

Samenvatting

Het psychodynamisch werkmodel van de Affectfobietherapie (AFT) helpt therapeuten om de klinische data uit de intake te ordenen en een behandelplan op te stellen. Aan de hand van de conflict- en personendriehoek van Malan¹ brengt de behandelaar in kaart welke intra- en interpersoonlijke kernconflicten bepalend zijn in de problematiek van de patiënt, hoe deze samenhangen met diens geschiedenis en herhaald worden in huidige relaties – ook die met de therapeut. Daarmee biedt het AFT-werkmodel niet alleen een aanvulling op de DSM-5-diagnose², maar ook een heldere route voor de behandeling. De kernconflicten worden besproken met de patiënt, om zo te bepalen of de hypothesen kloppen en de behandeling op koers ligt.



Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- > weet u wat de Affectfobietherapie (AFT) is;
- > kent u de opbouw van het model;
- > kent u het onderscheid tussen remmende en activerende gevoelens;
- > bent u op de hoogte van het gebruik van de conflict- en personendriehoek in de klinische praktijk;
- > kent u de formulering van een kernconflict;
- > bent u op de hoogte van de bepaling van doel en richting van de behandeling op basis van het kernconflict.

Trefwoorden

AFT, Affectfobietherapie, kernconflict, Malan, conflictdriehoek, personendriehoek

Quin van Dam

Dr. Q.D. van Dam, klinisch psycholoog, psychodynamisch psychotherapeut, supervisor AFT, NVP en NVPP, is werkzaam in eigen psychotherapiepraktijk te Reeuwijk. Hij publiceerde het boek: Affectfobietherapie in de praktijk. www.quinvandampsychotherapie.nl
quintusvandam@gmail.com

Het kernconflict in de Affectfobietherapie

Een routekaart voor de behandeling

Inleiding

Tijdens de intake presenteert een patiënt klachten en symptomen, persoonlijkheidstrekken, relatieproblemen en ingrijpende levensgebeurtenissen. Hoe raakt de behandelaar wegwijs in deze rijkdom van klinische feiten? Hoe bepaalt hij een doel voor de behandeling? Het psychodynamisch werkmodel van de Affectfobietherapie (AFT) is bij uitstek geschikt om klinische informatie te ordenen en een behandelplan op te stellen.

De conflict- en personendriehoek van Malan¹ staat daarbij centraal. Aan de hand van de *conflictdriehoek* wordt bepaald welke intrapsychische conflicten bepalend zijn in de problematiek van de patiënt. Met de *personendriehoek* worden interpersoonlijke conflicten in kaart gebracht: relaties met personen in verleden en heden, inclusief de relatie met de therapeut. De kernconflicten die zo worden geïdentificeerd vormen een aanvulling op de DSM-5-diagnose.²

Het beeld dat zo ontstaat biedt de therapeut ook een route voor de behandeling. Uit alles wat de patiënt hem bewust of onbewust laat zien selecteert hij wat van belang is voor de verwerking van het kernconflict.³ Met zijn interventies sluit hij dus juist daarop aan.



Hierna worden de elementen van het AFT-werkmodel besproken, de formulering van de kernconflicten en de toepassing daarvan in de praktijk. Maar eerst volgt een kort overzicht van de basisprincipes van AFT.

Basisprincipes van AFT

AFT is een integratieve psychotherapie voor de behandeling van angst, depressie en ontwijkende persoonlijkheidsstoornissen (cluster C in de DSM-5). AFT wordt als individuele en groepspsychotherapie in de ambulante, semi-ambulante en klinische Nederlandse GGZ steeds meer toegepast.

McCullough Vaillant,⁴ de grondlegger van AFT, gebruikte de leertheoretische en gedragstherapeutische term 'affect-fobie' om angst voor gevoel mee te typeren. De fobie is in dit geval dus geen angst voor iets buiten de persoon, zoals ruimtes of spinnen, maar een (onbewuste) angst voor verlangens en gevoelens binnen de persoon: een interne fobie. McCullough Vaillant kwam tot deze klinische term omdat vanuit de gedragstherapie bekend is dat externe fobieën, zoals angst voor spinnen of liften, met behulp van systematische desensitisatie (responspreventie, exposure en angstregulatie) succesvol behandeld kunnen worden. In AFT worden psychodynamische, experiëntiële en cognitief-gedragstherapeutische technieken geïntegreerd. De basis van de therapie is het psychodynamisch model. De integratie van technieken biedt de AF-therapeut de mogelijkheid de therapie te richten op zowel de intrapsychische aspecten (zoals een negatief zelfbeeld) als de interper-

soonlijke elementen (zoals sociale vermijding). Zo kan hij de patiënt helpen zelfvertrouwen te ontwikkelen en meer in contact te komen met zijn gevoelens, om hem van daaruit aan te moedigen met nieuw gedrag te experimenteren.

AFT wordt gerekend tot de kortdurende psychodynamische psychotherapieën (KPD). Bij de meeste varianten van KPD (bijvoorbeeld Kortdurende Psychodynamische Steungevende Psychotherapie, KPSP) ligt het aantal sessies aan het begin van de behandeling vast. Bij AFT voor individuen of in een groep wordt meestal uitgegaan van maximaal 50 zittingen. De effectiviteit van KPD is in een groot aantal metareviews aangetoond.^{5,6}

Een actieve opstelling van de therapeut is kenmerkend voor KPD. De AF-therapeut exploreert wat zich afspeelt in de therapeutische situatie en in het leven van de patiënt, bespreekt empathisch en tactvol afweer, weerstand en overdracht, en streeft naar een veilige leersituatie. Deze actieve en stimulerende opstelling verschilt van de overwegend volgende en afwachtende houding van de behandelaar in de klassieke psychodynamische psychotherapie.⁶

AFT is aangewezen als patiënten in staat zijn tot reflectie op hun belevingswereld en gemotiveerd zijn om hun patronen te onderzoeken en met hun problemen aan de slag te gaan, ook als dat pijnlijk is. Voorwaarde is dat ze dagelijkse bezigheden hebben en contact onderhouden met een of meer vertrouwde personen – maar dat hoeft natuurlijk niet allemaal probleemloos te verlopen. AFT valt onder de psychodynamische psychotherapieën. Volgens de multidisciplinaire richtlijn *Persoonlijkheds-*

stoornissen⁷ bieden deze werkzame interventies voor de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Patiënten met een DSM-5 depressieve of angststoornis en patiënten met een vermijdende, afhankelijke of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (cluster C in de DSM-5) kunnen profiteren van AFT.

