



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Twee wegen naar Rome

Hoe behandelen een psychodynamisch en een cognitief gedragstherapeut zelf-anderproblematiek met Affectfobietherapie?

van Dam, Quin; Kok, J.; Schalkwijk, F.

DOI

[10.1007/s12485-016-0174-4](https://doi.org/10.1007/s12485-016-0174-4)

Publication date

2017

Document Version

Final published version

Published in

Tijdschrift voor Psychotherapie

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

van Dam, Q., Kok, J., & Schalkwijk, F. (2017). Twee wegen naar Rome: Hoe behandelen een psychodynamisch en een cognitief gedragstherapeut zelf-anderproblematiek met Affectfobietherapie? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43(1), 17-32.
<https://doi.org/10.1007/s12485-016-0174-4>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<https://dare.uva.nl>)

Twee wegen naar Rome

Quin van Dam, Jossien Kok & Frans Schalkwijk

Tijdschrift voor Psychotherapie

ISSN 0165-1188

Volume 43

Number 1

Tijdschr Psychother (2017) 43:17-32

DOI 10.1007/s12485-016-0174-4



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Stichting Tijdschrift voor Psychotherapie. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Twee wegen naar Rome

Hoe behandelen een psychodynamisch en een cognitief gedragstherapeut zelf-anderproblematiek met Affectfobietherapie?

Quin van Dam · Jossien Kok · Frans Schalkwijk

Samenvatting

De Affectfobietherapie (AFT), ontwikkeld door McCullough, is gebaseerd op de aanname dat een psychodynamisch conflict tussen gevoelens en daarmee geassocieerde angst opgevat kan worden als een fobie voor gevoelens in de persoon, als een affectfobie. Deze herformulering biedt de therapeut de gelegenheid deze fobie te behandelen als een externe fobie, met behulp van systematische desensitisatie (*exposure*, responspreventie en angstregulatie). De therapie gebruikt Malans conflict- en personendriehoek als psychodynamisch werkmodel en heeft drie doelen: herstructurering van de afweer, van het affect, en van het zelfbeeld en het beeld van de ander. Psychodynamisch psychotherapeuten (PD) en cognitief gedragstherapeuten (CGT) werken in toenemende mate met AFT. Door een CGT- en PD-therapeut onafhankelijk van elkaar te laten beschrijven hoe zij een casus met zelf-anderproblematiek zouden behandelen, wordt in dit artikel onderzocht welke invloed hun theoretische scholing heeft op het gebruik van AFT. De PD- en CGT-therapeuten stemmen overeen bij de formulering van de conflict- en de personendriehoek. Het verschil in theoretische scholing is bij de behandeling duidelijk waarneembaar. De PD-therapeut mikt op emotioneel inzicht; hij exploreert angst-, schuld- en schaamtegevoelens en spreekt de verinnerlijkte wereld van patiënten objectrepresentaties aan. Het negatieve zelfbeeld behandelt hij als een afweer van een positief zelfgevoel; hij werkt van binnen naar buiten. De CGT-therapeut stelt zich adviserend en directief op en maakt gebruik van externe bevestiging of compassie. Hij vat het negatieve zelf-

Quin van Dam en Jossien Kok werkten, respectievelijk als PD-therapeut en CGT-therapeut, aan dit artikel mee. Frans Schalkwijk was bij het artikel betrokken als schrijver.

Q. van Dam (✉)
Leiden, Nederland
e-mail: quinvandam@zonnet.nl

J. Kok · F. Schalkwijk
Amsterdam, Nederland

beeld op als negatieve conditionering die kan worden opgeheven door positieve conditionering; hij werkt van buiten naar binnen.

Two roads to Rome

How do a psychodynamic therapist and a cognitive behavioural therapist treat self-other problems with Affect Phobia Therapy?

Abstract

In Affect Phobia Therapy (APT), a psychodynamic conflict between feelings and the anxieties associated with them, are conceptualized as an affect phobia. This phobia is treated with a combination of cognitive behavioural and psychodynamic techniques. In this article, the authors studied the influence of the therapist's theoretical training when performing APT, by comparing the therapeutic work of a psychodynamic and a cognitive behavioural therapist with a patient with self-other problems. Next to similarities, they found clear-cut differences. The psychodynamic therapist firstly aims at the emotional inner world of object representations and then at the behaviour and experiences with others in the outside world. He works from the inside to the outside. The cognitive behavioural therapist adopts an advisory and directive attitude, and makes use of external confirmation or compassion. He assumes the negative self-image to be a result of negative conditioning, that can be lifted by positive conditioning. He works from the outside inward.

Inleiding

De Affectfobietherapie (AFT), ontwikkeld door McCullough (1997, 2003) wordt sinds haar introductie in Nederland in 2001 steeds meer toegepast in de ambulante en semi-ambulante GGZ. Bij AFT wordt een psychodynamisch conflict tussen gevoelens en de daarmee geassocieerde angst opgevat als een fobie voor gevoelens, als een affectfobie. De fobie betreft dus niet iets buiten de persoon (zoals een tunnel of een spin), maar gaat over (onbewuste) angst voor verlangens en gevoelens in de persoon; het is een innerlijke fobie.

Deze herformulering van een psychodynamisch conflict in termen van een affectfobie biedt de therapeut de gelegenheid deze fobie te behandelen als een externe fobie met behulp van de cognitief-gedragstherapeutische techniek systematische desensitisatie (exposure, responspreventie en angstregulatie). Hoewel het theoretische fundament psychodynamisch is, worden in AFT psychodynamische, cognitief-gedragstherapeutische en experiëntiële technieken gebruikt, om de patiënt te helpen de afgeweerde gevoelens toe te laten en te leren hanteren.

In dit tijdschrift schreven Dam en Hamburger (2014) een introductie over AFT. In het onderhavige artikel wordt hierop voortgebouwd en wordt de informatie uit

die introductie niet of nauwelijks herhaald. AFT en haar evidentie is sindsdien uitgebreider beschreven door Dam (2016).

