

De ontwikkeling van een Empathie-observatieinstrument

Tom van Erven¹, Jan B. Dijkstra²

It was not I that sinn'd the sin,
The ruthless body dragged me in;
Though long I strove courageously,
The body was too much for me.

(W. Whitman, Complete Poetry and Selected Prose, 1959. The Singer in the Prison)

In de forensische psychiatrie speelt het fenomeen ‘empathie’ een belangrijke rol. Zonder dat het expliciet wordt geoperationaliseerd of genoemd ligt een inschatting van het empathisch vermogen van een patiënt ten grondslag aan adviezen aan het ministerie van Justitie en de rechtbanken. Ook bij de behandeling speelt het een rol. Daarbij is niet duidelijk wat de diverse deskundigen precies onder dat begrip verstaan en met name op welke concrete gedragingen of observaties de inschatting van het empathisch vermogen is gebaseerd. Bij deskundigen uit het veld bestond bij de presentatie van de Behavioural Status Index³ (Van Erven, 1999) de behoefte om ook het empathisch vermogen van forensische patiënten meer objectief in beeld te brengen. Met behulp van Concept Mapping⁴ is een eerste observatie-instrument ontwikkeld om het empathisch vermogen te objectiveren in zo concreet mogelijk gedrag.

Empathie

Het begrip empathie is afgeleid van het Griekse ‘em’ en ‘patheia’ en betekent ‘in affect of in gevoel’. Hoewel het begrip empathie regelmatig wordt gebruikt is een operationalisatie van het begrip geen gemakkelijke opgave. Dat heeft te maken met het feit dat het gaat om een soort container-begrip, waaronder meerdere zaken worden verstaan. Daardoor is een situatie ontstaan zoals o.a. Wiseman (1996) omschrijft: “empathy is a term widely used and written about ... and, as such, its meaning and application has become blurred”.

Van Dale Groot woordenboek hedendaags Nederlands omschrijft empathie als het: “vermogen zich in te leven in de gevoelens van anderen”. Andere bronnen (o.a. Barrett-Lennard, 1962; Gould, 1990; Duan & Hill, 1996; Wiseman, 1996; Eslinger, 1998; Binder, 1999; Vanaerschot, 1999; Van Strien, 1999) citeren of hanteren weer andere omschrijvingen. Volgens deze omschrijvingen heeft empathie iets te maken met het bewustzijn van, het kunnen inleven in en mogelijk het kunnen meevoelen van andermans gevoelens. Dat zijn redelijk abstracte begrippen die nadere invulling behoeven op observeerbaar gedragsniveau om tot een voor ons doel bruikbaar empathie-observatieinstrument te kunnen komen.

Een observatieinstrument

Nog los van de hierna te bespreken problemen met zelfbeoordeling, is op voorhand duidelijk dat de populatie in onze forensische kliniek en meerdere andere forensische instituten, zelfbeoordeling op grote schaal onmogelijk maakt. Het gaat voor de kliniek in Eindhoven om een patiëntenpopulatie waarvan zo’n 60% uit een andere cultuur en/of taalgebied afkomstig is, terwijl daarnaast rond de 50% min of meer chronisch psychotisch is. Verder leert de ervaring, dat ook van patiënten die bereid en in staat zijn mee te werken, een aanzienlijk aantal bij herhaalde

meting afhaakt. Vandaar dat als uitgangspunt is gekozen, de ontwikkeling van een onderzoeksinstrument (Spil, 1999) waarmee personen die een patiënt goed kennen in staat zijn een betrouwbaar beeld te geven van het empathisch vermogen van die patiënt.

Zelfbeoordeling

Zelfbeoordeling zonder crossvalidatie door middel van observatie kent duidelijke methodologische beperkingen. Eind veertiger jaren al vraagt Cronbach (1968) aandacht voor het zogenaamde ‘hello-goodbye’ effect, waarbij antwoordpatronen van zelfbeoordelingslijsten duidelijk verschillen afhankelijk van of een persoon wil ‘fake into’ of ‘fake out’ therapieprogramma’s. Dat is ook het geval als belangrijke sociale onderwerpen - zoals seksueel gedrag - aan de orde zijn. Uit literatuur (Brody, 1995; Lewontin, 1995) komt naar voren dat dit soort zelfbeoordeling-gegevens fundamenteel onbetrouwbaar en niet-valide zijn als gevolg van diverse bronnen van bias en als gevolg van misinterpretaties.

Recent onderzoek naar de invloed van een depressieve stemming op antwoordpatronen bij zelfbeoordeling op de betrouwbaarheid van biografische- en persoonlijkheidsgegevens (Bühler et al., 1999) brengt diverse bronnen van onbetrouwbaarheid aan het licht.

De invloed van sociaal wenselijke ‘sets’ en overheersende antwoordstijlen op zelfbeoordeling is uitgebreid beschreven. Bijvoorbeeld uit een studie waarbij zelfbeoordeling over lengte en gewicht wordt vergeleken met directe metingen, blijkt dat personen hun lengte over- en hun gewicht onderschatten (Hart & Tomazic, 1999). Dit type fouten is toe te schrijven aan de behoefte van mensen om zich lichamelijk zo goed mogelijk te presenteren. Een analogie met het rapporteren van psychisch functioneren ligt in de rede, waardoor een forensisch psychiatrische patiënt mogelijk eerder ontslag zou kunnen krijgen.