Contra-indicaties voor de behandeling zijn: middelengebruik of verslaving, ernstige lichamelijke ziekte, verregaande psychosociale stressfactoren, matige impulscontrole en een fragiel zelfgevoel.

Patiënten met schizofrenie of met een ernstige antisociale, borderline-, histrionische of narcistische persoonlijkheidsstoornis (cluster B in de DSM-5), hebben minder kans om te profiteren van AFT. Dit geldt ook voor ernstige vormen van de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen (cluster A in de DSM-5).

AFT kan gecombineerd worden met andere therapieën, zoals relatietherapie of EMDR. De therapie wordt als groepsbehandeling toegepast bij ambulante, klinische en dagklinische centra voor psychotherapie.^{8,9} De groepsbehandeling vindt soms plaats in combinatie met beeldende therapie¹⁰ of met beeldende en psychomotorische therapie.¹¹ Daarnaast wordt AFT aangeboden in een blended e-healthvorm (een combinatie van therapeutcontact en internettherapie).

AFT wordt gedoceerd in de opleiding tot (BIG) klinisch psycholoog en psychotherapeut. Daarnaast is er voor psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters een introductie cursus en een vervolgopleiding. Er is een internationale organisatie voor AFT: www.affectphobiatherapy.com. In Nederland valt AFT onder de paraplu van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie (NVPP), die registers heeft ingesteld voor meerdere psychoanalytische behandelvormen: www.nvpp.nl/behandelvormen. Therapeuten die de opleiding AFT met succes hebben afgerond kunnen zich laten inschrijven in dit register.

Behandelmodel van AFT

Activerende en remmende gevoelens

Als kinderen in de loop van hun ontwikkeling leren dat bepaalde gevoelens (zoals woede, verdriet of opwinding) of behoeftes niet geaccepteerd worden door hun belang-

rijkste hechtingsfiguren, zullen zij die gevoelens als slecht beleven en verdringen. Zo kan een affectfobie ontstaan. De afgekeurde gevoelens raken door een proces van klassieke conditionering verbonden met angst, schuldgevoel of schaamte. Deze worden in het AFT-model aangeduid als *remmende gevoelens*.

Daarnaast zijn er gevoelens en behoeftes die tijdens de ontwikkeling niet afgekeurd of geremd werden en er dus wel mogen zijn. Die noemen we *activerende gevoelens*. Ze zetten aan tot *adaptief gedrag*, zoals de beleving delen met anderen. Enkele voorbeelden: 'Ik voelde me trots toen ik geslaagd was en dat liet ik iedereen weten', 'Na de dood van mijn partner hilde ik met mijn kinderen', 'Ik zei dat ik niet gediend was van zijn kwetsende opmerking', 'Vanuit mijn interesse koos ik deze studie', 'Toen ik het puppy zag, wilde ik het strelen'.

Zijn remmende gevoelens actief (zoals angst, schaamte, schuldgevoel, walging), dan wordt er ook wel gecommuniceerd, maar gebeurt dit op *disadaptieve wijze*. Zo kan verdriet zich uiten in slachtoffergedrag ('Ze hebben het altijd op mij gemunt') en boosheid in heftige woede-uitbarstingen. De disadaptieve gevoelsuiting is in het contact met anderen vaak destructief en creëert afstand, frustratie, onbegrip, eenzaamheid en wanhoop.^{6,12}

Gevoelens kunnen dus op adaptieve en disadaptieve wijze tot uiting komen. In de klinische praktijk herken je het verschil aan de opluchting die volgt op een adaptieve uiting en het ontbreken daarvan als disadaptief wordt gereageerd. Zo kan een patiënt in de sessie huilen over het verlies van zijn vader en daarbij opluchting ervaren. Maar maakt hij gewag van matheid en apathie, dan is het activerende verdriet over de dood van vader afgeremd. Opluchting blijft dan uit. Dit is bijvoorbeeld ook het geval als verdriet in de plaats komt van boosheid. Zo merkt Marian op: 'Als ik ruzie heb met mijn vriend, ga ik huilen'. De boosheid van Marian wordt afgeweerd door verdriet. Haar verdriet is disadaptief en niet opluchtend.

Het conflict tussen een activerend gevoel en een remmend gevoel kan op bewust of onbewust niveau optreden. Als patiënten zich bewust zijn van hun innerlijke conflict, beseffen ze dat ze hun gevoel wegduwen: 'Als ik boos word, dan vinden ze me niet meer aardig'. Bij een onbewust conflict blijft zowel de remmende angst als het activerende gevoel buiten beeld. Zo merkt Daan op: 'Het doet me niks dat Lisa het uitmaakte'. Daan heeft zijn boosheid of verdriet en de angst daarvoor buiten zijn

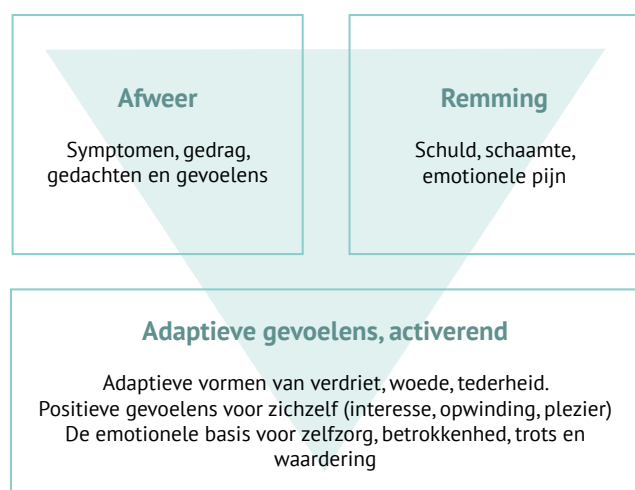
bewuste beleving geplaatst¹³ en kan er dus ook niet op reflecteren. De onbewuste afweer kan tot uiting komen in de vorm van gedachten, gevoelens en gedrag. In het AFT-model wordt symptoomgedrag als vorm van afweer beschouwd.