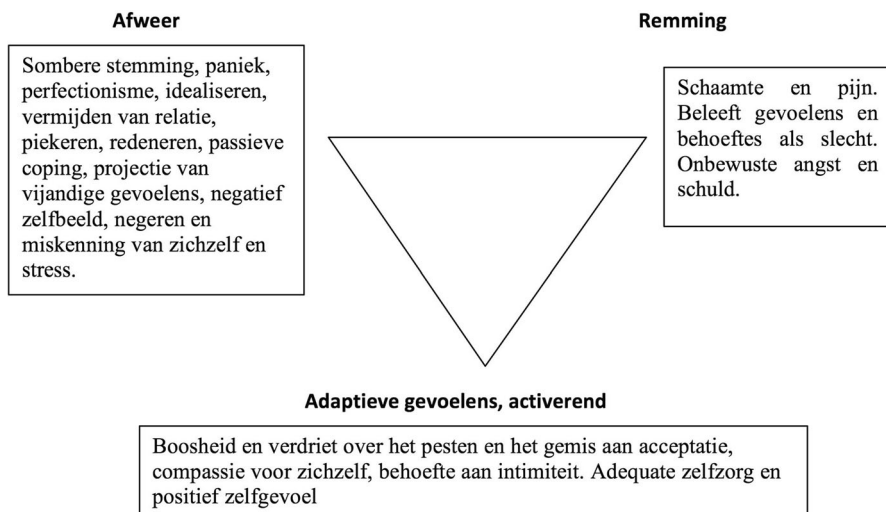
Vanaf de introductie raakten psychotherapeuten uit verschillende theoretische scholen geïnteresseerd in het model. AFT spreekt cognitief gedragstherapeuten aan, omdat in de cognitieve gedragstherapie toenemend belang wordt gehecht aan experiëntiële technieken en emotionele ervaring bij het veranderproces (Thoma en McKay 2015). Het psychodynamisch conflictmodel biedt een helder en aanvullend kader om te werken met deze technieken en ervaring. Het model biedt de mogelijkheid om verborgen verlangens en gevoelens te exploreren. De vertrouwde interventietechnieken (exposure, responspreventie en angstregulatie) zijn daarbij behulpzaam.

AFT spreekt ook psychotherapeuten uit de experiëntiële en psychodynamische scholen aan, vanwege het psychodynamische fundament en de toepassing van experiëntiële (focusing) en psychodynamische (exploreren, interpreteren en confronteren) interventies. Deze therapeuten zijn enthousiast over AFT, omdat de werkwijze doelgericht is, de verschillende gevoelens en behoeften systematisch beschreven zijn en de AF-therapeut een actieve, stimulerende en ondersteunende positie inneemt. Deze opstelling verschilt van de overwegend volgende en afwachtende houding van de behandelaar in de klassieke persoonsgerichte psychotherapie (Dam 2016). Bovendien besteedt AFT expliciet aandacht aan het concrete gedrag, wat in de persoonsgerichte behandelingen meestal weinig gebeurt (Dam 2016).

AFT wordt gerekend tot de kortdurende psychodynamische therapieën. Bij AFT wordt niet gewerkt met een vooraf vastgestelde tijdslimiet (Dam 2016).

Als cognitief gedragstherapeuten (CGT-therapeut) en psychodynamische therapeuten (PD-therapeut) werken met AFT, doen zij dat dan op dezelfde wijze of levert hun eerdere theoretische scholing een andere werkwijze op? In dit artikel onderzoeken we overeenkomsten en verschillen tussen de werkwijze van psychotherapeuten met een cognitief-gedragstherapeutische en een psychodynamische scholing. (Saillant detail bij dit alles is overigens dat McCullough zelf eerst de CGT-opleiding volgde en daarna de analytische.)

Wij verwachten dat, zelfs als psychotherapeuten zich strikt aan de methodiek van AFT houden, de theoretische opleidingsachtergrond toch zijn invloed sterk doet gelden. Om deze veronderstelling te onderzoeken, beschouwen we een casus waarin de indicatie was gesteld voor AFT, met de focus op de behandeling van zelf-anderproblematiek. Onafhankelijk van elkaar beantwoorden Jossien Kok (cognitief gedragstherapeut) en Quin van Dam (psychoanalytische achtergrond) de vraag hoe zij de patiënt zouden helpen los te komen van haar negatieve zelfbeeld, binnen een AFT behandeling. Voorafgaand aan de bespreking van die antwoorden schetsen we kort de methodiek van AFT, specifiek voor de behandeling van zelf-anderproblematiek.



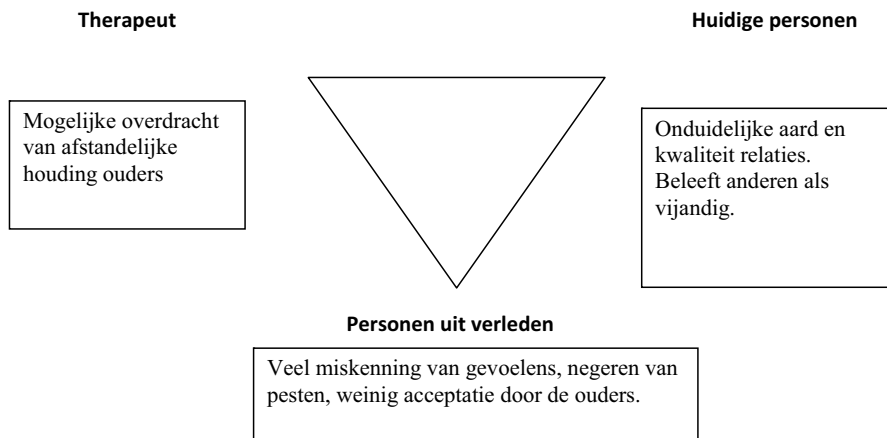
Figuur 1 Conflictdriehoek Lisa

Behandeling van zelf-anderproblematiek

Een affectfobie ontstaat als het kind in de loop van zijn ontwikkeling angstig wordt voor zijn gevoelens en behoeften, deze afweert en ze onbewust maakt (Dam 2016). Deze gevoelens raken, door een proces van klassieke conditionering, verbonden met angst en schuld- of schaamtegevoelens. In het AFT-model worden deze angst en schuld- of schaamtegevoelens aangeduid als remmende gevoelens.

