

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Empathie verbindt en verblindt

Bijwerkingen in de therapiekamer?

WESLEY SLOOT

Samenvatting

Empathie is als universele therapiefactor een robuuste voorspeller voor therapiesucces boven op de gekozen interventie. Er zijn echter steeds meer aanwijzingen vanuit de sociale psychologie en sociale neurowetenschappen dat empathie ook bijwerkingen heeft. Klinisch onderzoek naar dit onderwerp is beperkt, maar er is wel veel bekend over therapeutische dwaling, een proces waarin de therapeut ondanks zijn kennis van de behandelmethode afwijkt. Omdat onder andere angst bij de therapeut hieraan ten grondslag ligt, zouden de bijwerkingen van empathie kunnen meespelen. Het doel van dit artikel is om een overzicht te bieden van onderzoeksresultaten uit de sociale psychologie en sociale neurowetenschappen om vervolgens te kijken of de gevonden bijwerkingen mee kunnen spelen in deze therapeutische dwaling. Het is geen pleidooi tegen empathie, maar eerder een poging om in kaart te brengen of empathie, naast positieve effecten, ook bijwerkingen kan hebben voor het toepassen van evidence-based psychologische behandelingen. Hieruit volgen suggesties voor vervolgonderzoek.

Trefwoorden: empathie, common factors, therapeutische dwaling, bijwerkingen, evidence-based psychologische behandeling

INLEIDING

Empathie is een begrip dat ons bezighoudt, met meer dan anderhalf miljoen resultaten op Google Scholar. Deze interesse is gepast, want academici en leken lijken het erover eens dat empathie onze wereld een betere plek maakt. De hashtag #empathy komt miljoenen keren voor op Twitter en in academi-

sche kringen wordt empathie in verband gebracht met historische vooruitgang, zoals de afschaffing van slavernij, het opkomen voor mensenrechten en het verbeteren van internationale betrekkingen (Krznaric, 2014; Pinker, 2011). Het is dan ook niet vreemd dat bekende wetenschappers en politici empathie zien als een oplossing voor onze huidige maatschappelijke uitdagingen (de Waal, 2009; Klaver, 2016; Krznaric, 2014; Obama, 2007).

Hetzelfde enthousiasme voor empathie doet zich ook voor onder psychologen. Hoewel evidence-based psychologische behandelingen zeer effectief zijn (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011), gaat er bij psychologen veel aandacht uit naar de zogenaamde non-specifieke of universele therapiefactoren. Dit zijn factoren die boven op de interventie bijdragen aan de effectiviteit van therapie (Wampold, 2015). Empathie is een dergelijke universele factor en draagt met een middelgrote *effect size* (Cohen's $d = 0,58$) consistent bij aan het effect van therapie. Dit effect doet zich voor ongeacht de gekozen therapievorm (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018). Anderen gaan hierin nog verder en noemen empathie het belangrijkste vehikel voor verandering (Vanaerschot, Nicolai, & Hebbrecht, 2015). Verwonderlijk is dat de therapeutische relatie en empathie een sterkere bijdrage lijken te leveren aan cognitieve gedragstherapie (CGT) dan aan bijvoorbeeld psychodynamische therapie, zoals Keijsers (2014) terecht opmerkt. Dit terwijl empathie centraal staat in de psychodynamische therapie (Vanaerschot et al., 2015) en bij CGT eigenlijk nauwelijks een expliciete rol krijgt (Daansen, 2015; Thwaites & Bennett-Levy, 2007). Wat zegt dit over de aard van empathie en de samenhang met de gekozen therapievorm? Hoe doet een universele therapiefactor als empathie zijn werk?

In het licht van dergelijke vragen breekt Keijsers (2014) dan ook een lans voor meer onderzoek naar deze universele factoren. Aan de hand van sociaal-psychologisch onderzoek doet Keijsers een voorzet en probeert deze te verklaren waarom de therapeutische relatie zo werkzaam is. Dezelfde werkwijze wordt in dit artikel toegepast op empathie. Echter, omdat er al veel geschreven is over de positieve aspecten van empathie (Elliott et al., 2018; Vanaerschot et al., 2015), zal de focus van dit artikel liggen op de andere kant van het verhaal. Deze focus ligt in lijn met een recent tegengeluid onder sociaal-psychologen en neurowetenschappers en is ook niet nieuw binnen de klinische psychologie. Nicolai (1999) beschrijft al hoe door empathie oude patronen bij de therapeut geactiveerd kunnen worden en daardoor onder andere kunnen leiden tot overbetrokkenheid dan wel het bagatelliseren van klachten. Hendriks, de Kleine, van Rees en van Minnen (2011) vermoedden zelfs dat empathie een belemmerend effect kan hebben op de behandeling van posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en stelden daarom onder andere voor de therapeut elke sessie te wisselen. Deze kanttekeningen roepen de vraag op of empathie, ondanks de positieve werkingen ervan, ook betrokken kan zijn bij therapeutische valkuilen als vermijding (van Minnen, 2008) en therapeutische dwaling (Waller, 2014).

In dit artikel wordt aan de hand van sociaal-psychologisch en sociaal-neurowetenschappelijk onderzoek een achtergrond gegeven bij empathie en die van voorzichtige kanttekeningen voorzien. De bedoeling is om de lezer te herinneren aan de inherente bijwerkingen van dit krachtige vermogen en na te denken over de betekenis ervan voor psychologische behandelingen. Daarom is ook uitdrukkelijk gekozen voor de term ‘bijwerkingen’. Het gaat tenslotte om de neveneffecten van een potentieel werkzaam element.

DEFINITIES

.....