DSM-5-stoornissen komen voort uit affectfobieën en neurobiologische kwetsbaarheden, en in die zin is er een heldere link. AFT neemt echter niet de stoornis als uitgangspunt. Ze richt zich op de affectfobie die eraan ten grondslag ligt en zet in op desensitisatie. Zo kan een vermijdende persoonlijkheidsstoornis voortkomen uit angst voor het verlangen naar nabijheid. AFT richt zich dan op de bron: een affectfobie voor de activerende behoefte aan intimiteit.^{6,12,14}

Angst-, schuld- en schaamtegevoelens zijn overigens niet per definitie disadaptief. Zo kan angst ons wijzen op dreigend gevaar, bijvoorbeeld voor besmetting met het coronavirus, en leiden tot gedrag dat gericht is op bescherming van onszelf en anderen. Schuld- en schaamtegevoelens kunnen al evenzeer passend zijn en leiden tot oprechte spijt, verontschuldiging en herstel van de verbinding met anderen.^{6,12} Bijvoorbeeld: 'Het spijt me dat ik zo uit mijn slof schoot'. Pas als het object van angst, schuld en schaamte het eigen gevoel is, leiden ze tot niet-passend gedrag. In dat geval zijn ze remmend.

Conflict- en personendriehoek

De dynamiek van afweer, remmende en activerende gevoelens wordt grafisch weergegeven in de zogeheten *conflict-driehoek* (zie figuur 1). Bij de *Afweer-punt* (linksboven, A)

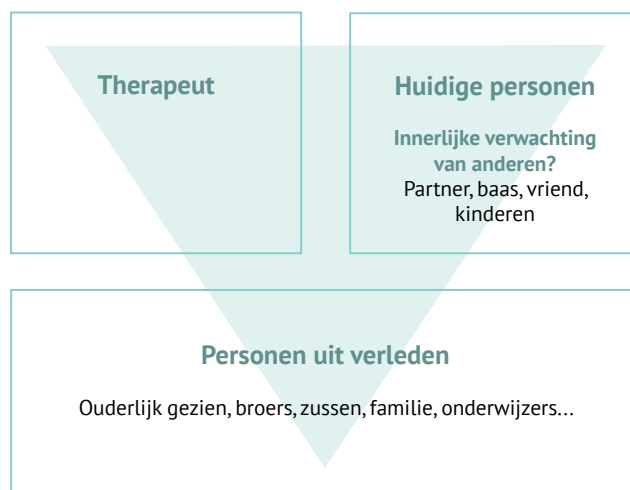


Figuur 1 De conflictdriehoek van McCullough en Malan.

worden de symptomen en het afweergedrag genoteerd. De *Remming-punt* (rechtsboven, R) geeft de angst, schuld, schaamte, walging en emotionele pijn weer, met de bijbehorende cognities en overtuigingen. Bij de *Gevoel-punt* (onderaan, G) staan de adaptieve en activerende gevoelens: verdriet, woede, plezier, angst, opwindning, intimiteit, trots, seksueel verlangen, positieve gevoelens over het zelf en adequate zelfzorg.

Het verbod op activerende gevoelens ontstaat in de relatie met de ouders of met belangrijke anderen in het verleden, en herhaalt zich in huidige relaties en in het contact met de therapeut. Dit zien we bijvoorbeeld in het geval van Daan, die opgroeide in een gezin waarin verdriet en woede niet waren toegestaan. De resulterende afweer zorgt ervoor dat hij die gevoelens ook in zijn huidige relaties niet kan ervaren, en ze daar dus ook niet adaptief kan uiten.¹³ Deze samenhang tussen heden en verleden is grafisch weergegeven in de *personendriehoek* (zie figuur 2). Linksboven staat de *Therapeut* (T), rechtsboven worden relevante *Huidige personen* (H) in kaart gebracht (zoals partner, kinderen, vrienden, baas en collega's), in de onderste punt bepalende personen uit het *Verleden* (V) (zoals ouders, broers, zussen en onderwijzers).

Met de personendriehoek is het mogelijk in kaart te brengen op welke wijze de affectfobie en de afweer daarvan in het verleden zijn ontstaan, en hoe dit patroon herhaald wordt in de huidige relaties en met de therapeut. Om de conflict- en personendriehoek goed te kunnen gebruiken is het nodig uitingen en gedrag bij de juiste



Figuur 2 De personendriehoek van McCullough en Malan.

punten te kunnen plaatsen. Voor de conflictdriehoek zijn dat: Afweer (A), Remming (R) en Gevoel (G). De punten van de personendriehoek zijn: Therapeut (T), Huidige personen (H) en Verleden (V).

Voorbeeld

Al enkele malen maak je vlak voor jij en je partner naar bed gaan ruzie over een kleinigheid (A). Het lijkt alsof je de intimiteit (G) met haar beangstigend (R) vindt. Je ouders (V) maakten ook veel ruzie. Misschien is het onbekend en angstig (R) voor je het prettig te hebben met je vriendin (H).