Schachter (1999) noemt zeven beperkingen van het menselijk geheugen: transience (verminderde toegankelijkheid over de tijd); attention deficit; blocking; misattribution; suggestibility; bias en persistence, die een rol kunnen spelen bij de onbetrouwbaarheid en gebrekkige validiteit van zelfbeoordelinggegevens.

Metten van empathie

Instrumenten om empathie te ‘meten’ kunnen in drie groepen worden verdeeld (Reynolds & Presley, 1988). Het betreft zelfbeoordeling (o.a. La Monica Empathy Profile: La Monica 1980a; Empathy Construct Rating Scale (ECRS): La Monica, 1980b, 1981), beoordeling door deskundigen (o.a. Hogan Empathy Scale: Hogan, 1969; The Empathy Scale (therapist’s version): Burns & Auerbach, 1998; Scoringslijst: Van Strien, 1999) of beoordeling door cliënten/patiënten (o.a. Empathy Subscale of the Barratt-Lennard Relationship Inventory (BLRI): Barratt-Lennard, 1962; The Empathy Scale (patient’s version): Burns & Auerbach, 1998).

Vanuit de Client Centered en Analytische scholen wordt empathie beschouwd als een noodzakelijke eigenschap van de therapeut. Empathie ‘meting’ heeft danook in het bijzonder betrekking op het meten van therapeutempathie (o.a. Ickes, 1997; Vanaerschot, 1999; Van Strien, 1999). In het onderhavige onderzoek is geen onderzoeksgroep therapeuten opgenomen.

Het empathie-construct

Volgens Duan & Hill (1996) kan het begrip empathie verwijzen naar drie verschillende constructen die elkaar al dan niet overlappen. Empathie kan beschouwd worden als een persoonlijkheidstrekk of een algemene vaardigheid. Impliciet betekent dat, dat sommige mensen van nature of door hun ontwikkeling, empathischer zijn dan anderen. Anderen beschouwen empathie als een situatiespecifieke cognitief-affectieve toestand. Dat impliceert dat de mate van empathisch gedrag varieert afhankelijk van de situatie, onafhankelijk van iemand's 'niveau van empathie'. Weer anderen beschouwen empathie als een multifasisch experiëntieel proces. Het gaat daarbij om de van moment-tot-moment ervaring van empathie, hetgeen impliceert dat het bij empathie gaat om een opeenvolging van ervaringen. Onderzoek dat uitgaat van dit laatste construct is beperkt, omdat min of meer objectieve assessment niet mogelijk blijkt en het blijft bij beschrijvend onderzoek.

Herhaalde observatie

Belangrijk in een TBS-behandelsetting is de vraag of mensen met een beperkt of afwezig empathisch vermogen kunnen leren om empathisch(er) te zijn. Belangrijk omdat een gebrekkig of afwezig empathisch vermogen en het delict vaak aan elkaar gerelateerd lijken. Als empathie iets is dat iemand heeft (geleerd in zijn jeugd) of niet, dan zou het (op latere leeftijd) dus niet meer 'echt' te leren zijn. De vraag is of het voor de praktijk wezenlijk is, want onverlet blijft dat iemand wel zou kunnen leren een empathische rol te 'spelen', die een ander doel heeft dan puur eigen gewin op te leveren. De doorleving mag dan geheel of gedeeltelijk ontbreken, maar de kwaliteit van intermenselijke contacten kan verbeteren. Dat kan dan weer een positieve bekrachtiging van het nieuwe gedrag tot gevolg hebben waardoor de waarschijnlijkheid dat het vaker optreedt toeneemt. Met behulp van het ontwikkelde empathie observatie-instrument kan met een vaste regelmaat worden vastgelegd of er sprake is van veranderingen in empathisch gedrag en in welke richting. Dan zal duidelijk worden of iemand zich empathischer gedraagt c.q. empathischer wordt en welke invloed dat op termijn zal hebben op het recidive-gedrag.

Concept Mapping

Concept Mapping blijkt een beproefde methode om evaluatiecriteria (Trochim, 1989; Derks & Mulder, 1993), een behandelaanbod (Dienst Justitiële Inrichtingen, 1998), kwaliteitscriteria (Coumans et al., 1994; Boevink & Wolf, 1998), kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten (Nijssen et al., 1999) te ontwikkelen of andere complexe problemen (De Boer, 1997) hanteerbaar in kaart te brengen. Daartoe wordt gebruik gemaakt van een computerondersteunde procedure (Talcott bv./NcGv, 1995).

Voor de ontwikkeling van een eerste onderzoeksversie van het empathie-observatieinstrument is de volgende concept mapping procedure doorlopen:

- Een groep van twaalf deskundigen (psychologen, psychiaters (i.o.)) formuleert tijdens de brainstormfase in totaal 55 items in antwoord op de vraag: "Concrete gedragingen die voor mij indicaties zijn voor het empathisch vermogen van iemand, zijn !"
- 12 Psychologen, 10 psychiaters (i.o.) (6 vrouwen en 16 mannen) hebben deze items geprioriteerd en geclusterd.
- Met behulp van het Concept Mapping programma 'Ariadne' Talcott/NvGv, 1995) is de

gemiddelde prioriteit per item berekend én zijn de items geclusterd. Bij de clustering is de grens gelegd bij 8 clusters, omdat anders clusters met één item ontstaan.

