

Samenvatting

De affectfobietherapie (AFT) is een integratieve psychotherapie voor de behandeling van angst, depressie en ontwijkende persoonlijkheidsstoornissen (cluster C in de DSM-5). Aan de hand van klinische vignetten en fragmenten van sessies wordt in dit artikel duidelijk gemaakt hoe de AFT-therapeut de patiënt helpt zijn belemmerende afweer los te laten, zijn afgeweerde gevoelens weer toe te laten en tot een adaptieve uiting daarvan te komen. Daarnaast wordt aan de hand van klinisch materiaal getoond hoe AFT het vaak negatief gekleurde zelfbeeld en het beeld van anderen bewerkt. Tot slot komt aan de orde hoe de therapeut en de patiënt de behandeling afronden.



Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- > weet u wat de affectfobietherapie (AFT) is;
- > kent u de drie doelen van AFT: herstructurering van de afweer, van het gevoel en van het zelfbeeld en het beeld van de ander;
- > weet u hoe de afronding van de behandeling verloopt;
- > kent u de daarbij horende interventies.

Trefwoorden

AFT, affectfobietherapie, herstructurering afweer, herstructurering gevoel en herstructurering zelfbeeld en beeld van de ander, zelfbeeldproblematiek

Quin van Dam

Dr. Q.D. van Dam, klinisch psycholoog, psychodynamisch psychotherapeut, supervisor AFT, NVP en NVPP, eigen psychotherapiepraktijk te Reeuwijk. Hij publiceerde het boek *Affectfobietherapie in de praktijk*.

Affectfobietherapie in de praktijk

Inleiding

De affectfobietherapie (AFT) is een integratieve psychotherapie voor de behandeling van angst, depressie en ontwijkende persoonlijkheidsstoornissen (cluster C in de DSM-5). McCullough Vaillant,¹ de grondlegger van AFT, gebruikte de leertheoretische en gedragstherapeutische term 'affectfobie' om de angst voor gevoel mee aan te duiden. In dat geval is er dus geen angst voor iets buiten de persoon, zoals ruimtes of spinnen, maar een (onbewuste) angst voor verlangens en gevoelens binnen de persoon.

Zo'n interne fobie, met de vermijding die daarmee gepaard gaat, kan verstrekende gevolgen hebben. AFT richt zich altijd op de onderliggende oorzaak: de affectfobie die tot de vermijding leidt. Deze wordt behandeld met behulp van systematische desensitisatie in de vorm van responspreventie, exposure en angstregulatie.^{1,2}

AFT wordt als individuele en als groepspsychotherapie in de ambulante, semiambulante en klinische Nederlandse GGZ steeds meer toegepast. Psychodynamische, experiëntiële en cognitief-gedragstherapeutische technieken worden daarbij geïntegreerd, met het psychodynamische model als basis. AFT kent de volgende doelen.

1. De AFT-therapeut helpt de patiënt allereerst om zijn belemmerende afweer los te laten.
2. Als dit lukt, kan de patiënt vervolgens proberen de afgeweerde gevoelens en behoeftes weer toe te laten en tot een adaptieve uiting daarvan te komen. Dat is het tweede doel.

3. Het derde doel is bewerking van het zelfbeeld en het beeld van anderen – want dat is door de belemmeringen vaak negatief gekleurd.

Hoewel de afweer het startpunt is, kan dat lastig zijn als het zelfbeeld zeer negatief gekleurd is. De patiënt zal de interventies dan vooral als kritiek ervaren. In dat geval start de therapeut met de herstructurering van het zelfbeeld en het beeld van de ander, en volgen de andere bewerkingen daarna.

Hierna worden de drie behandeldoelen besproken die de leidraad vormen in elke AFT-behandeling:

1. herstructurering van de afweer;
2. herstructurering van het gevoel;
3. herstructurering van het zelfbeeld en het beeld van de ander.

Daarmee is dit artikel het vervolg op een eerdere bijdrage in dit tijdschrift (*PsyXpert* 2020;3), waarin de basisprincipes, indicatie en evidentie van AFT werden besproken.³

Herstructurering van de afweer

Het eerste concrete behandeldoel is de bewerking van de afweer. De therapeut is zich ervan bewust dat iedere verbale of non-verbale uiting, fysieke reactie of gedraging een afweer kan zijn van activerende gevoelens, en daarmee een startpunt. Wanneer bijvoorbeeld een verboden activerend gevoel dreigt op te spelen, zal de patiënt angst ervaren. Deze angst (*remming*) wordt vervolgens vermeden of afgeweerd. Zo merkt Daan op: 'Ik ben er niet (*afweer*) verdrietig (*activerend gevoel*) over dat Lisa me in de steek laat, ik hield (*gevoel*) al langere tijd niet meer van haar (*afweer*).'³ Daan weert zijn verdriet en liefde af door beide te ontkennen.³ De therapeut herkent de afweer vaak doordat de reactie van de patiënt verbaast en die niet 'kloppend' voelt. Enkele voorbeelden: de patiënt zegt dat de dood van zijn vader hem niets doet, vertelt lachend iets verdrietigs, vermijdt oogcontact, praat in vage of abstracte bewoordingen, richt zijn zorg vooral op anderen, heeft herhaaldelijk conflicten of haalt zichzelf steeds naar beneden. Hoe treedt de therapeut daarover in contact met de patiënt? Dat gebeurt op drie manieren:

1. benoemen van de afweer;
2. opsporen van de oorsprong van de afweer;
3. loslaten van de afweer.