Formulering van het kernconflict

Het kernconflict formuleert de therapeut in de vorm van hypothesen over de belangrijkste affectfobieën die ten grondslag liggen aan de problemen van de patiënt. Daarbij wordt langs de elementen van de conflictdriehoek gegaan: afweer, remming en gevoel. Deze worden vervolgens verbonden met specifieke personen in de personendriehoek.¹² Niet alleen de therapeut werkt hiermee. De invulling wordt ook met de patiënt besproken, zodat deze inzicht verwerft en met de verschillende elementen aan de slag kan gaan. Aan de hand van een casus wordt geïllustreerd hoe dit in zijn werk gaat.

Casus

Tim, 32 jaar, econoom, meldt zich met een sombere stemming en spanningsklachten die al ruim anderhalf jaar bestaan. Hij werkt 60 tot 70 uur per week. De klachten namen vijf maanden geleden toe nadat zijn vriendin de relatie had verbroken. Zij verdroeg zijn afstandelijke houding en vele werken niet langer. Bovendien hield hij de keuze voor kinderen af. Toen Tim 9 jaar oud was, pleegde zijn vader zelfmoord. De moeder van Tim was daarna vaak somber en kon de opvoeding van Tim en zijn jongere zus niet aan. Tim voelde zich verantwoordelijk voor moeder en zijn zus.⁶ Met behulp van psychotherapie hoopt hij zijn sombere stemming te verbeteren en zijn probleem met intieme relaties op te lossen. Als eerste stap informeert de therapeut naar de problemen waarvoor Tim hulp zoekt. Aansluitend vraagt hij Tim daarvan een voorbeeld te geven. Doorvragen helpt om een concreet en gedetailleerd beeld te krijgen. Anders gezegd: concreter is beter.

Tim:	<i>Ik voel me al lange tijd somber. Door de breuk met Nathalie werd ik nog somberder.</i>
Therapeut:	<i>Wat voel je precies als je somber bent?</i>
Tim:	<i>Gespannen, onrustig, altijd maar het gevoel dat ik het niet genoeg gedaan heb.</i>
Therapeut:	<i>Kun je een concreet voorbeeld daarvan geven?</i>
Tim:	<i>Afgelopen donderdag werkte ik tot tien uur 's avonds en nog steeds had ik het gevoel dat ik verder moest.</i>
Therapeut:	<i>Altijd maar dat gevoel niet genoeg gedaan te hebben?</i>
Tim:	<i>Ja, dat achtervolgt me mijn hele leven al. Bij Nathalie had ik ook steeds het gevoel tekort te schieten.</i>
Therapeut:	<i>Ja, hoe ging dat precies?</i>
Tim:	<i>Ze verweet me heel vaak dat ik er niet was. Toen ze een kind wilde, liep het helemaal vast.</i>
Therapeut:	<i>Hoe bedoel je het liep vast, hoe verliep jullie gesprek?</i>
Tim:	<i>Ze begon er vaak over. In die laatste maand vroeg ze me heel direct: wil je nu wel of geen kind? Toen ik weer de boot afhield, is ze enkele dagen later opgestapt.</i>
Therapeut:	<i>Wat maakt het zo moeilijk voor je om voor een kind te kiezen?</i>
Tim:	<i>Ik vind kinderen leuk bij vrienden, maar zelf een kind, ik ben bang dat ik het niet goed doe.</i>
Therapeut:	<i>Waar ben je het meest bang voor, wat is het ergste wat kan gebeuren?</i>
Tim:	<i>Dat weet ik niet zo goed. (Draait ongemakkelijk in zijn stoel, zucht, kijkt weg.)</i>
Therapeut:	<i>Ik merk dat je het heel lijfelijk voelt, je kijkt weg, beweegt ongemakkelijk, merk je dat zelf ook?</i>
Tim:	<i>Nu je het zo zegt, ik heb dat heel vaak.</i>
Therapeut:	<i>Vaak? In welke situaties?</i>
Tim:	<i>Als ik met Nathalie praatte. Ja, ook op mijn werk, en dan moest ik weer verder van mezelf.</i>
Therapeut:	<i>Ik krijg de indruk dat je in het gesprek met Nathalie, op je werk en als je denkt aan een kind steeds het gevoel krijgt het niet goed te doen. Je ervaart daar ook lijfelijke spanning bij. Klopt dat?</i>
Tim:	<i>Ja, inderdaad, ik had me dat nog niet zo gerealiseerd.</i>
Therapeut:	<i>Aan de ene kant moet je heel veel van jezelf en tegelijkertijd ben je bang daar niet aan te voldoen en dan word je angstig en gespannen. Het lijkt zo'n terugkerend patroon dat in meerdere situaties terugkomt. Herken je dat?</i>

Op basis van deze detaillering in de aanmeldingsklacht wordt de conflictdriehoek opgesteld met behulp van de volgende vragen:

1. Hoe wordt een adaptief gevoel vermeden: *afweer*.
2. Welk adaptief gevoel wordt vermeden: *adaptief gevoel*.
3. Waarom wordt het vermeden: *remming*.

Ad 1 Hoe vermijdt Tim een adaptief gevoel: *afweer*

Zijn afweer wordt gevormd door de sombere stemming, de spanning, de afstandelijke houding in de relatie, de overmatige eisen, hard werken, zijn faalangst en het negatieve zelfbeeld.

