

Empathie als therapeutische factor

Empathie is het fundament van therapeutische werkzaamheid. Het is geen generieke respons, maar een fijnmazig afgestemd proces waarin de therapeut zijn houding moet individualiseren. In de groep vraagt empathie als instrument extra vaardigheden. En er zit een keerzijde aan, weet opleider bij de NVGP Frans van Paassen.

Door Frans van Paassen

Empathie behoort tot de meest onderzochte gemeenschappelijke factoren in psychotherapie. Rogers (1975) definieert empathie als de vaardigheid om de persoonlijke wereld van de cliënt accuraat te begrijpen en er gevoelig op af te stemmen, alsof men die wereld zelf beleeft, maar zonder het eigen 'alsof-karakter' te verliezen. Deze notie is nog steeds geldig. Meta-analyses tonen aan dat empathie een van de sterkste voorspellers is van behandeluitkomst, goed voor ongeveer 9% van de variantie in effectiviteit – meer dan veel specifieke interventietechnieken (Elliott et al., 2019; Wampold, 2015). Recente studies hebben dit verfijnd: niet alleen de mate van empathie, maar ook de timing en de afstemming ervan bepalen de effectiviteit van de therapeutische relatie (Norcross & Lambert, 2023; Elliott et al., 2021). Empathie fungeert daarbij niet als een statische eigenschap, maar als een relationeel proces dat voortdurend co-gestructueerd wordt tussen therapeut en cliënt. Neurobiologisch onderzoek benadrukt deze dynamiek door een onderscheid te maken tussen twee neurale routes: een affectieve route (voor het meevoelen, gelinkt aan het spiegelneuronensysteem en de insula) en een cognitieve route (voor het begrijpen, gelinkt aan het mentalisatie-netwerk), waarvoor vooral de mediale prefrontale cortex, de temporo-pariëtale junctie en de posterior

cingulate cortex vallen (Shamay-Tsoory, 2021). Het vraagt van de therapeut een subtiele balans tussen deze resonantie en differentiatie, tussen voelen en denken, tussen nabijheid en begrenzing (Decety & Fotopoulou, 2023). Cruciaal is de rol van de prefrontale cortex in het reguleren van deze empathische processen, om overidentificatie te voorkomen.

Empathie is geen generieke respons, maar een fijnmazig afgestemd proces waarin de therapeut zijn houding voortdurend individualiseert. Effectieve empathie is altijd gedifferentieerd: wat voor de ene deelnemer helend is – bijvoorbeeld emotionele warmte – kan voor een ander overweldigend of intrusief zijn (Wampold & Imel, 2017; Zilcha-Mano, 2023). Dit gaat verder dan persoonlijke stijl; het vereist een cultureel sensitieve houding ('cultural humility'), waarbij de therapeut erkent dat de expressie en verwachtingen rond empathie cultureel bepaald zijn (Hook, et al., 2013). Empathie veronderstelt dus precisie, gevoeligheid en zelfbewustzijn.

Empathie in de groep

In groepstherapie krijgt empathie een collectieve en meervoudige vorm. De therapeut staat niet tegenover één cliënt, maar in een veld van resonanties, emoties en identificaties. Het empathisch proces moet zich uitstrekken naar meerdere individuen, terwijl de therapeut ook het geheel van de groep in het vizier houdt (Burlingame et al., 2020). Een empathische interventie kan simultaan verschillende betekenislagen en reacties oproepen binnen de relationele matrix van de groep. Zoals Yalom en Leszcz (2020) benadrukken, functioneert de groep als een sociale microkosmos: een levende matrix

waarin leden voortdurend bijdragen aan en reageren op de emotionele werkelijkheid van elkaar. Vanuit een systemisch perspectief is de groep een dynamisch geheel waarin empathie circulair stroomt; een wisselwerking tussen A en B beïnvloedt altijd de dynamiek met C en D.

Dat betekent dat de therapeut voortdurend schakelt tussen niveaus van aandacht, namelijk:

- de individuele beleving van elk groepslid;
- de interacties tussen groepsleden;
- en de emotionele atmosfeer van de groep als geheel.

