

Altijd al benieuwd geweest of een therapeut zelf wel eens ontroerd raakt tijdens therapie? Hoe gaat een therapeut om met ontroering en tranen in therapie, zowel van zichzelf als van de cliënt? Catelijne 't Lam en Ad Vingerhoets deden er onderzoek naar onder 819 Nederlandse therapeuten. De resultaten bespreken zij in onderstaand artikel. 'De belangrijkste redenen voor therapeuten om te huilen, tonen een grote overeenkomst met de belangrijkste redenen voor huilen in het algemeen.'

ALS DE HULPVERLENER HET ZELF NIET DROOG HOUDT

DE TRANEN VAN DE THERAPEUT

INLEIDING

Een tissuebox kan in geen enkele behandelkamer ontbreken. Cliënten die therapie ondergaan, kunnen emotioneel worden. Huilen tijdens therapie is dan ook niet uitzonderlijk. Hoe gaan de therapeuten hiermee om en wat vinden ze ervan? En komt het ook voor dat therapeuten zelf overmand worden door emoties en hun tranen de vrije loop laten?

DE THERAPEUT-CLIËNTRELATIE EN OPVATTINGEN OVER HUILEN IN THERAPIE De kwaliteit van de therapeut-cliëntrelatie en de eigenschappen van de therapeut lijken een sterkere invloed te hebben op de behandelingsresultaten dan de gekozen behandeling (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Knox & Cooper, 2011; Rossberg, Karterud, Pedersen & Friis, 2010). Voorbeelden van therapeutkenmerken die de relatie met de cliënt kunnen bevorderen, zijn onder andere empathie, flexibiliteit, eerlijkheid, respect, betrouwbaarheid, vertrouwen, warmte, interesse en openheid. Binnen de therapeutische relatie is er een overdracht van gevoelens en emoties van en naar beide kanten: overdracht en tegenoverdracht. Huilen is een emotionele expressie die onderdeel van dit proces kan zijn. Tranen in therapie kunnen dan ook worden gerelateerd aan de intersubjectieve procesontwikkeling van hechting en zorg tussen de cliënt en de therapeut (Nelson, 2009).

Als een cliënt huilt, gaat dit gepaard met een emotionele beweging en empathie bij de therapeut (zie Alexander, 2003; met narcistisch huilen als uitzondering). Hoe moet een therapeut reageren op een huilende cliënt? Moeten therapeuten stoïcijns, onpersoonlijk en afstandelijk zijn, of moeten ze juist reageren met een warme, persoonlijke en open houding ten opzichte van hun huilende cliënten (Dies,

1973)? En wat als therapeuten zelf aangedaan zijn in therapie? Uit een onderzoek onder cliënten blijkt dat het bijdraagt aan een positief therapieresultaat als een therapeut zijn emoties uit (Hill et al., 1988). Het is onduidelijk hoe ver een therapeut daarin moet gaan. De vraag is of therapeuten, steeds als ze de drang hebben om te huilen, hun tranen de vrije loop moeten laten of dat het beter is om tranen zoveel mogelijk te bedwingen. Uit onderzoek blijkt dat het inhouden van emoties de interactie met anderen aanzienlijk kan bemoeilijken (Van Kleef, 2009).

Anderzijds kan worden gesteld dat huilen door een therapeut in de aanwezigheid van de cliënt het therapeutische proces van de cliënt ernstig kan verstoren. Dat kan vooral het geval zijn bij cliënten die zorgzaam van aard zijn en een sterke behoefte voelen om de therapeut te helpen (Nelson, 2008; 2005). Nelson (2005) maakt hierbij de vergelijking met een kind dat een ouder ziet huilen. Dit kan een zeer pijnlijke ervaring voor een kind zijn. Iemand in tranen zien we als zachtzadig, zwak met een sterke behoefte aan hulp, en tegelijkertijd ook minder competent (Fischer, Eagly & Oosterwijk, 2013; Vingerhoets, Van de Ven & Van der Velden, 2016). Zichtbare tranen van therapeuten kunnen dus mogelijk gezag en expertise ondermijnen. Ze kunnen echter ook juist het beeld versterken van een warme en betrokken persoonlijkheid; van iemand die niet bang is om emoties te tonen (Simons, Bruder, Van Der Löwe & Parkinson, 2013).

Tot nu toe zijn opvattingen over huilen binnen de geestelijke gezondheidszorg niet systematisch onderzocht, ondanks de nadrukkelijke aanwezigheid van emoties en tranen in de therapeutische setting. Hoezeer de meningen en attitudes kunnen verschillen, kan geïllustreerd worden aan

de hand van twee voorbeelden. Counselman (1997) adviseert collega's die werken met terminaal zieke cliënten te overwegen de emoties de vrije loop te laten als het de verbinding met de patiënt kan verbeteren. Aan de andere kant beschrijft Owens (2005) sterke gevoelens van schaamte en schuld omdat ze als psychotherapeut huilde tijdens een therapiesessie. Ze vraagt zich af hoe haar collega's hierover oordelen.

Het uiten van emoties bij cliënten blijkt een voorspeller voor een positief behandelresultaat

DE THERAPEUT EN ERVARINGEN MET HUILEN Er is momenteel geen klinische richtlijn voor het omgaan met huilende cliënten, terwijl het toch onderwerp van gesprek is op websites (bijvoorbeeld: <http://relaxedtherapist.com/whatif/my-client-is-crying>). Evenmin zijn er officiële richtlijnen hoe therapeuten met hun eigen emoties en tranen moeten omgaan. Tot nu toe heeft dit onderwerp weinig aandacht gekregen van onderzoekers. Een onderzoek naar het ethisch gedrag van therapeuten, uitgevoerd onder 465 Amerikaanse psychologen, liet zien dat 56.5% van de 465 respondenten eens in het bijzijn van een cliënt had gehuild (Pope, Tabachnick & Keith-Spiegel, 1987).