Benoemen van de afweer

Een eerste manier is de afweer bespreekbaar te maken. Voor veel patiënten is afweren een onbewuste en gebruikelijke wijze van reageren (egosyntoon). Het is dus belangrijk hen bewust te maken van dit mechanisme (egodystoon). Als de therapeut de afweer echter benoemt, ervaren patiënten dit in eerste instantie vaak als pijnlijk en bedreigend. Tact en empathie zijn daarom vereist. Wanneer de patiënt (na verloop van tijd) beseft heeft van zijn afweer, legt de therapeut uit dat deze afweer hem in het heden belemmert, maar in het verleden een effectieve overlevingsstrategie vormde. Vaak helpt deze uitleg om de patiënt zijn afweer met meer mildheid te laten beschouwen.

De therapeut toont de patiënt aan de hand van een concrete situatie dat hij zijn strategie niet alleen in deze situatie hanteert, maar dat dit zijn gebruikelijke wijze van reageren is bij confrontatie met iets pijnlijks,⁴ zoals gebeurt tijdens een sessie met Daan:

Daan: *Het doet me niks dat Lisa het uitmaakte.*

Therapeut: *Het zal toch heel pijnlijk voor je zijn dat Lisa na drie jaar zegt dat ze niet meer verder met je wil.*

Daan: *Ja, moet ik dan een partij gaan janken? Mijn vrienden zien me aankomen.*

Therapeut: (even later) *Ken je dat van jezelf dat als er iets naars met je gebeurt, je dan gevoelsmatig afstand daarvan neemt? En net zoals nu zegt: het doet me niks.*

Daan: *Dat is inderdaad mijn gewoonte. Ik laat het niet zo makkelijk toe.*

Therapeut: *Kun je daarvan nog een concreet voorbeeld geven?*

Daan: *Vorig jaar werd ik ontslagen. Ik zei toen ook dat het me niks uitmaakte. Anderen waren meer geschokt dan ikzelf.*

Therapeut: (na concreet uitvragen van deze situatie) *Dat laat zien dat het voor jou een gebruikelijke manier is om zo te reageren als er iets pijnlijks met je gebeurt.*

Daan: *Ja, stom natuurlijk dat ik dat doe.*

Therapeut: *Ik denk niet dat het stom is en dat je niet voor niks je gevoelens wegstopt. Ik vermoed dat je het lange tijd nodig had om dat te doen. Mogelijk voelde je als kind aan dat het bij jullie thuis niet geaccepteerd werd je gevoelens te uiten. Herken je dat?*

Daan: *Ja, daar deden we niet aan. Mijn ouders hadden nooit ruzie.*

Therapeut: *Dat is opmerkelijk.*

Daan: *Mijn vader kon soms wel een week zwijgen en dan was de spanning om te snijden.*

Opsporen van de oorsprong van de afweer

De tweede stap in de herstructurering van de afweer is de oorsprong ervan onder de loep te nemen. We kijken weer naar het voorbeeld van Daan. Als Daan erop geattendeerd wordt dat en hoe hij afweert, komen er angstgevoelens op. De therapeut focust eerst op de verschijnselen van zijn angst en verheldert hoe ze zich lichamelijk en emotioneel manifesteren. Ook laat de therapeut zien dat onderliggende gevoelens, zoals boosheid en verdriet, deze angst teweegbrengen. Als de angst afgenomen is, gaat hij naar de oorsprong van de afweer:⁴

Therapeut: *Je kijkt wat onrustig, voel je dat ook?*

Daan: *Ik voel me ongemakkelijk.*

Therapeut: *Probeer je eens op je lichaam te concentreren.*

Waar voel je dat precies? Wijs het eens aan.

Daan: (wijst naar zijn borst) *Drukkend gevoel op mijn borst en benauwd in mijn keel.*

Therapeut: (legt ook een hand op eigen borst) *Je ademt ook onrustig. Merk je dat?*

Daan: *Het gaat nu alweer wat makkelijker. Zojuist was dat wel even zo.*

Therapeut: *Dat onrustig ademen en die druk op je borst en in je keel zijn uitingen van spanningen of angst. Als je nu praat over die afwijzing door Lisa, dan voel je opnieuw hoe pijnlijk dat voor je was, en dat brengt angst teweeg. Veel mensen voelen zich boos of verdrietig als ze afgewezen worden. Als kind leerde je dat verdriet of boosheid er niet mocht zijn. Als je terugdenkt aan die afwijzing door Lisa kunnen die gevoelens weer naar boven komen en je angstig maken.*

Therapeut: (even later) *Hoe gespannen voel je je nu?*

Daan: *Ik voel me nu weer rustiger.*

Therapeut: (gaat naar de ontstaanswijze van de afweer) *Je zei zojuist dat er bij jullie thuis niet aan gevoelens werd gedaan. Kun je een concreet voorbeeld daarvan geven?*

Daan vertelt over een krenkende situatie waarin hij als 7-jarig jongetje door vader werd uitgelachen toen hij huilend met een bloedende knie thuiskwam. Aan de hand van deze en nog enkele andere situaties bespreekt de therapeut met Daan dat hij als kind leerde om afstand van zijn gevoel te nemen: dat beschermde hem tegen krenkingen en hielp de angst voor liefdesverlies in te dammen.⁴

Therapeut: (even later) *Toen was je klein en afhankelijk en was zeggen dat het je niks uitmaakte een goede manier om je staande te houden. Het lijkt alsof je nu je volwassen bent er nog steeds van uitgaat dat anderen je weer zullen kwet-*

sen, ook al weet je dat je vrienden anders zijn dan je vader. Bovendien ben je nu niet meer totaal afhankelijk zoals vroeger, maar volwassen, en kun je zelf de regie nemen.
Daan: *Ja, dat heb ik me nooit zo gerealiseerd. Ook nu kan ik opeens in een heel afstandelijke houding komen. Het is moeilijk te beseffen dat het nu niet meer nodig is.*