Om verwarring te voorkomen is het goed om eerst een definitie te geven van empathie. Het aantal boeken en artikelen dat erover geschreven is, komt namelijk overeen met het aantal definities. Er lijkt echter overeenstemming te bestaan over het feit dat empathie in ieder geval: (1) een emotionele reactie op de ander betreft, die (2) deels overlapt met het gevoel van de ander, en (3) leidt tot inzicht in het perspectief van de ander (de Waal, 2008; Lamm & Majdandžić, 2015; Lamm, Batson, & Decety, 2007; Sapolsky, 2017). Deze definitie verschilt van de meer rationele en bewuste procesempathie zoals die in de psychoanalyse wordt ingezet. Empathie is dan bijvoorbeeld een bewust ingezette interventie waarbij therapeut en patiënt samen toewerken naar begrip (Vanaerschot et al., 2015). Elliott en collega's (2018) geven daarop aansluitend richtlijnen voor hoe empathie het beste ingezet kan worden. In dit artikel wordt specifiek gekeken naar empathie als emotionele reactie, bestaande uit een affectieve en een cognitieve component.

HOE WERKT EMPATHIE?

.....

Deze verschillende componenten van de empathische reactie zijn op schrift gemakkelijk te scheiden, maar lopen in het brein door elkaar. Hierbij spelen bottom-up- en top-downprocessen een wederzijds versterkende rol (Lamm & Majdandžić, 2015). Allereerst is er het meevoelen met de ander, een vorm van emotionele besmetting ofwel affectieve empathie, die voornamelijk bottom-up werkt, als een pure reactie op de zintuigen. Een belangrijke ontdekking die dit ondersteunt, is dat het waarnemen van pijn bij een ander in ons eigen brein dezelfde hersengebieden activeert als wanneer we zelf pijn hebben (Singer et al., 2004). Hetzelfde geldt voor het waarnemen van emoties bij een ander versus het beleven van eigen emoties, maar hoe deze complexere waarneming precies werkt, is nog verre van duidelijk (Lamm & Majdandžić, 2015). Voor deze emotionele laag van empathie is ook herkenning van eigen emoties belangrijk. Ter illustratie: alexithymie, het onvermogen eigen emoties te herkennen en beschrijven, is een betere voorspeller van een tekort aan affectieve empathie dan een autismespectrumstoornis (Bird et al., 2010).

De tweede component, cognitieve empathie, gaat over perspectiefname. Hierbij wordt allereerst top-down onderscheid gemaakt tussen het eigen gevoel en het gevoel van de ander (Lamm et al., 2007). Om vervolgens een beeld te vormen van wat er in de ander omgaat, is een goed ontwikkelde *Theory of Mind* belangrijk. Die term verwijst naar het vermogen om de ander eigen emoties, gedachten en motivatie toe te schrijven (Premack & Woodruff, 1978). Om dit vermogen te versterken kan het brein met behulp van de spiegelneuronen proberen te achterhalen wat iemand van plan is, en wel door een projectie te maken van wat wij in die situatie zouden doen (Lamm & Majdandžić, 2015). Zo kan het brein tijdens het kijken naar een spannende voetbalwedstrijd een voorspelling maken van de beslissende trap van de spits nog voordat die gemaakt is. Al voordat de spits heeft gescoord, maken de toeschouwers de trap al af in hun brein en bewegen sommigen zelfs hun benen mee. Let wel, dit is dus geen reflectie van wat de spits doet, eerder een (hoopvolle) voorspelling. De term ‘spiegelneuronen’ is dan ook verwarrend. Niettemin helpen de cognitieve aspecten van empathie om een representatie te maken van wat de ander denkt en voelt.

De cognitieve component van empathie is onlosmakelijk verbonden met de emotionele kant en een betekenisvol onderscheid is voor de dagelijkse praktijk niet te maken (Sapolsky, 2017). Uitzonderingen zijn psychopathie en autisme, waarbij respectievelijk affectieve en cognitieve empathie beperkt lijken (Baron-Cohen, 2011). De ontwikkeling van een complete empathische reactie kan namelijk worden belemmerd door genetische factoren, maar ook door verstoorde hechting, zoals bij verschillende vormen van persoonlijkheidsproblematiek (Baron-Cohen, 2011). Maar zelfs wanneer er geen sprake is van een psychiatrische stoornis, wordt empathie niet zomaar geactiveerd. Omdat het deels een top-downproces is, wordt onze empathische reactie bepaald door verschillende situationele factoren (Decety, 2010). Een lege maag of een stressvolle dag bijvoorbeeld maakt mensen al snel minder empathisch (Sapolsky, 2017; Vanaerschot et al., 2015).

GEDEELDE SMART IS DUBBELE SMART

.....

Nu we hebben vastgesteld welke definitie gehanteerd wordt, zal nader gekeken worden naar de bijwerkingen van empathie. Op basis van de literatuur zijn een aantal bijwerkingen te onderscheiden. De eerste bijwerking is vermijdingsgedrag. Zoals eerder genoemd, activeert pijn waargenomen bij een ander dezelfde hersengebieden als eigen pijn (Singer et al., 2004) en net als fysieke pijn activeert ook sociaal-emotionele pijn het stresssysteem (MacDonald & Leary, 2005). In concrete termen betekent dit dat het waarnemen van stress van de ander kan leiden tot stress bij onszelf (Decety, 2010). Omdat dit gepaard gaat met een vecht-vluchtreactie (Sapolsky, 2004), kan empathie via deze weg leiden tot vermijding (Batson, O’Quin, Fultz,

Vanderplas, & Isen, 1983; Bloom, 2016; Sapolsky, 2017). Dit gebeurt vooral als we niet de scheiding kunnen maken tussen onze eigen emoties en die van de ander (Lamm et al., 2007), een vaardigheid die bij oplopende stress onder druk kan komen te staan (Sapolsky, 2017). In het experiment van Lamm en collega's (2007) lieten de onderzoekers proefpersonen een video bekijken waarin mensen een pijnlijke medische procedure ondergingen. De proefpersonen die de opdracht kregen zich te verplaatsen in de lijdende persoon, vertoonden een flinke stressreactie, terwijl dit minder was bij de controlegroep, namelijk de proefpersonen die de video objectief moesten beschouwen.

Een goede spanningsregulatie en het juiste perspectief lijken dus behulpzaam om de empathische reactie te verdragen en hulp te kunnen bieden (Decety, 2010; Eisenberg et al., 1994; Singer et al., 2008). Een belangrijke kanttekening hierbij is wel dat de verwachte kosten van de hulp niet te groot moeten zijn, want dan kiezen proefpersonen toch eerder voor zichzelf (Shaw, Batson, & Todd, 1994), vermoedelijk omdat het vooruitzicht zelf te lijden het perspectief weer verschuift naar de eigen emoties (Batson et al., 1983).

