

# Affectfobietherapie

Een integratie van psychodynamische, cognitief gedragstherapeutische en experiëntiële technieken

Quin van Dam en Marc Hamburger

- 
- De Affectfobietherapie (AFT), ontwikkeld door McCullough, is gebaseerd op de aanname dat een psychodynamisch conflict tussen gevoelens en daarmee geassocieerde angst opgevat kan worden als een fobie voor gevoelens in de persoon: een affectfobie. Deze aanname biedt de therapeut gelegenheid deze fobie te behandelen als een externe fobie met behulp van systematische desensitisatie (*exposure*, responspreventie en angstregulatie). Doel van AFT is de patiënt te helpen de afgeweerde gevoelens toe te laten en te leren hanteren. De therapie gebruikt als psychodynamisch werkmodel Malans conflict- en personendriehoek en heeft drie doelen: herstructurering van de afweer, van het affect en van de representaties van zelf en ander. Na bespreking en klinische illustratie van deze doelen beschrijven wij de therapeutische interventies en het indicatiegebied van AFT. Tot slot schetsen wij de efficiëntie van AFT, het nut van de conflict- en personendriehoek en hoe klinisch-wetenschappelijk onderzoek heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van AFT.
- 

## Inleiding

De Affectfobietherapie (AFT), ontwikkeld door McCullough (1997), wordt in de ambulante en semi-ambulante Nederlandse ggz steeds meer toegepast. Deze toename is begrijpelijk vanuit de actuele ontwikkeling in het vergoe-

---

Q.D. VAN DAM, klinisch psycholoog, psychoanalyticus, supervisor NVP, NVPA en voor het register Affectfobie van de NVPP, werkt in eigen praktijk in Leiden. Hij is docent bij RINO NH en begeleidt groepen huisartsen volgens de Balintmethode. E-mail: [quinvandam@zonnet.nl](mailto:quinvandam@zonnet.nl).

M. HAMBURGER, psychoanalyticus i.o., werkt als psychotherapeut in eigen praktijk te Utrecht en als docent bij de RINO NH en de RINO Groep te Utrecht.

dingenstelsel van de zorg. Daarin wordt vereist dat de efficiëntie en effectiviteit van de behandeling zijn onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek. Voor AFT is de werkzaamheid in een RCT aangetoond voor patiënten met een as-I-diagnose depressie of angststoornis (Johansson e.a., 2013) en in twee RCT's voor patiënten met cluster-C-persoonlijkhedsproblematiek (Winston e.a., 1994; Svartberg e.a., 2004).

In AFT zijn psychodynamische, cognitief gedragstherapeutische en experiëntiële technieken geïntegreerd. Het fundament van deze therapie is het psychodynamische model (zie <http://affectphobiatherapy.com>). McCullough ontwikkelde het behandelmodel op basis van wetenschappelijk onderzoek en klinische observaties gedurende enkele decennia binnen de *Short Term Dynamic Psychotherapy* (Davanloo, 1980). Geïnspireerd door Wachtel (1997) herformuleerde zij de tegenstelling tussen de gevoelens en de daarmee geassocieerde angst - in de psychoanalytische theorie aangeduid als psychodynamisch conflict - in de leertheoretische en gedragstherapeutische term affectfobie. De fobie is in dit geval geen angst voor iets buiten de persoon (zoals ruimten, tunnels of spinnen), maar (onbewuste) angst voor verlangens en gevoelens in de persoon: een interne fobie. Het nut van de herformulering van het conflict over gevoelens in affectfobie wordt ondersteund door resultaten van wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaring in de cognitieve gedragstherapie. Daaruit blijkt dat externe fobieën succesvol behandeld kunnen worden met behulp van systematische desensitisatie (responspreventie, *exposure* en angstregulatie). De toepassing van deze gedragstherapeutische techniek (Wolpe, 1958) in het psychodynamisch kader biedt de mogelijkheid de effectiviteit en efficiëntie van die behandeling te vergroten (McCullough e.a., 2003).

AFT heeft als doel patiënten te helpen de afgeweerde gevoelens weer toe te laten en te leren hanteren. Na een beschrijving van de conflict- en personendriehoek bespreken wij de drie hoofddoelen van AFT, de therapeutische interventies en het indicatiegebied van deze therapievorm. Tot slot beschrijven wij de vernieuwende aspecten van AFT. We laten zien op welke wijze deze integratieve benadering zich onderscheidt van de klassieke psychoanalytische psychotherapie, wat de toepassingsmogelijkheden van de conflict- en personendriehoek zijn en hoe klinisch-wetenschappelijk onderzoek heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van AFT.