Met deze angstregulering richt de therapeut de aandacht op Daans angst en maakt hij onderscheid tussen de bedreigde positie van Daan als kind en zijn situatie als volwassene in het heden. Dit cognitieve besef vormt een krachtig middel om de oude angsten te verminderen: aan de angstaanjagende herinnering van vroeger wordt een nieuw, minder bedreigend geheugenspoor toegevoegd. Het nieuwe spoor vervangt het oude niet, maar onderdrukt het oude geheugenspoor en de oorspronkelijke angstbeleving.^{4,5}

Loslaten van de afweer

De derde stap is de patiënt te helpen de afweer los te laten. Opnieuw kijken we naar Daan. Na uitleg over het verschil tussen de volwassen positie en die van het kind stelt de therapeut Daan voor zijn afstandelijke houding (het maakt me niets uit) los te laten. Hij benadrukt dat Daan zo kan zien welke gevoelens nu hier in de kamer opkomen. Buiten de kamer hoeft Daan er nog niets mee te doen.

Deze interventie – responspreventie – is erop gericht het gevreesde gevoel niet langer te vermijden. Door Daan aan te moedigen in de veilige ruimte van de therapie te experimenteren met loslaten van de afweer (exposure), kan hij zonder repercussies nieuw gedrag (denken, voelen, handelen) uitproberen.⁴

Therapeut: *Probeer eens terug te gaan naar het moment waarop Lisa het uitmaakte. Waar waren jullie? Beschrijf het zo concreet en precies mogelijk. Wat zei Lisa en hoe reageerde jij?*

Daan: *Ik was op haar kamer. Eh ja, mmm, ik weet het niet meer precies. (kijkt wat onrustig om zich heen, zucht)*

Therapeut: *Je wordt nu heel onrustig. Merk je dat zelf ook?*

Daan: *Ja, moeilijk om haar weer voor me zien.*

Therapeut: *Probeer eens de aandacht op je lichaam te richten, en blijf daar even bij. Wat merk je op? Voel je spanning of onrust? Wijs het eens aan?*

Daan: (legt zijn hand op zijn borst, ademt onrustig) *Drukkend gevoel hier. Raar eigenlijk.*

Therapeut: (ook hand op de borst) *Je merkt direct weer*

die druk op je borst en je onrustige ademhaling. Dat zijn opnieuw de uitingen van angst. Ik kan me voorstellen dat het heel naar voor je was dat zij het uitmaakte. Als je weer teruggaat naar dat concrete moment, dan kan de verwarring of spanning die je toen voelde ook nu weer naar boven komen.

Daan: Ik herinner me nu weer dat ze me overdonderde met dat bericht.

Therapeut: Ja, dat zal een enorme klap voor je zijn geweest en dat je niet wist wat je daarmee aan moest. Dat je je geen raad weet, lijkt je nu ook weer te voelen. Herken je dat?

Daan: Ik kreeg zojuist een heel warrig gevoel in mijn hoofd, alsof ik er even niet meer bij was.

Therapeut: Dat kan gebeuren als de spanning hoog oploopt. Dat is een normaal verschijnsel: als je heel gespannen wordt, kun je niet meer helder denken en je niet meer concentreren.

Daan: Ja, inderdaad. Je klonk opeens ver weg. Ik kreeg ook even last van gesuis in mijn oren.

Therapeut: Ook dat zijn uitingen van spanningen en angst. Die kunnen opkomen als het ons even te veel wordt.

Daan: O, dat wist ik helemaal niet. Ik voelde me al wat bezwaard tegenover jou, omdat ik er even niet bij was.

Therapeut: (even later) Als je nu weer teruggaat naar je lichaam. Voelt het nog net zo gespannen of anders?

Daan: Nu wat rustiger. Ik werd opeens heel verdrietig toen ik Lisa weer voor me zag.

Therapeut: Ja natuurlijk, het is heel verdrietig dat zij er niet meer voor je is.

Daan: Inderdaad, maar dat wilde ik eigenlijk niet aan mezelf toegeven.

De therapeut probeert eerst het moment waarop Daan werd afgewezen in herinnering te roepen zonder zijn gebruikelijke afweer (responspreventie). Daarna leidt hij Daan naar zijn lichaam en legt hij opnieuw uit dat de lichamelijke sensaties uitingen van angst zijn. Vaak leidt dat tot afname van de angst (angstregulatie). Als Daan zijn angst kan reguleren, komt er ook ruimte voor zijn (activerende) verdriet.

Zo nodig vraagt de therapeut ook nog om op een schaal van 0 tot 10 aan te geven hoeveel spanning de patiënt ervaart. Op andere momenten in de therapie kan de therapeut daarop terugrijpen door te vragen welk cijfer de patiënt nu aan zijn spanning geeft. Als de patiënt moeilijk contact krijgt met zijn lichamelijke sensaties, stimuleert de therapeut hem om in het dagelijks leven tweemaal per dag de mate van spanning te registreren.⁴

Stappen die de therapeut zet om de afweer te herstructureren²

1. Benoemt het patroon van de afweer (van egosyntoon naar egodystoon).
2. Gaat terug naar het verleden en verheldert de oorsprong van de afweer.
3. Laat zien dat de afweer in het verleden een beschermende functie had.
4. Gaat terug naar het heden en benadrukt het verschil tussen de positie van kind en volwassene.
5. Stimuleert loslating van de afweer door responspreventie, exposure en angstregulatie.