Empathie in groepen is niet alleen affectief, maar ook cognitief veeleisend

Deze meervoudige empathie vraagt een complexe mentale organisatie. In de praktijk betekent dit dat een therapeut in een groep voortdurend probeert te begrijpen wat er in verschillende groepsleden omgaat, terwijl hij tegelijk zijn eigen reacties moet blijven volgen. Neuropsychologisch onderzoek suggereert dat dergelijke vormen van gedeelde empathie gepaard gaan met verhoogde activiteit in het *mentalizing network* (Zaki, 2020; Thirioux et al., 2023). Dat impliceert dat empathie in groepen niet alleen affectief, maar ook cognitief veeleisend is: de therapeut moet meerdere perspectieven tegelijk vasthouden en ondertussen zijn eigen innerlijke resonantie reguleren.

In de groepscontext is empathie bovendien niet enkel een verticaal fenomeen (tussen therapeut en deelnemer), maar ook horizon-

taal: deelnemers leren elkaars gevoelens te herkennen en verdragen. Die horizontale empathie draagt rechtstreeks bij aan cohesie, veiligheid en het ontwikkelen van een mentaliserend klimaat (Burlingame et al., 2022). Moderne sociaal-psychologische inzichten benadrukken hierbij het concept van 'we-ness' of gedeelde identiteit (Haslam et al., 2021). Wanneer groepsleden zich verbonden voelen als een 'wij', vergemakkelijkt dit empathie en prosociaal gedrag fundamenteel. De taak van de therapeut is mede het voeden van dit collectieve gevoel, waardoor empathie minder een individuele inspanning wordt en meer een natuurlijk onderdeel van de groepsstructuur.

Klinisch vignet: de verdeelde aandacht

Maria (48) vertelt in de groep over het recente overlijden van haar moeder. Haar stem breekt, tranen stromen. De therapeut voelt haar verdriet en buigt zich iets naar haar toe om dit te erkennen. Tegelijk merkt hij hoe Frank (35) verstijft, zijn armen strak over elkaar slaat en wegstijgt.

De therapeut staat voor een klassiek groepsdilemma: blijft hij bij het verdriet van Maria, of richt hij zich op Frank, die zich terugtrekt? Beide keuzes hebben gevolgen. Blijft hij bij Maria, dan kan hij de affectieve resonantie in de groep missen; richt hij zich op Frank, dan loopt hij het risico dat Maria zich in haar kwetsbaarheid alleen gelaten voelt.

Hij kiest voor een verbindende en mentaliseren-bevorderende interventie. In plaats van te kiezen, creëert hij een 'holding environment' – een veilige, containende ruimte – waarin beide ervaringen naast elkaar mogen bestaan: 'Maria, ik zie hoe diep dit je raakt. En ik merk dat dit verdriet ook iets teweeg-

brengt in de ruimte hier. Frank, ik zie dat je je terugtrekt. Kun je vertellen wat er bij jou opkomt?'

Deze vraag is kenmerkend voor een mentaliserende houding: hij nodigt Frank niet uit om zijn gedrag te verklaren of te verdedigen, maar om zijn interne staat, zijn gevoelens en gedachten, te verkennen.

Frank aarzelt: 'Ik... ik weet het niet. Het is moeilijk om naar te kijken. Mijn vader is ook ernstig ziek en ik... ik kan er niet over praten.'

De therapeut knikt, verbindt de ervaringen en valideert beide: 'Het verdriet van Maria raakt dus aan jouw eigen angst. Dat is heel moeilijk om te verdragen.'

De groep ademt uit. Op dat moment stroomt empathie niet langer slechts van therapeut naar cliënt, maar ook tussen groepsleden onderling. Wat eerst een spanningsveld was – de verdeelde aandacht – wordt een gedeelde ervaring. De interventie van de therapeut heeft epistemisch vertrouwen (epistemic trust) versterkt: de groep ervaart dat het delen van kwetsbare, innerlijke ervaringen leidt tot begrip en verbinding, niet tot afwijzing.

Dit moment illustreert wat recent beschreven wordt als empathic attunement-in-complexity (Greenberg et al., 2022): het vermogen om meerdere affectieve werkelijkheden tegelijk te dragen en te verbinden.

De therapeut is hier niet enkel een bron van empathie, maar de architect van een mentaliserend systeem waarin de groep zelf leert om empathisch te zijn.