## Behandelmodel van AFT

### *Activerende en remmende gevoelens*

Als een kind in de loop van zijn ontwikkeling leert dat bepaalde gevoelens (zoals woede, verdriet of opwinding) niet geaccepteerd worden, dan zal het ze als slecht beleven en verdringen. Deze gevoelens raken door een proces van klassieke conditionering verbonden met angst-, schuld- of schaamtegevoelens. In het AFT-model worden ze aangeduid als remmende gevoelens. Daar tegenover staan gevoelens die er wel mogen zijn: activerende gevoe-

lens. Deze gevoelens zetten aan tot iets (zoals zoeken van nabijheid of uiten van verdriet) en geven vaak een opluchtend gevoel. De uiting gebeurt op adaptieve wijze: 'Ik voelde me apetrots toen ik geslaagd was en dat mocht iedereen weten.' In het geval gevoelens in de loop van de ontwikkeling verbonden raken met remmende gevoelens (zoals angst, schaamte of schuldgevoel), dan worden ze vaak op disadaptieve wijze geuit. Zo kan verdriet op disadaptieve wijze tot uiting komen in zelfhaat of slachtoffergedrag, en agressie in disadaptieve vorm in onechte vriendelijkheid of onverwachte woede-uitbarstingen. De disadaptieve gevoelsuiting is in het contact met anderen vaak destructief en creëert afstand, frustratie, onbegrip, eenzaamheid en wanhoop.

Uit het voorgaande blijkt dat gevoelens op een adaptieve en disadaptieve wijze tot uiting kunnen komen. In de klinische praktijk is dit onderscheid merkbaar door de aan- of afwezigheid van opluchting bij een gevoelsbeleving. Een voorbeeld is de patiënt die de gehele therapiesessie huilt, zonder opluchting te ervaren. Mogelijk is in dit geval sprake van een disadaptieve uiting van gerede woede of verdriet.

De remmende gevoelens van angst, schuld en schaamte hebben vaak een beperkende invloed. Bijvoorbeeld in het geval waarin angst de behoefte aan intimiteit inperkt. Daarnaast kunnen angst-, schuld- en schaamtegevoelens ook op adaptieve wijze tot uiting komen. Zo kan angst ons wijzen op dreigend gevaar en brengen schuld- en schaamtegevoelens ons tot oprechte spijt en verontschuldiging.

#### *Conflict- en personendriehoek*

Het conflict tussen een activerend gevoel en een remmend gevoel kan zich op bewust of onbewust niveau voordoen. Soms is het conflict zo pijnlijk, dat de patiënt verschillende vermijdende gedachten, gevoelens of gedrag als afweer aanwendt, om de gevoelens of de situatie waarin de gevoelens optreden te ontwijken. Het afweergedrag zorgt ervoor dat het activerende gevoel of het remmende gevoel (of beide) gedeeltelijk of totaal niet bewust worden. Ter illustratie: 'Toen mijn baas tegen me schreeuwde, kreeg ik vreselijke hoofdpijn en moest ik gaan liggen.' Deze patiënt ervaart geen bewuste woede tegen haar baas, maar vertelt alleen over de vermijdende reactie van de hoofdpijn en haar behoefte te gaan liggen (McCullough e.a., 2003).

De afweer kan tot uiting komen in de vorm van gedachten, van gevoelens en van gedrag. In het AFT-model wordt symptoomgedrag beschouwd als een afweer van een affectfobie. De DSM-IV as-I- en as-II-stoornissen vormen een combinatie van onderliggende affectfobieën en neurobiologische kwetsbaarheden. AFT neemt de afzonderlijke diagnostische categorieën niet als uitgangspunt, maar richt zich op de affectfobie van bepaalde gevoelens en de desensitisatie daarvan. Zo kan de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis voortkomen uit een affectfobie of angst voor nabijheid. AFT richt zich op de onderliggende oorzaak of de bron van de symptomen: de affectfobie van de activerende behoefte aan nabijheid (McCullough e.a., 2003).

De onderverdeling in afweer, remmende en activerende gevoelens wordt grafisch weergegeven in een zogeheten conflict driehoek (zie figuur 1). Bij de Afweer-punt (linksboven) staan de symptomen en het afweergedrag vermeld. De punt van de Remming (rechtsboven) geeft de angst, schuld, schaamte, walging en emotionele pijn weer met de daarbij horende cognities en overtuigingen. De Gevoel-pool (de onderste punt) vermeldt de (onbewuste) adaptieve en activerende gevoelens: verdriet, woede, plezier, angst, opwinding, intimiteit, trots, seksueel verlangen, positieve gevoelens over het zelf en adequate zelfzorg. De conflict driehoek is een weergave van de affectofobie of van het psychodynamisch conflict.

Het verbod op activerende gevoelens ontstaat in de relatie met de ouders of met belangrijke anderen in het verleden, en herhaalt zich in de relatie met de huidige personen en de therapeut. Therapeut en patiënt onderzoeken en bewerken deze dynamiek. De samenhang tussen heden en verleden is grafisch weergegeven in de personendriehoek (zie figuur 2): linksboven staat de Therapeut, rechtsboven de Huidige personen (zoals partner, kinderen, vrienden, baas en collega's) en in de onderste punt de personen uit het Verleden (zoals ouders, broers, zussen en onderwijzers). Als de patiënt in zijn actuele bestaan nog veel contact met broer of zus heeft, krijgen zij toch een plaats in de onderste punt. Deze familieleden maakten deel uit van de interacties in het verleden waarin de disadaptieve patronen ontstonden.