De tweede bijwerking is dat de hulp die we bieden vanuit empathie niet per definitie adequaat is (Neuberg, Cialdini, Brown, Luce, & Sagarin, 1997). Een factor die hierin meespeelt, is dat de focus ligt op het hier-en-nu, zoals bij andere vormen van emotioneel redeneren (Sapolsky, 2017). Het gaat dan vooral om het wegnemen van acute stress, wat in sommige gevallen problematisch kan zijn, bijvoorbeeld wanneer acute stress of pijn op de korte termijn nodig is voor voordelen op de langere termijn (Bloom, 2016; Neuberg et al., 1997). Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het vaccineren van kinderen, die acute pijn (van het geprikt worden) moeten verdragen ten gunste van voordelen op lange termijn (immuniteit). Als ouders empathisch meelijden met hun kinderen en daarom afzien van vaccinatie, heeft dit negatieve gevolgen op de lange termijn. Deze bijwerking komt ook terug in politiek beleid. Goedbedoelde interventies als positieve discriminatie kunnen averechtse effecten hebben, en negatieve stereotypen valideren en versterken (Haidt & Jussim, 2016). Krznaric (2014) biedt onbedoeld een krachtige illustratie van deze tweede bijwerking, wanneer hij het verhaal van Patricia Moore beschrijft. Als ontwerper deed zij in 1979 een zogenaamd empathisch experiment. Ze verkleedde zich en bond haar handen in om te ervaren hoe het is om een bejaarde vrouw met artritis te zijn. Hierdoor was ze in staat om keukengerei te ontwikkelen speciaal voor mensen met artritis, een perfect voorbeeld van de kracht van empathie. Tegelijk speelde ze na dit experiment een belangrijke rol om de *Americans with Disabilities Act* ingevoerd te krijgen. Dit is een wet die zich onder andere richt op het verbeteren van de arbeidspositie van mensen met een handicap. De goedbedoelde wet lijkt echter geleid te hebben tot lagere lonen en minder arbeidsparticipatie voor de beoogde doelgroep (Acemoglu & Angrist, 2001; Thompkins, 2015). Als empathie, zoals Krznaric (2014) beargumenteert, inderdaad de drijfveer was achter deze sociale verandering, dan laat dat een zorgelijke kant zien.

Empathie is waarschijnlijk op haar best in een concrete, acute situatie. Maar in een abstracte situatie die overwegingen vraagt op de lange termijn kan empathie, zoals elke emotionele reactie, een belemmering vormen voor adequate hulp.

Tot slot kan empathie het morele kompas aantasten en leiden tot eenkenigheid. We voelen vooral empathie voor mensen die op ons lijken. Deze mensen vallen zogezegd binnen onze *empathische kring* (naar: Singer, 2011) en krijgen een voorkeursbehandeling. Voor mensen buiten deze kring voelen we minder empathie naarmate ze in belangrijke voorkeuren of achtergrond van ons verschillen (Pinker, 2011). Hoe sterker de empathische verbondenheid met de eigen groep, hoe groter het verschil in empathie. Zo zal een toegewijd fan van een sportteam minder empathie voelen voor fans van de aartsrivaal dan iemand die minder betrokken is bij het eigen team (Hein, Silani, Preuschoff, Batson, & Singer, 2010). Voor de toegewijde fan kan het zien lijden van een aartsrivaal daarentegen zelfs een fijn gevoel oproepen, een soort *Schadenfreude* (Decety, Echols, & Correll, 2010). Hetzelfde kan gebeuren bij mensen die in etniciteit van ons verschillen (Mathur, Harada, Lipke, & Chiao, 2010). Empathie wordt daarom ook in verband gebracht met etnische bias, een vertekening in het denken die zich uit in onterecht negatieve denkbeelden over personen met een andere etnische achtergrond (voor een overzicht, zie: Lamm & Majdandžić, 2015). Omdat empathie ons denken op deze manier vertekent, levert dat soms paradoxale uitkomsten op. Zo kunnen mensen die het hoogst scoren op empathie (Iyer, Koleva, Graham, Ditto, & Haidt, 2012; McCue & Gopoiian, 2000) tegelijkertijd de meeste moeite hebben om zich in te leven in iemand met een andere politieke voorkeur (Graham, Nosek, & Haidt, 2012). Onder de verkeerde omstandigheden kan deze bias zelfs omslaan naar agressie jegens buitenstaanders (Buffone & Poulin, 2014).

Vanwege deze eenkennigheid kan een teveel aan empathie leiden tot immorele keuzes. Thomson (1985) illustreerde dit aan de hand van een gedachte-experiment: het vermaarde trolleyprobleem. In zijn meest bekende vorm is dit een fictief ethisch dilemma waarbij proefpersonen voor de keuze staan om één persoon op te offeren teneinde er vijf te redden. Over het algemeen kiezen mensen ervoor om zo veel mogelijk levens te redden, wat gezien wordt als de meest rationele uitkomst (Greene, Morelli, Lowenberg, Nystrom, & Cohen, 2008). Maar wanneer men proefpersonen vraagt zich empathisch te verplaatsen in die ene persoon, schiet het percentage rationele keuzes naar beneden (Majdandžić et al., 2012). Hierdoor ontstaat de wonderlijke situatie dat in een dergelijk abstract dilemma mensen met verminderde empathie (vanwege alexithymie of psychopathie) betere morele keuzes maken (Patil, 2015; Patil & Silani, 2014). Batson, Batson en collega's (1995) lieten tevens zien dat empathie kan leiden tot gedrag dat het collectief benadeelt. Wanneer proefpersonen bij het verdelen van loten zich moeten inleven in een medespeler, kiezen ze er vaker voor om loten te delen met

deze 'geïdentificeerde medespeler' dan met de groep, zelfs als het aantal te verdelen loten erdoor afneemt. Opmerkelijk is dat proefpersonen deze keuze maken hoewel ze haar als moreel minder goed ervaren. Minder abstract wordt het in een ander beroemd onderzoek. Proefpersonen krijgen hier de mogelijkheid om een fictief meisje met leukemie hoger op de wachtlijst te zetten. Hoe meer empathische inleving, hoe gemakkelijker de rest van de wachtlijst benadeeld wordt (Batson, Klein, Highberger, & Shaw, 1995).