Herstructurering van het gevoel

Wanneer de patiënt zijn afweer durft los te laten en zijn angst kan reguleren, kan hij de weggedrukte gevoelens opnieuw gaan ervaren: het tweede behandeldoel. Dit herstructureren van het gevoel gebeurt *in vitro* en *in vivo*. Eerst helpt de therapeut de patiënt om in een geleide fantasie de confrontatie aan te gaan met de bedreigende situatie en de afgeweerde gevoelens toe te laten. Als het lukt de gevoelens *in vitro* toe te laten, stimuleert de therapeut de patiënt vervolgens om daarvoor *in vivo* een passende uitingsvorm te vinden.^{2,6}

In vitro: gevoelsbeleving en geleide fantasie

Marja, 58 jaar en moeder van een volwassen zoon, meldde zich anderhalf jaar geleden aan met angst en depressieve klachten, nadat haar partner suïcide had gepleegd. Ze vertoonde daarbij vermijdende trekken. Marja focuste in gesprekken met anderen op het lijden van haar partner. Soms was ze even kwaad over de suïcide, maar dat riep schuldgevoelens op en die woede uitte zij dus niet. Doordat ze weinig contact had met haar eigen gevoelens, was ze ook moeilijk bereikbaar voor haar zoon en vrienden.

In de therapie durft Maria naast haar pijn en verdriet geleidelijk aan ook haar gevoelens van woede en miskenning toe te laten en de schaamte en schuld, die haar daarbij zo plagen, los te laten. Ze ontwikkelt een besef van haar afweermechanisme (aardig zijn en begrip tonen) en kan haar angst en schuldgevoelens gaandeweg steeds beter reguleren. Om Marja te helpen meer contact te krijgen met haar gevoelens vraagt de therapeut haar te fantaseren over manieren waarop ze haar woede zou kunnen uiten. Hij benadrukt daarbij dat het om een gedachte-experiment gaat.



Marja: *Mijn man pleegde suicide vlak na de dood van zijn tweelingbroer. Zij waren twee handen op een buik. Als er iets was, deelde hij dat eerst met zijn broer. Het was onuitstaanbaar dat hij mij zelden erkenning en waardering gaf. Therapeut: Dat was heel pijnlijk voor je, dat je altijd op de tweede plaats kwam en zelden waardering kreeg. Als je dat nu zo duidelijk beseft, wat voel je er dan bij?*

Marja: *Het is moeilijk om te zeggen, maar ik ben er behoorlijk kwaad over.*

Therapeut: *Natuurlijk, het voelt ook heel oneerlijk dat hij zijn broer boven jou stelde. Waar voel je dat in je lichaam?*

Marja: *In mijn borst en mijn armen.*

Therapeut: *Probeer hier in de kamer in fantasie je woede eens toe te laten. Stel je voor dat hij hier tegenover je zit. Wat wil je doen en tegen hem zeggen?*

Marja: *Hem door elkaar schudden, hem stompen en tot hem doordringen. Zeggen dat ik het gemeen vind dat hij altijd eerst naar zijn broer liep en mij niet serieus nam.*

Therapeut: *Hoe voelt dat om hem te stompen en te zeggen dat je het oneerlijk vindt?*

Marja: *Het lucht me wel even op en geeft me een krachtig gevoel. Maar dat kan ik toch niet zomaar zeggen tegen mijn zoon?*

Therapeut: *Nu lukt het je vooral te voelen hoe gemeen en oneerlijk het voor je was dat hij je zo weinig erkenning gaf. Ik zie dat je meteen wat steviger in je stoel zit. Straks kunnen we onderzoeken hoe je je woede kunt bespreken met je zoon.*

Marja durft haar woede in fantasie toe te laten, maar ervaart direct daarop angst en schaamte ('dat kan ik toch niet zeggen tegen mijn zoon?'). Als de angst te hoog oploopt (remming), stapt de therapeut over op angstregulatie. In de klinische praktijk vergt gefantaseerd gedrag vaak kleine stapjes. De therapeut switcht steeds tussen het gevoel dat opkomt in de fantasie en het reguleren van de angst die daardoor wordt opgeroepen.

In vivo: gevoelsbeleving

Gevoelens die toegankelijk zijn geworden moeten ook buiten de geleide fantasie hun plaats gaan innemen. De therapeut zal de patiënt dan ook helpen om daarvoor een passende uitingsvorm te vinden. Een adaptieve uiting van gevoelens helpt de patiënt immers zijn doel te bereiken en zijn relaties met anderen te verbeteren. Daarbij passende interventies zijn: psycho-educatie, praktische uitleg, suggesties, ondersteuning en vaardigheidstraining, zoals het rollenspel.^{2,6}

We kijken nogmaals naar Marja. Zij wil haar afstandelijke houding loslaten en het contact met haar zoon verbeteren. Daarom oefent ze in een rollenspel met haar therapeut hoe ze in een gesprek met haar volwassen zoon niet alleen haar verdriet, maar ook haar boosheid en gevoel van miskenning kan delen, en op welke wijze ze elkaar kunnen steunen.

De AFT-therapeut is in deze context soms dus ook mentor of coach. Samen overwegen therapeut en patiënt hoe het gevoel op adaptieve wijze en afgestemd op het contact in kwestie geuit kan worden. Als een patiënt bijvoorbeeld zijn kinderen wil vertellen dat hij als jongetje door zijn vader misbruikt is, wordt besproken wat hij daarmee wil bereiken, hoe het gesprek eruit kan zien en wat mogelijke reacties zijn.