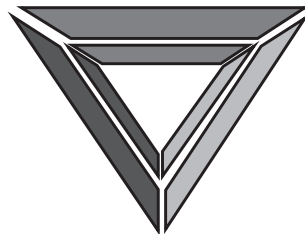
De personendriehoek levert een werkmodel om te verhelderen op welke wijze de affectofobie en de afweer daarvan in het verleden zijn ontstaan. Bovendien geeft deze driehoek weer hoe dit patroon in de relatie van de patiënt met de therapeut en met de huidige personen gehandhaafd blijft. Deze habituele reactiepatronen bepalen het karakter en de karakterstoornis van de persoon (Malan, 1979). Verandering van het reactiepatroon brengt een karakterverandering teweeg. Met behulp van de driehoeken stelt de therapeut een formulering van het kernconflict van de patiënt op. Hij vraagt de patiënt om

**afweer**

symptomen, gedrag, gedachten  
en gevoelens

**remming**

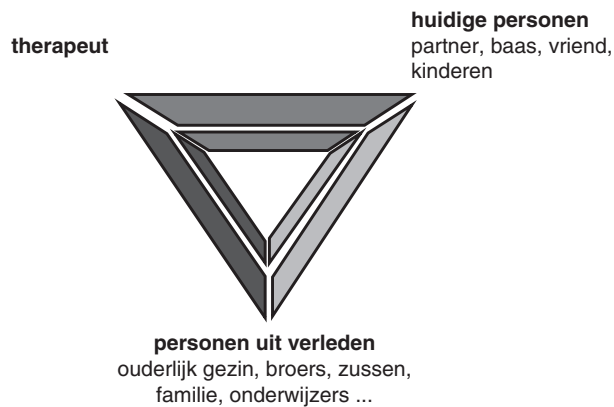
schuld, schaamte,  
emotionele pijn



**activerende gevoelens en verlangens**

adaptieve vormen van verdriet, woede, tederheid  
positieve gevoelens voor zichzelf (interesse, opwinding, plezier)  
de emotionele basis voor zelfzorg, betrokkenheid, trots en  
waardering

*Figuur 1* Conflict driehoek van McCullough en Malan.



Figuur 2 Personendriehoek van McCullough en Malan.

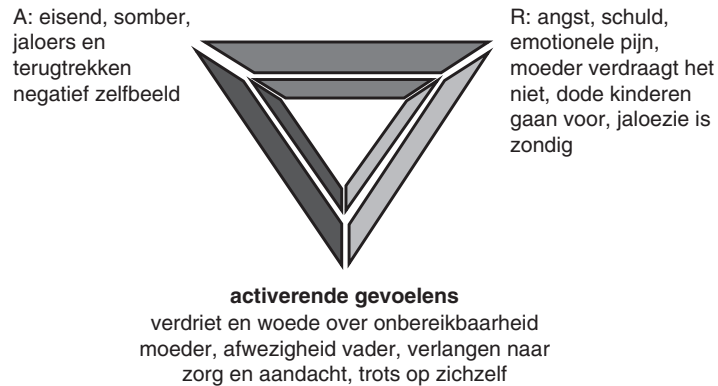
een concreet voorbeeld van zijn aanmeldingsprobleem. Doorvragen helpt een zo gedetailleerd mogelijk beeld te krijgen. Zegt de patiënt bijvoorbeeld: ‘Ik heb problemen met mannen’, dan kan doorvragen leiden tot: ‘Toen Ton me gisteravond aanraakte, kon ik niet reageren’ (McCullough e.a., 2003). De therapeut formuleert het kernconflict, door met de driehoeken in het achterhoofd de volgende vragen te stellen: hoe wordt een activerend gevoel vermeden (afweer)? Welk activerend gevoel wordt vermeden (gevoelspool)? En waarom wordt het vermeden (remmend gevoel zoals angst, schaamte of schuld)?

Kees (29) is accountant van beroep. Wanneer zijn vriendin Nadja met vriendinnen optrekt of even met een andere man praat en zich niet helemaal aan hem wijdt, voelt hij zich afgewezen, somber en jaloez. Dit probleem deed zich in relaties eerder voor en leidde ertoe dat Kees de relatie verbrak. Hij groeide op in een streng christelijk gezin. Toen hij drieënehalf jaar oud was, overleed zijn zusje van anderhalf jaar. Moeder raakte kort daarop weer zwanger. Dat broertje overleed echter vlak na de geboorte. Beide ouders waren na deze sterfgevallen emotioneel lange tijd niet beschikbaar.