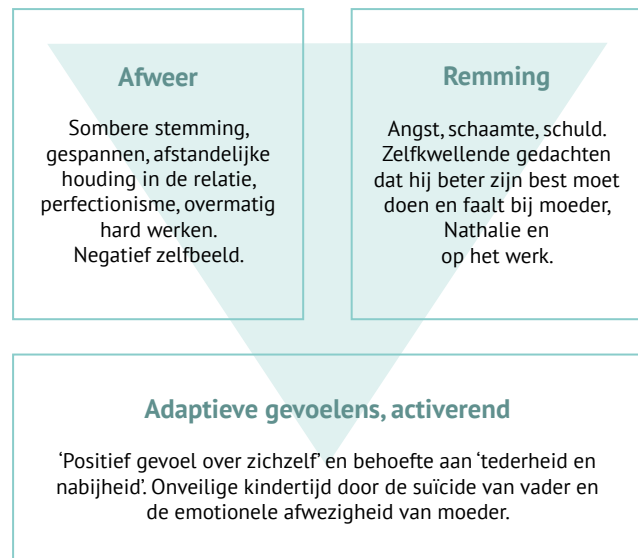
Ad 2 Welk adaptief gevoel vermijdt Tim: *adaptief gevoel*

Tim groeide op in een onveilige gezinssituatie (suicide vader en verantwoordelijkheid voor moeder). De therapeut vermoedt dat Tim als kind weinig zelfvertrouwen kon opbouwen en dit probeert te compenseren door overmatig presteren. Bovendien droeg deze onveilige jeugd vermoedelijk bij aan zijn angst om zich als volwassene over te geven aan een relatie en samen met zijn partner de verantwoordelijkheid voor een kind op zich te nemen. Op grond van deze overwegingen veronderstelt de therapeut dat het 'positieve gevoel over zichzelf' en zijn behoefte aan 'tederheid en nabijheid' adaptieve activerende gevoelens vormen. Deze gevoelens leiden tot twee samenhangende kernconflicten: rond een 'positief gevoel over zichzelf' en rond 'tederheid en nabijheid'. Als hij een positief zelfbeeld heeft, dan hoeft hij niet de perfecte werknemer of vader te zijn. Bovendien zal hij zichzelf dan ook niet uitputten en zal hij goed voor zichzelf zorgen. Als hij met vriendelijke ogen naar zichzelf kijkt en meer zelfvertrouwen ervaart, zal hij zich vermoedelijk ook durven over te geven aan zijn behoefte aan nabijheid in de relatie met een partner, en het aandurven om samen een kindwens te vervullen.

Ad 3 Waarom vermijdt hij deze activerende gevoelens: *remming*

Vermoedelijk ervaart hij verlatingsangst, schuldgevoel en emotionele pijn. De zelfmoord van vader heeft hem mogelijk het gevoel gegeven dat hij niet goed genoeg was om voor te blijven leven. Daarnaast schoot hij in zijn beleving tekort ten opzichte van zijn moeder, die hij gelukkig moest maken. Zijn moeder bleef ondanks zijn inzet ongelukkig. Door de zelfmoord van vader en de sombere stemming van moeder ontstond een onveilige sfeer in het gezin.

Als Tim deze veronderstellingen herkent, dan onderzoekt de therapeut met hem hoe dit patroon in het verleden is ontstaan. Daaruit blijkt dat Tims vader in de periode voor zijn suicide overmatig dronk en vanwege enkele buitenechtelijke relaties af en aan thuis woonde. Uiteindelijk pleegde hij zelfmoord. Tim heeft slechts vage herinneringen aan hem. De plotselinge dood van vader was angstig



Figuur 3 De conflictdriehoek van Tim.

en verwarrend voor Tim. Op zijn vraag waarom vader zichzelf doodde, antwoordde moeder dat vader de verantwoordelijkheid voor de kinderen niet aankon. In de jaren daarna lag moeder vaak in bed als Tim thuiskwam uit school.

Invullen van de personendriehoek gebeurt aan de hand van de volgende vragen:

1. Hoe worden de belangrijke personen uit het verleden getypeerd, op welke wijze beleeft hij zichzelf (innerlijk zelfbeeld) en hoe verwacht hij dat anderen naar hem kijken (innerlijk beeld van de ander): *verleden*.
2. Hoe verwacht hij dat anderen naar hem kijken (innerlijk beeld van de ander) en wat is de werkelijke reactie van anderen: *huidige personen*.
3. Wat is de innerlijke verwachting van de therapeut (innerlijk beeld van de therapeut) en welke tegenoverdracht ervaart de therapeut: *therapeut*.

Ad 1 Typering van personen uit de kindertijd en innerlijk zelfbeeld en beeld van de ander: *verleden*.

Vader wordt getypeerd door zijn chaotische houding, emotionele afwezigheid, overmatig drankgebruik en de suicide. Moeder maakt een machteloze indruk, was somber en leunde op Tim. Zijn zus steunde ook op Tim. Om een hypothese te formuleren over het innerlijk zelfbeeld en het beeld van de ander is het helpend om zich als therapeut te verplaatsen in de patiënt: hoe zou ik me voelen als ik dat kind in dat gezin was? De situatie roept angst en verwarring op: ik ben niet goed genoeg om voor te blijven leven, mijn gevoelens en verlangens doen er niet toe, het maakt de ander niets uit wat ik voel, ik doe mijn best om alles thuis te regelen, maar in mijn pogingen de ander gelukkig te maken schiet ik tekort. Op basis van deze inleving in de kinderbeleving van Tim veronderstelt de therapeut dat zijn



Figuur 4 De personendriehoek van Tim.

zelfbeeld negatief gekleurd is en dat hij verwacht in de ogen van de ander steeds tekort te schieten (innerlijk beeld van de ander).

Ad 2 Innerlijk beeld van de ander en de werkelijke reactie van anderen: *huidige personen*

Tim projecteert de strenge eisende kant van hemzelf op anderen. Door deze vertekening van de reacties van anderen beleeft Tim hen als afkeurend. Hij probeert die vermeende afkeuring te voorkomen door zich overmatig in te zetten, maar meent daarin te falen: het is nooit genoeg. Op het werk is men blij met zijn enorme inzet, alhoewel het ook wel wat minder mag. Nathalie houdt aanvankelijk van hem, wil met hem een gezin stichten, maar ergert zich gaandeweg steeds meer aan Tims verkrampde houding en wijst hem af vanwege zijn gearzel. Nathalie krijgt het gevoel niet goed genoeg voor hem te zijn.