Deze uitkomsten gaan in tegen het morele principe van gelijke behandeling, alsmede tegen het utilitaire principe dat dat men keuzes moet maken waar zo veel mogelijk mensen van profiteren (Lamm & Majdandžić, 2015). Bloom (2016) beargumenteert dat empathie een rol speelde bij het goedpraten van slavernij en dat ze van invloed is op beide kanten van het moreel geladen klimaatdebat (zie ook: Krznaric, 2014). Batson en Ahmad (2007) concludeerden dan ook dat empathie, net als egoïsme, een bedreiging is voor het collectieve goed. De empathische reactie richt zich tenslotte op wat op korte termijn goed is voor een kleine groep, ten koste van mensen die daarbuiten vallen.

VAN SACHTE MEESTERS

.....

'Het is van ouden tijt bevonden, van sachte meesters vuyle wonden.'
– Jacob Cats (1577-1660)

Empathie heeft dus een keerzijde. Gezegd kan worden dat empathie zowel verbindt als verblindt, om een aforisme te gebruiken van Jonathan Haidt, die ditzelfde aforisme gebruikt voor moraliteit (Haidt, 2012). Zijn deze bijwerkingen relevant voor de klinische praktijk? Deze vraag is vooralsnog moeilijk te beantwoorden, omdat er weinig gericht onderzoek naar bestaat. Maar zoals nieuwe hemellichamen ontdekt kunnen worden door te zoeken naar het effect dat ze hebben op hun omgeving, zo kunnen we wellicht ook de invloed van empathie ontwaren door te zoeken naar de te verwachten bijwerkingen. Gesteld dat de bijwerkingen uit sociaal-psychologisch onderzoek te generaliseren zijn naar de klinische praktijk, dan verwachten we dat er vermijdingsgedrag, goedbedoelde maar ontoereikende hulp, en eenkenigheid te zien zullen zijn. Bij onze zoektocht zal de literatuur over therapeutische valkuilen gebruikt worden.

Zo wordt geregeld gesteld dat therapeuten vermijdingsgedrag kunnen vertonen en bijvoorbeeld geen exposure uitvoeren (van Minnen, 2008; Waller, 2014), hoewel ze de kennis van het exposureprotocol wel in huis lijken te hebben (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Greeven & van Sambeek, 2018). Zou het kunnen dat therapeuten bang worden omdat hun patiënten angstig zijn? Waller en Turner (2018) beschrijven een interactiemodel waarin de angst van de patiënt overgenomen wordt door de therapeut, die vervolgens vermijdingsgedrag gaat vertonen. De patiënt pikt dit op en gaat

erin mee. Het gevolg is echter dat de angst waarmee de patiënt zich heeft aangemeld uiteindelijk in stand blijft, maar dan versterkt door gevoelens van machteloosheid bij zowel patiënt als therapeut. Dit laatste sluit aan bij eerder onderzoek, dat suggereert dat meer empathische therapeuten ook meer last hebben van secundaire traumaklachten (Ludick & Figley, 2016). Dit verwijst naar de angst- en spanningsklachten die hulpverleners kunnen ervaren door het contact met getraumatiseerde patiënten (Canfield, 2005). Deighton, Gurriss en Traue (2007) laten zien dat vermijdingsgedrag hier een belangrijke rol speelt. Het zijn namelijk vooral therapeuten die tegen beter weten in evidence-based technieken als exposure vermijden die last hebben van secundaire traumaklachten. Vermoedelijk is het dus niet een gebrek aan kennis maar angst die hier in eerste instantie tot vermijding leidt. In tweede instantie gaat die gepaard met toenemende klachten bij de therapeut (en bij de patiënt?), conform het model van Waller en Turner (2018). Natuurlijk kunnen bij vermijdingsgedrag van de therapeut meerdere factoren betrokken zijn, zoals onzekerheid over de eigen vaardigheden (Waller, 2014). Maar deze bevindingen suggereren ook een mogelijke rol voor empathie.

Dat de belangrijkste interventie in de behandeling van PTSS (Cusack et al., 2016) vermeden kan worden, betekent overigens niet dat er geen hulp geboden wordt. Het risico is alleen dat deze hulp ontoereikend is. Zo kan het belang onderstreept worden van stabilisatie, soms ten koste van bijvoorbeeld exposure. Argumenten kunnen dan bijvoorbeeld zijn dat exposure te belastend is of het trauma te heftig. Het is echter de vraag of dit niet leidt tot therapeutische dwaling, namelijk het afwijken van de aangewezen behandelmethode (Waller, 2014). In lijn met de literatuur uit de sociale psychologie is het mogelijk dat de focus hier te veel ligt op het oplossen van de acute nood. In zulke gevallen wordt dan wel goedbedoelde hulp geboden, maar mogelijk met stagnatie of toename van de klachten tot gevolg (Bicanic, de Jongh, & ten Broeke, 2015; van Minnen, 2008; voor een tegengeluid, zie: Dorrepaal, Thomaes, Draijer, Veltman, & van Balkom, 2015). Exposure zou weleens de beste vorm van emotieregulatie en stabilisatie kunnen zijn voor patiënten met angstklachten.