Onlangs hebben Blume-Marcovici, Stolberg & Khademi (2013) onderzocht welke factoren een rol spelen bij huilende therapeuten. Hun onderzoekspopulatie bestond uit 684 psychologen, inclusief 57% afgestudeerde studenten. Een grote meerderheid (72%) van de deelnemers meldde ooit gehuild te hebben als therapeut. Verder bleken factoren als een psychodynamische werkwijze en meer klinische ervaring het huilen van therapeuten te voorspellen. Verrassend genoeg waren geslacht en persoonlijkheidskenmerken zoals empathie, factoren die juist positief samenhangen met hoe vaak iemand huilt (zie Vingerhoets, 2013), nauwelijks van invloed op het huilen van de therapeuten.

DE HUIDIGE STUDIE Er is nog weinig onderzoek gedaan naar huilende therapeuten. Onderhavig onderzoek is uitgevoerd als een eerste poging om inzicht te krijgen in ervaringen met en houding ten opzichte van huilen door Nederlandse therapeuten. Eerst ligt de focus op ervaringen met huilen in de therapeutische setting. We brengen in kaart hoe vaak dit voorkomt en wat de redenen zijn voor therapeuten om te huilen in therapie. Hierna gaat de aandacht uit naar hoe er wordt gedacht over huilen in therapie door zowel de cliënt als therapeut. De relatie tussen kenmerken van de therapeut (zoals geslacht, jaren werkervaring, discipline en therapeutische benadering) en ervaringen en attitudes is onderzocht. Tot slot is gekeken naar empathie en de neiging tot huilen van therapeuten in het algemeen. Zo kon worden onderzocht of er eventuele verschillen zijn tussen therapeuten en de doorsneepopulatie.

METHODE

RESPONDENTEN Aan dit onderzoek namen 819 geestelijke gezondheidszorgprofessionals deel, van wie 204 mannen en 615 vrouwen. De leeftijd varieerde tussen 23 en 74 jaar, met een gemiddelde van 45 jaar ($sd=12.09$). Voor de deelnemers was minimaal één jaar werkervaring als therapeut een vereiste om deel te nemen. Deelnemers werden geworven via aankondigingen die werden gestuurd naar Nederlandse geestelijke gezondheidszorginstellingen, beroepsverenigingen en individuele therapeuten. De steekproef omvatte 315 psychologen, 107 psychotherapeuten, 78 psychiaters, 74 klinisch psychologen, 47 psychiatrisch verpleegkundigen, 98 GZ-haptotherapeuten werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg en 100 overige therapeuten, zoals vaktherapeuten en hypnotherapeuten. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de uitvallers of non-responsgroep.

De Nederlandse bevolkingsgegevens werden verkregen uit twee bronnen. De gegevens over empathie waren afkomstig van een steekproef van 5371 Nederlandse huishoudens, die representatief is voor de Nederlandse bevolking qua onderwijs, werkstatus, inkomen en burgerlijke staat (voor meer informatie: http://www.lissdata.nl/lissdata/About_the_Panel en Denckla, Fiori & Vingerhoets, 2014). De gegevens over de neiging tot huilen werden verkregen uit een ander groot nationaal panel, bestaande uit 1891 huishoudens in Nederland. Dit panel is representatief voor de Nederlandse bevolking met betrekking tot geslacht, leeftijd, opleiding, religie en regionale distributie (voor verdere details zie Toepoel, Das & Van Soest, 2008).

VRAGENLIJST De 'Vragenlijst over huilen tijdens therapie' bevatte in totaal 88 vragen en is speciaal ontwikkeld voor dit onderzoek. Met behulp hiervan zijn ervaringen en opvattingen van therapeuten in kaart gebracht met betrekking tot huilen tijdens de behandeling. De deelnemers werd gevraagd de items te beoordelen in een antwoordformat met een 7 punts-Likertschaal. Hierbij stond 1 voor 'helemaal niet mee eens' en 7 voor 'helemaal mee eens'. Enkele vragen werden gespiegeld aangeboden zodat een standaard antwoordtendens werd tegengegaan. In aanvulling op deze meerkeuzevragen waren er ook open en dichotome 'Ja-Nee'-vragen. Deelname was anoniem en het duurde ongeveer dertig minuten om de lijst digitaal of op papier in te vullen.

ERVARINGEN MET HUILEN Er werden 23 vragen gesteld over ervaringen met huilen, zoals 'Als u tranen voelt opkomen tijdens een therapiesessie, heeft u dan de neiging deze toe te laten?' en 'Bespreekt u uw eigen verdriet/huilen met uw cliënten?' De antwoorden op deze vragen helpen een indicatie te geven hoe vaak huilen in therapie voorkomt, hoe daarop gereageerd wordt en wat de aanleidingen en verklaringen zijn voor het inhouden of juist het toelaten van tranen.

Daarnaast zijn er twee vragen van de Adult Crying Inventory opgenomen (ACI; Vingerhoets & Cornelius, 2001) over de algemene huilgeneigdheid en de laatste keer dat iemand gehuild heeft, als een indicatie van de huilfrequentie. Dit waren de volgende vragen: 'Hoe zou u uw algemene neiging om te huilen inschatten (buiten de therapeutische context)?' en 'Wanneer heeft u voor het laatst gehuild (buiten de therapeutische context)?' Met deze vragen wordt onderzocht of er een verschil is in huilgeneigdheid tussen de deelnemende therapeuten en de Nederlandse bevolking.

ATTITUDES TEN OPZICHTE VAN HUILEN IN THERAPIE Twee voor dit onderzoek ontworpen schalen werden gebruikt om de houding ten opzichte van huilen door therapeuten en huilen door cliënten te beoordelen. De eerste schaal bestond uit veertien items met betrekking tot huilen door therapeuten. Voorbeelden van stellingen zijn: 'Een therapeut die huilt tijdens therapie is niet geschikt als therapeut' en 'Een therapeut mag tijdens therapie ook best weleens huilen'. De scores op elke afzonderlijk item werden opgeteld, waarbij een hogere score staat voor een positievere attitude. De betrouwbaarheidsanalyse toonde een goede interne consistentie voor deze schaal (Cronbach's alpha van .90).