Daartegenover staan de gevoelens die er wél mogen zijn: activerende gevoelens. Deze activerende gevoelens zetten aan tot iets (zoals zoeken van nabijheid of uiting van verdriet) en geven vaak een opluchtend gevoel. De uiting gebeurt op adaptieve wijze: 'Ik voelde genegenheid en sloeg mijn armen om haar heen'. Als activerende gevoelens in de loop van de ontwikkeling verbonden raken met remmende gevoelens, worden ze vaak op disadaptieve wijze geuit. Zo kan verdriet op disadaptieve wijze tot uiting komen in zelfhaat of slachtoffergedrag, en agressie in disadaptieve vorm in onechte vriendelijkheid of onverwachte woede-uitbarstingen. De disadaptieve gevoelsuiting is in het contact met anderen vaak destructief en creëert afstand, frustratie, onbegrip, eenzaamheid en wanhoop (Dam en Hamburger 2014).

De affectfobie kan schematisch worden weergegeven in een conflict- en persondriehoek (Malan 1979). De conflictdriehoek geeft grafisch de onderverdeling in afweer, remmende en activerende gevoelens weer (fig. 1). Bij de afweerpunt (linksboven) staan de symptomen en het afweergedrag vermeld. De punt van de remming (rechtsboven) geeft de angst, de schuld, de schaamte, de walging en de emotionele pijn weer, met de daarbij horende cognities en overtuigingen. De gevoelspool (de onderste punt) vermeldt de (onbewuste) adaptieve en activerende gevoelens: verdriet, woede, plezier, angst, opwinding, intimiteit, trots, seksueel



Figuur 2 Personendriehoek van Lisa

verlangens, positieve gevoelens over het zelf en adequate zelfzorg (Dam en Hamburger 2014).

De personendriehoek (fig. 2) toont de samenhang tussen heden en verleden. Het verbod op activerende gevoelens ontstaat in de relatie met de ouders of met belangrijke anderen in het verleden, en herhaalt zich in de relatie met huidige personen en de therapeut. Linksboven staat de therapeut, rechtsboven de huidige personen (zoals partner, kinderen, vrienden, baas en collega's) en in de onderste punt de personen uit het verleden (zoals ouders, broers, zussen en onderwijzers).

In AFT worden drie belangrijke doelen nagestreefd: herstructurering van de afweer, van het gevoel, en van het zelfbeeld en het beeld van de ander. We richten ons ten behoeve van de casus op het derde doel en brengen daarin een onderverdeling aan tussen herstructurering van het negatieve zelfbeeld en het beeld van de ander.

Herstructurering van het negatieve zelfbeeld is aangewezen als bij patiënten een basaal gevoel van betekenisloosheid op de voorgrond staat. Vaak zijn zij zich niet bewust van hun eigen behoeften en gevoelens, of ze negeren die interne signalen vanuit de gedachte dat zij niet het recht hebben die serieus te nemen. Hun ontwikkeling wordt gekenmerkt door aanpassing aan de ander, onder andere door signalen voor eigen behoeften en verlangens af te wijzen als negatief en in plaats daarvan af te stemmen op de behoeften en verlangens van anderen. Om dit negatieve zelfbeeld te veranderen, is het nodig de aandacht te richten op de affectfobie voor positieve gevoelens voor zichzelf en op de ontwikkeling van ontvankelijkheid voor interne en externe signalen.

De therapeut attendeert de patiënt op diens disadaptieve zelfbeeld. Hij laat de patiënt zien dat hij zichzelf bijvoorbeeld niet serieus neemt, ervan uitgaat niets waard te zijn en daarmee een positief zelfbeeld afweert. Hij heeft in zijn kindertijd ervaren niets waard te zijn en handhaaft als volwassene dit negatieve zelfbeeld. Als de patiënt deze afweer beseft, wordt het negatieve zelfbeeld egosyntoon. Daarna

kan deze afweer (het negatieve zelfbeeld) behandeld worden als een affectfobie voor het positieve zelfbeeld, met behulp van systematische desensitisatie (Dam 2016). Aandacht voor de ontwikkeling van ontvankelijkheid voor interne en externe signalen is vrijwel altijd nodig, omdat de patiënt niet (meer) openstaat voor deze signalen. De therapeut moet daarom in de behandeling extra aandacht besteden aan de ontwikkeling van de ontvankelijkheid voor interne en externe signalen.

Herstructurering van het interne beeld van de ander is nodig, omdat een negatief gekleurd zelfbeeld vaak samengaat met een vertekende of disadaptieve beleving van de ander. Daardoor is de patiënt in het contact met anderen vaak geremd en op afstand. 'Ik heb geen recht van bestaan en de ander is bedreigend'. Het interne beeld van zichzelf en van de ander is vaak star, rigide en zwart-wit. 'Als iemand mij een compliment geeft, dan weet ik zeker dat hij ergens op uit is.' Om het disadaptieve beeld van de ander te wijzigen, richten de therapeut en de patiënt zich op twee doelen. Ten eerste moet de patiënt de ander leren zien als een op zichzelf staand persoon met eigen gewoonten, motieven en wijze van denken, verschillend van die van de patiënt. Ten tweede moet hij in relaties met anderen ontvankelijk worden voor hun gevoelens en behoeften, en daarbij een adaptieve balans tussen autonomie en afhankelijkheid bewaren (Dam 2016).

Toepassing van AFT door een psychodynamisch en een cognitief-gedragstherapeutisch geschoolde therapeut

De vergelijking tussen de therapeuten met verschillende achtergrond wordt aan de hand van de volgende criteria onderzocht:

- Hoe worden de conflict en de personendriehoek geformuleerd?
- Wat is de focus?
- Hoe wordt de therapie uitgevoerd en welke behandeltechniek wordt gebruikt?
- Wanneer is het doel bereikt?
- Hoe wordt de behandeling afgerond?