Hoe adaptief een uiting ook is, hij kan nog steeds leiden tot een opleving van angst-, schuld- en schaamtegevoelens. Zo zegt Els: 'Als ik iets onderneem zonder mijn moeder daarbij te betrekken, voel ik me schuldig.' De therapeut legt dan uit dat dit heel gewoon is als je dingen verandert, en dat ze zich er niet door hoeft te laten tegenhouden: 'Je voelt opluchting nu je lekker je eigen gang gaat. Dat je je daarnaast schuldig en onzeker voelt ten opzichte van je moeder, hoort er gewoon bij. Die oude neiging om voor je moeder te zorgen is niet in een keer weg en leidt tot een schuldgevoel als je niet meer aan die neiging toegeeft. De kunst is door te gaan op de nieuwe weg. De schuldgevoelens nemen dan geleidelijk af.'² De AFT-therapeut geeft dus uitleg, aanmoediging en begeleiding bij het uitproberen van nieuw gedrag. Deze ingrediënten vormen de basis van leren. Weerstand tegen verandering en nieuw gedrag – denken, voelen en handelen – komt voort uit angst, onzekerheid en schuldgevoel. Het oude probleemgedrag heeft vaak weliswaar vervelende consequenties, maar is wel vertrouwd en wordt daardoor als veilig ervaren. De voordelen van het nieuwe gedrag zien vergt tijd en oefening.

Stappen van de therapeut bij de gevoelsbeleving *in vitro*²

1. Bepaalt of herstructurering van het gevoel mogelijk is.
2. Introduceert een geleide fantasie om het verboden gevoel te beleven.
3. Helpt de patiënt het gevoel te verwoorden.
4. Moedigt de patiënt aan gevoelens in zijn lichaam aan te wijzen.
5. Laat de patiënt het gevoel vertalen in een gefantaseerde handeling.
6. Herhaalt responspreventie en angstregulatie.
7. Neemt een geduldige, empathische en aanmoedigende houding aan.
8. Herhaalt, herhaalt en... herhaalt.

Stappen van de therapeut bij de gevoelsuiting *in vivo*:²

1. Moedigt de patiënt aan het gevoel in zijn directe omgeving te uiten.
2. Coacht hem bij de uiting daarvan.
3. Moedigt aan tot verdere oefening met de gevoelsuiting in het dagelijks leven.

Herstructurering van het zelfbeeld en het beeld van de ander

Het ontstaan van innerlijke beelden

Kinderen ontwikkelen zich vanaf hun geboorte in samenspel met hun ouders. Ouders proberen daarbij in principe zo goed mogelijk af te stemmen op de emotionele, cognitieve en fysieke behoeftes van het kind. Als de baby verdrietig of boos is, troosten de ouders hem of stellen hem gerust. Zet hij zijn eerste stapjes, dan reageren zij enthousiast.

In dit intersubjectieve proces is de genetische aanleg van het kind een belangrijke variabele. Zo kan een kind in aanleg emotioneel heftig of rustig zijn, meer of minder intelligent en snel of traag in zijn ontwikkeling. Hoe de ouders daarop reageren is weer afhankelijk van hun verwachtingspatroon, hun karakter en hun invoelend vermogen.

De interacties met ouders vormen voor een kind *ervaringsherinneringen*: 'Papa houdt me lekker vast als ik bang ben' of 'Mama praat en lacht met me als we een spelletje doen'. Op basis hiervan vormt het kind een intern beeld van zijn verhouding tot de ander. Zo zal een kind met een vader die hem vasthoudt als hij bang is en een moeder die praat en lacht als ze samen spelen een innerlijk beeld vormen waarin de ouders van hem houden, hem beschermen en blij met hem zijn.²

Als een kind met zo'n basis eenmaal volwassen is, zal hij over voldoende zelfvertrouwen beschikken en anderen zonder argwaan tegemoet treden. Hij heeft een positief zelfbeeld en neemt zijn eigen gevoelens en behoeftes serieus: 'Ik ga nu lekker sporten, ook al is het werk nog niet af.' Daarnaast begrijpt hij de intenties en gevoelens van mensen om hem heen: 'Na het overlijden van zijn moeder belde ik hem regelmatig. Ik merkte dat het hem niet lukte om zelf contact op te nemen.' Dat betekent ook dat hij inziet wanneer hij moet oppassen: 'Hij presenteert zich heel vriendelijk, maar ik voel ook aan dat hij uit is op eigen voordeel. Ik kijk wel uit met hem.'

Een negatief zelfbeeld ontstaat wanneer patiënten in hun jeugd weinig liefde, veiligheid en positieve aanmoedigingen ontvangen: de negatieve ervaringsherinneringen overheersen. Zij passen zich als kind noodgedwongen aan, stoppen de eigen behoeften en verlangens weg en wijzen die af als negatief.

Daardoor staat de patiënt als volwassene vaak niet open voor wat hij zelf nodig heeft. Enkele voorbeelden: 'Of ik ermee zit dat ik mijn zoon al een jaar niet gesproken heb? Ja, niet leuk, maar dat is natuurlijk afhankelijk gedoe', 'Veel gemist in mijn jeugd? Ach, iedereen heeft wel wat' en 'Voor die maagklachten naar de huisarts gaan? Hij ziet me aankomen'. In het contact met anderen is de patiënt geremd en op afstand. Daarbij spreken interne stemmen ferme taal: 'Ik heb geen recht van bestaan en de ander is bedreigend.' Het interne beeld van zichzelf en de ander is in dat geval vaak star, rigide en zwart-wit. Nuances of grijstinten ontbreken: 'Als iemand mij een compliment geeft, dan weet ik zeker dat hij ergens op uit is.'

Een positief zelfbeeld gaat vergezeld van interne stemmen die een trots en tevreden gevoel geven: 'Dat heb je mooi gedaan' of 'Lekker bezig geweest vandaag'. Een negatief zelfbeeld doet kritische interne stemmen klinken die juist



Figuur 1 Conflictdriehoek van Carla.

leiden tot angst, schaamte en schuldgevoel: 'Sloof je niet zo uit' of 'Is dat alles wat je te zeggen hebt' of 'Wat ben jij een loser'. Deze ondermijnende zelfkritiek wordt mooi geïllustreerd in: Alfred & Shadow. A Short Story about Self-Criticism (https://www.youtube.com/watch?v=VP7R_WIm6-M).