De tweede schaal bevatte negen stellingen over de houding ten opzichte van cliënten die huilen tijdens de

behandeling. Voorbeelden: 'Het is storend als een cliënt huilt tijdens een therapiesessie' en 'Huilen van mijn cliënt(en) tijdens een therapiesessie kan belangrijk zijn voor het therapeutisch proces'. Ook bij deze schaal staat een hogere score voor een positievere attitude. Cronbach's alpha van deze schaal was .77.

EMPATHIE Empathie werd gemeten met de Nederlandse versie van de Basic Empathy Scale (BES; Jolliffe & Farrington, 2006). De BES evalueert het vermogen om de emoties van anderen te ervaren (affectieve empathie) en te begrijpen (cognitieve empathie). De BES bestaat uit twintig uitspraken op een 4 punts-Likertschaal. Voorbeelden zijn: 'Wanneer iemand somber is, begrijp ik vaak wel hoe hij of zij zich precies voelt' en 'Ik raak makkelijk verstrikt in de emoties van anderen'. De affectieve empathieschaal had een Cronbach's alpha van .85 en de cognitieve empathieschaal .79. Ook deze scores werden vergeleken met die van de algemene populatie om te onderzoeken of therapeuten significant hoger (of lager) scoren op empathie.

STATISTISCHE ANALYSES In aanvulling op de berekening van de percentages van de deelnemers die het eens of oneens waren, werden ervaringen en meningen met behulp van t-toetsen en Pearson's chi-square's voor geslacht en jaren werkervaring vergeleken. One-way ANOVA's werden uitgevoerd voor de vergelijkingen van de ervaringen en opvattingen over huilen tijdens de behandeling tussen de verschillende therapeutische achtergronden en beroepen. Voor de vergelijking van de therapeuten en de normgroepen werden t-toetsen en One-way ANOVA's toegepast. Naast de significantieniveaus (p) worden ook Cohen's D (d) waarden gerapporteerd als indicatie voor de effectgroottes. Alle gegevens werden geanalyseerd met behulp van IBM SPSS Statistics versie 21.

RESULTATEN

THERAPEUTEN EN HUN ERVARINGEN MET HUILEN IN THERAPIE Uit de dichotome 'Ja-Nee'-vraag bleek dat liefst 87.4% van de therapeuten ten minste eenmaal tijdens een therapiesessie had gehuild. Dit betrof iets meer mannelijke (90.7%) dan vrouwelijke therapeuten (86.2%), maar dat verschil is niet significant. De 204 mannelijke therapeuten rapporteerden bovendien een grotere neiging om hun tranen toe te laten (34.8%) vergeleken met hun 615 vrouwelijke collega's (25.2%) ($t(321.81) = -2.54, p < .05, d = -.28$). Van de 104

respondenten die aangaven nooit te hebben gehuild in hun rol als therapeut, verklaarde 15.6% soms moeite te hebben de tranen te onderdrukken. Het feit dat ze nooit hadden gehuild tijdens een therapiesessie, betekende dan ook niet dat ze nooit emotioneel werden geraakt door hun cliënten, aangezien 86.4% van deze 104 deelnemers aangaf wel eens ontroerd te zijn in therapie.

Tabel 1 vat de verklaringen samen van de therapeuten die naar eigen zeggen nooit tijdens therapie hebben gehuild.

THERAPEUTEN DIE WELEENS HEBBEN GEHULD We vroegen de 715 therapeuten die aangaven weleens als therapeut gehuild te hebben, om frequenties over het afgelopen jaar te noemen. Daaruit bleek dat ze in het afgelopen jaar gemiddeld 13 keer een brok in hun keel hadden tijdens een therapiesessie. Bovendien kregen de therapeuten in het afgelopen jaar gemiddeld tien keer tranen in hun ogen en hadden ze gemiddeld twee keer tranen over hun wangen rollen.

Uit de antwoorden op de open vragen bleek het verlies van dierbaren van een cliënt, in het bijzonder het verlies van een kind of partner, de meest voorkomende reden voor

tranen bij de therapeut. Therapeuten huilden ook vanwege de herinneringen aan persoonlijke ervaringen. Een therapeut beschreef bijvoorbeeld: 'Ik hilde omdat het verhaal van de cliënt een ervaring van verlies betrof. Ik heb mijn vader onlangs verloren en het verhaal ontroerde me zo sterk dat er tranen bij me opwelden.' Ook emotionele verhalen van cliënten over het verleden, zoals misbruik, veroorzaakten tranen bij de therapeuten.

Therapeuten noemden ook positieve oorzaken als reden om te huilen, zoals het herstel van een cliënt of het moment van afscheid na een lange periode van therapie. Ook andere situaties maakten therapeuten aan het huilen, bijvoorbeeld toen een therapeut tot tranen toe moest lachen met een patiënt over een grappige situatie. Bovendien bleken tranen door de therapeut ook bewust te worden ingezet, bijvoorbeeld als rolmodel voor de cliënt hoe met verdriet om te gaan.

Naast de open vragen zijn er situaties voorgelegd aan de therapeuten. Voor elk daarvan moest worden aangegeven of die een aanleiding zou kunnen vormen om te huilen tijdens therapie. De antwoorden hierop zijn samengevat in tabel 2.

