoeken van contact met een belangrijke ander. Contact, aanraking en troost zijn belangrijke regulatoren in ons leven.

Is die nabijheid of zelftroost er niet, of is de toegang psychologisch onmogelijk door negatieve ervaringen, conditionering of traumatische situaties, dan wordt gebruik gemaakt van twee andere strategieën om emoties te reguleren, nl. De-activeren en Hyperactiveren.

1. mensen die De-activeren, onderdrukken hun emoties. Ze doen dit door het belang van een gebeurtenis of relatie af te zwakken, door bekende afweermechanismen als affectisolatie, onderdrukking, verschuiving. Hun eigen zwakte zien ze liever niet onder ogen. Ze zijn vooral bang hun onafhankelijke stoerheid te verliezen.

2. mensen die Hyper-activeren, verwachten het heil van de ander, maar deze kan nooit die troost bieden die zij wensen. Zij hebben dus de neiging om tegelijkertijd een beroep te doen op de ander en die ander af te wijzen. Hun probleemoplossend vermogen is verminderd en ze blijven vaak gevangen in negatieve emoties

Het is een uitdaging voor therapeut en patiënt om een goede therapeutische relatie aan te gaan, om zoveel afstemming te bereiken dat er een optimale empathie ontstaat. Optimaal betekent niet te veel (opdat er geen emotionele besmetting optreedt) en niet te weinig (opdat er geen empathie blokkade optreedt; een risico dat bij empathie nul negatieve patiënten kan optreden).

Perfect begrip bestaat niet, maar het zich samen buigen over wat er mis ging, wat bedoeld werd, wat er eigenlijk gevoeld is, blijkt een belangrijk ingrediënt in een psychotherapie. Ongerepareerde empathische breuken blijken vaak verantwoordelijk voor het mislopen van een behandeling.

In de kinderontwikkeling blijkt dat het vermogen van ouders om empathische missers te herkennen en herstellen een grotere invloed heeft op veilige gehechtheid dan de prompte en altijd perfect aanvoelende moeder.

Troost speelt een hoofdrol als emotie regulator. De moeder troost door haar nabijheid, haar lichaam, haar sussende woorden. Nabijheid herstelt. Huidcontact gaat gepaard met een verhoging van de oxytocinespiegel. Nabijheid blijft de kern van veiligheid, een fenomeen dat we nu dankzij de opkomst van de mobieltjes dagelijks kunnen waarnemen.

Ook bij volwassenen speelt de nabijheid van geliefden een beslissende rol in het psychisch evenwicht.

Naast troost speelt ook '**Zelfcompassie**' een rol als emotieregulator. Het is niet hetzelfde als empathie, voor jezelf of voor anderen, maar is er nauw aan gelieerd. Zelfcompassie is compassie die naar jezelf is gericht. Het is meer zorgend en handelend in vergelijking met empathie, het is dus meer verticaal dan empathie. Tegenwoordig is compassie als grondtoon ook in de psychoanalyse geaccepteerd.

Schaamte en zelfkritiek zijn problemen die patiënten over de diagnoses heen verenigen (dwz dat het bij meerdere psychiatrische beelden voorkomt). Deze gevoelens kunnen zo sterk zijn, dat de empathie van de therapeut nauwelijks aankomt of niet aanvaard wordt. Sommige patiënten blijven de therapeut beleven als veroordelend en doen alle empathische interactie af als 'onecht' of 'omdat je ervoor betaald wordt'.

Schaamte en zelfkritiek zijn bijzonder sterk als er in het verleden van de patiënt sprake is geweest van emotioneel, verbaal, fysiek of seksueel misbruik of als er veel emotionele kilte en hoge eisen in de voorgeschiedenis van patiënt voorkomen. (zie ook hoofdstuk Valkuilen in je Leven).

Empathie kun je leren

Empathie draagt in hoge mate bij aan de resultaten van de behandeling. Omgekeerd blijkt gebrek aan empathie in 80% van de tuchtzaken een rol te spelen.

Dus er is een noodzaak om empathie bij hulpverleners te vergroten. Onderzoek toonde aan dat reeds een korte training bij medisch specialisten zorgde voor een significante toename van empathie, zoals door de patiënten ervaren.

Deze training bestond uit:

1. Het leren herkennen van emotionele expressie in het gezicht en de lichaamshouding (met behulp van foto's van Paul Ekman)
2. Oefenen met moeilijke patiënten
3. Oefenen in zelf rustig te worden of te blijven.

Empathie kun je dus leren. Maar empathie is geen enkelvoudig vermogen, verschillende dimensies spelen een rol in het empathisch inleven en die zouden dus aan bod moeten komen in de opleiding van hulpverleners.

Empathie hangt samen met 4 persoonlijkheidskenmerken:

- A. Sensitiviteit
- B. Non-conformisme (je niet conformeren aan de mening van anderen, maar op je eigen waarneming en eigen zintuigen vertrouwen)
- C. Gelijkmatigheid (zegt iets over emotie regulatie, over of je jezelf los kunt maken van een nare situatie en compassie kunt voelen)
- D. Zelfvertrouwen (het vertrouwen in eigen krachten ten opzichte van taken en hinderpalen)

Enkele onderdelen van empathietraining (zoals toegepast in de psychotherapieopleiding Universiteit Antwerpen):

Non-verbaal aandacht geven= levendige, open, belangstellende, betrokken, respectvolle psychische aanwezigheid. Een betrokken lichaamshouding, recht voor de patiënt gaan zitten, geregeld oogcontact onderhouden (teveel

oogcontact wordt als dominant en controlerend ervaren), rustig en ontspannen blijven, ruimtelijke afstand tussen therapeut en patiënt in acht nemen.

Actief luisteren= parafraseren (reflecteren wat je gehoord hebt); reflecteren van de beleving

Oefenen in Theory of mind (=het vermogen te denken in termen van intenties, gevoelens, wensen en overtuigingen bij de ander). Dit kun je oefenen in een rollenspel

Oefenen in emotioneel begrip

Empathie is te leren, training tijdens de opleiding is noodzakelijk. Hiervoor is een grondinstelling nodig van emotionele stabiliteit, vermogen tot reflectie.

Supervisie en intervisie zijn onontbeerlijk om de reflectieve ruimte 'open 'te houden.

Marc America aug. 2015