In de conflict-driehoek (zie figuur 1) plaatsen we het negatieve zelfbeeld bij de afweer en de kritische stemmen bij de remming. Het positieve zelfbeeld staat bij de punt van de activerende gevoelens.

De casus van de 28-jarige Carla geeft een illustratie van deze dynamiek.² Hier is een deel van haar verhaal:

'Mijn moeder was vaak depressief en lag veel op bed. Als meisje van 10 verzorgde ik het huishouden en probeerde ik haar te ontzien. Ik probeerde haar op te vrolijken, maar dat lukte zelden. Toen ik 14 was, pleegde zij zelfmoord. Ik voelde me zo mislukt. Eenmaal volwassen probeerde ik voortdurend het anderen naar de zin te maken. Ik wist niet wie ik zelf was of wat ik zelf prettig vond. Als iemand mij iets gaf, voelde ik me vreselijk schuldig en had ik het idee de ander tekort te doen.'

Als we deze casus vertalen naar de conflict-driehoek, dan plaatsen we het negatieve zelfbeeld bij de afweer, de kritische stemmen bij de remming en het positieve zelfbeeld bij de activerende gevoelens.

Hoe gaan we in een AFT-behandeling nu aan de slag met de herstructurering van het negatieve zelfbeeld? Dat gebeurt in twee stappen:

1. bewerken van de angst voor positieve gevoelens;
2. vergroten van de ontvankelijkheid voor interne en externe signalen.

Bewerken van de angst voor positieve gevoelens

De therapeut attendeert de patiënt erop dat hij handelt vanuit een negatief zelfbeeld. Dit is nodig, omdat de patiënt zich vaak niet realiseert dat hij zichzelf miskent (ego-syntoon), en zich bijvoorbeeld laat uitbuiten door anderen, negatief praat over zichzelf, steeds voor anderen zorgt of een te lage prijs vraagt voor zijn werk. Hij heeft in zijn kindertijd ervaren weinig waard te zijn en als volwassene handhaaft hij dit negatieve zelfbeeld. Maar daarmee weert hij ook een positief zelfbeeld af. Als de patiënt dit mechanisme eenmaal herkent, kan hij zijn angst voor het positieve zelfbeeld – want ook daarvoor kan angst bestaan – loslaten. Dat gebeurt met behulp van systematische desensitisatie.²

Jack: *Ik voel me zo vreselijk falen. Ik had me voorgenomen om gisteravond na mijn werk mijn financiële administratie te ordenen en alle uitgaven en inkomsten van het afgelopen jaar in aparte mapjes op te slaan. Ik heb nog geen tiende deel gedaan.*

Therapeut: *Dat klinkt wel heel streng, alsof er een tiran in je schuilt die enorme eisen aan je stelt.*

Jack: *(wat aarzelend) Nou, dat moet toch geen probleem zijn om dat in een avond af te ronden. Ik voelde me echt een loser.*

Therapeut: *(even later) Ik denk dat er een heel strenge kant in jou zit van waaruit je jezelf onmogelijke eisen stelt. Herken je dat?*

Jack: *Ja, het moet altijd beter en is nooit genoeg.*

Therapeut: *Geef eens een voorbeeld?*

Jack: *Laatst liet ik een presentatie aan een senior collega zien. Hij zei dat ik te veel tekst op een slide had gezet. Dan heb ik ook direct het gevoel dat het een waardeloze presentatie is en ik er niks van bak.*

Therapeut: *Je collega helpt je vanuit zijn ervaring op weg. Als hij je een tip geeft, dan denk jij direct dat het niks is. Vanuit die kritische kant eis je van jezelf dat je alles moet kunnen en weten, en anders is het niks. Dat is heel vermoedend en pijnlijk voor je. Daardoor kun je ook nooit trots zijn op iets wat je gedaan hebt.*

Jack: *Nee, dat trotse gevoel ken ik ook niet. Dan zou ik me zo'n uitslover voelen. Dat had ik me niet zo gerealiseerd dat ik mezelf voortdurend bekritiseer. Ik dacht dat het normaal is en dat iedereen dat zo doet.*

Therapeut: *Ik schrijf regelmatig. Maar als ik zo streng naar mezelf zou kijken, zou ik geen letter op papier krijgen. Werd je vroeger vaak zo streng toegesproken?*

Jack: *Als kind moest ik gewoon doorgaan. Rond mijn tiende verhuisden we naar Nigeria. Ik ging daar naar school en ik begreep er niks van en kende niemand. Ik moest alles alleen uitzoeken en vooral niet zeuren.*

Therapeut: *Wat akelig voor je. Je voelde je vast heel eenzaam toen je zo in je eentje aan het worstelen was.*

Jack: *Nou ja, misschien hadden ze ook wel gelijk, en moest ik gewoon wat flinker zijn.*

Therapeut: *Zo ga je inderdaad denken als kind. Als je dan zo aan je lot wordt overgelaten, betrek je dat als kind vaak op jezelf en denk je dat jij een vervelend kind bent dat niet moet zeuren.*

Therapeut: (even later) *Wat zou je ervan vinden als vrienden van je op die manier met hun kind om zouden gaan?*

Jack: *Ja, dan zou ik denken wat naar en verdrietig voor dat kind, help hem eens.*

Therapeut: *Ja, vanzelfsprekend. Wat voel je erbij dat jij als kind niet geholpen werd?*

Jack: *Ik voelde me opeens heel verdrietig.*

De therapeut laat Jack zien dat er een strenge, afkeurende stem in hem schuilt die hem ondermijnt, en benadrukt dat hij niet slecht is, maar dat de strenge stem hem een slecht gevoel over zichzelf bezorgt. De rolomkering (wat zou je ervan vinden als...) helpt Jack om vanuit de volwassen positie naar het kind van vroeger te kijken en los te komen van de (kinder)gedachte dat het aan hem ligt.