Van de therapeuten die eens gehuild hebben in therapie,

TABEL 1. VERKLARINGEN VAN THERAPEUTEN DIE NOOIT HEBBEN GEHULD TIJDENS THERAPIE (N=104 ;18 MANNELIJKE- EN 86 VROUWELIJKE THERAPEUTEN)

	MANNELIJKE THERAPEUTEN N / %	VROUWELIJKE THERAPEUTEN N / %	TOTAAL N / %
Ik raak wel eens ontroerd door mijn cliënt(en) tijdens therapie	17 / 94.5%	72 / 84.7%	89 / 86.4%
Ik huil niet tijdens een therapiesessie omdat ik mijn emoties goed kan beheersen	13 / 72.2%	66 / 82.1%	79 / 76.7%
Ik huil niet tijdens een therapiesessie omdat ik altijd goed afstand kan nemen van de problemen van mijn cliënt(en)	13 / 72.2%	65 / 76.4%	78 / 75.7%
Ik huil niet ten overstaan van mijn cliënt(en) vanwege mijn principes	9 / 50.0%	63 / 74.1%	72 / 69.9%
Ik huil niet ten overstaan van mijn cliënt(en) uit zelfbescherming	7 / 38.9%	40 / 51.6%	47 / 45.6%
Ik moet tijdens een therapiesessie wel eens mijn uiterste best doen om mijn tranen weg te slikken	3 / 16.7%	13 / 15.4%	16 / 15.6%

vindt ongeveer een derde, ondanks zijn eigen ervaring, dat een therapeut eigen tranen moet onderdrukken in de aanwezigheid van een cliënt. Slechts 11.8% van de respondenten gaf aan op hetzelfde moment te huilen als de cliënt. De eigen ontroering werd door een groot deel (41.1%) van de therapeuten besproken met de cliënt.

HUILEN VAN THERAPEUTEN VERGELEKEN MET DE ALGEMENE BEVOLKING De neiging van therapeuten om te huilen buiten de therapiesetting scoorde een gemiddelde van 5.30 (sd=2.18) op een schaal van 1 'ik huil nooit' tot 10 'ik huil heel vaak'. Vrouwelijke therapeuten hadden een hogere score van 5.62 (sd=2.11), terwijl hun mannelijke collega's een gemiddelde van 4.32 (sd=2.12) scoorden ($t(817)=-7.65$, $p<.001$, $d=.53$). Dit betekent dat de vrouwelijke deelnemers buiten de therapeutische setting een hogere neiging om te huilen hebben dan de mannelijke collega's. Dit verschil is in tegenstelling tot de onderzochte cijfers over huilen binnen

de therapeutische setting, waarbij mannelijke therapeuten zelfs licht hoger scoorden dan vrouwelijke therapeuten.

Vergeleken met een Nederlandse normgroep van 1891 mensen ($M=2.55$, $sd=1.86$) hebben therapeuten een aanzienlijk grotere zelf-gerapporteerde neiging om te huilen ($M=5.30$, $sd=2.18$) ($t(1352)=31.42$, $p<.001$, $d=1.71$). Binnen de Nederlandse normgroep werden vergelijkbare geslachtsverschillen waargenomen als in onze therapeutengroep, aangezien vrouwen ($N=765$, $M=3.50$, $sd=2.07$) een grotere neiging om te huilen rapporteerden dan mannen ($N=1126$, $M=1.90$, $sd=1.36$), ($t(1205)=-18.80$, $p<.001$, $d=-1.08$).

OPVATTINGEN TEN AANZIEN VAN DE HUILENDE THERAPEUT

De attitude ten opzichte van therapeuten die huilen tijdens een therapeutische sessie werd gemeten met een schaal van 14 vragen, waarop gemiddeld genomen neutraal gescoord werd ($M=4.14$, $sd=1.04$, op een schaal van 1 'helemaal niet mee eens' tot 7 'helemaal mee eens'). Ongeveer 32% was het eens met de

TABEL 2. AANLEIDINGEN VOOR THERAPEUTEN OM TIJDENS THERAPIE TE HUILEN (N=819)

	MANNELIJKE THERAPEUTEN N / %	VROUWELIJKE THERAPEUTEN N / %	TOTAAL N / %
Ontroerd zijn door het verhaal van de cliënt	169 / 82.8%	496 / 80.7%	665 / 81.2%
Het zien huilen / lijden van de cliënt	117 / 57.4%	335 / 54.5%	452 / 55.2%
De cliënt of het verhaal van de cliënt laat de therapeut denken aan een eigen ervaring	90 / 44.1%	266 / 43.3%	356 / 43.5%
De therapeut ziet zijn of haar cliënt groeien in het therapieproces	79 / 38.7%	228 / 37.1%	307 / 37.5%
De cliënt toont zich dankbaar voor de geboden therapie	40 / 19.6%	100 / 16.3%	140 / 17.1%
De cliënt zet een therapeutisch gewenste stap	36 / 17.6%	97 / 15.8%	133 / 16.2%
Als model voor de cliënt om te laten zien hoe hij/zij met verdriet kan omgaan	31 / 15.2%	87 / 14.1%	118 / 14.4%
De therapie met de cliënt wordt beëindigd	29 / 14.2%	88 / 14.3%	117 / 14.3%
Als hulpmiddel om het therapeutisch proces van de cliënt te versnellen	16 / 7.8%	57 / 9.3%	73 / 8.9%

stelling dat therapeuten mogen huilen tijdens een sessie, terwijl een vergelijkbaar percentage van 37.5% vond dat therapeuten hun emoties onder alle omstandigheden onder controle moeten houden. Bijna de helft van de huilende therapeuten (43.7%) was van mening dat tranen een positief effect hebben op cliënten op de korte termijn en 37.5% was ervan overtuigd dat het tonen van tranen ook een positief langetermijneffect op cliënten heeft. Anderzijds was 18.6% van mening dat huilen door een therapeut een belasting is voor de cliënt. Bovendien beschouwde 17.6% huilen als onprofessioneel en 13.4% kwalificeerde het als onethisch. Een minderheid van 10% van de deelnemers gaf aan dat een professionele afstand in therapie belangrijker is dan empathie.