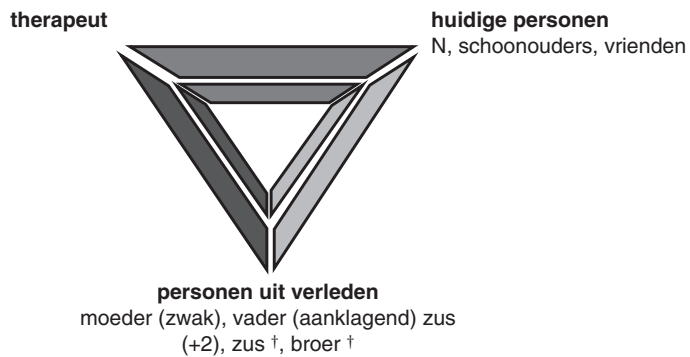
Kees kon als kind zijn verdriet, woede en machteloosheid over het gemis aan nabijheid van moeder niet beleven. Moeder voelde zich somber en verkeerde in gedachten bij haar overleden kinderen en was niet voor hem beschikbaar. Er restte Kees geen andere keus dan zijn gevoelens af te weren en zijn eigen gang te gaan. Zo hield hij zich staande. Wanneer zijn woede en verdriet naar de oppervlakte komen, voelt hij zich angstig en schuldig. Hij voelt aan dat moeder deze gevoelens niet verdraagt en is bang dat het geringe contact met haar verbroken raakt.

Psychodynamisch gezien zijn bij Kees primaire (activerende) gevoelens van verdriet, woede en verlangen naar nabijheid in conflict met remmende

gevoelens van schuld, angst en schaamte. De primaire gevoelens komen in afgeweerde vorm tot leven in de relatie met Nadja: zij moet er als een goede moeder voor hem zijn. Kees verdraagt niet dat zij aandacht geeft aan anderen. Hij reageert dan eisend, jaloers en somber. Dit levert de volgende conflict- en personendriehoek als in figuur 3.



Figuur 3 Conflictdriehoek van Kees.



Figuur 4 Personendriehoek van Kees.

- *Hoe wordt afgeweerd?* Eisend gedrag, heftige jaloezie en de neiging zich terug te trekken in een sombere en verongelijkte stemming, wanneer Nadja met anderen is. Dit afweergedrag vormt een disadaptieve uiting van het verbod op het verlangen naar moeder.
- *Wat wordt afgeweerd?* Activerende (onbewuste) adaptieve woede en verdriet over de afwezigheid van moeder en vader.
- *Waarom afweer (remming)?* Boosheid is slecht, moeder verdraagt het niet. Vader is onbereikbaar en verbreekt het contact als Kees kwaad wordt. Schuldgevoelens over zijn jaloezie op de dode kinderen.
- *Therapeut.* Vaderoverdracht, verlangen naar de vader die hij gemist heeft. Zo wil hij graag met mij (therapeut) praten over mijn en zijn beroepsontwikkeling.

- *Huidige personen.* Nadja en vrienden. In de relatie met Nadja zoekt patiënt de liefde en aandacht die hij bij moeder gemist heeft. Is Nadja niet beschikbaar, dan roept dit bij patiënt een gevoel op dat hij vermoedelijk ook beleefde toen moeder emotioneel afwezig was na het overlijden van haar twee kinderen. Hij hanteert dit verlangen naar Nadja op dezelfde dis-adaptieve wijze als in zijn kindertijd: hij trekt zich terug, wordt somber en verongelijkt. Dit afweergedrag verstoort de relatie met Nadja.
- *Personen uit verleden.* Rigide vader die zich verongelijkt terugtrekt, zijn geloof boven dat van anderen en Kees stelt en bij verschil van mening zegt: ‘Het doet ons pijn dat je naar een andere kerk gaat.’ Moeder toont zich zwak en hulpeloos. Kort na aanvang van de therapie van Kees vertelt zij hem dat zij tot drie jaar na het overlijden van de kinderen dood wilde.

### Doelen van AFT

De AFT-behandeling heeft drie doelen: *a* herstructurering van de afweer, *b* herstructurering van het affect, en *c* herstructurering van de representaties van zelf en ander. Het eerste doel staat vaak in de beginfase van de therapie op de voorgrond. De herstructurering van het affect kan daarop volgen, als de patiënt de afweer loslaat en in staat is het verboden gevoel te beleven en te leren uiten. Het derde doel heeft voorrang, in het geval de patiënt zeer negatief tegenover zichzelf staat. Vaak zijn patiënten met een negatief gekleurd zelfbeeld sterk geneigd verheldering van de afweer of van het verboden gevoel als negatieve kritiek op te vatten. De angst om op positieve wijze naar zichzelf te kijken en nabijheid van anderen te verdragen, wordt eerst met behulp van de desensitiseringsmethode verminderd. Pas daarna zijn de twee andere doelen mogelijk.

#### *Herstructurering van de afweer*

Patiënten realiseren zich vaak niet dat zij hun gevoelens afweren en hoe zij dat doen. Worden zij daarop geattendeerd, dan kunnen zij zich kwetsbaar en beschaamd voelen. De therapeut brengt het afweergedrag op een accepterende en empathische wijze onder de aandacht en is gevoelig voor eventuele angst- en schuldgevoelens.