De schaduwzijde

Het verdelen van empathie is niet zonder prijs. In groepen kan vooral empathische

betrokkenheid – waarbij de therapeut zich inleeft in de innerlijke toestand van meerdere leden tegelijk – leiden tot uitputting. Verschillende auteurs benadrukken dat empathie en compassie theoretisch te onderscheiden zijn: empathie impliceert een vorm van identificatie met de emotionele ervaring van de ander, terwijl compassie eerder gekenmerkt wordt door medeleven vanuit een positionele stabiliteit, zonder verlies van zelfgrenzen (Neff, 2011; Gilbert, 2014). Waar compassie doorgaans beschermend werkt, kan voortdurende empathische resonantie wél uitputten.

Vanuit dit perspectief is het risico op empathische uitputting (*compassion fatigue*) bij therapeuten vooral aanwezig wanneer de groep trauma's, verlies of destructieve dynamieken bevat (Figley, 2021; Maslach & Leiter, 2022). De continue wisseling van perspectief, het dragen van tegengestelde emoties en het bewaken van cohesie vergen een hoge mate van affectieve en cognitieve zelfregulatie.

Een neurofysiologisch kader om deze uitputting te begrijpen biedt de Polyvagaaltheorie (Porges, 2022). De therapeut fungeert als de 'veiligheidsregulator' van de groep: het is het autonome zenuwstelsel van de therapeut dat voortdurend de sociale omgeving scant op tekenen van gevaar of veiligheid. De hoge mate van empathische resonantie en de herhaalde confrontatie met stress, leed of conflict binnen de groep kunnen leiden tot een chronische staat van sympathische activatie (vecht/vlucht) of, in extremere gevallen, tot dorsale vagale terugtrekking. Dit helpt verklaren waarom therapeuten fysieke en mentale uitputting rapporteren na langdurige blootstelling aan complexe groepsdynamieken.

Daarnaast bestaat er een subtiel, vaak onbewust fenomeen van selectieve empathie. Sommige leden roepen spontaan warmte en medeleven op – bijvoorbeeld omdat zij zich open en dankbaar tonen – terwijl anderen, die zich afwerend, rationeel of vijandig opstellen, minder gemakkelijk empathisch worden benaderd (Park, 2025). Door de lens van de Polyvagaaltheorie is dit afwerende gedrag vaak een uiting van een verdedigend autonoom zenuwstelsel. De groep voelt zulke ongelijkheden feilloos aan.

Wanneer empathie ongelijk verdeeld wordt, kan dit de groepscohesie ondermijnen. De 'favoriet' kan jaloezie oproepen; het buitengesloten lid voelt zich bevestigd in zijn gevoel van afwijzing en kan zich terugtrekken of juist escalerend gedrag vertonen (Burlingame et al., 2022). Het is belangrijk dat deze dynamieken binnen de groep actief worden onderzocht en besproken, zodat de therapeut en de groepsleden zicht krijgen op de impliciete spanningen en patronen die de groepsinteractie beïnvloeden.

Daarom vraagt empathie in de groep niet alleen om gevoeligheid, maar ook om voortdurende zelfreflectie: bij wie voel ik spontaan empathie, en bij wie niet? Wat zegt dit over mijn eigen geschiedenis, mijn overdrachtsneigingen of mijn vermijdingspatronen?

De cruciale buffer tegen deze risico's is zelfcompassie (Neff, 2023). Therapeuten die zichzelf met vriendelijkheid en begrip kunnen benaderen wanneer zij geconfronteerd worden met hun eigen grenzen en empathische missers, zijn veerkrachtiger en lopen minder risico op uitputting. Zelfcompassie stelt de therapeut in staat om de eigen onvolkomenheden in het empathische proces onder ogen te zien zonder in schaamte of zelfkritiek te vervallen.

Empathie als relationele leerervaring

Empathie in groepstherapie is uiteindelijk meer dan een therapeutische houding: het is een modellerervaring. De groep leert

De groep leert dat empathie geoefend, getest en hersteld kan worden

dat empathie niet vanzelfsprekend is, maar geoefend, getest en – cruciaal – hersteld moet worden. Wanneer empathie mislukt, bijvoorbeeld door een misverstand of een onbedoeld kwetsende opmerking, biedt het gezamenlijke herstel daarvan een unieke leerervaring. Dit proces van 'breuken en herstel' (Muran et al., 2021) laat groepsleden zien dat relationele breuken niet definitief zijn, maar hersteld kunnen worden, wat een fundamenteel gevoel van veiligheid en veerkracht creëert.