In een open vraag over de attitude ten opzichte van huilen door therapeuten gaven de meeste respondenten aan dat de beoordeling mede afhangt van de situatie en van de manier van huilen. Vochtige, betraande ogen lijken geen probleem te zijn volgens veel therapeuten en kunnen zelfs empathisch of nuttig zijn in therapie, terwijl luid huilen verwarrend kan zijn voor cliënten. Nagenoeg alle therapeuten zijn het erover eens dat de cliënt altijd centraal moet staan in de therapie.

OPVATTINGEN TEN AANZIEN VAN DE HUILENDE CLIËNT

Wat betreft het huilen van cliënten, gemeten aan de hand van negen stellingen, scoorden therapeuten significant po-

TABEL 3. OPVATTINGEN TEN AANZIEN VAN CLIËNTEN DIE HUILEN IN THERAPIE (N=819)

	MANNELIJKE THERAPEUTEN N / %	VROUWELIJKE THERAPEUTEN N / %	TOTAAL N / %
Huilen van cliënt(en) tijdens een therapiesessie kan belangrijk zijn voor het therapeutisch proces	191 / 93.6%	580 / 94.3%	771 / 94.2%
Huilen van cliënt(en) moet gebruikt worden om er therapeutisch iets mee te doen	134 / 65.7%	406 / 66.0%	540 / 65.9%
Emotionele reacties van cliënt(en) tijdens therapiesessies moeten gestimuleerd worden	131 / 64.2%	403 / 65.5%	534 / 65.2%
Cliëntgerichte therapeuten kunnen gemakkelijker met hun eigen emotie en emoties van de cliënten omgaan dan gedragstherapeuten	78 / 38.2%	197 / 32.1%	275 / 33.5%
Huilen van een cliënt draagt niet bij aan het doel of de focus van de therapie	8 / 3.9%	19 / 3.1%	27 / 3.3%
Ik negeer het huilen van een cliënt tijdens een therapiesessie	5 / 2.5%	8 / 1.3%	13 / 1.6%
Het is storend als een cliënt huilt tijdens een therapiesessie	4 / 2.0%	7 / 1.1%	11 / 1.3%
Het is niet gepast als een cliënt huilt tijdens een therapiesessie	1 / 0.5%	4 / 0.7%	5 / 0.6%
Ik laat een cliënt meteen stoppen met huilen wanneer hij/zij begint te huilen	2 / 1.0%	2 / 0.3%	4 / 0.5%

sitiever dan op de attitude ten opzichte van therapeuten die huilen ($t(818)=-43.79$, $p<.001$, $d=-3.06$; attitude ten opzichte van therapeuten die huilen: $M=4.14$, $sd=1.04$; attitude ten opzichte van cliënten die huilen: $M=5.92$, $sd=0.61$, op een schaal van 1 'helemaal niet mee eens' tot 7 'helemaal mee eens'). Zoals te zien in tabel 3 gaven vrijwel alle therapeuten (94.2%) aan dat tranen van cliënten van belang kunnen zijn voor het therapeutische proces en 65.2% bevestigde dat emotionele reacties van cliënten moeten worden gestimuleerd.

In een open vraag over huilen tijdens de behandeling gaven veel respondenten aan dat het huilen van cliënten in de regel een gepaste reactie is. Als uitzondering hierop noemden respondenten huilen voor andere doeleinden dan het uiten van emoties, bijvoorbeeld manipulatief of theatraal huilen.

DE ROL VAN GESLACHT BIJ ATTITUDES TEN AANZIEN VAN HUILEN IN THERAPIE Vrouwelijke therapeuten hadden een iets negatievere houding ten aanzien van therapeuten die huilen dan hun mannelijke collega's, dit verschil is echter minimaal ($t(817)=2.98$, $p<.01$, $d=-.21$; mannen: $N=204$, $M=4.33$, $sd=1.02$; vrouwen: $N=615$, $M=4.08$, $sd=1.04$, op een schaal van 1 'helemaal niet mee eens' tot 7 'helemaal mee eens'). Wat betreft de houding ten aanzien van cliënten die huilen in therapie bleek er geen sprake van significante verschillen tussen de seksen.

DE ROL VAN WERKERVARING EN LEEFTIJD BIJ ATTITUDES TEN AANZIEN VAN HUILEN IN THERAPIE Respondenten met meer dan twaalf jaar werkervaring leken een subtiel positievere houding te hebben ten opzichte van therapeuten die huilen in therapie dan respondenten met minder dan twaalf jaar werkervaring ($t(817)=-2.60$, $p<.01$, $d=-.19$; <12 jaren werkervaring: $N=398$, $M=4.05$, $sd=1.01$; >12 jaren werkervaring: $N=421$, $M=4.23$, $sd=1.07$, op een schaal van 1 'helemaal niet mee eens' tot 7 'helemaal mee eens'). Ditzelfde geldt ook voor de factor leeftijd waarbij oudere deelnemers (>46 jaar) een iets positievere houding hadden ten aanzien van therapeuten die huilen in therapie dan jongere deelnemers (<46 jaar) ($t(817)=-2.93$, $p<.05$, $d=-.21$; <46 jaar: $N=402$, $M=4.03$, $sd=1.01$; >46 jaar: $N=417$, $M=4.25$, $sd=1.06$). Wederom werden er voor beide factoren geen verschillen gevonden voor de houding ten opzichte van cliënten die huilen in therapie.

DE ROL VAN THERAPEUTISCHE STROMING EN DISCIPLINE BIJ ATTITUDES TEN AANZIEN VAN HUILEN IN THERAPIE Cognitieve gedragstherapeuten hadden een significant negatievere houding ten opzichte van therapeuten die huilen

in therapie dan collega's met een cliëntgerichte therapeutische aanpak ($t(813)=6.61$, $p<.001$, $d=-.39$; cognitieve gedrags-therapeuten: $N=351$, $M=3.92$, $sd=1.01$; cliëntgerichte therapeuten: $N=236$, $M=4.32$, $sd=1.01$, op een schaal van 1 'helemaal niet mee eens' tot 7 'helemaal mee eens'). Ten aanzien van cliënten die huilen in therapie bleken de stromingen geen significante verschillen te vertonen.