De volgende patiënt meldt zich aan vanwege uitstelgedrag dat zijn baan in gevaar brengt.

Th: ‘Het valt me op dat u op afstandelijke wijze over uw problemen praat, alsof het iemand anders betreft. Is dat u weleens opgevallen?’

Chris: ‘Nee, dat heb ik me niet zo gerealiseerd.’

Th: ‘Het lijkt alsof u niet het gevoel hebt dat u zelf een rol speelt in uw problemen, dat u het bent die steeds uitstelt. Herkent u dat?’

Chris: ‘Nu u dat zo zegt: ik voel me altijd weinig betrokken. Ik krijg daar een onbehaaglijk gevoel bij, als u dat zegt.’

Th: 'Waar voelt u dat vooral?'

Chris: 'Druk en onaangenaam gevoel op mijn borst.'

Th: 'Komt dat gevoel op uw borst u bekend voor, heeft u dat eerder gevoeld?'

Chris: 'Als kind had ik dat heel vaak. Het was allemaal zo los zand - ieder voor zich.'

Th: 'Ik kan me voorstellen dat u zich toen erg angstig en eenzaam voelde.'

Eerst attendeert de therapeut Chris op zijn afstandelijke wijze van praten (afweergedrag). De afweer verandert van egosyntone (niet-bewuste) afweer in egodystone (bewuste) afweer. Chris voelde zich als jongste van zes kinderen er niet bij horen. In zijn beleving dachten zijn ouders: weer zo eentje. Chris miste hun betrokkenheid. In zijn uitstelgedrag en afstandelijke wijze van praten (afweergedrag) komt dit gemis aan betrokkenheid tot uiting, hij mist gevoelscontact met wat hij doet.

Na het bewust maken van de afweer wordt de ontstaanswijze van de afweer onderzocht. Zo heeft Kees (uit de vorige casus) als kind geleerd dat verdriet niet wordt aangevoeld. De dode kinderen gingen voor. Hij sloot zich emotioneel af en trok zich terug. In het verleden kon hij niet anders en was dit de best mogelijke oplossing die hem de meeste veiligheid opleverde. In zijn huidige leven stelt hij zich eisend op of neemt hij afstand als Nadja niet beschikbaar is. Deze reactie verstoort de relatie en is niet meer nodig. Nadja heeft veel begrip voor hem en luistert naar zijn verhaal, maar stapt niet in de moederrol.

Na verheldering van de afweer dient de therapeut expliciet bij een bepaald gevoel en de afweer stil te blijven staan, om dat gevoel te beleven en de gefantaseerde negatieve gevolgen (zoals angst, schuld of schaamte) onder ogen te zien. De angstregulering vindt plaats door de angst te exploreren en bijvoorbeeld te vragen: 'Wat is het ergste dat u vreest?', of: 'Waarvoor schaamt u zich het meest?' Beleving van de angst in de sessie kan al ontspanning teweegbrengen, doordat de patiënt beseft dat de angst niet reëel is. Zo ervaart Kees (verlatings)angst en schuldgevoelens over zijn woede en verdriet ten aanzien van moeder. Eerst wordt de ontstaanswijze daarvan verhelderd. Pas als zijn angst- of schuldgevoelens zijn afgenomen, kan hij zijn woede en verdriet toelaten en beleven.

#### *Beleving en uiting van het affect*

Gevoelsbeleving staat centraal in AFT. De patiënt leert op een ontspannen wijze stapsgewijs het gevoel te beleven, zonder de bestraffende remming. Eerst wordt het verboden adaptieve gevoel vastgesteld, dan vindt responspreventie plaats door de afweer onder de aandacht te brengen en ernaar te streven deze los te laten. Daarna volgt regulering van eventuele angst. Als de angst gereguleerd en daarmee draaglijk geworden is, keert men terug naar



de beleving van het afgeweerde gevoel. In gedragstherapeutische termen gaat het om *exposure* middels systematische desensitisatie en niet om *flooding*.

Kees vertelt zakelijk dat moeder drie jaar lang dood wilde. De therapeut krijgt een akelig en naar gevoel, en beseft dat Kees hem laat voelen wat hij zelf niet kan beleven.

Th: 'Stelt u zich eens voor dat u een klein jongetje bent en moeder wil dood. Wat komt er bij u op, als u zich dit voorstelt?'

[Kees lijkt zich zich angstig en onbehaaglijk te voelen.]

Th: 'Wat maakt u het meest angstig?' [angstregulatie]

Kees: 'Dat er dan niemand is en het verdriet niet meer ophoudt.'

Th: 'Als kind wist u zich geen raad met de situatie en wist u niet waar u het zoeken moest. Nu bent u volwassen en hebt u de regie. Als kind had u soms het idee: dit houdt nooit meer op. Moeder kon u ook niet helpen uit dat verdriet te komen. U weet nu als volwassen persoon dat elk gevoel komt en gaat.'