- De acht clusters zijn redelijk gelijk verdeeld over de vier kwadranten gevormd door de X-as en Y-as. De X-as geeft een overgang van ‘meer gericht op gevoel’ naar ‘meer gericht op gedrag’. De Y-as van ‘meer gericht op de ander’ naar ‘meer gericht op zichzelf’.
- Op basis van een verdeling van items over de acht clusters én de prioriteit van de items zijn de 30 (Tabel I) ‘belangrijkste’ items geselecteerd.
- Deze items zijn in een ‘BSI-format’ uitgewerkt (zie Tabel II), waarbij een nadere uitleg wordt gegeven van de inhoud van het item en de vijf antwoordcategorieën worden geformuleerd. Deze laatste lopen van het niet aanwezig zijn van het gedrag c.q. de vaardigheid tot het volledig aanwezig zijn daarvan.
- Tijdens de discussie over de resultaten komt nadrukkelijk naar voren dat de items op zich niet voldoende inzicht geven in de ‘waarde’ van iemand’s empathisch vermogen. Daarom worden er per vraag een drietal extra antwoordcategorieën toegevoegd: A) geloofwaardig/ongeloofwaardig; B) wel in staat/niet in staat; C) uit zichzelf/met sturing.
- Door deze toevoeging is een experimenteel onderzoeksinstrument met 120 vragen ontstaan.

Onderzoekspopulatie

De empathie-lijst is in totaal voor 172 personen ingevuld, waarvan in 118 gevallen door twee onafhankelijke beoordelaars. Van de beoordeelde behoren er 51 (26 vr; 25 mn) tot de controlegroep (= niet psychiatrische patiënten), 24 (13 vr; 10 mn; 1 onbekend) tot de groep psychiatrische niet-forensische patiënten en 97 (6 vr; 89 mn; 2 onbekend) tot de groep forensisch psychiatrische patiënten. De beide psychiatrische populaties zijn duidelijk jonger dan de controlegroep. Van de controlegroep is 45% ouder dan 45 jaar. Voor de forensische groep is dat 16%, voor de groep psychiatrische patiënten 25%. De forensische groep is in hoofdzaak een ‘mannengroep’. Dit komt overeen met de totale forensische populatie in Nederland waar vrouwen minder dan 10% van uitmaken. Verderop zal blijken dat noch leeftijd, noch geslacht een significante invloed te hebben op de empathiescore.

Interrater betrouwbaarheid

De interrater betrouwbaarheid voor de 30 empathievragen is onderzocht met behulp van Kendall Tau b Correlatie Coëfficiënten. Daaruit blijkt dat voor alle vragen, behalve vraag 21 (significantie-niveau 0.1518), een significante overeenstemming bestaat (N=118). 23 Items hebben een significantie-niveau van 0.0001. De overige 6 items variëren van 0.0002 tot 0.0042. Voor de drie per item toegevoegde dichotomieën, A) geloofwaardig/ongeloofwaardig; B) wel in staat/niet in staat; C) uit zichzelf/met sturing, wordt een wat grotere fractie geschrapt wegens een te geringe interrater betrouwbaarheid. Onderzocht met de Fischer Exact Test bestaat er voor ‘geloofwaardig/ongeloofwaardig’ geen overeenstemming voor de items 3, 6, 7, 9, 15, 16, 22, 23, 24, en 28. Bij ‘wel in staat/niet in staat’ verschillen de beoordelaars van mening voor de items 7, 19,

24 en 28. Voor ‘uit zichzelf/met sturing’ zijn er verschillen voor de items 16, 20, 25, 26, 28 en 30. Deze 20 items zijn voor het verdere onderzoek uit de itempool van 120 items⁵ verwijderd, zodat 100 items overblijven.

Leeftijd, geslacht en groep

Vanwege verschillen in leeftijd en in verhouding vrouwen-mannen tussen de drie onderzoeksgroepen is nagegaan of er een relatie bestaat tussen leeftijd, geslacht en groep enerzijds en empathie zoals gerepresenteerd in de overgebleven 100 items anderzijds. Gecorrigeerd voor ontbrekende observaties is dit gecontroleerd voor N= 167. Gevalideerd in een model waar ze alle zes (de drie variabelen en de drie interacties) in voorkomen (Type III kwadraten som), blijkt alleen de overschrijdingskans voor de variabele groep significant (0.0001) voor iedere paarsgewijze vergelijking. Leeftijd (0.9539) en geslacht hebben (0.4106) hebben binnen deze onderzochte populatie geen significante invloed op het empathisch vermogen.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

In de klinische praktijk lijkt redelijke consensus te bestaan over het gegeven dat bij personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis het empathisch vermogen gering is tot ontbreekt. Zo wordt in de DSM-IV (APA, 1994, p. 647) bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS)⁶ gesproken van ‘frequently lack empathy’. Voor zover wij hebben kunnen nagaan is er geen onderzoek gedaan of er statistische aanwijzingen zijn voor de aanname dat personen met een classificatie APS, laag scoren op empathie. Om na te gaan of er een dergelijk statistisch verband bestaat is aan de observatoren die hebben meegewerkt aan het onderhavige onderzoek, gevraagd de criteria⁷ afgeleid van de antisociale persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV (APA, 1994) (zie Tabel III) te scoren. Deze gegevens worden vergeleken met de scores op de empathielijst zoals die is ontwikkeld, waarbij de te beantwoorden vraag is of er in het empathieconcept zoals dat verscholen zit in de 100 items van het ontwikkelde instrument een concept schuilgaat dat gerelateerd is aan de criteria voor APS volgens de DSM-IV. Daarbij hanteren wij, naar analogie met Binet, voor de vraag: ‘Wat is Empathie?’ het antwoord: ‘Dat is wat ons instrument meet!’