Casus

Lisa is een 33-jarige, werkende en vrijgezelle vrouw. Zij is doorverwezen door de huisarts wegens panieklachten die zich vooral voordoen als er over emoties gesproken wordt. Haar stemming is somber gekleurd. Haar zelfbeeld is negatief gekleurd, zij is zeer perfectionistisch, piekert veel en durft geen nabije relaties aan te gaan. Ze ervaart veel stress en voelt paniek als ze pijnlijke onderwerpen uit het verleden probeert te bespreken.

Directe aanleiding om hulp te zoeken vormt de verbreking van een kortstondige relatie. Veel vriendinnen wonen samen en krijgen kinderen. Dit versterkt bij patiënte het gevoel van eenzaamheid. Als zij alleen is, voelt zij zich door anderen in de steek gelaten en heeft zij het idee dat anderen boos

op haar zijn. Ze kruipt dan in bed. In het contact houdt zij met redeneringen gevoelens op afstand.

Lisa voelde zich als kind niet geaccepteerd. Zij werd op de basis- en middelbare school veelvuldig gepest. Op haar 22e had zij een nare seksuele ervaring met een vriend, waarover zij met niemand sprak. Lisa beschrijft de sfeer in het ouderlijke gezin als gezellig en warm. Er werd echter weinig over gevoelens gepraat.

Therapeut heeft de indruk dat zij het beeld van het gezin idealiseert. Als hij concreet doorvraagt op gebeurtenissen, zoals het pesten, reageert zij afhoudend en merkt zij op dat iedereen vervelende zaken meemaakt in zijn leven. Lisa wil behandeling omdat ze bang is alleen over te blijven. Ze fantaseert over een gezellig gezin.

Behandelplan van PD en CGT-geschoold AFT-therapeut

Wat is de focus?

De PD-therapeut vindt dat, vanuit de aanmeldingsklachten en problematiek, het nog niet mogelijk is de focus te beschrijven. Hij veronderstelt dat de angst voor intimiteit en voor een positief zelfbeeld centrale thema's vormen. Deze hypothese toetst hij door Lisa's veranderingswens en angst voor gevoelens te exploreren, en in overleg met haar tot een concreet focus te komen.

De CGT-therapeute wil, in samenspraak met patiënte, de focus als volgt formuleren: het gradueel ervaren van positief zelfgevoel, verdriet, boosheid over onderwerpen uit heden en verleden en behoefte aan intimiteit, om te beginnen binnen de therapiesetting en vervolgens erbuiten.

Hoe wordt de therapie uitgevoerd en welke behandeltechniek wordt gebruikt?

De PD-therapeut sluit eerst aan bij Lisa's behoefte aan een gezellig gezin. Hoe stelt zij zich dat concreet voor? Bij het exploreren van de denkbeeldige relatie met een partner komt zij in aanraking met haar gevoelens en zal zij vermoedelijk afwerend reageren. De therapeut focust op haar lichamelijke onrust en legt deze uit als uitingen van angst.

Daarna komt de vraag naar herkenning van diezelfde angst in een andere situatie. Ook die situatie exploreert de therapeut: 'Wat gebeurde er precies, met wie was je en waarover spraken jullie?' Vervolgens zoekt de therapeut met patiënte naar een gemeenschappelijke factor in beide situaties. Wanneer Lisa niet herkent dat zij in beide situaties in contact komt met specifieke gevoelens of behoeften, geeft therapeut daarover uitleg: 'In beide situaties kom je dicht bij de ander en ga je vanzelfsprekend meer voelen. Als je bijvoorbeeld hier vertelt over het contact met

je partner, voel je ook de behoefte om dicht bij hem te zijn. Ik denk dat je op dat moment gespannen wordt. Je eerste neiging is dan om weg te vluchten en afstand te nemen. Herken je die neiging bij jezelf?’

Pas als Lisa zich bewust is van haar angstreactie, kan deze verbonden worden met haar gebruikelijke neiging om afstand te bewaren. Vervolgens legt therapeut Lisa de veronderstelling voor, dat zij in het gezin van herkomst niet geleerd heeft om gevoelens toe te laten en erover te praten. ‘Als je dat niet leert, word je er angstig voor en lukt het ook als volwassene niet om er vrij mee om te gaan.’ Als Lisa de angst en de neiging tot vermijding goed herkent, kan de therapeut technieken als *exposure* en responspreventie toepassen, afgewisseld met angstregulatie als de angst oploopt. Dit herhaalt hij net zolang totdat zij haar gevoelens of behoeften durft toe te laten. Pas als haar dat lukt, moedigt hij Lisa aan om ook buiten de sessie te experimenteren door in contacten met anderen nabijheid op te zoeken.

Wat verder in therapie richt de therapeut de aandacht op het negatieve zelfbeeld: ‘Kun jij je voorstellen dat je (denkbeeldige) partner zich tot je aangetrokken voelt?’ Lisa: ‘Verstandelijk weet ik wel dat het kan, maar gevoelsmatig geloof ik het niet.’ Lisa weert gevoelens van anderen af en houdt daarmee haar negatieve zelfbeeld in stand. Dit gebrek aan ontvankelijkheid stelt de therapeut in het directe contact met Lisa aan de orde: ‘Wat voel je erbij, als ik je gevoelens heel serieus neem?’ Indien het Lisa lukt haar ontvankelijkheid te vergroten, kan zij openstaan voor eigen behoeften en gevoelens en die van anderen, en positieve waardering van anderen in zich opnemen.

Steeds wisselt de therapeut tussen responspreventie en *exposure* enerzijds en angstregulatie en exploratie van de angst anderzijds. Deze angst kan uit haar kindertijd stammen: ‘Ze vonden me een huilebalk, als ik verdrietig was.’ De therapeut bespreekt dat zij als kind volledig afhankelijk was, en dat het afsluiten van haar gevoelens in die tijd een goede aanpassing aan de omstandigheden vormde. Nu is zij volwassen en niet meer zo afhankelijk van de ander en in staat zich te verweren. Dit onderscheid tussen de positie van het kind en de volwassene helpt haar los te komen van deze kinderangst.