Tot slot kan gekeken worden of er iets terug te zien is van de *eenkennigheid* van empathie. Zoals benoemd, wordt empathie in verband gebracht met etnische bias. Het is dan ook niet voor niets dat Kortmann (2016) een aantal problemen beschrijft die zich kunnen voordoen in de behandelrelatie tussen een therapeut en een patiënt met een verschillende etnische achtergrond. Hij schrijft dit toe aan ethnocentrisme, wat inhoudt dat iedereen de ander beoordeelt aan de hand van zijn eigen normen en waarden. Empathie hoeft hier niet de enige verklaring voor te zijn, maar zou er gezien de bijwerkingen wel aan kunnen bijdragen. De eenkennigheid hoeft zich ook niet te beperken tot etniciteit. Om dezelfde reden valt bijvoorbeeld ook te voorspellen dat de meervoudige partijdigheid in partnerrelatietherapie (zie onder anderen: Keijsers, 2016) in het gedrang kan komen. Zo kan het voor de therapeut ver-

leidelijk zijn om mee te gaan in het ‘zoek-de-boefpatroon’, zoals beschreven in de systeembehandeling van een aandachtstekortstoornis (ADHD) (Römer, 2004). Denk bijvoorbeeld aan een casus met huiselijk geweld. Wanneer zowel slachtoffer als dader in therapie komen om er samen aan te werken, kan de valkuil zijn dat de empathie en inzet zich vooral richten op het slachtoffer (Taft & Murphy, 2007). Gelukkig zou ook voor deze laatste bijwerking een verschuiving van perspectief kunnen helpen. Zo kan het gebruik van een klinisch instrument, zoals het cultureel interview, helpen om een brug te slaan tussen therapeut en patiënt, ondanks hun verschillende culturele achtergrond (Kortmann, 2016). Door kennis te vergroten is het mogelijk om overeenkomsten te vinden, waardoor mensen die sterk van ons verschillen ook binnen de empathische cirkel kunnen komen (Batson, Lishner, Cook, & Sawyer, 2005; Haidt, 2012). Wanneer bijvoorbeeld een naaste last heeft van het gedrag van een partner met ADHD, kan een systemische interventie erop gericht zijn die naaste te laten inzien dat ook de partner zelf last heeft van de ADHD (Baars & van Meekeren, 2013).

Als empathie inderdaad een rol speelt bij deze valkuilen, is voor de therapeut goede emotieregulatie belangrijk (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986). Zoals exposure goed is voor de patiënt (van Minnen, 2008), zo kan het *toepassen* van exposure goed zijn voor de therapeut. Het voorkomt dus niet alleen secundaire traumaklachten (Deighton et al., 2007). Maar omdat de therapeut bij exposure niet in de schoenen van de patiënt hoeft te staan maar een klinische interventie toepast, helpt dit mogelijk om het perspectief te verschuiven en de empathische reactie te hanteren (Lamm et al., 2007). Dit ligt in lijn met wat Nicolai (1999) al schreef. Empathie leidt volgens haar tot een tijdelijke vorm van identificatie, waarbij het belangrijk is dat de therapeut zich weer los weet te maken van de emoties van de patiënt. Zo bekeken is het passend dat therapeuten een voorkeur lijken te hebben voor interventies als *eye movement desensitization reprocessing* (EMDR) (van Minnen, Hendriks, & Olf, 2010). Bij deze behandelvorm hoeft de therapeut de patiënt niet slechts een traumatische herinnering te laten ophalen zoals bij exposure, maar moet de therapeut actief handelen om de spanning te reduceren (ten Broeke & de Jongh, 2008). Deze actieve rol zou de therapeut nog beter kunnen helpen om het perspectief te verschuiven naar dat van de objectieve clinicus. Op deze manier kan mogelijk de vermijding en toename van machteloosheid, zoals beschreven in het model van Waller en Turner (2018), worden voorkomen.

DISCUSSIE

.....

Waller en Turner (2018) stelden al eerder voor dat therapeuten ook zelf in behandeling moeten. De angsten en denkfouten bij de therapeut kunnen volgens hen de behandeling flink in de weg zitten, zodat therapeuten afdwa-

len en behandelinterventies vermijden. Het is volgens hen dan ook zaak om in leertherapie en supervisie deze denkfouten op te sporen en aan te pakken. Dit sluit aan bij het pleidooi van Reinders (2010) dat leertherapie de therapeut moet helpen om een effectieve behandeling te kunnen bieden. Hoewel Reinders en anderen (Braet & de Raedt, 2010) wel een rol zien voor empathie in leertherapie, zien zij die vooral als een interpersoonlijke attitude die verbeterd kan worden. Dit artikel betoogt echter dat empathie niet alleen invloed heeft op de therapeutische relatie, maar ook op het toepassen van evidence-based interventies. Als dit klopt, zou het in leertherapie ook moeten gaan om het hanteren van de emoties die de therapeut kan ervaren tijdens het toepassen van exposure. Vooral mindfulness lijkt goed te werken, omdat die therapeuten kan leren de emotionele reactie beter te verdragen (Bloom, 2016; Lamm & Majdandžić, 2015; Sapolsky, 2017). Therapeuten lijken dan ook betere therapieresultaten te behalen nadat ze zelf mindfulness hebben aangeleerd (Grepmaier et al., 2007). Dergelijke kosteneffectieve leertherapie zou een mooie aanvulling zijn op bijvoorbeeld de gz-opleiding. Ze is in ieder geval een stap naar het operationaliseren van therapeutische competenties, iets wat belangrijk is om de kwaliteit van leertherapie te verbeteren (Veeninga, 2010).

Echter, het bewijs voor een rol van empathie in therapeutische valkuilen is vooralsnog grotendeels indirect. Dit artikel is slechts een poging om de groeiende hoeveelheid literatuur te integreren met de klinische praktijk. Het is bedoeld als aanmoediging voor meer onderzoek naar de rol van empathie in psychologische behandelingen. Zo weten we nog niet of therapeuten die exposure vermijden ook daadwerkelijk hoger scoren op empathie. Ook weten we niet of therapeuten die laag scoren op empathie daadwerkelijk beter in staat zijn een emotioneel belastende behandeling te bieden, zoals dat bij chirurgen het geval lijkt (Han & Pappas, 2018). Denkend vanuit het interactiemodel van Waller en Turner (2018) is het ook interessant mee te nemen welke invloed een meer of minder empathische patiënt heeft op de keuze van interventies en op het effect van de behandeling.