Relatie DSM-criteria antisociale persoonlijkheidsstoornis en empathie

Op de 100 empathievragen is allereerst een ongeroteerde factoranalyse uitgevoerd, waarbij gegarandeerd het primaire concept (= empathie) gerepresenteerd wordt in de eerste factor. Het resultaat is drie variabelen met factorscores. Alle 11 DSM-variabelen APS correleren significant met de eerste factor. Geen enkele DSM-variabele correleert significant met de tweede of derde factor. Deze tweede en derde factor blijven hier verder buiten beschouwing.

Toetsing van de nul-hypothese dat de concepten empathie en APS ongecorreleerd zijn leidt tot een verwerping. Een canonieke correlatie tussen de 100 empathievariabelen en de 11 DSM-IV-variabelen levert 7 onderling onafhankelijke, significant correlerende paren van vectoren op. De methoden van Wilk, Pillai, Hotelling-Lawley en Roy zijn het met elkaar eens: empathie is sterk gerelateerd aan de verzamelde elementen van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Er zijn 7 gedetailleerde deelspraken mogelijk betreffende latente variabelen die in de 100-dimensionale en 11-dimensionale ruimtes verscholen zitten. Met de gestandaardiseerde canonieke coëfficiënten kunnen deze concepten worden verwoord. Het voert in het kader van het onderhavige artikel tever om dit gedetailleerd uit te werken.

De nieuwe empathieschaal

Een empathieschaal met 100 items is te lang om als zesde subschaal toe te voegen aan de bestaande BSI-D (vijf subschalen met in totaal 120 items). Daarom is een stapsgewijze regressie-analyse uitgevoerd met het doel een kortere lijst te construeren die de in de oorspronkelijke lijst opgenomen concepten betrouwbaar representeert. Daarbij is het streven om met voldoende verklaarde variabiliteit (± 0.95), het aantal items zo laag mogelijk te houden, om sterke intercorrelaties tussen de items te vermijden. Uit deze stapsgewijze regressie-analyse blijkt dat bij stap zes 0.94 van de variabiliteit verklaard wordt én alle vier aspecten uit de oorspronkelijke lijst aanwezig zijn. Van de zes items behoren er vier tot de zogenaamde letter-items⁸. Door de nieuwe lijst hiërarchisch compleet⁹ te maken, dat wil zeggen de bij de letter-items horende empathie-items toevoegen, ontstaat een lijst met 10 items (Tabel IV), die 0.95 van de variabiliteit verklaart.

Bij de constructie van deze nieuwe schaal is geen onderscheid gemaakt tussen de groepen, maar is alleen uitgegaan van het empathieconcept. Het gemiddelde empathisch vermogen van de totale onderzochte groep biedt geen bruikbaar criterium voor iemand's empathisch vermogen, omdat de groep forensische patiënten bijna 60% van aantal gescoorde personen levert en de scores van deze groep op de empathieschaal significant lager ligt dan van de controlegroep. Daarom zijn we uitgegaan van een 'normaal' empathisch vermogen, zijnde het gemiddelde van de controlegroep.

Dan blijft nog het probleem dat niet alle items dezelfde scoringscategorieën¹⁰ hebben. Schaalscores zouden zonder aanpassing in decimalen moeten worden berekend. Om met gehele getallen te kunnen rekenen én uit te gaan van het midden (waarde 0) van de controlegroep, is de empathie-schaal als volgt aangepast:

$$\text{items}^{11} (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) - 4(3A + 4B + 5B + 6C) - 6$$

Allereerst de som van de scores van de zes empathie-items, waardoor het ongecorrigeerde empathisch vermogen wordt weergegeven. Daarvan wordt als correctiefactor viermaal de som van de van de vier letter-items afgetrokken, omdat deze als het ware 'andersom' laden op de factor. Tenslotte moet van de voorgaande score nog zes als extra correctiefactor worden afgetrokken om uit te komen op het gemiddelde van de controlegroep.

Dit levert een scheve verdeling op (Figuur 1), waaruit duidelijk wordt dat het empathisch vermogen van forensisch psychiatrische patiënten in de meeste gevallen lager tot beduidend lager is dan dat van normale psychiatrische patiënten en zeker dan dat van een controlegroep niet-psychiatrische patiënten.

Samenvatting

Concept mapping blijkt een goed bruikbare procedure om in korte tijd een ruime, bruikbare pool 'empathie-items' te verzamelen en een empathieschaal voor een eerste onderzoek samen te stellen. Om het empathisch vermogen van forensisch psychiatrische patiënten betrouwbaar in beeld te krijgen, zal er een correctie voor de 'geloofwaardigheid' moeten plaatsvinden. Ten behoeve van de behandeling van forensisch psychiatrische behandeling is het daarnaast van belang inzicht te hebben in het al dan niet bezitten van de vaardigheid en het zelfstandig kunnen 'toepassen'.

