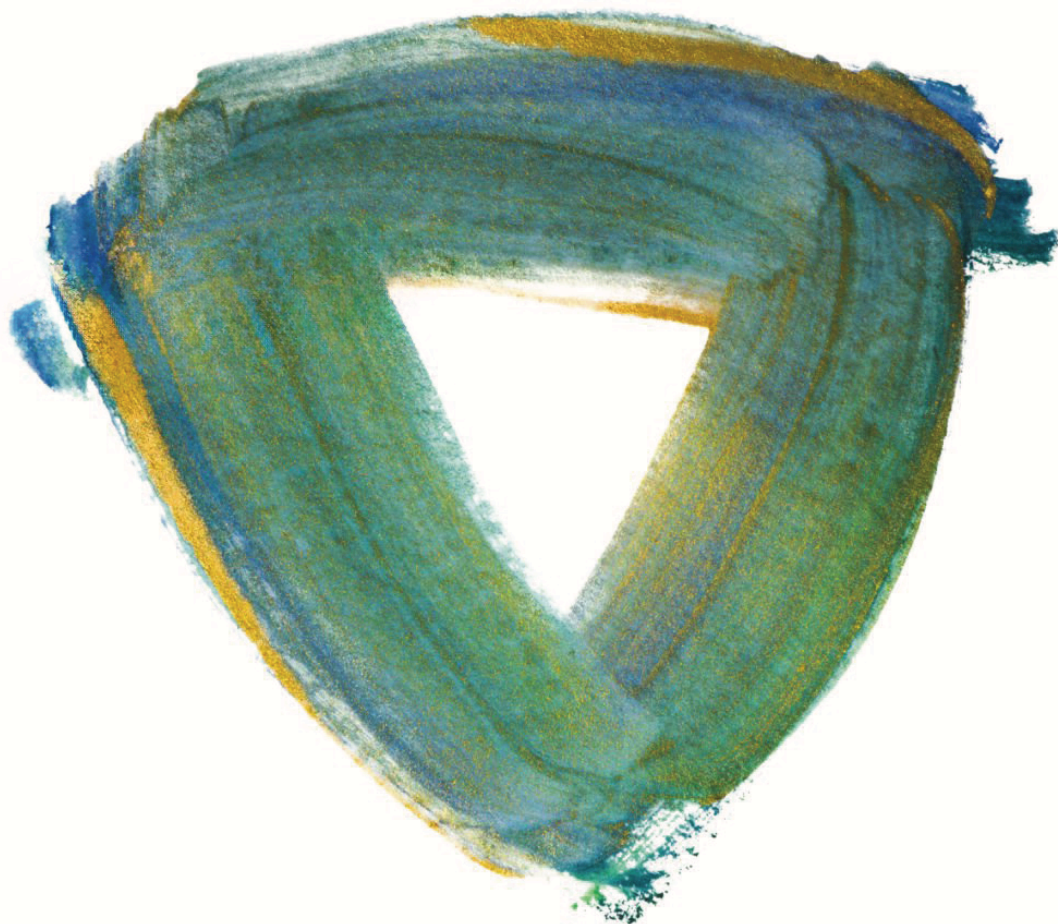


Quin van Dam

AFFECTFOBIE THERAPIE IN DE PRAKTIJK



Inhoud

Voorwoord	7
1 Inleiding	11
1.1 Plaatsbepaling van AFT	11
1.2 De grondlegger van AFT	13
1.3 Welke patiënten profiteren van AFT?	15
1.4 Werkzaamheid van AFT	16
1.5 Affectfobietherapie in de praktijk	17
2 Het behandelmodel van AFT	19
2.1 Wat is een affectfobie?	19
2.2 Onderscheid tussen activerende en remmende gevoelens	23
2.3 De affectfobietherapie	26
3 Indicatiestelling van AFT	37
3.1 Welke patiënten kunnen van deze behandeling profiteren?	37
3.2 Onderzoek naar de mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt voor AFT	38
3.3 Indicatiestelling met behulp van het schema ernst van de persoonlijkheidspathologie	40
4 Het kernconflict	63
4.1 De formulering van het kernconflict	63
4.2 De afzonderlijke polen van de conflictdriehoek	71
4.3 Het kernconflict in de praktijk	80
5 Herstructurering van de afweer	87
5.1 Herstructurering van de afweer	87