Wanneer we gericht onderzoek willen doen naar empathie, zijn er echter een aantal problemen. Zo is het moeilijk om empathie goed te operationaliseren en sluitende uitspraken te doen over een dergelijk diffuus concept. Een beperking van de in dit artikel aangehaalde onderzoeken is dat het moeilijk is causale verbanden te leggen. Dit is een standaard beperking van onderzoek met een correlatieel design, zoals vaak gebruikt wordt in hersenonderzoek (Lamm & Majdandžić, 2015), maar ook in sociaal-psychologisch onderzoek, waardoor alternatieve verklaringen moeilijk uit te sluiten zijn (Neuberg et al., 1997). Daarbij geeft het meten van empathie middels vragenlijsten vaak een vertekend beeld vanwege andere factoren die de score kunnen beïnvloeden. Zo meet de vragenlijst Empathy Quotient van autisme-experts Baron-Cohen en Wheelwright (2004) ook sociale onhandigheid en neigt de lijst daardoor meer naar het meten van autisme dan van empathie an sich (Bloom, 2016).

Een andere mogelijke kritiek is dat het hier niet gaat over echte empathie, bijvoorbeeld omdat empathie zoals gemeten in het laboratorium eerder een vorm van *empathisme* betreft. Dit wordt omschreven als een geforceerde vorm van empathie die juist het therapeutische contact en echt begrip in de weg staat (Hebbrecht, 2015). Een hiermee samenhangend tegenargument is dat empathie niet compleet is zonder een gedragscomponent (Baron-Cohen, 2011; Krznaric, 2014). Er is met andere woorden pas sprake van empathie als er behulpzaam of altruïstisch gedrag uit voort is gekomen. Ook in het onderzoek van Elliott en collega's (2018) wordt deze uitgebreide definitie gehanteerd. In dit artikel is echter niet gekozen voor een gedragscomponent, omdat dit meerdere problemen oplevert. Ten eerste nodigt het uit tot een cirkelredenering: helpend gedrag wordt veroorzaakt door empathie, en empathie wordt gedefinieerd door helpend gedrag. Ten tweede is het verband tussen empathie en zorgzaam gedrag niet eenduidig (Bloom, 2016; Neuberg et al, 1997; Sapolsky, 2017). Wie weleens schaakt, weet dat je inleven in je tegenspeler ook voor eigen gewin ingezet kan worden, doordat het je helpt de ander in de val te lokken. Ten derde is allerm minst duidelijk dat iemand die zich zorgzaam of altruïstisch gedraagt ook daadwerkelijk gemotiveerd wordt door empathie in plaats van eigen behoeften (Neuberg et al, 1997; Sapolsky, 2017). Bloom (2016) en Pinker (2011) benoemen aansluitend dat een ouder niet de angst van het kind hoeft te voelen om het gerust te kunnen stellen. Hierbij helpt mogelijk de vergelijking met de emotie boosheid: het is niet gezegd dat boosheid per se moet leiden tot agressief gedrag; evenmin is het zo dat agressief gedrag uitsluitend kan voortkomen uit boosheid.

Tot slot is het niet zo dat gedrag iets zegt over de aanwezigheid van een emotionele reactie of de capaciteit hiertoe. Zo bleek er in een uitgebreide review en meta-analyse geen enkele samenhang te bestaan tussen agressie en het vermogen tot empathie zoals gemeten met de traditionele vragenlijsten (Vachon, Lynam, & Johnson, 2014). Dit terwijl in de literatuur over psychopathie vaak wordt verondersteld dat agressie en immoreel gedrag veroorzaakt worden door een gebrek aan empathie (Baron-Cohen, 2011). Illustratief voor de eerdergenoemde beperking wat betreft vragenlijsten wisten Vachon en Lynam (2015) hun opmerkelijke bevinding te corrigeren door een vragenlijst voor empathie te ontwikkelen die ook affectieve dissonantie meet: het ervaren van een tegengestelde emotionele reactie op andermans emotie, bijvoorbeeld het voelen van opwinding in reactie op het lijden van de ander. Hoewel hun vragenlijst door deze uitgebreide definitie wel agressief gedrag voorspelt (Murphy et al., 2018; Vachon & Lynam, 2015), is hij echter geen goede maat voor het begrip empathie (Murphy et al., 2018).

Hoe empathie gedefinieerd of gemeten wordt, kan dus nogal uitmaken voor de bevindingen en dat levert paradoxale conclusies op. Zo blijkt enerzijds dat kinderartsen en chirurgen hoog kunnen scoren op vragenlijsten die psychopathie zouden meten (Pegrum & Pearce, 2015), wat een gebrek aan empathie veronderstelt. Bij chirurgen lijkt empathie tijdens hun loopbaan

zelfs af te nemen, wat hen mogelijk in staat stelt om hun snijwerk te blijven doen (Han & Pappas, 2018). Dit staat lijnrecht tegenover tal van onderzoeken die vinden dat empathische benadering door artsen de subjectieve uitkomsten (zoals ervaren door de patiënt) verbetert. Dit is bijvoorbeeld het geval bij diabetes (Del Canale et al., 2012), kanker (Leloirain, Bredart, Dolbeault, & Sultan, 2012) en zelfs chirurgische ingrepen (Steinhausen et al., 2014). Hetzelfde geldt voor psychologische behandelingen. Enerzijds zien we hier wellicht het beste voorbeeld van de kracht van empathie (Elliott et al., 2018; Vanaerschot et al., 2015) en leidt een tekort aan empathie mogelijk tot slechtere subjectieve uitkomsten (Moyers & Miller, 2013). Anderzijds, zoals in dit artikel betoogd, zou empathie de behandeling ook kunnen belemmeren als mede daardoor de geïndiceerde interventies niet worden uitgevoerd. Voor vervolgonderzoek leidt dit tot de volgende algemene hypothese: empathie bevordert de therapeutische relatie, maar belemmert het toepassen van een spanningsverhogende interventie. In navolging van Keijsers (2014) kan gezegd worden dat meer onderzoek naar de universele therapiefactoren, de *common factors*, zeker gewenst is. Maar dan ook naar de potentiële bijwerkingen daarvan. Als empathie het geheime wapen is van de therapeut, dan is het niet de bedoeling onszelf ermee in de vinger te snijden.

Met dank aan prof. dr. F. Kortmann en drs. J. van der Starre voor de inhoudelijke discussie, en aan de reviewer voor de waardevolle verbeteringen.