In de week volgend op de sessie voelt Kees zich regelmatig akelig en naar. Geleidelijk ontspant hij en beleeft hij zijn verdriet.

Bij de beleving van het gevoel *switcht* de therapeut tussen heden en verleden, en tussen de positie van volwassene en van afhankelijk kind.

De eerste stap bij de herstructurering van het affect is de beleving van de gevoelens in fantasie. Wanneer een patiënt zegt dat hij boos is, vraagt de therapeut waar deze boosheid hem toe aanzet. Zijn gevoelens en neigingen worden in fantasie verkend. Zo vertelt een patiënt dat hij enorm boos op zijn moeder is, hij wil haar neersteken en dansen in haar bloed. Alvorens deze interventie toe te passen, is het van belang in te schatten of de patiënt in staat is onderscheid te maken tussen fantasie en werkelijkheid, en het vermogen heeft te reflecteren op deze heftige gevoelens. Anders gezegd: middels systematische desensitisatie wordt gestreefd naar volledige beleving van het gevoel, in een tempo dat aansluit bij de mogelijkheden van de patiënt.

Bij de volgende stap helpt de therapeut de patiënt gevoelens adequaat te uiten. Dit kan hij doen door adviezen te geven of vaardigheden te leren met behulp van een rollenspel. Zo beleeft Kees zijn woede en verdriet over het gemis aan moeder. De therapeut bespreekt met hem op welke manier hij haar dit kan vertellen. Eventueel oefenen zij in een rollenspel.

De herstructurering van het affect bij AFT illustreert de integratieve aanpak van deze therapievorm. Binnen een veilige omgeving krijgt de patiënt emotioneel inzicht in de disadaptieve afweer en groeit het besef dat hij deze los kan laten (psychodynamisch gezichtspunt). Bij de verkenning en beleving van het gevoel in fantasie zijn *focusing*-technieken behulpzaam (experimenterende benadering). Bij de uiting van het gevoel kunnen *exposure*-technieken en rollenspelen worden gebruikt (cognitief-gedragstherapeutische benadering).

### *Verandering van het beeld van zichzelf en de ander*

In de eerste plaats gaat het om de herwaardering van het negatieve zelfbeeld dat vaak bepaald is door de kinderbeleving. Kinderen betrekken veel van wat zich in hun directe omgeving afspeelt op zichzelf: als vader zijn dochter slaat, is dat niet omdat hij tekortschiet, maar omdat zij als meisje zo lelijk of onaardig is.

Kees voelt zich enorm minderwaardig. Hij gunt zichzelf geen vrije tijd en moet altijd presteren, om zijn minderwaardigheidsgevoel te compenseren. Kees dacht als kind dat moeder meer om de dode kinderen gaf dan om hem: 'Ze verkoos hen boven mij. Ik deed er niet toe.' Wanneer hij in de actualiteit zijn verlangen naar tederheid of verdriet voelt, is hij angstig opnieuw gekrenkt of afgewezen te worden. Het besef dat hij nu de regie heeft en als volwassen man niet meer volledig afhankelijk is, helpt hem. Kees waardeert na een periode van psychotherapie zijn gevoelens en beleeft die niet meer als slecht. Hij is ontvankelijk voor eigen behoeften en verlangens en trots op zichzelf.

De verandering van het zelfbeeld is erop gericht de oude disadaptieve afweer en angsten los te laten en het negatieve zelfbeeld dat in het verleden is ontstaan, op te geven. Bij de herziening van het beeld van de ander is het ook van belang de oude afweer te herzien. De gevoelens van de ander worden dan beschouwd vanuit de werkelijkheid en niet meer verstoord door vertekeningen die ontstaan zijn door ervaringen in het verleden. Zo ervaart Kees na verloop van tijd Nadja zoals ze werkelijk is. Bij het begin van de behandeling zag hij haar onbewust als vervangmoeder en eiste hij dat zij volledig beschikbaar was. Hij had besef van haar autonomie, maar accepteerde dat gevoelsmatig niet. Pas als Kees tot herwaardering van Nadja komt is liefde en respect over en weer mogelijk.

Herstructurering van het zelf en de ander dient voorop te staan in de behandeling, als de patiënt weinig genegenheid voor zichzelf heeft. Hij verdraagt het dan vaak niet dat gevoelens zoals verdriet of woede geëxploreerd worden.

### **Therapeutische interventies en houding**

De AFT-psychotherapeut formuleert op basis van het diagnostisch onderzoek een psychodynamische kernconflict. Doel daarvan is een hypothese te formuleren over het onderliggende affectfobiepatroon. De beschrijving van het kernconflict omvat het afweergedrag, de angsten en de adaptieve gevoelens van de conflictdriehoek. Deze gedragspatronen worden verbonden met specifieke personen op de personendriehoek. Het is mogelijk dat een patiënt verschillende problemen meldt, die gebaseerd zijn op een kernconflict. De therapeut toetst het kernconflict bij de patiënt. De bespreking van het kernconflict is verhelderend voor de patiënt en stimuleert hem ermee aan de slag te gaan.