Ad3 Innerlijk beeld van de therapeut en tegenoverdracht bij de therapeut: *therapeut*

Tim projecteert zijn kritische kant mogelijk ook op de therapeut. Daardoor zal hij de interventies snel als kritiek beleven. Vanuit de tegenoverdracht voelt de therapeut de angstige en eenzame worsteling bij Tim. Dit roept de neiging op het kinderlijke gemis te willen goedmaken (positieve vaderoverdracht). Daarnaast merkt de therapeut dat Tim niet

alleen van zichzelf veel eist, maar ook van hem als therapeut. Bovendien valt hem op dat Tim afstand houdt en zich niet gemakkelijk overgeeft aan de behandeling.

De personendriehoek brengt zo in kaart hoe Tim in het verleden weinig zelfvertrouwen opbouwde en voor zijn gevoel tekortschoot. Dit zelfbeeld en beeld van de ander herhalen zich in zijn huidige relaties en bij de therapeut.

Casus (vervolg)

De therapeut formuleert het intrapsychische kernconflict als volgt.

*'Je stelt hoge eisen aan jezelf, je werkt hard en je voelt je zeer verantwoordelijk in je werk (dat moet perfect zijn). Je relatie loopt mis (omdat je bang bent een gezin te stichten). Op dat terrein eis je ook van jezelf dat je het als vader heel goed doet en ervoor moet zorgen dat je kind in alle opzichten gelukkig is. Omdat je beseft dat je niet kunt voldoen aan die hoge eisen, heb je steeds het gevoel dat je tekortschiet. Ik vermoed dat je het zo goed moet doen, omdat je als kind juist het gevoel kreeg niet te voldoen (vader pleegde zelfmoord) en dat heeft je mogelijk het gevoel gegeven dat je niet goed genoeg was om voor in leven te blijven. Voor moeder deed je enorm je best (maar desondanks bleef zij ongelukkig). Ik denk dat je als kind sterk het gevoel had dat jij tekortschoot. Daardoor kon je geen zelfvertrouwen opbouwen en het gevoel krijgen dat wat je doet goed genoeg is. Nu, als volwassene, beseft je vermoedelijk wel dat het niet aan jou ligt dat moeder somber bleef of dat vader zelfmoord pleegde. Toch speelt dat oude gevoel je nog parten en moet je steeds dat minderwaardige gevoel compenseren door alles heel goed te doen. Lukt dat niet dan komt het oude gevoel terug dat je niet goed genoeg was om voor te blijven leven. Ik stel voor dat we ons in de psychotherapie eerst erop richten hoe je kunt loskomen van dat oude minderwaardigheidsgevoel en meer zelfvertrouwen kunt opbouwen. Dat kan je helpen om met vriendelijke ogen naar jezelf te kijken. Dan hoeft je je niet meer zo uit te putten en kun je eerder tevreden zijn met wat je doet en wie je bent. Vermoedelijk sta je dan ook meer open voor positieve reacties van anderen.'*⁶

Dit eerste kernconflict focust op het negatieve zelfbeeld. Pas als Tim positiever naar zichzelf kan kijken, lukt het hem vermoedelijk te voelen hoe verdrietig en boos hij is over de verlating door vader en de geringe beschikbaarheid van moeder. Deze gevoelens benoemt de therapeut nog niet, omdat deze te schuldbeladen zijn.

Vervolgens kan een tweede kernconflict rond de activerende gevoelens ‘nabijheid en tederheid’ besproken worden. Daarmee hangt zijn angst samen zich te hechten en emotioneel toe te vertrouwen aan een partner.⁶

Casus (vervolg)

Het tweede kernconflict wordt zo verwoord.

‘Je hield afstand in de relatie met Nathalie, mogelijk uit angst je aan haar toe te vertrouwen. Deze angst is vermoedelijk ontstaan in je kindertijd. Je vader pleegde zelfmoord, kon het leven niet aan en je moeder was niet in staat je steun te bieden en voor het gezin te zorgen. Als oudste nam jij de zorg en verantwoordelijkheid voor je moeder en je zus op je. Door die verantwoordelijke positie kon je niet afhankelijk en klein zijn. Ik denk dat je al heel vroeg aanvoelde dat die afhankelijke positie angstig en onveilig was. Door je zo verantwoordelijk te gedragen, won je de liefde en waardering van moeder. Nu, als volwassen man, ben je nog steeds bang je afhankelijk op te stellen en toe te vertrouwen aan de relatie met een partner, ook al besef je dat dit niet meer nodig is. Ik stel voor dat we ons in de therapie erop richten hoe je kunt loskomen van die oude angst en wat je kan helpen om de ander te vertrouwen en je kwetsbaar op te stellen. Dan lukt het je vermoedelijk ook beter om een relatie op te bouwen en de verantwoordelijkheid voor een kind te delen.’⁶

Eerst vraagt de therapeut aan Tim of deze formuleringen goed aansluiten bij zijn beleving of aangepast moeten worden. De Therapeut-punt van de driehoek vormt daarbij overigens geen onderdeel van de beschrijving van het kernconflict, omdat deze vaak hypotheses bevat die de therapeut tijdens de behandeling zal toetsen. Bovendien kan de patiënt de therapeutische tegenoverdracht als een beschuldiging ervaren (‘Ik bezorg hem dat gevoel’). Het eerste kernconflict (negatief zelfbeeld) krijgt voorrang in de behandeling, omdat het de basis vormt van zijn problemen op het werk en in de relatie met Nathalie en anderen. In het tweede kernconflict ligt het accent op Tims angst voor wederkerigheid in de relatie.