Bij de behandeling van haar negatieve zelfbeeld maakt de therapeut ook gebruik van het onderscheid tussen kind en volwassen positie. Zo exploreert hij haar perfectionistische houding, door concreet te informeren naar haar functioneren op haar werk. Gunt zij zichzelf een trots of tevreden gevoel, of is er een strenge en eisende kant in haar, van waaruit zij zichzelf afkraakt? Hoe klinken die stemmen? Aan wie doen die haar denken? Als zij meer oog krijgt voor de oorsprong van de afkeurende stemmen in haar hoofd, dan kan zij daarvan loskomen en leren met vriendelijke ogen naar zichzelf te kijken.

De CGT-therapeute wil het negatieve zelfbeeld herstructureren, door te focussen op het vergroten van zelfcompassie en het zich bewust worden van behoeften en interesse in zichzelf. Om de zelfcompassie te bevorderen, benoemt de therapeut het zoeken van therapie als een belangrijke stap waar ze trots op mag zijn, en die laat zien dat haar emoties (en dus zichzelf als persoon) er wel degelijk mogen zijn.

Deze positieve benadering zal Lisa waarschijnlijk afweren met opmerkingen gekleurd door zelfverwijt, falen of imperfectie. In het licht van responspreventie

zegt de therapeut: ‘Dat klinkt alsof je erg hard bent voor jezelf. Wat zou er gebeuren als je dat eens wat minder doet?’, of: ‘Merk je dat ik meer compassie voor jou voel dan jij voor jezelf? Dat is best verdrietig, eigenlijk.’ De therapeut exploreert wat Lisa het moeilijkst vindt aan het tonen van haar emoties en het ervaren van trots (angstregulatie). Ze gaat op zoek naar aspecten die Lisa wel van zichzelf respecteert en bespreekt Lisa’s angst dat zij eindeloos zal blijven huilen: ‘Het kan voelen alsof je er nooit doorheen komt, maar dat zal je uiteindelijk wel lukken. Een mens kan simpelweg niet eindeloos doorhuilen.’ Ook kan de tweestoelentechniek worden ingezet, door bijvoorbeeld Lisa het verhaal over haar verbroken relatie te laten vertellen, haar vervolgens op een andere stoel te laten plaatsnemen en te exploreren wat dit verhaal vanuit dit andere perspectief (bijvoorbeeld een begripvolle vriendin en in een later stadium de milde kant in zichzelf) bij patiënte oproept.

Om de weg vrij te maken om zich bewust te worden van haar behoeften, en interesse in zichzelf te krijgen, gaat de therapeut actief naar het verleden. Ze benoemt Lisa’s gemis aan ouderlijke steun en erkenning, en voegt toe: ‘Jouw gevoelens werden mogelijk niet gezien en je voelde je niet geaccepteerd. Dan is het logisch om ze voor jezelf te houden, je behoefte aan steun en troost te negeren en afstand te nemen. Dit leidde er bijvoorbeeld ook toe dat je geen ruimte voelde om de nare seksuele ervaring op je 22e aan anderen te vertellen. Ook nu houd je gevoelens en mensen op afstand, terwijl je tegelijkertijd fantaseert over een gezellig gezin. Daaruit maak ik op dat je in stilte wel behoefte hebt aan gevoelens delen. Wat verdrietig dat dit nu niet goed lukt. Hoe zou jij nu idealiter aandacht geven aan jouw behoeften?’

De therapeute toont expliciet compassie met Lisa’s gebrek aan ontvankelijkheid: ‘Je fantaseert over een gezellig gezin en hebt wel behoefte aan gevoelens delen. Wat verdrietig dat dat nu niet goed lukt.’ Hopelijk ervaart ze dit als een corrigerende emotionele ervaring, helpt haar dit zich meer open te stellen en het beeld van de therapeut en van anderen bij te stellen. Dit laatste wordt uitgewerkt door contacten met anderen (zoals vriendinnen en ouders) verder te exploreren. Op verschillende manieren vraagt de therapeut naar activiteiten of interesses die Lisa plezier geven, en wat ze met anderen zou kunnen doen. Als Lisa dit afweert, staat de therapeut stil bij lichamelijke uitingen van angst en bij schaamte. De therapeut stelt zich ook adviserend en directief op: sociaal contact plannen, registreren van gedrag, gevoelens en gedachten, of een positief dagboek bijhouden.

Het herstructureren van het beeld van anderen wordt aangepakt, door de focus op de therapeutische relatie te leggen. In de personendriehoek is al verondersteld dat Lisa de therapeut als afstandelijk en afwijzend zal beleven. De therapeut bespreekt of dat inderdaad zo was bij aanvang en of deze beleving gedurende de therapie is veranderd. Hoe is het voor Lisa om te horen dat de therapeut compassie voor haar voelt en met haar meeleeft? Het streven is dat de therapeutische relatie haar een correctieve emotionele ervaring biedt. Wat is het ergste dat haar kan gebeuren, als zij zich in de therapie meer opent?

Hierna zou geëxploreerd kunnen worden over de relaties met anderen. Wat zouden vriendinnen voor haar voelen, als ze weten dat zij zich vaak zo ongelukkig voelt dat ze in bed blijft liggen? Hoe rijmt dit met het idee dat anderen boos op

haar zouden zijn? Ook de kwantiteit en de kwaliteit van het huidige contact met haar ouders verdient exploratie, en de visie van haar ouders op haar jeugd en hun houding ten aanzien van het pesten. Ze kan aangemoedigd worden om daarover met hen in gesprek te gaan en haar eigen beleving en gevoelens te uiten. Imaginatie (exposure in vitro) kan hierbij een begin zijn.

Wanneer is het doel bereikt?

Voor de PD-therapeut is het doel bereikt wanneer Lisa zichzelf accepteert, op een realistische wijze naar zichzelf en de ander kijkt en dan meer de regie over haar leven neemt. Zij staat open voor eigen gevoelens en kan deze op een adaptieve wijze uiten. Bovendien is zij in staat om anderen als ander te zien, en hun behoeften en gevoelens te onderkennen; ook eventuele foute intenties. De vooruitzichten zijn gunstig, als de disadaptieve afweer heeft plaatsgemaakt voor adaptieve afweer.