Als volgende stap stelt de therapeut Jack voor om in een geleide fantasie de strenge kant los te laten en zich bloot te stellen aan het idee dat hij niets hoeft: 'Stel dat je een avond niks moet en lekker je gang kunt gaan.' Dit brengt in eerste instantie een angstig, nutteloos en onzeker gevoel teweeg bij Jack: hij heeft afgeleerd om zich door zijn gevoel te laten leiden en weet niet meer wat hij prettig vindt. Door angstregulatie toe te passen en deze techniek vaak te herhalen, kan Jack ontdekken waaraan hij behoefte heeft en leren zichzelf serieus te nemen.

Vergroten van de ontvankelijkheid voor interne en externe signalen

Veel patiënten met een negatief zelfbeeld staan niet open voor hun lichamelijke en emotionele behoeftes, gevoelens en fysieke signalen. Zo merken zij honger of dorst niet op, voelen zij niet de behoefte aan erkenning of intimiteit en negeren zij eigen interesses. Ook complimenten of bevestigingen komen gevoelsmatig niet binnen.

Dit gebrek aan ontvankelijkheid vormt een groot obstakel voor het welslagen van de behandeling: nieuwe ervaringen komen niet echt aan. Dat wordt zichtbaar als de patiënt veel van de interventies van de therapeut wel bevestigt, maar deze hem niet helpen tot verandering te komen. De overtuiging blijft dan iets als: 'Ik heb niet het recht er iets mee te doen, het kan niet waar zijn dat deze compassie voor mij bedoeld is.'

De AFT-therapeut kan dit gebrek aan ontvankelijkheid bespreken in het directe contact met zijn patiënt of aan de hand van concrete alledaagse situaties buiten de therapie. In het geval van Jack besluit de therapeut te delen welk gevoel een voorval uit Jacks jeugd bij hem oproept.

Therapeut: *Ik krijg een heel verdrietig en naar gevoel als jij vertelt hoe eenzaam jij je voelde in Nigeria.*

Jack: *Zucht.*

Therapeut: *Wat gebeurt er nu bij je als ik zeg hoe ik me voel met je? Ik merk dat je lichamelijk wat onrustig wordt.*

Jack: *Dat komt omdat ik nog heel veel dingen moet afronden deze week.*

Therapeut: *Je komt nu met verklaringen en gaat ervan weg. Maar als je teruggaat in je lijf, wat merk je dan?*

Jack: *Heel gespannen en ook wat licht in mijn hoofd.*

Therapeut: (angstregulatie) *Dat zijn uitingen van angst, en die kwamen op toen ik zei hoe ik met je meevoel. Ik denk dat je angstig wordt, omdat je het niet kent dat iemand met je meevoelt. Dat is nieuw voor je. Dat heb je als kind ook nooit meegemaakt.*

Jack: *Nee, inderdaad, dat gebeurde nooit, ik moest het alleen uitzoeken.*

Therapeut: *Herken je dat ook uit andere situaties? Dat als iemand iets aardigs of positiefs tegen je zegt, jij dan terugschrikt en dat uit de weg gaat door ervan af te praten? Heb je daar concrete voorbeelden van?*

Jack: *Vaak maak ik dan grapjes. Laatst zei Ton dat hij graag met me omgaat en toen zei ik dat hij vast bang is om alleen op stap te gaan.*

Therapeut: *Ik denk dat er dan hetzelfde gebeurt als hier.*

Ton zegt dat hij op je gesteld is, jij wordt gespannen en gaat dan gauw grappen maken. Je laat het niet binnenkomen.

Het nadeel daarvan is dat het negatieve gevoel over jezelf ook niet verandert. Vanbinnen blijf je het gevoel houden dat jij niks bent en dat de ander jou niet moet. Dan blijf je ook in dat eenzame gevoel zitten.

Jack: *Ja, maar hoe kan ik ervoor zorgen dat het wel binnenkomt?*

Therapeut: Wat helpt is, om iedere keer dat iemand je een compliment geeft even bij jezelf stil te staan. Probeer dan niet direct te reageren met grappen, maar vooral te beseffen wat er gebeurt. Vermoedelijk voel je dan weer die spanning: je wordt dan angstig voor dat positieve gevoel.

Probeer dan te beseffen wat er tegen je gezegd is en hoe dat voelt voor je wanneer je het echt binnen laat komen.

Dat helpt om de positieve ervaringen in je op te nemen en meer zelfvertrouwen te ontwikkelen.

Deze dialoog kunnen we vanuit de conflictdriehoek als volgt begrijpen: de therapeut doet met zijn uiting van oprecht medeleven een appel op het activerende positieve zelfgevoel van Jack (onderste punt driehoek). Omdat dit positieve zelfgevoel verboden is, kan Jack kan daar niet blij mee zijn en raakt hij juist gespannen (remming). Deze angstreactie wordt vervolgens weggeduwd door grappen te maken (afweer).

De AFT-therapeut laat Jack in het samenspel van het contact ervaren dat zijn gevoelens de moeite waard zijn en dat hij betekenis heeft voor de ander. Hij moedigt Jack aan om ook buiten de therapie zijn grappen (afweer) achterwege te laten (responspreventie), zijn angst te reguleren en de positieve boodschap binnen te laten komen (exposure). Met behulp van deze systematische desensitisatie kan Jack zelfcompassie en een reële blik op anderen ontwikkelen.