De canonieke correlatie tussen de 100 item empathieschaal en de 11 DSM-IV variabelen levert 7 onderling onafhankelijk significant₆ correlerende paren van vectoren op, die met de gestandaardiseerde canonieke coëfficiënten verwoord kunnen worden.

Een praktisch toepasbare empathieschaal moet, zeker als herhaalde meting gewenst is, zo min mogelijk items bevatten. Met behulp van multivariate analysetechnieken bleek het mogelijk met behouden van 95 betrouwbaarheid van de beoordeling, uiteindelijk een empathie observatieinstrument te ontwikkelen met 10 items. Om deze schaal zo gebruiksvriendelijk mogelijk te maken is de scoring van deze schaal zo getransformeerd, dat ook een paper and pencil versie gemakkelijk te scoren is.

Discussie

Het systematisch, betrouwbaar en meer objectief, met een handzaam observatie-instrument in kaart brengen van het empathisch vermogen van forensisch psychiatrische patiënten heeft naar verwachting duidelijke meerwaarde. Hiermee wordt een aanvulling geleverd op het subjectieve klinische oordeel van de behandelaar of het team, dat veelal niet of nauwelijks blijkt de correleren met werkelijke recidive (Hanson & Bussière, 1998). Dit subjectieve oordeel is momenteel vrijwel altijd de enige maat voor het empathisch vermogen en dit oordeel blijft meestal impliciet. De aanvulling middels de voorgestelde empathie-schaal is expliciet, waardoor ook onderlinge vergelijkingen systematisch mogelijk worden. Of deze aanvulling toegevoegde waarde heeft als voorspeller van recidive-risico is (nog) niet vastgesteld.

Omdat door iedere beoordelaar dezelfde observaties worden vastgelegd, levert herhaalde meting een beeld op van eventueel optredende veranderingen. Hierdoor worden ook gewenste of ongewenste effecten van de aangeboden behandeling in beeld gebracht én levert het aanwijzingen op voor de aard en noodzaak van een bepaald behandelaanbod. Daarnaast wordt het op termijn duidelijk of en welke relatie(s) er bestaat met daadwerkelijk al of niet optredende recidive.

Het onderhavige onderzoek heeft een handzaam instrument opgeleverd, waarbij de elementen in de nieuwe schaal aantoonbaar goede interrater betrouwbaarheid opleveren. Een handzaam instrument dat nu getoetst zal moeten gaan worden op klinische, voorspellende en onderzoekstechnische bruikbaarheid.

Tabel I: Items Empathie-schaal

1	Inleven in de belevingswereld van een ander
2	Begrip voor gevoelens van een ander, gescheiden van die van jezelf
3	Meeleven met de ander
4	Sympathie opbrengen voor de noden en behoeften van de ander
5	Blij zijn voor iemand
6	De ander tot zijn recht laten komen
7	Belangstelling hebben voor het doen en laten van een ander
8	Bij een botsing tussen eigen en andermans belangen de ander laten vallen
9	Wederkerigheid in gesprek
10	Alleen uit eigenbelang kunnen handelen
11	Luisteren naar de ander
12	Lichamelijke reactie ervaren zoals de ander hem ook ervaart
13	Steunen
14	Iemand misbruiken voor eigen doeleinden
15	Door vragen duidelijk maken dat je luistert
16	Je kunnen verontschuldigen
17	Andere denkbeelden kunnen accepteren zonder het contact te verbreken
18	Troosten
19	Erkenning van het slachtoffer zijn van de ander
20	Ruimte bieden
21	Herkenning van het slachtoffer zijn van de ander
22	Zorg voor anderen opbrengen
23	In psychologische zin intrusief (indringend) zijn te opzichte van anderen
24	Griezelen als de ander iets afschuwelijks overkomt
25	Attent kunnen zijn
26	Interesse hebben voor de ander
27	Naar gevoel vragen
28	Op het juiste moment oogcontact hebben
29	Rechtvaardige manier van belangen afwegen
30	Iets opbrengen voor de ander

Tabel II: Voorbeeld item 1 t/m 3 van de empathie-schaal zoals gebruikt voor het onderzoek

1. INLEVEN IN DE BELEVINGSWERELD VAN EEN ANDER

1.1 Geeft er nooit* blijk van zich in te leven in de belevingswereld van een ander	1.2 Geeft zelden blijk zich in te leven in de belevingswereld van een ander	1.3 Geeft gemiddeld blijk zich in te leven in de belevingswereld van een ander	1.4 Geeft frekwent blijk zich in te leven in de belevingswereld van een ander	1.5 Geeft altijd blijk zich in te leven in de belevingswereld van een ander
--	---	--	---	---

* De **vetgedrukte** termen zijn omschreven op de linker pagina

De beoordelaar heeft aan de hand van uitspraken en concreet gedrag van de patiënt duidelijk vastgesteld dat hij/zij blijk geeft de belevingswereld van de ander én juist te kunnen inschatten én zich met zijn gemoed en gedachten in de ander kan verplaatsen. Belevingswereld is de bewuste ervaring, gedachten en gevoelens van de ander.