Voor de CGT-therapeute is het doel bereikt, als binnen en buiten de therapiesetting het positieve zelfgevoel, het verdriet en de boosheid kunnen worden ervaren (gevoel) en geuit (gedrag). Dit meer kunnen voelen en uiten zorgt voor het meer in contact zijn met zichzelf en zich daardoor beter voelen. Verandering zou te zien moeten zijn in aanpassing van Lisa's conditionele assumpties (gedachten) hierover, zoals in: 'Als ik meer bij mijn gevoel stilsta en mijn gevoelens deel, dan voel ik me uiteindelijk beter over mezelf en ook in relaties met anderen.'

Hoe wordt de behandeling afgerond?

De PD-therapeut besluit, in gezamenlijk overleg, over het tijdstip en de wijze van beëindiging. Hij gaat na of Lisa beseft wat de mogelijke valkuilen zijn. Merkt zij op wanneer zij terugvalt in een oud patroon en gebruikmaakt van disadaptieve afweer? Hij attendeert haar op de noodzaak daarop (achteraf) te reflecteren en alert te zijn op factoren die daartoe aanleiding geven.

Bij het afscheid moedigt hij Lisa aan haar gevoelens over het gemis van de relatie met hem te verwoorden. Hij onderzoekt met haar of zij de intimiteit en nabijheid van de therapeutische relatie ook in haar persoonlijke relaties kan ervaren. Bovendien kan Lisa zich realiseren dat zij het contact met de therapeut afsluit, maar de geïnteresseerde, actieve, enthousiaste en betrokken houding van de therapeut als intern beeld met zich meeneemt en een goede ouder voor zichzelf kan zijn.

De CGT-therapeute rondt de therapie af, door te bekrachtigen welke veranderingen zij bewerkstelligd heeft en welke vaardigheden zij verworven heeft om zelfstandig haar weg te kunnen vervolgen. Ze meldt dat terugvallen erbij hoort, en dat zij dan haar onrust kan reguleren met wat ze in de therapie heeft geleerd. Hopelijk kan ze de therapeutische relatie vasthouden en verinnerlijken als een correctieve emotionele ervaring. Ook het opstellen van een zogenaamde *flashcard* kan worden ingezet:

- ‘Soms komen gevoelens van pijn en verdriet naar boven, en voel ik me eenzaam en in de steek gelaten. Ik ga me dan terugtrekken, zoals ik dat als kind heb moeten doen omdat ik me niet door mijn ouders geaccepteerd voelde.’
- ‘Het gevoel van pijn en verdriet zit er echt, en het is goed om daaraan te werken. Dat heb ik hier in de therapie goed gedaan en ook erbuiten. Ik kan nu veel meer dan toen ik klein was mijn gevoelens en behoeften ervaren en uiten. Ook al doet het pijn of raak ik gespannen, als ik meer bij mijn gevoel stilsta en deel, voel ik me uiteindelijk beter over mezelf en in relaties met anderen.’

Vergelijking

In welke mate kleurt de theoretische achtergrond van de therapeut de hantering van het model?

Therapeutische houding

De twee therapeuten stemmen behoorlijk overeen in de formulering van de conflict- en personendriehoeken, maar verschillen in de uitwerking daarvan naar de focus van de behandeling. De PD-therapeut stelt de formulering van de focus nog even uit en exploreert eerst gevoelens van schuld, schaamte en angst, om te onderzoeken welke activerende gevoelens patiënte afweert. Hierin, maar ook in de gefantaseerde beschrijving van het beloop van de therapie, zien we hoe hij steeds weer eerst het innerlijke conflict of de dynamiek van de driehoeken exploreert en daarna daarover een hypothese aan de patiënte voorlegt.

De CGT-therapeute formuleert, op basis van de aanmeldingsklachten, een concrete focus en ziet al direct aanknopingspunten. Dit verschil in therapeutische houding zien we door de beschrijving van de behandeling heen: relatief meer onderzoekend versus meer handelend. De CGT-therapeute stelt zich meer adviserend en directief op, dan de PD-therapeut.

Techniek

De aanname van een relatief verschil in therapeutische houding zien we terug, als we kijken naar het gebruik van technieken om de affectfobie voor een positief zelfbeeld te actualiseren. Het verschil wordt al zichtbaar in het concrete begin van de therapie. De PD-therapeut exploreert vanaf het begin de conflictdriehoek, door de angst en schaamte centraal te stellen. Hij mikt op emotioneel inzicht, exploreert de fantasie van Lisa en stimuleert vaker tot zelfonderzoek. Hij blijft in die driehoek werken en probeert disadaptieve cognities of overtuigingen te veranderen, door patiënte te laten ervaren dat ze in de actualiteit niet meer kloppen. Hij verlaat de klassieke analytische aanpak die vooral gericht was op inzicht en emotionele

bevrijding en voegt de CGT-aanpak toe, om actief naar verandering te streven. Zo nodig oefent hij met de patiënt nieuw gedrag.

De CGT-therapeute start de therapie met zoeken naar mogelijkheden tot positieve (zelf)bekrachtiging en exploreert momenten van trots, de positieve tegenhanger van schaamte; bijvoorbeeld door te focussen op de gedachten en gevoelens die het geeft om in therapie te zijn. Haar CGT-achtergrond laat zich herkennen in het zoeken naar mogelijkheden van positief operant conditioneren. Zo bekrachtigt zij positieve gebeurtenissen of gevoelens. Ook maakt ze meer gebruik van externe bevestiging of compassie.

De PD-therapeut lijkt 'vermijding' op te vatten in de psychodynamische betekenis van afweer en weerstand, en de CGT-therapeute lijkt vermijding op te vatten als negatieve conditionering die kan worden opgeheven door positieve conditionering. De PD-therapeut legt mogelijk meer accent op technieken binnen de zitting: geleide fantasie in de zitting en angstregulatie, waar de CGT-therapeute meer accent legt op patiënte in het leven buiten de therapiekamer, met registratieopdrachten voor thuis en systematische desensitisatie buiten de therapie. Conform het AFT-model wisselen beide therapeuten enerzijds exposure en responspreventie en anderzijds angstregulatie af.