Psychotherapeuten waren positiever ten aanzien van therapeuten die huilen dan psychologen ($t(814)=7.45$, $p<.001$, $d=.43$; psychotherapeuten: $N=107$, $M=4.37$, $sd=1.02$; psychologen: $N=315$, $M=3.93$, $sd=1.02$). Bij huilen door cliënten werd ditzelfde verschil niet gevonden maar waren psychotherapeuten wel significant positiever dan psychiaters ($t(814)=4.31$, $p<.01$, $d=.51$; psychotherapeuten: $N=107$, $M=6.07$, $sd=.68$; psychiaters: $N=78$, $M=5.73$, $sd=.63$).

THERAPEUTEN EN EMPATHIE Vergeleken met een Nederlandse normgroep van 5371 respondenten scoorden therapeuten hoger op zowel affectieve als cognitieve empathie, gemeten met respectievelijk elf en negen vragen met een 4 punts-Likert antwoordformat (affectieve empathie: $t(1154,82)=-8.92$, $p<.001$, $d=-.53$; normgroep: $N=5371$, $M=29.29$, $sd=3.78$, therapeuten: $N=819$, $M=30.44$, $sd=3.83$; cognitieve empathie: $t(1030,75)=-16.05$, $p<.001$, $d=-1.00$; normgroep: $M=26.24$, $sd=2.58$, therapeuten: $M=27.95$, $sd=2.87$).

Vrouwelijke therapeuten scoorden significant hoger op beide empathieschalen dan hun mannelijke collega's (affectieve empathie: $t(817)=-4.34$, $p<.001$, $d=-.30$; vrouwelijke therapeuten: $N=615$, $M=30.74$, $sd=3.43$, mannelijke therapeuten: $N=204$, $M=29.56$, $sd=3.09$, cognitieve empathie: $t(817)=-2.38$, $p<.05$, $d=-.17$; vrouwelijke therapeuten: $M=28.08$, $sd=2.83$, mannelijke therapeuten: $M=27.53$, $sd=2.94$). In de Nederlandse normgroep van 5371 respondenten werden vergelijkbare sekseverschillen gevonden (affectieve empathie: $t(5306)=-27.59$, $p<.001$, $d=-.76$; vrouwen: $N=2875$, $M=30.53$, $sd=3.64$, mannen: $N=2496$, $M=27.87$, $sd=3.42$, cognitieve empathie: $t(5101)=-10.48$, $p<.001$, $d=-.29$; vrouwen: $M=26.59$, $sd=2.46$, mannen: $M=25.85$, $sd=2.65$).

ONDERWIJS Volgens 61.4% van de therapeuten is er in hun opleiding onvoldoende aandacht geschonken aan omgaan met het eigen verdriet in de therapeutische setting. Bijna alle deelnemers (92.4%) waren het erover eens dat het noodzakelijk is om voor de (expressie van) emoties van therapeuten, in het bijzonder huilen, meer ruimte te creëren in onderwijs en opleiding.

DISCUSSIE

Het doel van deze studie was om meer inzicht te krijgen in ervaringen met en attitudes ten opzichte van het huilen van de therapeut.

HUILENDE THERAPEUTEN TIJDENS THERAPIESESSIES

Onze resultaten tonen allereerst aan dat huilen tijdens therapiesessies ook voor therapeuten niet uitzonderlijk is. Hoewel therapeuten relatief vaak hun tranen lijken te onderdrukken, blijken sterke emotionele situaties zoals het overlijden van een persoon ook voor een therapeut een veelvoorkomende reden om te huilen. De belangrijkste redenen voor therapeuten om te huilen, tonen een grote overeenkomst met de belangrijkste redenen voor huilen in het algemeen, zoals gevonden in de 'International Study on Adult Crying' (Vingerhoets, 2013). Naast verlies zijn emotionele verhalen over het verleden of positieve gevoelens van iemand, zoals herstel, redenen om tranen te ontlokken bij de therapeuten. Vaak spelen persoonlijke ervaringen van therapeuten hierbij een rol. Dit illustreert dat mensen gemakkelijker en dieper kunnen worden geraakt wanneer ze kunnen herkennen en begrijpen hoe iemand zich voelt, ofwel wanneer er meer empathie is. Daarnaast blijkt huilen ook bewust ingezet te worden als hulpmiddel voor het therapeutisch proces of als voorbeeld voor de cliënt.

Vergeleken met hun Amerikaanse collega's (Blume-Marcovici et al., 2013) lijken Nederlandse therapeuten meer ervaring te hebben met huilen in therapie. Het lagere percentage van Amerikaanse collega's daarmee (72%) kan, buiten mogelijk meer algemene culturele verschillen, wellicht worden verklaard door het feit dat de studie van Blume-Marcovici et al. uitgevoerd was onder 57% studenten, ofwel deelnemers met geringe klinische ervaring. In onze studie werden enkel therapeuten met ten minste één jaar werkervaring opgenomen, aangezien verwacht werd dat er alleen met werkervaring uitspraken gedaan kunnen worden over ervaringen en attitudes ten opzichte van huilen in therapie.