Nooit: niet een keer waargenomen.

Zelden: vaker niet dan wel waargenomen.

Gemiddeld: net zo vaak wel als niet waargenomen.

Frequent: vaker wel dan niet waargenomen.

Altijd: in alle gevallen waargenomen.

2. BEGRIJP VOOR GEVOELEN VAN EEN ANDER, GESCHIEDEN VAN DIE VAN JEZELF

2.1 Geeft nooit blijk van begrip voor de gevoelens van een ander, gescheiden van die van zichzelf	2.2 Geeft zelden blijk van begrip voor de gevoelens van een ander, gescheiden van die van zichzelf	2.3 Geeft gemiddeld blijk van begrip voor de gevoelens van een ander, gescheiden van die van zichzelf	2.4 Geeft frequent blijk van begrip voor de gevoelens van een ander, gescheiden van die van zichzelf	2.5 Geeft altijd blijk van begrip voor de gevoelens van een ander, gescheiden van die van zichzelf
---	--	---	--	--

De beoordelaar heeft aan de hand van uitspraken en concreet gedrag van de patiënt duidelijk vastgesteld dat hij/zij én begrip heeft voor de gevoelens van een ander én die kan scheiden van zijn/haar gevoelens.

Begrip hebben voor gevoelens is het vermogen en de wil om een bepaalde gemoedstoestand van een ander te begrijpen en (deels) te aanvaarden of zich ernaar te richten.

Nooit: niet een keer waargenomen.

Zelden: vaker niet dan wel waargenomen.

Gemiddeld: net zo vaak wel als niet waargenomen.

Frequent: vaker wel dan niet waargenomen.

Altijd: in alle gevallen waargenomen.

3. MEELEVEN MET DE ANDER

3.1 Geeft nooit blijk van meeleven met de ander	3.2 Geeft zelden blijk van meeleven met de ander	3.3 Geeft gemiddeld blijk van meeleven met de ander	3.4 Geeft frequent blijk van meeleven met de ander	3.5 Geeft altijd blijk van meeleven met de ander
---	--	---	--	--

De beoordelaar heeft aan de hand van uitspraken en concreet gedrag van de patiënt duidelijk vastgesteld dat hij/zij meeleeft met de ander. De patiënt geeft blijk van medegevoel door bijvoorbeeld het stellen van vragen, maken van steunende opmerkingen of meelachen met de ander.

Nooit: niet een keer waargenomen.

Zelden: vaker niet dan wel waargenomen.

Gemiddeld: net zo vaak wel als niet waargenomen.

Frequent: vaker wel dan niet waargenomen.

Altijd: in alle gevallen waargenomen.

Tabel III: Criteria classificatie antisociale persoonlijkheidsstoornis gebaseerd op de DSM-IV

1. Een voordurend aanwezig patroon van het negeren en schenden van de rechten van anderen
2. Het patroon is vanaf het vijftiende jaar aanwezig
3. Een onvermogen zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich in overeenstemming met de wet moet gedragen, zoals blijkt uit herhaaldelijk verrichten van handelingen die tot arrestatie kunnen leiden
4. Oneerlijkheid, wat blijkt uit herhaald liegen, een valse naam gebruiken, of het met een smoesje overreden van anderen om persoonlijk voordeel of plezier te behalen
5. Impulsiviteit, of onvermogen om te 'plannen'
6. Prikkelbaarheid en agressiviteit, zoals blijkt uit herhaalde vechtpartijen of mishandeling
7. Roekeloos negeren van de veiligheid van zichzelf en anderen (bijv. rijden onder invloed)
8. Constante onverantwoordelijkheid, zoals blijkt uit een terugkerend onvermogen om werk vol te houden of aan financiële verplichtingen te voldoen
9. Het ontbreken van gevoelens van spijt, zoals blijkt uit onverschilligheid na het kwetsen, mishandelen of bestelen van anderen, of uit het rationaliseren van deze daden
10. Betrokkene heeft een leeftijd van ten minste 18 jaar, terwijl er aanwijzingen zijn dat er voor het vijftiende levensjaar sprake was van een gedragsstoornis
11. Het antisociale gedrag doet zich niet alleen voor tijdens het beloop van schizofrenie of een manische periode

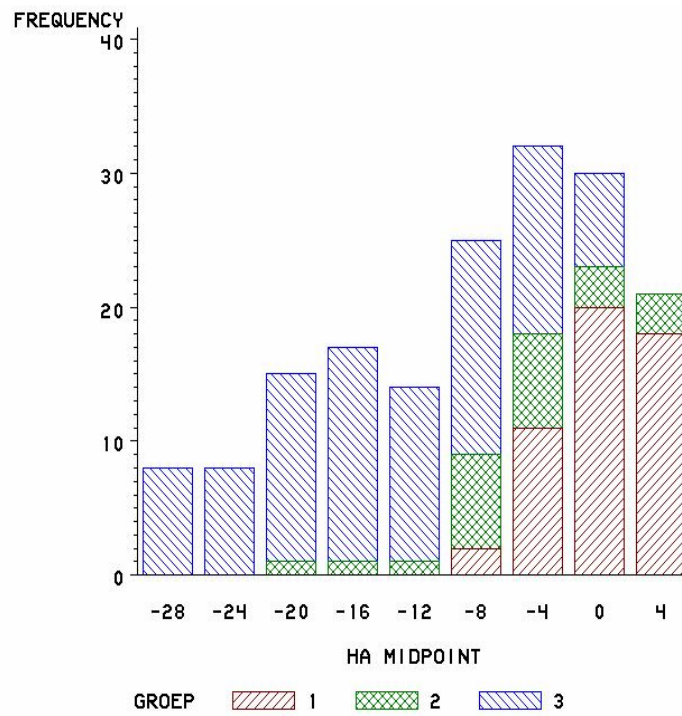
(Volgens de DSM-IV: Om de classificatie Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (APS) toe te kennen moet voldaan zijn aan A) een algemene voorwaarde (punten 1 en 2), hetgeen blijkt uit drie of meer van de punten 3 t/m 9 én B, C en D (punten 2, 10 en 11))