Het kernconflict heeft de vorm van een verhaal en is karakteristiek voor bepaalde facetten van iemands leven (Berk, 2001). In het geval van Kees: 'Als ik mij bind aan een vriendin, dan eis ik dat zij er volledig voor mij is. Anders

voel ik mij in de steek gelaten en krijg ik het gevoel niet te bestaan. Dit hangt samen met de periode waarin mijn moeder rouwde over de dood van haar kinderen en afwezig was voor mij.'

Het kernconflict heeft een eindpunt en intensiveert de motivatie om het eindpunt te bereiken (Berk, 2001). Bij de afronding van de therapie van Kees is het beeld van zichzelf en Nadja verbeterd. Het gevoel van verlating blijft voor hem een gevoelige plek, maar hij kan er nu adequaat mee omgaan. In plaats van overgeleverd te zijn aan het nare machteloze gevoel (kinderbeleving) heeft hij nu de regie over dit gevoel en zijn relatie.

Met het kernconflict en de conflict- en personendriehoeken in zijn achterhoofd, kiest de therapeut zijn interventies. Naast psychodynamische interventies (zoals exploreren, interpreteren en confronteren; Gabbard, 2010) gebruikt hij technieken uit de experiëntiële psychotherapie (zoals focusing) en de gedragstherapie (*exposure*, responspreventie, systematische desensitisatie en angstregulatie).

De AFT-psychotherapeut tracht met de patiënt tot een actieve samenwerking te komen. Om de zelfwerkzaamheid van de patiënt te bevorderen, geeft hij hem bijvoorbeeld een dvd-opname van de sessie mee. Dit biedt de patiënt de gelegenheid zijn afweergedrag te observeren in het dagelijks leven. Daarnaast kan hij de patiënt stimuleren een zelfhulpboek te lezen, dat aansluit bij AFT (Frederick, 2014). Indien nodig geeft de therapeut psycho-educatie of begeleidt hij de patiënt bij de beleving van gevoelens die lang verdrongen zijn. Deze actieve, stimulerende en ondersteunende opstelling van de AFT-therapeut verschilt van de overwegend volgende en afwachende positie van de behandelaar in de cliëntgerichte en de psychodynamische psychotherapie.

De AFT-psychotherapeut laat negatieve overdrachtsgevoelens die de behandeling belemmeren niet geleidelijk opbloeien, zoals gebruikelijk in de klassieke psychodynamische behandelingen, maar stelt deze zo vroeg mogelijk vast. Is de patiënt in staat onderscheid te maken tussen realiteit en fantasie, dan exploreert hij deze overdracht. Ontbreekt dit vermogen, dan daagt hij de negatieve overdracht uit met behulp van een socratische dialoog.

Als een onderscheid tussen fantasie en realiteit aanwezig is:

Johan: 'Ik ben bang dat als ik hier ga zitten huilen, u mij lastig vindt.'

Th: 'Wat zijn uw fantasieën daarover?'

Johan: 'U hoopt dat de tijd snel voorbij gaat zodat u zich weer met leuke patiënten kunt bezighouden. Ik ben maar een blok aan uw been.'

Th: '...'

Johan: 'Ik vraag me af of u mij zult herkennen als u mij op straat tegenkomt.'

Th: 'Ik denk dat u bij mij iets ervaart wat u kent in het contact met uw moeder. Zij was voor u emotioneel niet beschikbaar. De dode kinderen gingen voor. Hier heeft u ook het gevoel dat ik me meer bezighoud met andere patiënten en dat u voor mij slechts een blok aan het been bent.'

Johan: (huilt) 'Ze zag me gewoon niet staan!'

### Bij geen of beperkt onderscheid tussen fantasie en realiteit:

Annet: 'U vindt het alleen maar lastig, als ik hier ga zitten huilen.'  
 Th: 'Waarom zou ik u lastig vinden, als u huilt? Kom ik zo kil op u over?'  
 Annet: 'Dat voel ik zo ...'  
 Th: 'Is dat niet heel vreemd? U hebt moed verzameld om hulp te zoeken en vervolgens heeft uw hulpverlener last van gevoelens die u misschien hebt?'  
 Annet: 'Tja ...'  
 Th: 'Hoe denkt u dat ik u beleef?'  
 Annet: 'Vast als een interessant studieobject!'  
 Th: 'Goh, wat doe ik, waardoor u zo'n kil beeld van mij hebt?'  
 Annet: 'Geen idee ...'  
 Th: 'Hoe zou u zich voelen wanneer iemand u vertelde over wat hij heeft meegemaakt met zijn moeder en twee overleden kinderen ...?'  
 Annet: 'Ik zou met hem te doen hebben.'  
 Th: 'Zou u zich kunnen voorstellen dat ik ook met u te doen heb?'  
 Annet: 'Tja, als je het zo bekijkt ... Ik zie u wel meelevend kijken.'