Het kernconflict in de praktijk

De hier getoonde beschrijvingen van Tims kernconflicten zijn illustratief voor een individuele AFT-behandeling. Als patiënten deelnemen aan AFT-groepstherapie, wordt de formulering van hun kernconflict vaak samengevat in een

handzaam motto: een metaforische spreuk waarin het kernconflict en het behandeldoel verwoord zijn. Dit motto is vaak op verschillende manieren te interpreteren en biedt de patiënt speelruimte bij het loslaten van zijn oude afweer. Zo sluit het volgende motto aan bij Tims eerste kernconflict: ‘Door binnen en buiten te combineren leer ik mezelf waarderen’. Zijn tweede kernconflict komt tot uiting in het motto: ‘Ik ontdek wat leeft in mij en laat de ander dichterbij’. De groepsleden zijn op de hoogte van elkaars kernconflicten en de bijbehorende motto’s.

De formulering van het kernconflict kan de plank misslaan als deze niet gedetailleerd of nauwkeurig genoeg is. De formulering klopt als hij daadwerkelijk bijdraagt aan de oplossing van de affectfobie van de patiënt. Daarom is het nuttig bij een tussentijdse evaluatie van de behandeling te onderzoeken of de problemen zijn afgenomen en het kernconflict nog steeds als passend wordt ervaren. Als er geen vooruitgang optreedt, kan het zijn dat het kernconflict niet klopt en de juiste richting in de therapie ontbreekt.

Casus

De verwoording van kernconflicten kan ook te pijnlijk zijn voor de patiënt. Dit was bijvoorbeeld het geval bij Olivier, die opgroeide met een psychotische moeder. De therapeut concludeerde aan het eind van het eerste gesprek dat Olivier door zijn wantrouwen moeite had een relatie op te bouwen. Olivier vatte dit op als een kritische veroordeling. Toen de therapeut dit merkte bij het tweede gesprek, richtte hij zijn aandacht op regulering van het pijnlijke gevoel.⁶

Olivier:	<i>Ik voelde me helemaal mislukt na ons eerste gesprek.</i>
Therapeut:	<i>Waarover voelde je je het meest mislukt in wat je de vorige keer vertelde?</i>
Olivier:	<i>Al mijn relaties liepen mis, doordat ik nooit iemand vertrouwde.</i>
Therapeut:	<i>Je hebt je vaak onveilig gevoeld in je leven. Het is goed dat je gekomen bent. Laten we de tijd nemen om te onderzoeken hoe het komt dat je weinig vertrouwen in anderen hebt en daarna kijken hoe je daarin verandering kunt brengen.</i>

De therapeut toont hier begrip voor de wijze waarop Oliviers leven is gelopen en accepteert zijn gebrek aan vertrouwen. Daarnaast geeft hij hoop door samen met hem aan verandering te werken.⁶

Een andere valkuil bij de formulering van een kernconflict kan een (tijdelijk) gebrek aan het vermogen tot zelfbeschouwing zijn, bijvoorbeeld door angst en spanning. Het exploreren en bespreken van een kernconflict bieden de patiënt erkenning en inzicht, en stimuleren hem aan de slag te gaan met zijn problematiek. Als de heftigheid daarvan gaandeweg afneemt, werkt dat motiverend voor de patiënt: hij ziet dat hij op de goede weg is.

De therapeut kan deze veranderingen monitoren door met behulp van de ATOS (Achievement of Therapeutic Objectives Scale (zie www.affectphobiatherapy.com) video-opnamen van sessies te observeren. Met dit observatie-instrument, dat ook geschikt is voor wetenschappelijk onderzoek, kan hij vaststellen in hoeverre bijvoorbeeld het zelfbeeld, het beeld van de ander, de sterkte van de afweer en de intensiteit van de remming veranderen en het doel van de therapie bereikt wordt.

Het kernconflict biedt zo een route voor de behandeling en een begin- en een eindpunt. Met deze routekaart op zak gaan therapeut en patiënt samen op weg om het gestelde doel te bereiken.

Stappen bij de formulering van het kernconflict⁶

1. De therapeut inventariseert eerst de problemen waarvoor hulp gezocht wordt.
2. Hij informeert naar een concreet voorbeeld.
3. De therapeut stelt voor zichzelf een hypothese op over de affectfobie.
4. De therapeut vraagt door met de conflictdriehoek in zijn achterhoofd: hoe (afweer), wat (afgeweerd activerend gevoel) en waarom (remming) wordt afgeweerd.
5. De therapeut spoort de afweerverschijnselen, de remmende gevoelens en de adaptieve activerende gevoelens op.
6. De therapeut formuleert het kernconflict en toetst of dit aansluit bij de emotionele beleving van de patiënt, en past de formulering zo nodig aan.
7. De therapeut heeft oog voor eventuele obstakels: te voorbarige conclusies, angst, schaamte en emotionele pijn bij de patiënt, onnauwkeurige formulering, en onvoldoende toegankelijkheid bij de patiënt.
8. De therapeut verheldert de formulering van het kernconflict door die te verbinden met de personendriehoek.
9. Een kernconflict is compleet als dit een belangrijke affectfobie verwoordt, en aangeeft waarom deze optreedt en in welke relaties.
10. De therapeut informeert naar andere problemen en formuleert andere kernconflicten.
11. De kernconflicten en de diagnostische inschatting van de kwetsbaarheid van de patiënt vormen een leidraad bij de behandeling.
12. De therapeut evalueert tijdens de behandeling regelmatig het kernconflict en past dit zo nodig aan.