HOUDING TEN OPZICHTE VAN TRANEN IN THERAPIE

Volgens Maroda (2010) kan de expressie van emoties door de therapeut het therapeutische proces positief beïnvloeden, omdat het de menselijkheid aantoont van de therapeuten. Het verduidelijkt de impact van de cliënt op de therapeut en het doorbreekt impasses. In ons onderzoek waren nagenoeg alle deelnemers het erover eens dat empathie belangrijker is dan professionele afstand. Echter, er zijn ook twijfels en

nuanceringen. De meeste therapeuten gaven aan dat er voldoende afstand moet worden genomen. Ook spraken zij de zorg uit dat wanneer therapeuten huilen, de focus niet meer op de cliënt ligt. Dit sluit aan bij het standpunt van onder andere Zachrisson (2009) die erop wijst dat therapeuten een andere rol hebben dan cliënten in de therapeutische setting en dus een andere positie hebben in de interactie. Nelson (2009) is zich daarentegen juist bewust van de mogelijke valkuilen, maar is positiever ten opzichte van huilen tijdens therapie, omdat de openheid van de therapeut de wederkerigheid tussen therapeut en cliënt kan verhogen.

Over de tranen van hun cliënten waren de deelnemende therapeuten positief gestemd, mits het huilen geen ander doel heeft dan het uiten van emoties. Therapeuten gaven tevens aan dat de tranen van cliënten belangrijk zijn voor het therapeutische proces en de meerderheid stimuleert dergelijke emotionele reacties dan ook.

Ten aanzien van de tranen van de therapeut waren de meningen gemiddeld genomen minder positief dan over de tranen van cliënten. Hierover liepen de opvattingen sterker uiteen. Een minderheid beoordeelde huilen door de therapeut als onprofessioneel en onethisch, terwijl de overgrote meerderheid stelde dat huilen juist een goede empathische reactie kan zijn en een handig hulpmiddel voor de behandeling. Uit onze studie bleek dat de attitude ten opzichte van therapeuten die huilen in therapie gemiddeld genomen neutraal is. Factoren als geslacht, werkervaring, leeftijd, therapeutische achtergrond en discipline bleken hierop van invloed te zijn.

EMPATHIE EN HUILEN VAN THERAPEUTEN VERGELEKEN MET NORMGROEPEN

Volgens Kottler (1996) hangen factoren als opleiding en beroep samen met hoe vaak iemand huilt. Kottler gaf echter geen empirische ondersteuning voor deze stelling. De huidige resultaten doen dat wel; therapeuten hebben een grotere neiging tot huilen dan de doorsnee bevolking. De verschillen tussen therapeuten en de algemene bevolkingsgroep in hun neiging tot huilen kunnen mogelijk verklaard worden doordat therapeuten zich meer bewust zijn van en meer openstaan voor hun eigen emoties en doordat zij hierover openlijker durven te spreken.

Bovendien bleken therapeuten hoger te scoren dan de algemene populatie op zowel cognitieve als affectieve empathie. Dit kan wellicht ook de grotere neiging tot huilen verklaren. Vergelijkbaar met de onderzoeksresultaten van Jolliffe en Farrington (2006) scoorden vrouwelijke therapeuten hoger dan mannelijke therapeuten op zowel affectieve en

cognitieve empathie. Hulpverleners met een hogere mate van empathie blijken een beter therapieresultaat, minder afhakers in therapie, minder terugval, een betere therapeutische relatie en meer verandering bij de cliënten teweeg te brengen, ongeacht de therapeutische werkwijze (Moyers & Miller, 2013).

BEPERKINGEN VAN DE STUDIE Een belangrijke en helaas nauwelijks te vermijden beperking van deze studie is dat onduidelijk is hoe representatief de steekproef is voor de populatie van therapeuten. Ondanks dat de scheve sekseverdeling waarschijnlijk een goede weerspiegeling is van de doelgroep (vgl. Duursma, 2004) kan het onderzoeksonderwerp een deel van de doelgroep hebben aangetrokken of afgestoten. Bovendien is het van belang te erkennen dat alle bevindingen zijn gebaseerd op zelfrapportage met de welbekende nadelen: de antwoorden zijn meestal retrospectieve schattingen met mogelijke vooroordelen en biases. Een verdere beperking van de vragenlijst is dat, ondanks het feit dat de definitie van huilen meermaals uiteengezet werd, het concept huilen vaak als moeilijk definieerbaar werd gezien. De intensiteit van huilen (alleen maar natte ogen of overvloedige tranen en snikken) kan een groot verschil maken.

MEER AANDACHT VOOR HUILEN IN THERAPIE Veel respondenten gaven zeer positieve feedback op de studie en blijkbaar voelden velen de behoefte om hun ervaringen en gevoelens over dit onderwerp te delen. Dit onderzoek benadrukt het bewustzijn van de aanwezigheid van de therapeut tijdens de behandeling. Aangezien het omgaan met emoties in therapie onder andere het proces en de therapieresultaten beïnvloedt, is dit zeker een belangrijk onderwerp om verder te onderzoeken. Daarbij zijn de emoties van de therapeut en ook de emoties van de cliënt van belang, omdat het uiten van emoties bij cliënten een voorspeller blijkt voor een positief behandelresultaat (Greenberg & Pascal-Leone, 2006).

Respondenten waren het erover eens dat tijdens onderwijs en opleiding meer aandacht moet worden besteed aan de emoties van therapeuten. Dit wordt onderstreept door

Shapiro (2011) die wijst op de potentiële waarde van het emotionele bewustzijn, in haar geval bij medische studenten in hun toekomstige klinische werk. Momenteel krijgen de onderwerpen huilen en emoties weinig aandacht en blijft het onduidelijk voor veel therapeuten hoe ze hiermee moeten omgaan. Gezien de grote belangstelling van de therapeuten voor onze studie en de studieresultaten zou dit onderwerp een grotere rol moeten spelen tijdens de opleiding en intervisie. Met dit onderzoek hopen we een waardevolle bijdrage te leveren aan de aandacht voor (de expressie van) emoties in de therapeutische setting en de ervaringen met huilen in therapie.

Bovendien is er momenteel een gebrek aan theoretische modellen over de functies van huilen binnen het therapeutisch proces. Onze bevindingen zijn mogelijk van belang voor de ontwikkeling van dergelijke modellen. Ze kunnen een eerste stap zijn bij het systematisch onderzoeken van de invloed van deze processen op behandelresultaten.