Tabel IV: De nieuwe empathie-schaal

Geeft blijk van:

- 1 - Inleven in de belevingswereld van een ander
1) nooit – 2) zelden – 3) gemiddeld – 4) frekwent – 5) altijd
- 2 - Je kunnen verontschuldigen
1) nooit – 2) zelden – 3) gemiddeld – 4) frekwent – 5) altijd
- 3 - Rechtvaardige manier van belangen afwegen
1) nooit – 2) zelden – 3) gemiddeld – 4) frekwent – 5) altijd
bij score 2 t/m 5
- 3A - 1) geloofwaardig – 2) ongeloofwaardig/alleen uit op eigen gewin
- 4 - Erkenning van het slachtoffer zijn van de ander
1) nooit – 2) zelden – 3) gemiddeld – 4) frekwent – 5) altijd
bij score 1
- 4B - 1) is er wel toe in staat – 2) is er niet toe in staat
- 5 - Interesse hebben voor de ander
1) nooit – 2) zelden – 3) gemiddeld – 4) frekwent – 5) altijd
bij score 1
- 5B - 1) is er wel toe in staat – 2) is er niet toe in staat
- 6 - Sympathie opbrengen voor de noden en behoeften van de ander
1) nooit – 2) zelden – 3) gemiddeld – 4) frekwent – 5) altijd
bij score 2 t/m 5
- 6C - 1) uit zichzelf – 2) alleen met sturing door een ander

Figuur 1: Frequentieverdeling scores op de 10-item empathieschaal



Groep 1 = controlegroep (N = 51)

Groep 2 = psychiatrische patiënten (N = 24)

Groep 3 = forensisch psychiatrische patiënten (N = 97)

LITERATUUR:

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.

Barratt-Lennard, G.T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76, 43, 562, 1-33.

Binder, U. (1999). Empathie en empathieontwikkeling met betrekking tot vroege, ernstige stoornissen. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 266-278.

Boer N. de (1997). Verkennen begint met een betrouwbare kaart. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 5, 14-17.

Boevink, W. & Wolf, J. (1998). Om de kwaliteit van het bestaan. Betekenis en toepassing van het begrip 'kwaliteit van leven' in de psychiatrie. *De Psycholoog*, juli/augustus, 308-313.

Brody, S. (1995). Patients misrepresenting their risk factors for AIDS. *International Journal for STD-AIDS*, 6, 392-398.

Bühler, K.E., Haltenhof, H., Geyer, S., Bardeleben, H. (1999). Reliability of biographical data, their relations to personality variables and their influence on life events. *Journal of Affective Disorders*, 53 (1), 67-76.

Burns, D.D. & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does it really make a difference? In: **Saedrooskin, P.M.** *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York, The Guilford Press.

Coumans, G.G.H., Wilde, G. de & Hull, H.R. (1994). Concept Mapping. Kwaliteit in kaart gebracht. *GGD-Nieuws*, 12-15.

Cronbach, L.J. (1968). *Essentials of Psychological Testing*. New York: McGraw-Hill.

Derks, F. & Mulder, J. (1993). Het ontwikkelen van criteria voor de evaluatie van een forensische deeltijd- en polikliniek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 208-214.

Dienst Justitiële Inrichtingen (1998). "Een goed aanbod voor TBS-verpleegden die langdurig in de TBS verblijven kan niet zonder ...". *Directie beleidszaken*, december.

Duan, C. & Hill, C.E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 3, 261-274.

Eslinger, P.J. (1998). Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European Neurology*, 39, 193-199.

Erven, A.C.J.M. (1999). *Behavioural Status Index - Nederlandse versie (BSI-D)*. Nederlandse vertaling en bewerking van **Reed, V., Woods, P. and Robinson, D. (2000):** The Behavioural Status Index (BSI) – a ‘life skills’ assessment for selecting and monitoring therapy in mental health care. United Kingdom: Psychometric Press.

Gould, D. (1990). Empathy: a review of the literature with suggestions for an alternative research strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1167-1174.

Hanson, R.K. & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.

Hart, W. & Tomazic, T. (1999). Comparison of percentile distributions for anthropometric measures between three data sets. *Paper presented at Annual Joint Statistical Meeting*, Baltimore, MD.

Hildebrand, M. & Ruiter, C. de (1998). Ontwikkelingen in het onderzoek naar psychopathie. Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, juli/augustus, 314-320.