Ook in het denken over 'zelf' en 'ander' zijn verschillen op te merken. De CGT-therapeute neemt aan dat patiënte zichzelf als waardeloos ervaart en kiest ervoor om te focussen op het vergroten van zelfcompassie en het zich bewust worden van behoeften en interesse in zichzelf. Vervolgens wordt een verband gelegd met de gefrustreerde basisbehoeften als kind en hoe zij gegroeide patronen in het heden voortzet. Door actief op zoek te gaan naar ander gedrag wordt gepoogd correctieve emotionele ervaringen te bieden en daarmee aanpassing van het zelfbeeld. De therapeutische relatie zelf is ook een belangrijke bron om het zelfbeeld te bewerken, evenals het beeld van anderen. Voorts wordt het beeld van de ander bewerkt middels perspectiefwisselingen, exposure in vitro en exposure in vivo.

De PD-therapeut richt zich ook bij de zelf-anderproblematiek op de innerlijke dynamiek tussen remming en positief zelfbeeld. Hij laat Lisa zien hoe zij in het verleden een negatief of disadaptief zelfbeeld en een vijandig gekleurd beeld van anderen ontwikkelde. Ook in het heden kijkt zij afkeurend naar zichzelf en gaat zij er vanuit dat anderen – inclusief de therapeut – haar veroordelen. Als Lisa deze afweer beseft (egodystoon) kan die behandeld worden als een affectfobie voor het positieve zelfbeeld met behulp van systematische desensitisatie. Mogelijke interventies luiden: 'Stel, je neemt jezelf heel serieus. Waaraan heb je dan vooral behoefte, als je in het weekend alleen thuis bent?', of: 'Kun je je voorstellen dat vriendinnen niet boos op je zijn, maar het naar voor je vinden dat je alleen bent?' Deze interventies brengen vermoedelijk angst- en schuldgevoelens teweeg. De PD-therapeut exploreert en reguleert deze remmende gevoelens. De bewerking van de afweer van het positieve zelfbeeld en het gemis aan ontvankelijkheid vindt ook plaats via de corrigerend emotionele ervaringen met de therapeut.

In de formulering van de beëindiging blijven de verschillen naast de overeenkomsten zichtbaar. De PD-therapeut bespreekt met Lisa de valkuilen die nog

blijven liggen en maant haar alert te zijn op een mogelijke terugval. Hij bespreekt met haar of de beëindiging ook pijnlijk is en houdt de mogelijkheid open dat patiënte, naast gemis van het contact, ook boosheid voelt naar de therapeut (de ambivalentie). De therapeut stimuleert haar de gevoelsrelatie met de therapeut bij zich te houden, als een manier van in het dagelijks leven staan. Met behulp van dit innerlijke beeld van de therapeut kan Lisa zichzelf de vragen stellen en reacties geven die zij van de therapeut gewend was.

De CGT-therapeute bekrachtigt de veranderingen die Lisa bewerkstelligd heeft en bespreekt terugvalpreventie. Zij legt meer accent op blijvende toetsing en verankering van de verworven nieuwe opvattingen in gedrag middels gedragsexperimenten en flashcard. Hierdoor wordt verandering en integratie op drie niveaus bewerkstelligd (denken, voelen en doen).

Hantering overdracht en (tegen)overdracht

Als de PD-therapeut in de overdracht werkt, houdt hij het vooral bij de beleving van hem door de patiënte. Hij maakt in zijn interventies veel gebruik van de overdracht en tegenoverdracht die hij signaleert en vertaalt die in interventies: ‘Kun jij je voorstellen dat ik in je geïnteresseerd ben?’ Dit is een kenmerkend analytische manier van formuleren: de therapeut zegt niet dat hij in Lisa geïnteresseerd is, maar vraagt haar of zij zich dat kan voorstellen. Op die manier spreekt hij de verinnerlijkte wereld van patiëntes objectrepresentaties aan. Maar anders dan in de klassieke analytische manier, bewerkt hij de afweer niet door die te benoemen, maar door actief te streven naar loslaten van de disadaptieve afweer. Dit brengt dan angst, schuld of schaamte teweeg, die de therapeut vervolgens probeert te reguleren, om patiënte bij een positief zelfgevoel te brengen. Daarna kan ook koppeling naar het dagelijks leven plaatsvinden.

Als de CGT-therapeute de tegenoverdracht benoemt, expliciteert ze concreet de eigen, feitelijke compassie met patiënte: ‘Hoe is het voor jou om te horen dat ik compassie voor je voelt en met je meeleeft?’ Dit is een kenmerkend cognitief-gedragstherapeutische manier van formuleren: de therapeut biedt zijn compassie aan als positieve beleving en bekrachtigt zo het positieve zelfgevoel dat patiënte daaraan kan beleven. In dit kader kan de therapeut ook stelling nemen en patiëntes overdrachtsgevoelens naar haar als ‘verdrietig’ kwalificeren.

Dit verschil in denken over overdracht komt ook terug in de omgang met de ouders van patiënte: de CGT-therapeute stelt in de therapie het concrete, huidige contact centraal, terwijl de PD-therapeut meer in de beleving van het verleden blijft. Hij zoekt naar de herhaling van de kinderbeleving en kinderangst in het heden.

Tot besluit

We hebben in dit artikel overeenkomsten en verschillen tussen de werkwijze van een psychotherapeut met een cognitief-gedragstherapeutische en met een psychodynamische scholing onderzocht. Wij verwachtten dat, zelfs als psychotherapeuten zich strikt aan de methodiek van AFT houden, de theoretische opleidingsachtergrond toch zijn invloed sterk zou doen gelden.

Bij de bestudering van de hypothese over de klachten, de diagnose en het mogelijke beloop van een behandeling, kwamen duidelijke overeenkomsten naar voren. Zo bleken bij de formulering van de conflict- en de personendriehoek beide therapeuten vooral overeen te stemmen en waren de verschillen tussen hen minimaal. Ook in de andere elementen kwamen veel overeenkomsten naar voren. We hebben daarnaast ook duidelijk verschillen gevonden, die we kernachtig kunnen samenvatten: de PD-therapeut werkt van binnen naar buiten en CGT-therapeut van buiten naar binnen. We geven nog eens een kort overzicht van de overeenkomsten en verschillen.