5.2	Loslaten van de disadaptieve afweer	104
6	Herstructurering van het gevoel	119
6.1	Herstructurering van het gevoel	119
6.2	Exposure van het gevreesde gevoel	127
6.3	Uiting van het gevoel	131
7	Herstructurering van het zelfbeeld en het beeld van de ander	141
7.1	Ontwikkeling van het zelfbeeld en het beeld van de ander	141
7.2	Herstructurering van het negatieve zelfbeeld	146
7.3	Herstructurering van het interne beeld van de ander	164
8	Start, verloop en einde van de affectfobietherapie	183
8.1	Na de intake	183
8.2	Het verloop van de behandeling	188
8.3	Het einde van de behandeling	189
8.4	Tot slot	198
	Literatuur	201
	Oefeningen	205
	Over de auteur	231

Voorwoord

In 1997 presenteerde Leigh McCullough in haar boek *Changing Character: Short-Term Anxiety-regulating Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects and Attachment* het model van de affectfobietherapie (AFT). In 2001 volgde de introductie van AFT in Nederland. Daaraan leverden Marja van Aken, Joke Hellemans en Anneke Smits een belangrijke bijdrage. Zij verzorgden in ons land ook het eerste onderwijs in AFT.

Vanaf die tijd raakten steeds meer psychotherapeuten, uit verschillende theoretische scholen, geïnteresseerd in het model en werd AFT in toenemende mate toegepast in de klinische praktijk. AFT spreekt cognitief gedragstherapeuten aan omdat deze therapie een belangrijke rol toebedeelt aan de emotionele ervaring bij het veranderingsproces. Daarnaast heeft AFT raakvlakken met de werkwijze van de cognitieve gedragstherapie (CGT) doordat in AFT gedragstherapeutische interventietechnieken geïntegreerd zijn, zoals exposure, responsepreventie en angstregulatie.

Persoonsgerichte psychotherapeuten uit de experiëntiële en psychodynamische scholen zijn van oudsher gericht op de (onbewuste) gevoelens en de emotionele betrokkenheid bij de beleavingswereld van de patiënt. AFT deelt met deze scholen het psychodynamisch fundament en de toepassing van experiëntiële en psychodynamische interventies, zoals focussen, exploreren, interpreteren en confronteren. AFT spreekt de persoonsgerichte therapeuten aan omdat de werkwijze doelgericht is, de verschillende gevoelens en behoeften systematisch beschreven zijn en de AFT-therapeut een actieve, stimulerende en ondersteunende positie inneemt. Deze opstelling verschilt wel enigszins van de overwegend volgende en afwachtende houding van de behandelaar in de persoonsgerichte psychotherapie.

Bij de kennismaking met AFT was ik direct enthousiast over het model en de werkwijze van AFT. Het psychodynamisch werkmodel, dat voortborduurde op Malans conflict- en personendriehoek, biedt mij ondersteuning bij de keuze

van mijn interventies. Daarnaast vind ik het belangrijk dat AFT veel aandacht besteedt aan de bewustwording en beleving van de angstgevoelens. Dit is nodig omdat patiënten niet alleen hun gevoelens verdringen, maar ook hun angsten. Meer dan voorheen attendeer ik nu patiënten op de lichamelijke verschijnselen daarvan, laat ik hen daarbij stilstaan en geef ik daarover uitleg. Dit helpt hen de angstgevoelens te signaleren en te hanteren. Voor de patiënt is het verhelderend om te ervaren dat de angstgevoelens toenemen als hij in contact probeert te komen met zijn afgeweerde gevoel. Op het moment dat deze angst opkomt, neemt hij vaak weer zijn toevlucht tot zijn oude afweer.