Literatuur

- 1 Malan DH. Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. 2nd Ed. London: Francis & Taylor Ltd; 1995.
- 2 American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition). Amsterdam: Boom; 2014.
- 3 Binder JL. Key competencies in brief dynamic psychotherapy: clinical practice beyond the manual. New York: Guilford press; 2004.
- 4 McCullough Vaillant L. Changing character: Short-term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defenses. New York: Basic books; 1997.
- 5 Draijer N, Langeland W. Psychoanalyse, psychoanalytische psychotherapie en wetenschappelijke evidentie. Tijdschrift voor Psychotherapie 2017;43:33-59.
- 6 Dam QD van. Affectfobietherapie in de praktijk. Tweede druk. Amsterdam: Hogrefe; 2020.
- 7 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- 8 Aken-van der Meer ME. Kort en goed genoeg. Praktijkboek kortdurende focale psychotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
- 9 Muste E, Saschowa M. Scholensrijd of keuzemogelijkheid? Behandeling van cluster C vanuit affectfobietherapie of schematherapie. Groepen 2019;1:16-30.
- 10 Stolk P, Saschowa M. Trotseer de beer. Over affectfobiebehandeling en de activerende kracht van beeldende therapie. Tijdschrift voor vaktherapie 2016;12:3-12.
- 11 Versteeg C, Bakker A, Zutphen S van. Depressie en dynamiek. Groepen 2015;10:42-51.
- 12 Dam QD van, Hamburger M. Affectfobietherapie. Een integratie van psychodynamische, cognitief therapeutische en experiëntiële technieken. Tijdschrift voor psychotherapie 2014;40:415-29.
- 13 Dam QD van. Angstherkenning en gevoelsuiting in de affectfobietherapie. Een pleidooi voor integratie in de psychodynamische therapie. Tijdschrift voor Psychoanalyse & haar toepassingen 2018;24:252-64.
- 14 McCullough L, Kuhn N, Andrews S, et al. Treating Affect phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy. New York: The Guilford press; 2003.

ENTREETOETS

1. Wat is een affectfobie?

- angst voor emotioneel beladen sociale situaties
- angst voor eigen gevoelens en verlangens

2. AFT is een combinatie van psychodynamische, experiëntiële en cognitief-gedragstherapeutische principes.

- juist
- onjuist

3. Op basis waarvan ervaart de patiënt een kernconflict?

- vanuit angst voor de eigen gevoelens en strevingen
- vanuit verkeerde verwachtingen van anderen

TUSSENVRAGEN

1. Voor welke doelgroep is AFT vooral aangewezen?

- cluster A-problematiek
- cluster B-problematiek
- cluster C-problematiek

2. Plaats bij de volgende uitspraken de juiste letter tussen haakjes. Welke volgorde is correct?

Je blowt (...) vaak als je uitgaat. Probeer je daarmee je schaamte (...) te overwinnen? Kan het zijn dat je het nodig hebt om je vrijer (...) te voelen en te genieten (...) met je medestudenten (...)? Je bent door je ouders (...) streng opgevoed met veel ge- en verboden. Ik kan me voorstellen dat je bang (...) bent om te genieten en jezelf te tonen (...). Wat is de juiste volgorde?

- A, G, G, G, H, T, A, R
- A, R, G, G, H, V, R, G
- A, G, A, G, H, V, G, G
- A, R, G, G, H, V, G, G

3. Wie zijn bij Tim voor het opstellen van de personendriehoek de relevante personen uit het verleden?

- zijn moeder en zus
- zijn moeder, vader en zus
- zijn moeder, vader, zus en Nathalie

EINDTOETS

1. Welke therapeutische technieken zijn in AFT geïntegreerd?

- psychodynamische en experiëntiële technieken
- psychodynamische, experiëntiële en cognitief-gedragstherapeutische technieken
- psychodynamische en cognitief-gedragstherapeutische technieken

2. Waartussen toont de conflictdriehoek de samenhang?

- de activerende gevoelens, de klachten en de afweer
- de remming en de afweer
- de activerende gevoelens, de remming en de afweer

3. Waartussen toont de personendriehoek de samenhang?

- ontstaanswijze van problemen in het verleden en symptomatologie in het heden
- vorming van het zelfbeeld en beeld van de ander, en herhaling daarvan in huidige en therapeutische relatie
- hoe de relatie met ouderfiguren van invloed is op huidige relaties.

4. Vul de juiste symbolen in bij onderstaand voorbeeld.

Welke volgorde is correct?

De symbolen zijn voor de conflictdriehoek: Afweer (A), Remming (R) en Gevoel (G). De symbolen voor de personendriehoek zijn: Therapeut (T), Huidige personen (H) en Verleden (V).

Sinds het overlijden van je moeder (...) maak je met veel mensen ruzie (...) waardoor je afstand creëert (...). Ook bij mij in de therapie (...) ga je steeds in discussie. Ik denk dat je bang (...) bent je kwetsbaar te tonen en je verdriet (...) toe te laten. Je kreeg al op jonge leeftijd van je ouders (...) de boodschap dat grote jongens niet huilen.

- V,A,A T, R, G, V
- V, G, R, T, A, G, V
- V,A, R, T, R, G, V

5. Vul de juiste symbolen in bij onderstaand voorbeeld.

Welke volgorde is correct?

Je bent nu enkele jaren uit huis, maar laat nog steeds je ouders (...) alles voor je regelen (...). Als je hen loslaat, komt er mogelijk veel angst en onzekerheid (...) naar boven. Je voelt je dan een ondankbaar kind (...). Loslaten biedt je ook de kans je eigen weg (...) te gaan. Door de beschermende houding van je ouders (...) heb je weinig zelfvertrouwen (...) opgebouwd.

- R, A, R, G, G, V, G
- V, A, G, R, G, V, G
- V, A, R, R, G, V, G

6. Waaruit bestaat het kernconflict?

- hypothesen over de verstoorde relaties in verleden en heden
- hypothesen over de belangrijkste affectfobieën die de basis vormen van patiënts problematiek
- werkhypothesen over te verwachten overdracht en tegenoverdacht

7. Wat is het innerlijk zelfbeeld en beeld van de ander?

- de wijze waarop iemand zichzelf typeert en hoe hij anderen beschrijft
- hoe iemand zich voelt en de wijze waarop hij anderen ervaart
- hoe iemand zichzelf beschouwt en hoe hij verwacht dat anderen hem beschouwen