Stappen van de therapeut bij de herstructurering van het zelfbeeld²

1. Attendeert de patiënt op de negatieve kijk op zichzelf.
2. Laat zien hoe de afkeurende blik op zichzelf doorspeelt in zijn gedrag.
3. Spoort samen met de patiënt de interne afkeurende stemmen op.
4. Verheldert de oorsprong van het negatieve zelfbeeld.
5. Moedigt de patiënt aan zichzelf serieus te nemen met geleide fantasie.
6. Attendeert de patiënt op zijn blokkade voor interne en externe signalen.
7. Stimuleert de patiënt open te staan voor deze signalen.
8. Herhaalt, herhaalt en... herhaalt.

Afronding van de therapie

Bij de afronding van de therapie stellen de therapeut en de patiënt vast wat er in de aanmeldingsklachten en de affectfobieën concreet veranderd is en hoe deze verandering is bereikt. Dit *wat* en *waardoor* geeft de patiënt meer zicht op zijn valkuilen en helpt hem te beseffen welke stappen hij kan zetten als zich in de toekomst opnieuw problemen voordoen.

Deze evaluatie biedt de patiënt ook de mogelijkheid om trots te zijn op wat hij bereikt heeft. Daarnaast kan hij zijn dankbaarheid tonen, maar ook zijn teleurstelling uiten over wat de therapeut hem niet geboden heeft: 'Ik hoopte dat alle twijfels over mijzelf zouden verdwijnen, maar helaas voel ik me nog regelmatig onzeker.'

Bij het afscheid neemt de patiënt de actieve, aanmoedigende, betrokken en geïnteresseerde houding van de AFT-therapeut met zich mee. Dit interne beeld helpt hem om ook na afronding van de therapie met zijn leerervaringen aan de slag te gaan, een goede ouder voor zichzelf te zijn en zijn eigen gevoelens en die van anderen serieus te nemen.

Dankbetuiging

Met dank aan Pauline Slot voor haar waardevolle tekstvoorstellen.

Benieuwd naar een demonstratie van AFT?

Volg dan de webinar Affect Fobie Therapie op:

<https://psyflix.net/>

In vijf afleveringen toont Quin van Dam met een cliënt hoe de behandeldoelen bereikt worden.

Literatuur

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyxpert.nl

EINDTOETS

1. Wat wil AFT herstructureren?

- de afweer, het gevoel en het zelfbeeld en beeld van de ander
- de remming, het gevoel en het zelfbeeld
- het zelfbeeld en beeld van de ander

2. Waarop attendeert de therapeut de patiënt bij de herstructurering van de afweer? (meerdere antwoorden mogelijk)

- het patroon in het heden en de oorsprong daarvan in het verleden
- de wijze waarop hij zich in het heden belemmert
- het actuele patroon als een herhaling van het vroegere overlevingsmechanisme

3. Waarop let de AFT-therapeut steeds bij de herstructurering van de afweer, het gevoel en het zelfbeeld en het beeld van de ander?

- de heftigheid van de gevoelens
- de intensiteit van de angstverschijnselen
- de projecties op de therapeut

4. Wat behoort tot de herstructurering van het gevoel?

- geleide fantasie en rollenspel
- gevoelsbeleving in vitro en vivo
- regulatie van de angst en het gevoel

5. Waarop richt de AFT-therapeut zich bij de herstructurering van het zelfbeeld en beeld van de ander? (meerdere antwoorden mogelijk)

- behandeling van de affectfobie voor positieve gevoelens voor zichzelf
- zelfonthulling en angstregulatie
- ontwikkeling van ontvankelijkheid voor interne en externe signalen

6. Wat vormt het gebrek aan ontvankelijkheid bij patiënten met een negatief zelfbeeld? (meerdere antwoorden mogelijk)

- belangrijke weerstand tegen de ontwikkeling van een positief zelfbeeld
- versturende factor in de therapeutische relatie
- een affectfobie van positieve gevoelens voor zichzelf

7. Hoe kan de AFT-therapeut het gebrek aan ontvankelijkheid bewerken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- met zelfonthulling in het directe contact met zijn patiënt
- door hem aan te moedigen een lijst met positieve eigenschappen op te stellen
- aan de hand van concrete alledaagse situaties buiten de therapie

8. De therapeut toont Jack dat zijn gevoelens de moeite waard zijn en dat hij betekenis heeft. Waarom kan Jack daar niet blij mee zijn?

- Hij wordt angstig en vertoont afweergedrag.
- Zijn positieve zelfgevoel is verboden en hij wordt angstig.
- Zijn positieve zelfgevoel is verboden, hij wordt angstig en vertoont afweergedrag.

9. Cindy, 48 jaar en werkzaam op academisch niveau, kampt met een negatief zelfbeeld. Op de therapeut maakt zij een intelligente indruk. In de therapie beklagt Cindy zich over haar stupiditeit, ze is veel minder intelligent dan haar collega's. Hoe kan de AFT-therapeut dit negatieve zelfbeeld met zelfonthulling bespreken?

- 'Het klopt niet wat je zegt, op mij maak je juist een zeer intelligente indruk.'
- 'Ik vind je heel slim. Werd er vroeger vaak tegen je gezegd dat je niet intelligent was?'
- 'Ik merk aan alles dat je heel intelligent bent. Wat doet dat met je, als ik dat zo zeg? Probeer eens de aandacht op je lichaam te richten.'

10. Wat bespreken patiënt en therapeut bij de afronding van AFT?

- wat er in de aanmeldingsklachten is veranderd
- waardoor de affectfobieën zijn verminderd
- de ambivalente gevoelens in de therapeutische relatie
- alle hiervoor vermelde antwoorden zijn juist