Bovendien vind ik het nuttig dat AFT expliciete zorg besteedt aan het concrete gedrag. Dit gedrag krijgt in de persoonsgerichte behandelingen weinig aandacht. Dat is een fors gemis. Doordat patiënten een groot deel van hun gevoelens noodzakelijkerwijs moesten verdringen, leerden zij ook niet deze gevoelens op een sociaal acceptabele of adaptieve wijze te hanteren. Daarom is het belangrijk dat de therapeut hen daarbij helpt.

Voor het onderwijs is de heldere structuur van AFT zeer geschikt om de in opleiding zijnde gz-psychologen, psychotherapeuten en psychiaters te laten kennismaken met de psychodynamische praktijk. In hun beleving is deze praktijk vaak in abstracte theoretische termen geformuleerd en ongrijpbaar. Voor deze cursisten is het zeer welkom om te ontdekken dat AFT een concreet en helder kader biedt en praktisch toepasbaar is. Zij leren de afweer en angstgevoelens herkennen en vormen hypothesen over de dieperliggende conflicten.

Bij verschillende cursussen over AFT was het boek *Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy* (McCullough e.a., 2003) een nuttig hulpmiddel. Regelmatig werd er echter door cursisten gevraagd naar een Nederlandstalig boek over AFT. Deze vraag en mijn enthousiasme voor AFT brachten mij ertoe dit boek te schrijven.

De samenwerking met een aantal collega's is daarbij zeer belangrijk geweest. Van grote waarde waren Gerry Westland, Jacqueline Lansbergen en Lucie Timmers. Zij toonden zich bereid de hoofdstukken – vanuit de positie van de cursist – kritisch te lezen en van commentaar te voorzien. Hun opbouwende kritiek heeft mij enorm geholpen AFT op een begrijpelijke manier uit te leggen.

Ook wil ik de AFT-docenten Willemijn de Jong, Dorien Philipszoon, Ruth Quadvlieg, Anneke Smits, Miriam Saschowa, Anouk Turksma, Coralina Versteeg, Els Groot, Lonneke Duijnhouwer en Marc Hamburger hartelijk danken. Met hen verzorgde ik – in wisselende samenstelling – cursussen of workshops in AFT. De gezamenlijke voorbereiding en uitvoering daarvan, de discussies over de leerstof en de rollenspelen die we als demonstratie van AFT uitvoerden, waren zeer leerzaam en scherpten mijn blik op AFT.

Veel dank ben ik verschuldigd aan Annemarie van der Zeeuw voor het redigeren van de tekst. Van haar zinvolle opmerkingen, suggesties en inzicht in de Nederlandse taal heb ik dankbaar gebruikgemaakt om AFT zo helder mogelijk te presenteren.

Erkentelijk ben ik ook Erik Faas van Hogrefe Uitgevers voor de plezierige samenwerking, zijn waardevolle suggesties en de nauwgezette wijze waarop hij het boek in druk heeft laten verschijnen.

Dit boek kon ik alleen maar schrijven dankzij de vele gesprekken met mijn patiënten, supervisanten en cursisten. Van hen leerde ik het meest. Het gezegde 'Teaching is learning twice' geldt niet alleen voor het onderwijs, maar ook voor het geven van psychotherapie en supervisie.

Leiden 2016, Quin van Dam

Bij de 4de herziene druk

In de voorgaande versies van dit boek werd de GAF uit de DSM-IV gebruikt bij de inschatting van het psychosociaal functioneren. Deze GAF vormde in hoofdstuk 3 de leidraad bij de indicatiestelling voor AFT. In plaats van de GAF baseren we de indicatiestelling in de huidige versie op de ernst van de persoonlijkheidspathologie. Om die reden is een groot deel van hoofdstuk 3 herschreven. Mijn collega Lex Vendrig leverde een belangrijke bijdrage aan deze nieuwe opzet van het hoofdstuk, waarvoor ik hem hartelijk wil bedanken.