Wesley Sloot is gz-psycholoog, werkzaam bij FortaGroep, locatie Zorgboulevard. *Correspondentieadres:* Maasstadweg 96, 3079 DZ Rotterdam. E-mail: w.sloot@fortagroep.nl.

Summary *Empathy binds and blinds: Side effects in the therapy room?*

Empathy is a *common factor*, a therapeutic element shared among various psychotherapies. As such, it is a robust predictor of therapeutic success. However, in the fields of social psychology and social neuroscience there is mounting evidence regarding the adverse effects of empathy to helping behavior. Clinical research on this topic has been limited and has mostly focused on positive effects of therapist empathy. However, there has been research on the phenomenon of therapist drift, in which the therapist refrains from using the necessary interventions. Considering that this may be partially caused by therapists' anxieties, the adverse effects of empathy might play a role. The aim of this article is to provide a review of the side effects of empathy and assess their possible impact on therapeutic practice. While no plea against empathy, the article might serve as a reminder that even a powerful capacity such as empathy can have its downsides for the implementation of evidence-based psychotherapy. Suggestions for further research are provided.

Keywords *empathy, common factors, therapist drift, adverse effects, evidence-based psychotherapy*

Literatuur

- Acemoglu, D., & Angrist, J. D. (2001). Consequences of employment protection? The case of the Americans with Disabilities Act. *Journal of Political Economy*, 109, 915-957.
- Baars, J., & van Meekeren, E. (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen: Praten met families en naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.
- Baron-Cohen, S. (2011). *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*. New York: Basic Books.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.
- Batson, C. D., & Ahmad, N. Y. (2007). Empathy-induced altruism: A threat to the collective good. *Advances in Group Processes*, 26, 1-23.
- Batson, C. D., Batson, J. G., Todd, M., Brummett, B. H., Shaw, L. L., & Aldegue, C. M. R. (1995). Empathy and the collective good: Caring for one of the others in a social dilemma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 619-631.
- Batson, C. D., Klein, T. R., Highberger, L., & Shaw, L. L. (1995). Immorality from empathy-induced altruism: When compassion and justice conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1042-1054.
- Batson, C. D., Lishner, D., Cook, J., & Sawyer, S. (2005). Similarity and nurturance: Two possible sources of empathy for strangers. *Basic and Applied Social Psychology*, 27, 15-25.
- Batson, C. D., O'Quin, K., Fultz, J., Vanderplas, M., & Isen, A. M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 706-718.
- Becker, C., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). Survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research & Therapy*, 42, 277-292.
- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-310). New York: Wiley.
- Bicanic, I. A. E., de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: Noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 332-339.
- Bird, G., Silani, G., Brindley, R., White, S., Frith, U., & Singer, T. (2010). Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. *Brain*, 133, 1515-1525.
- Bloom, P. (2016). *Against empathy: The case for rational compassion*. UK: Penguin Random House.
- Braet, C., & de Raedt, R. (2010). Leertherapie en kwaliteitszorg: Zijn we tot meer bereid? *Gedragstherapie*, 43, 199-201.
- Buffone, A. E., & Poulin, M. J. (2014). Empathy, target distress, and neurohormone genes interact to predict aggression for others – even without provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40, 1406-1422.
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75, 81-101.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systemic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.

- Daansen, P. J. (2015). Empathie in de cognitieve gedragstherapie. In G. Vanaerschot, N. J. Nicolai, & M. Hebbrecht (red.), *Empathie: Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten* (pp. 137-150). Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- de Waal, F. B. M. (2008). Putting altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annual Review of Psychology*, 59, 279-300.
- de Waal, F. B. M. (2009). *Een tijd voor empathie*. Amsterdam: Uitgeverij contact.
- Decety, J. (2010). The neurodevelopment of empathy in humans. *Developmental Neuroscience*, 32, 257-267.
- Decety, J., Echols, S., & Correll, J. (2010). The blame game: The effects of responsibility and social stigma on empathy for pain. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22, 985-997.
- Deighton, R. M., Gurriss, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma important? *Journal of Traumatic Stress*, 20, 63-75.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87, 1243-1249.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Draijer, N., Veltman, D. J., & van Balkom, A. J. L. M. (2015). Emotieregulatie hoort in het therapeutisch arsenaal bij complexe PTSS: Consensus en evidence. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 340-342.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., Smith, M., ... Suh, K. (1994). The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 776-797.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, 399-410.
- Graham, J., Nosek, B. A., & Haidt, J. (2012). The moral stereotypes of liberals and conservatives: Exaggeration of differences across the political spectrum. *PLoS ONE*, 7, e50092.
- Greene, J. D., Morelli, S. A., Lowenberg, K., Nystrom, L. E., & Cohen, J. D. (2008). Cognitive load selectively interferes with utilitarian moral judgment. *Cognition*, 107, 1144-1154.
- Greeven, A., & van Sambeek, N. (2018). Hoe evidence-based werken cognitief gedragstherapeuten in de praktijk? Resultaten van een enquête. *Gedrags therapie*, 51, 112-121.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.
- Haidt, J. (2012). *The righteous mind: Why good people are divided by politics and religion*. London, UK: Penguin Books.
- Haidt, J., & Jussim, L. (2016, May 6). Hard truths about race on campus. *Wall Street Journal*.
- Han, J. L., & Pappas, T. N. (2018). A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. *Journal of Surgical Education*, 75, 88-94.
- Hebbrecht, M. (2015). Persoonsempathie, een psychodynamisch perspectief. In G. Vanaerschot, N. J. Nicolai, & M. Hebbrecht (red.), *Empathie: Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten* (pp. 62-74). Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Hein, G., Silani, G., Preuschhoff, K., Batson, C. D., & Singer, T. (2010). Neural