Hogan, R. (1969). Development of an empathic scale. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 33, 307-316.

Ickes, W. (1997). Introduction. In: Ickes, W. *Empathic accuracy*. New York/London, The Guilford Press.

La Monica, E.L. (1980a). *La Monica Empathy Profile* (Empathieprofiel). Velp/Mechelen: TFC TrainingsMedia.

La Monica, E.L. (1980b). Empathy construct rating scale.

La Monica, E.L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health*, 4, 389-400.

Lewontin, R.C. (1995). Sex, Lies and Social Science. New York: *Rev Books*, 42, 24-29.

Nijssen, Y.A.M., Schene, A.H. & Haan R.J. de (1999). Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 11, 651-663.

Reynolds, W.J. & Presley, A.S. (1988). A study of empathy in student nurses. *Nurse Education Today*, 8, 123-130.

Schachter, D.L. (1999). The seven sins of memory: insights from psychology and cognitive neuroscience. *American Psychology*, 54, 182-203.

Spil, F. (1999). De betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van een nieuwe empathie beoordelingsschaal. *Doktoraal skriptie Geestelijke Gezondheidskunde*, no. 972796, Maastricht.

Strien, A.P.M. van (1999). *Empathie. Een kwaliteitsaspect van de psychoanalytische praktijk? Een exploratief onderzoek van een concept.* Amsterdam, Thela Thesis.

Talcott bv/NcGv (1995). Handboek Concept Mapping met Ariadne. Linde: Paardelanden 18.

Trochim, W.M.K. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12, 1-16.

Vanaerschot, G. (1999). De empathische interactie in de praktijk. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 5-20.

Wiseman, T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1162-1167.

¹ dr. A.C.J.M. van Erven, klinisch psycholoog/psychotherapeut - onderzoeker, is verbonden aan het Forensisch Psychiatrisch Circuit en het Circuit Behandeling van de GGzEindhoven.

² dr. J.B. Dijkstra is hoofd van de groep Informatie en Communicatie Technologie (ICT) voor Onderwijs & Onderzoek (O&O) van de Technische Universiteit Eindhoven.

³ De Behavioural Status Index (BSI) is een observatie-instrument bestaande uit 5 subschalen (risico, inzicht, communicatie en sociale vaardigheden, werk en ontspanningsactiviteiten, zelfverzorging en verzorging van het gezin) met in totaal 120 items. Het format van de items is zoals weergegeven in Tabel I.

⁴ Concept Mapping is een methodiek om complexe en diffuse onderwerpen inzichtelijk en hanteerbaar te maken. Concept Mapping kent zes fasen: 1) Het vaststellen van de focus én de keuze van de deelnemers, 2) De brainstorm om items te genereren, 3) Het structureren, waarbij alle item in clusters worden verdeeld en gewaardeerd, 4) Het statistisch bewerken, waarvoor gebruik gemaakt wordt van een daarvoor ontwikkelt computerprogramma (Talcott/NcGv, 1995), 5) Het interpreteren, 6) Het implementeren.

⁵ Uit een principale componenten analyse komt naar voren dat het 30-dimensionale empathieconcept, zoals vormgegeven door de 30 items uit de empathielijst, in feite een eendimensionaal concept is. Deze ene factor verklaart 56 procent van de variabiliteit, waarbij alle variabelen qua richting consistent zijn met de gevonden factor. De andere factoren zijn ongestructureerde ruis.

Ook de variabelen A) geloofwaardig/ongeloofwaardig; B) wel in staat/niet in staat; C) uit zichzelf/met sturing, blijken alle drie afzonderlijk afgebeeld te kunnen worden in een eendimensionale ruimte. De eerste factor bij de dichotomie 'geloofwaardig/ongeloofwaardig' verklaart 48 procent van de variabiliteit, waarbij geen enkele variabele die factor tegenwerkt. De eerste factor bij de dichotomieën 'wel in staat/niet in staat' en 'uit zichzelf/met sturing', verklaart respectievelijk 55 en 52 procent van de variabiliteit. Ook hier zijn er geen variabelen die deze eerste factor tegenwerken.

⁶ Volgens meerdere deskundigen bestaan er verschillen tussen APS en 'psychopathie' (zie oa. Hildebrand & De Ruiter, 1998). Een gebrek aan empathie wordt bij beiden genoemd.

⁷ Daarbij zijn alle punten weergegeven, zonder de vraag te stellen of er volgens de observator sprake is van een classificatie antisociale persoonlijkheidsstoornis. Op het scoringsformulier voor de empathie-lijst wordt wel gevraagd om DSM-IV diagnose(s).

⁸ Zoals reeds aangegeven bestaat de lijst van 100 variabelen uit 29 empathie-items en 71 letter-items: A) geloofwaardig/ongeloofwaardig; B) wel in staat/niet in staat; C) uit zichzelf/met sturing.

⁹ Het hiërarchisch compleet maken van de lijst is noodzakelijk omdat anders het betreffende letter-item niet beantwoord kan worden.

¹⁰ De empathie-items zijn gescoord op een 5-puntsschaal, terwijl de letter-items dichotoom gescoord zijn.

¹¹ De variabelen zijn omgenummerd van de oorspronkelijke itemnummers 1, 16, 29, 19, 26 en 4.