In dit proces fungeert de therapeut als regisseur. Door empathie te verdelen, terug te trekken of te herstellen, maakt hij impliciet zichtbaar hoe relationele verbinding ontstaat, verdwijnt en herwonnen kan worden.

Wanneer de therapeut zijn eigen empathische missers erkent en herstelt, modelleert hij daarmee tegelijkertijd zelfcompassie en authenticiteit.

Deze herstelervaringen zijn de bouwstenen voor wat *epistemic trust* wordt genoemd (Fonagy & Allison, 2014): het vertrouwen dat de sociale wereld een betrouwbare bron van informatie is en dat nieuwe, helpende inzichten uit de groep persoonlijk relevant en toepasbaar zijn. Zo wordt empathie een van de krachtigste therapeutische factoren in de groep: zij transformeert van een individuele eigenschap tot een collectieve vaardigheid, en leert deelnemers dat empathie niet betekent meevoelen zonder grens, maar begrijpen zonder te verliezen wie je bent, en dat verbinding altijd de mogelijkheid tot herstel in zich draagt. ■

Frans van Paassen (fvanpaassen@upcmail.nl) is psychotherapeut en opleider NVGP. Hij werkt in eigen praktijk in Rotterdam.

Refereren aan

.....
Paassen, F. van (2026). Empathie als therapeutische factor. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)3, p. 53-59.
.....

Literatuur

Burlingame, G.M., Strauss, B. & Joyce, A.S. (2020). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., pp. 387-424). Hoboken, NJ: Wiley.

Burlingame, G.M., Whitcomb, K.E. & Woodland, S.C. (2022). Process and outcome in group psychotherapy: A perspective. In D.J. Feeney (Ed.), *APA handbook of group psychotherapy* (p. 91-110). American Psychological Association.

Decety, J. & Cowell, J.M. (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), p. 337-339.

Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2019). Empathy. In J.C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 245-287). Oxford University Press.

Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Murphy, D. (2021). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 58(4), p. 450-464.

Figley, C.R. (2021). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Londen: Routledge.

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), p. 372-380.

Greenberg, L.S., Watson, J.C. & Goldman, R.N. (2022). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association.

Haslam, S.A., Reicher, S.D. & Platow, M.J. (2021). *The new psychology of leadership: Identity, influence and power* (2nd ed.). Londen: Routledge.

Hook, J.N., Davis, D.E., Owen, J., Worthington, E.L. & Utsey, S.O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), p. 353-366.

Maslach, C. & Leiter, M.P. (2022). *The burnout challenge: Managing people's relationships with their jobs*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Muran, J.C., Eubanks, C.F. & Samstag, L.W. (2021). One more time with less jargon: An introduction to 'Rupture Repair in Practice'. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), p. 361-368

Neff, K.D. (2023). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. New York: William Morrow.

Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (Eds.). (2023). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (4th ed.). Oxford University Press.

Park, I.-K. (2025). Selective Empathy Theory: The bias of affective empathy and the role of social frames. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 59(4), p. 81.

Porges, S.W. (2022). *Polyvagal theory: A primer*. New York: W.W. Norton & Company.

Rogers, C.R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), p. 2-10.

Shamay-Tsoory, S.G. (2021). The neuropsychology of empathy: Evidence from lesion studies. *Neuropsychology Review*, 31(4), p. 581-597.

Thirioux, B., Lang, B. & Lindemann, O. (2023). The neurosocial network: A systematic review and meta-analysis of the neural correlates of social cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 144, 104979.

Tronick, E.Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: W.W. Norton & Company.

Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), p. 270-277.

Wampold, B.E. & Imel, Z. E. (2017). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). London: Routledge.

Zaki, J. (2020). *The war for kindness: Building empathy in a fractured world*. New York: Crown Publishing Group.

Zilcha-Mano, S. (2023). Toward personalized psychotherapy: The importance of the trait-like versus state-like nature of moderators and mediators. *World Psychiatry*, 22(1), p. 29-30.

.....