- responses to ingroup and outgroup members' suffering predict individual differences in costly helping. *Neuron*, 68, 149-160.
- Hendriks, L., de Kleine, R., van Rees, M., & van Minnen, A. (2011). Een alternatieve kijk op de therapeutische houding bij de behandeling van PTSS. *Directieve Therapie*, 31, 382-397.
- Iyer, R., Koleva, S., Graham, J., Ditto, P., & Haidt, J. (2012). Understanding libertarian morality: The psychological dispositions of self-identified libertarians. *PLoS ONE* 7, e42366.
- Keijsers, G. P. J. (2014). Het grote psychotherapie-debat. Waarom zijn specifieke behandeltechnieken belangrijk voor het resultaat van psychotherapie en waarom de werkvrelatie? *Gedrags-therapie*, 47, 148-172.
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In G. P. J. Keijsers, A. van Minnen, & C. A. L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen 1* (pp. 13-34). Amsterdam: Boom.
- Keijsers, L. H. A. (2016). *Protocol voor relatietherapie gebaseerd op EFT en CBCT*. Amsterdam: Brave New Books.
- Klaver, J. (2016). *De empathische samenleving*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Kortmann, F. (2016). *Culturele competenties in psychiatrie en psychologie: Theorie en praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Krznaric, R. (2014). *Empathy: Why it matters, and how to get it*. London: Random House Group.
- Lamm, C., Batson, C. D., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: Effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 42-58.
- Lamm, C., & Majdandžić, J. (2015). The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy – A critical comment. *Neuroscience Research*, 90, 15-24.
- Lelorain, S., Bredart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21, 1255-1264.
- Ludick, M., & Figley, C. (2016). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23, 1-12.
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131, 202-223.
- Majdandžić, J., Bauer, H., Windischberger, C., Moser, E., Engl, E., & Lamm, C. (2012). The human factor: Behavioral and neural correlates of humanized perception in moral decision making. *PLoS ONE* 7, e47698.
- Mathur, V. A., Harada, T., Lipke, T., & Chiao, J. Y. (2010). Neural basis of extraordinary empathy and altruistic motivation. *Neuroimage*, 51, 1468-1475.
- McCue, C. P., & Gopoiian, J. D. (2000). Dispositional empathy and the political gender gap. *Women and Politics*, 21, 1-20.
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 878-884.
- Murphy, B. A., Costello, B. T. H., Watts, A. L., Cheong, Y.F., Berg, J. M., & Lilienfeld, S. O. (2018). Strengths and weaknesses of two empathy measures: A comparison of the measurement precision, construct validity, and incremental validity of two multidimensional indices. *Assessment*. doi: 10.1177/1073191118777636
- Neuberg, S. L., Cialdini, R. B., Brown, S. L., Luce, C., & Sagarin, B. J. (1997). Does empathy lead to anything more than superficial helping? Comment on Bat-

- son et al. (1997). *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 510-516.
- Nicolai, N. J. (1999). Overdracht en tegenoverdracht bij traumabehandeling. In P. G. H. Aarts & W. D. Visser (red.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 345-368). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Obama, B. (2007). *The audacity of hope: Thoughts on reclaiming the American Dream*. New York, NY: Three Rivers Press.
- Patil, I. (2015). Trait psychopathy and utilitarian moral judgement: The mediating role of action aversion. *Journal of Cognitive Psychology*, 27, 349-366.
- Patil, I., & Silani, G. (2014). Reduced empathic concern leads to utilitarian moral judgments in trait alexithymia. *Frontiers in Psychology*, 5(501), 1-12.
- Pegrum, J., & Pearce, O. (2015). A stressful job: Are surgeons psychopaths? *Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, 97, 331-334.
- Pinker, S. (2011). *The better angels of our nature: Why violence has declined*. New York: Penguin Books.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Reinders, M. (2010). Over leertherapie en het nut van macrameeën. *Gedrags therapie*, 43, 191-193.
- Römer, M. (2004). Wie heeft er het meeste last van 'ADHD'? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 49-61.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3rd ed.). New York: Owl Books.
- Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The biology of humane at our best and worst*. London: Penguin Random House.
- Shaw, L. L., Batson, C. D., & Todd, R. M. (1994). Empathy avoidance: Forestalling feeling for another in order to escape the motivational consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 879-887.
- Singer, P. (2011). *Our expanding circle: Ethics, evolution and moral progress*. New Jersey: Princeton University Press.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not the sensory components of pain. *Science*, 303, 1157-1161.
- Singer, T., Snozzi, R., Bird, G., Petrovic, P., Silani, G., Heinrichs, M., & Dolan, R. J. (2008). Effects of oxytocin and prosocial behavior on brain responses to direct and vicariously experienced pain. *Emotion*, 8, 781-791.
- Steinhausen, S., Ommen, O., Thüm, S., Lefering, R., Koehler, T., Neugebauer, E., & Pfaff, H. (2014). Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 95, 53-60.
- Taft, C. T., & Murphy, C. M. (2007). The working alliance in intervention for partner violence perpetrators: Recent research and theory. *Journal of Family Violence*, 22, 11-18.
- ten Broeke, E., & de Jongh, A. (2008). *Handboek EMDR*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Thompkins, A. V. (2015). Did the ADA evolve into our ramp to full employment? An analysis of 18 years of the Americans with Disabilities Act. *Journal of Contemporary Management*, 4, 13-32.
- Thomson, J. J. (1985). The trolley problem. *Yale Law Journal*, 94, 1395-1415.
- Thwaites, R., & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive behaviour therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 591-612.
- Vachon, D. D., & Lynam, D. R. (2015). Fixing the problem with empathy: Development and validation of the

- affective and cognitive measure of empathy. *Assessment*, 23, 135-149.
- Vachon, D. D., Lynam, D. R., & Johnson, J. A. (2014). The (non)relation between empathy and aggression: Surprising results from a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 3, 751-773.
- van Minnen, A. (2008). *Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten*. Nijmegen: Thieme MediaCenter.
- van Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma therapists choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 312-320.
- Vanaerschot, G., Nicolai, N. J., & Hebrecht, M. (2015). *Empathie: Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Veeninga, A. (2010). Over leertherapie en het nut van macrameeën: Een reactie op de forumbijdrage van Reinders. *Gedragstherapie*, 43, 195-198.
- Waller, G. (2014). Empirisch onderbouwde therapie en therapist drift. *Gedragstherapie*, 47, 206-231.
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende clinici er niet in slagen evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.
- Wampold, B. E. (2015). How important are common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270-277.