De overige hoofdstukken zijn in deze vierde druk ongewijzigd gebleven.

Reeuwijk 2026, Quin van Dam

1

Inleiding

Gevoelens geven energie en kleur aan ons leven, helpen om de juiste keuzes te maken, dicht bij anderen te zijn en grenzen te stellen als dat nodig is. Maar gevoelens kunnen ook beangstigend zijn, bijvoorbeeld als we vrezen overweldigd te worden door wat we ervaren, of geleerd hebben dat emoties er niet mogen zijn. Dan kunnen we bang worden voor wat we voelen en een zogenoemde emotie- of affectfobie ontwikkelen. We trekken ons terug, vervreemden van anderen, durven niet meer kwetsbaar te zijn en missen plezier in ons leven.

Doordat we onze gevoelens hebben weggestopt verdwijnt ook onze spontaneïteit, en kunnen we last krijgen van spanning, onrust, een moe, somber en uitgeput gevoel en vage lichamelijke klachten. We worden ontevreden over ons werk of onze relaties en durven ons daarin niet te laten gelden. In zulke situaties is een therapie die focust op de angst voor gevoelens behulpzaam. Affectfobie-therapie (AFT) heeft als doel emoties weer toe te laten en te leren hanteren.

AFT is gebaseerd op het idee dat veel vormen van psychopathologie geworteld zijn in een angst voor gevoelens: een affectfobie. Zo kan de vermijdende persoonlijkheidsstoornis voortkomen uit een affectfobie of angst voor nabijheid. AFT richt zich op de onderliggende oorzaak of de bron van de symptomen: de affectfobie voor de behoefte aan nabijheid.

1.1 PLAATSBEPALING VAN AFT

De kortdurende psychodynamische psychotherapie (KPD) is een verzamelnaam voor meerdere vormen van kortdurende therapie die alle als basis het psychodynamisch model gebruiken. AFT is een van de KPD-varianten. Een andere bekende variant is bijvoorbeeld de kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSP). Als criterium voor kortdurend geldt dat de behandeling over het algemeen korter dan een jaar duurt.

KPD heeft een aantal gemeenschappelijke kenmerken op het gebied van inhoud, patiënt-therapeutrelatie, houding van de therapeut, de focus, de duur, het hier-en-nu en de gelimiteerde indicatie.

KPD besteedt aandacht aan — al dan niet bewuste — gevoelens van patiënten, en aan hun impulsen, motieven en verlangens, fantasieën, gedachten en ideeën, waarden en idealen, illusies en desillusies, en levensgeschiedenis. Maar vooral ook aan hun interpersoonlijke relaties, hun sociale, culturele en economische situatie, en aan hun lichamelijk en biologisch functioneren (Berk, 2001).

Ook de relatie tussen de patiënt en de therapeut is onderdeel van de interpersoonlijke relaties. In deze relatie herhalen patiënten onbewust veel van wat in hun leven heeft plaatsgevonden (Berk, 2001). Dit komt tot uiting in de overdrachtsgevoelens ten aanzien van de therapeut. Deze overdrachtsgevoelens brengen bij de therapeut tegenoverdrachtsgevoelens teweeg, die op hun beurt weer gekleurd worden door de levensgeschiedenis van de therapeut.

De actieve opstelling van de therapeut is ook kenmerkend voor KPD. Hij exploreert actief wat zich in of buiten de therapiesituatie afspeelt en stelt op empathische en tactvolle wijze afweer, weerstand en overdracht aan de orde. Als hij denkt dat het productief is voor de therapie, informeert hij naar verlangens, fantasieën, verwachtingen, overtuigingen en gevoelens van de patiënt (Berk, 2001). Deze actieve, stimulerende en ondersteunende opstelling van de therapeut verschilt van de overwegend volgende en afwachtende positie van de behandelaar in de klassieke psychodynamische psychotherapie (Van Dam & Hamburger, 2014; Van Dam, Kok & Schalkwijk, 2017; Van Dam, 2018).