Bij CGT die gericht is op persoonlijkheidsverandering zal een CGT-therapeut, naast het gebruik van een standaardarsenaal aan technieken, ook focussen op de gefrustreerde emotionele basisbehoeften, op de hieruit gegroeide disadaptieve schema's en op de ervaringen van de patiënt tijdens het veranderingsproces. Binnen de CGT bieden alleen schematherapie en AFT een ruim repertoire aan technieken ter bewerking van vroege ervaringen. Een CGT-therapeut focust, vanuit zijn opleidingsachtergrond, meer op gedachten en gedrag dan gevoelens, terwijl bij AFT de focus juist ligt op (verborgen) gevoelens en de angstige gevoelens die dit geeft. Een CGT-therapeut die is opgeleid in de schematherapie of AFT zal gemakkelijker focussen op gevoelens, en werken met rollenspelen, meerstoelentechnieken en imaginaties. *Rescripting* is nergens beschreven binnen de AFT-methode, maar lijkt zich er goed voor te lenen.

Het denken vanuit de driehoeken en de focus op voortdurende angstregulatie helpen duidelijk te maken wanneer het wel of niet mogelijk is om affect te herstructureren. In plaats van gefrustreerd te raken dat de patiënt zich niet aan exposure-opdracht houdt, bieden de driehoeken een verrijkend kader om dit te begrijpen.

De PD-therapeut die AFT toepast, bevindt zich bij het gebruiken van de conflict- en de personendriehoek op vertrouwd terrein. In vergelijking met de klassieke analytische aanpak is er meer aandacht voor de beleving van angst, schuld en schaamte, vooral hoe deze zich eerst in het lichaam aandienen. De PD-therapeut neemt, in vergelijking met de klassieke houding, een veel actievere positie in en richt zich meer op het hier-en-nu; een houding die ontleend wordt aan de experiëntiële therapie. Voor de PD-therapeut vormt de beschikbaarheid van CGT-elementen in AFT, zoals systematische desensitisatie (responspreventie, exposure en angstregulatie), een meerwaarde. Bij het herstructureren van de zelf- en anderrepresentaties kan geput worden uit een breed scala aan cognitieve technieken en er is veel meer aandacht voor de doelgerichte (gedrags)verandering, door gebruik van een focus en een actieve aanpak bij loslaten van de afweer.

Het theoretisch en methodisch integratieve karakter van AFT maakt haar goed bruikbaar voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Naast elkaar bestaande innerlijke conflicten en ontwikkelingsdefecten kunnen worden bewerkt, met de mogelijkheid van een focus op zowel intra- als op interpersoonlijke problematiek. Bij de AFT-behandeling wordt de patiënt geholpen een adaptieve afweer te ontwikkelen, worden innerlijke conflicten verhelderd en is er aandacht voor de herstructurering van het zelfbeeld en het beeld van de ander.

Recent onderzoek (Manen et al. 2015) laat zien dat ook bij zwak gestructureerde patiënten bespreking van innerlijke conflicten nuttig is en dat dit tot meer verandering leidt dan een behandeling waarbij alleen steunen en structureren of gedragsmatige aanpassing aan de beperkingen in de persoonlijkheidsstructuur nastreeft wordt. Wel is voorwaarde dat er voortdurend aandacht wordt geschonken aan de angstregulatie, om te voorkomen dat de angst te hoog oploopt en de patiënt voortijdig afhaakt. Immers, als de angst te hoog oploopt, krijgen primitievere afweervormen als projectieve identificatie, splitsen of forse somatisering de overhand.

In AFT komen de cognitief-gedragstherapeutische en de psychodynamische benaderingen bij elkaar: het innerlijke conflict wordt geactualiseerd, er wordt naar gestreefd los te komen van de vroegkinderlijke patronen en de patiënt wordt aangemoedigd zichzelf en anderen op een meer reële wijze te waarderen. Het is alleszins de moeite waarde te blijven investeren in toepassingsmogelijkheden van deze methode.

Literatuur

- Dam, Q.D. van (2016). *Affectfobietherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Dam, Q.D. van, & Hamburger, M. (2014). Affectfobietherapie. Een integratie van psychodynamische, cognitief-therapeutische en experiëntiële technieken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 415–429.
- Malan, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the sciences of psychodynamics*. Londen: Butterworth.
- Manen, J.G. van, Horn, E. K., Stijnen, T., Timman, R., Busschbach, J. V., & Verheul, R. (2015). Tailoring psychotherapy in patients with personality disorders: matching the level of psychological strengths to the level of stabilizing versus destabilizing psychotherapy. *Personal Mental Health*, 9, 133–149. doi:10.1002/pmh.1281.
- McCullough, L., & Vaillant, L. (1997). *Changing character: short-term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defenses*. New York: Basic Books.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C.L. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Thoma, N.C., & McKay, D. (2015). Introduction. In N.C. Thoma & D. McKay (red.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy. Techniques for clinical practice* (pag. 1–8). New York: Guilford Press.

Dr. Q. van Dam is klinisch psycholoog, psychoanalyticus en supervisor NVP, NPav, NVPP en AFT, en werkt in eigen praktijk te Leiden. Hij is docent bij RINO Amsterdam en begeleidt groepen huisartsen volgens de Balintmethode. Hij publiceerde in 2016 het boek 'Affectfobietherapie in de praktijk'.

J. Kok is GZ-psycholoog, cognitief gedragstherapeut en senior schematherapeut, en is werkzaam bij het NPI en in eigen praktijk te Amsterdam.

Dr. F. Schalkwijk is werkzaam als vrijgevestigd psychoanalyticus/psychotherapeut en als forensisch rapporteur. Hij is opleider bij de NVPA, lid en supervisor NVPP en NVP. Hij publiceerde onder andere 'Diagnostiek in de praktijk. Een psychodynamische handleiding voor beginnende hulpverleners'. Tevens doet hij wetenschappelijk onderzoek naar gewetensontwikkeling.