CONCLUSIE

Uit ons onderzoek blijkt dat tranen van cliënten positief beoordeeld worden. Bovendien leveren ze vaak een waardevolle bijdrage aan het therapeutisch

proces. Ook de opwellende emoties van de therapeut worden als begrijpelijk en zelfs onvermijdelijk gezien. Ze dienen echter op een professioneel verantwoorde wijze te worden ingezet ten gunste van het therapeutisch proces. Immers: hoezeer de emoties bij de therapeut ook opspelen, de therapeut moet te allen tijde de regie hierover houden.

OVER DE AUTEURS

Catelijne 't Lam is psycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog bij AmaCura GGZ in Geleen. Ad Vingerhoets is als hoogleraar Emoties en Welbevinden verbonden aan Tilburg University. Correspondentie over dit artikel: catelijnetlam@live.nl

Cognitieve gedragstherapeuten zijn negatiever over therapeuten die huilen in therapie dan collega's met een cliëntgerichte therapeutische aanpak

Summary

TEARS OF THE THERAPIST

C. 'T LAM & A. J. J. M. VINGERHOETS

This study was designed to obtain a better insight into mental health workers' experiences with and attitudes towards crying in therapy both by therapists and by clients. 819 Dutch therapists completed an especially designed measure on crying in therapy and

the Basic Empathy Scale (BES). Not only client crying, but also therapist crying is not rare in the therapeutic setting. Therapists are in general more empathic and prone to tears than the normal population. More positive attitudes towards patient crying were obtained than towards therapist crying. However, participants showed a great variety

in the evaluation of this phenomenon. Tears of the therapists should always be applied in a professionally responsible manner in favor of the therapeutic process. The respondents expressed a great need for more attention in education and training to therapists' emotions and crying in the therapeutic setting.

Literatuur

- Ackerman, S.J. & Hilsenrot, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Alexander, T. (2003). Narcissism and the experience of crying. *British Journal of Psychotherapy*, 20, 27-37.
- Blume-Marcovici, A.C., Stolberg, R.A. & Khademi, M. (2013). Do therapists cry in therapy? The role of experience and other factors in therapists' tears. *Psychotherapy*, 50, 224-234.
- Counselman, E.F. (1997). Self-disclosure, tears, and the dying client. *Psychotherapy*, 34, 233-237.
- Denckla, C.A., Fiori, K.L. & Vingerhoets, A.J.J.M. (2014). Development of the crying proneness scale: associations among crying proneness, empathy, attachment and age. *Journal of Personality Assessment*, 96, 619-631.
- Dies, R.R. (1973). Group therapist self-disclosure: development and validation of a scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 97-103.
- Duursma, M. (2004). Teveel studenten willen psycholoog worden. Opgehaald uit http://vorige.nrc.nl/dossiers/hoger_onderwijs/selectie_en_toelating/article1630569.ece.
- Fischer, A., Eagly, A. & Oosterwijk, S. (2013). The meaning of tears: which sex seems emotional depends on the social context. *European Journal of Social Psychology*, 43, 505-515.
- Greenberg, L.S. & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 611-630.
- Jolliffe, D. & Farrington, D.P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589-611.
- Knox, R. & Cooper, M. (2011). A state of readiness: client's role of meeting at relational depth. *Journal of Humanistic Psychology*, 51, 61-81.
- Kotler, J.A. (1996). *The language of tears*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maroda, K.J. (2010). Psychodynamic techniques: Working with emotion in the therapeutic relationship. New York: The Guilford Press.
- Moyers, T.B. & Miller, W.R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 878-884.
- Nelson, J.K. (2005). *Seeing through tears: crying and attachment*. New York: Brunner-Routledge.
- Nelson, J.K. (2008). Crying in psychotherapy: its meaning, assessment, and management based on attachment theory. In A. Vingerhoets, I. Nyklíček, & J. Denollet (Eds.), *Emotion regulation: conceptual and clinical issues* (pp. 202-214). New York: Springer Science.
- Nelson, J.K. (2009). An attachment perspective on crying in psychotherapy. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 328-347). New York: The Guildford Press.
- Owens, C. (2005). Moved to tears: technical considerations and dilemmas encountered in working with a 13-year-old boy with acquired quadriplegia. *Journal of Child Psychotherapy*, 31, 284-302.
- Pope, K.S., Tabachnick, B.G. & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice. The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 11, 993-1006.
- Rossberg, J.I., Karterud, S., Pedersen, G. & Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: an empirical investigation. *Psychiatry Research*, 178, 191-195.
- Shapiro, J. (2011). Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic Medicine*, 86, 326-332.
- Simons, G., Bruder, M., Van Der Löwe, I. & Parkinson, B. (2013). Why try (not) to cry: intra- and inter-personal motives for crying regulation. *Frontiers in Psychology*, 3, 1-9.
- The Relaxed Therapists. My client is crying (2006). Opgehaald uit <http://relaxedtherapist.com/whatif/my-client-is-crying>.
- Toepoel, V., Das, M. & Van Soest, A. (2008). Effects of design in web surveys: comparing trained and fresh respondents. *Public Opinion Quarterly*, 72, 985-1007.
- Van Kleef, G. (2009). How emotions regulate social life. The emotions as social information (EASI) Model. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 184-188.
- Vingerhoets, A.J.J.M. (2013). *Why only humans weep - unravelling the mysteries of tears*. Oxford: Oxford University Press.
- Vingerhoets, A.J.J.M. & Cornelius, R.R. (2001). *Adult Crying: a biopsychosocial approach*. Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Vingerhoets, A.J.J.M., Van de Ven, N. & Van der Velden, Y. (2016). The social impact of emotional tears. *Motivation and Emotion*. DOI 10.1007/s11031-016-9543-0.
- Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 18, 177-188.