In overleg met de patiënt wordt aan het begin van de therapie een focus of kernconflict vastgesteld. De actuele klachten, de onderliggende conflicten of affectfobieën en de ontstaansgeschiedenis daarvan worden hierbij geformuleerd. De therapeut en de patiënt streven ernaar zich tijdens de therapie tot deze focus te beperken. Dit gebeurt op empathische, tolerante en soepele wijze (Berk, 2001).

De duur van KPD is over het algemeen korter dan een jaar. Bij sommige varianten van KPD wordt de duur aan het begin van de behandeling afgesproken. Bij AFT gebeurt dat niet en wordt ernaar gestreefd de therapie niet langer te laten duren dan nodig is voor de beoogde therapeutische veranderingen.

Het hier-en-nu krijgt vooral de aandacht. Dat wat zich in het actuele leven van de patiënt afspeelt en in het hier-en-nu van de therapie staat op de voorgrond. Soms wordt een uitstap naar het verleden gemaakt als patronen uit het verleden nog een actieve rol spelen in het huidige leven van de patiënt. Daarna vindt terugkoppeling plaats naar het actuele leven van de patiënt (Berk, 2001). Bijvoorbeeld, de therapeut probeert te begrijpen waarom de patiënt het nodig heeft in de therapie en in zijn persoonlijk leven emotioneel op afstand te blijven.

Hoe is deze houding in zijn kindertijd ontstaan en wat is ervoor nodig om deze afstandelijke opstelling in het heden los te laten? Het indicatiegebied van KPD beperkt zich tot patiënten die over het vermogen tot zelfbeschouwing beschikken, voldoende gemotiveerd zijn en over enige ik-sterkte beschikken (het begrip ik-sterkte wordt toegelicht in hoofdstuk 3). Een gebrek aan impulscontrole, een te sterke neiging tot zelfdestructie, ernstige suïcidepogingen, langdurige psychiatrische opnames en psychotische of sterk inperkende dwangmatige of fobische klachten gelden vaak als contra-indicatie (Berk, 2001).

Organisatorisch wordt AFT vertegenwoordigd door een internationale APT-organisatie (zie: www.affectphobiatherapy.com). De internationale APT-organisatie verzorgt wetenschappelijke activiteiten, training en opleiding. De APT-organisatie is aangesloten bij de overkoepelende organisatie van kortdurende dynamische psychotherapieën, The International Experiential Dynamic Therapy Association (zie: www.iedta.net).

In Nederland valt AFT onder de paraplu van de Nederlandse vereniging voor psychoanalytische psychotherapie (NVPP), die registers heeft ingesteld voor meerdere psychoanalytische behandelvormen (zie: www.nvpp.nl/behandelvormen). Therapeuten die geschoold zijn in AFT kunnen lid worden van dit register.

1.2 DE GRONDLEGGER VAN AFT

Leigh McCullough (1945-2012) was hoogleraar aan de Harvard University in Boston, directeur van het Psychotherapy Research Program en ‘visiting professor’ aan de universiteit van Trondheim.

Na haar scholing in de gedragstherapie werd zij door Davanloo opgeleid in de psychodynamische psychotherapie. Tussen 1982 en 1990 verrichtte zij wetenschappelijk onderzoek naar korte psychotherapie bij het Beth Israel Medical Center in New York. Dit onderzoek toonde aan dat een confronterende houding van de therapeut, zoals Davanloo propageerde, contraproductief werkte en dat patiënten meer gebaat waren bij empathie, verheldering en hulp bij de regulering van hun angst.

McCullough ontwikkelde het behandelmodel van AFT op basis van wetenschappelijk onderzoek en klinische observaties en beschreef dit model op heldere en gedetailleerde wijze in het boek *Changing Character: Short-Term Anxiety-regulating Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects and Attachment* (1997). Zes jaar later publiceerde zij samen met Kuhn, Andrews, Kaplan, Wolf en Hurley *Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy* (2003).