De AFT-therapeut kan zijn competenties vergroten door dvd-opnamen van sessies te *scoren* met behulp van de *Achievement of Therapeutic Objectives Scale* (ATOS; voor de Nederlandstalige versie zie [www.affectfobie.nl](http://www.affectfobie.nl)). Met dit observatie-instrument, dat ontwikkeld is voor toepassing in wetenschappelijk onderzoek, wordt waargenomen in hoeverre de drie AFT-doelen (herstructurering van afweer, affect en zelf/ander) aan bod komen.

Het aantal benodigde AFT-sessies ligt in veel gevallen tussen de twintig en veertig. Om tot een constructieve werkrelatie te komen, wordt gestart met een frequentie van een keer in de week. Later kan dit verlaagd worden naar één sessie in de veertien dagen. De patiënt wordt aangemoedigd in de tussenliggende tijd aan de slag te gaan met de inzichten en ervaringen die hij in de therapie opdoet. De therapie neemt soms meer tijd in beslag, als het zelfbeeld zeer negatief gekleurd is.

### Indicatie

Om van AFT te profiteren is het noodzakelijk dat de patiënt beschikt over voldoende egosterkte, hij een vriend of enkele vrienden heeft (ondanks conflicten in relaties) en in staat is te werken of studeren (ondanks conflicten of ontevredenheid). Daarnaast zijn voldoende motivatie, vermogen tot zelfobservatie, toereikende impulscontrole en frustratietolerantie een voorwaarde.

Bij het onderzoek naar de geschiktheid voor AFT maakt McCullough gebruik van de *Psychological Assessment Checklist* (PAC; voor de Nederlandstalige versie zie [www.affectfobie.nl](http://www.affectfobie.nl)). Deze PAC mondt uit in een DSM-IV-classificatie. Volgens McCullough voldoen de as-I- en as-II-diagnose niet bij de indicatie-

stelling, aangezien verschillende diagnoses het gevolg kunnen zijn van een enkele affectfobie, en verschillende affectfobieën ten grondslag kunnen liggen aan een diagnose. Zij geeft de voorkeur aan een nauwkeurig bepaalde GAF-score; een score van > 50 geldt als indicatiecriterium (McCullough e.a., 2003). Bij een GAF-score van < 50 beperkt de AFT-therapeut zich voornamelijk tot herstructurering van het zelf en de ander.

Twee RCT's (Winston e.a., 1994; Svartberg e.a., 2004) toonden de werkzaamheid van AFT voor patiënten met een cluster-C-diagnose aan. In een derde RCT werd AFT uitgevoerd in een *blended e-health*-vorm (combinatie therapeutcontact en internettherapie). In deze RCT profiteerden patiënten met een as-I-diagnose angststoornis of depressie van AFT (Johansson e.a., 2013).

Contra-indicaties voor de behandeling zijn: middelengebruik of verslaving, ernstige lichamelijke ziekte, ernstige stressfactoren, matige impulscontrole en een fragiel zelfgevoel. Patiënten met schizofrenie of met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis hebben minder kans om te profiteren van AFT. De herstructurering van de afweer kan bij deze patiënten te veel (desintegratie)angst teweeg brengen. Indien nodig kan AFT gecombineerd worden met andere therapieën (zoals relatietherapie of EMDR).

AFT kan ook als groepsbehandeling worden toegepast bij klinische en dagklinische centra voor psychotherapie (Aken-Van der Meer, 2008). Voor informatie over de opleiding tot AFT-therapeut zie [www.rino.nl](http://www.rino.nl).

## De winst van AFT

Wat is nu de winst die AFT ons kan bieden in de therapeutische behandeling en in welk opzicht is zij vernieuwend? Allereerst wordt in AFT een actieve leersituatie gecreëerd, die bijdraagt aan de efficiëntie van de behandeling. Om dit te bereiken integreerde McCullough de psychodynamische, cognitief gedragstherapeutische en experiëntiële technieken in AFT. Met deze aanvulling van technieken op het psychodynamische model, dat de basis van AFT blijft, onderscheidt AFT zich van de klassieke psychoanalytische psychotherapie. Deze integratie van technieken, de actieve en aanmoedigende positie van de therapeut en de formulering van een focus bevorderen de efficiëntie van AFT.

AFT heeft daarbij niet als doel alle aspecten van de karakterverandering binnen de therapie af te ronden. Beoogd wordt een veranderingsproces op gang te brengen en de patiënt het gereedschap van de behandeling in handen te geven, zodat hij daarmee in zijn persoonlijk leven aan de slag kan gaan (McCullough e.a., 2003). De *blended e-health*-vorm van AFT (Johansson e.a., 2013), waarbij patiënten modules uit het boek van Frederick (2014) krijgen, sluit aan bij deze actieve deelname van de patiënt aan de behandeling.

De conflictdriehoek en de personendriehoek bieden patiënten een verhelderend kader, wanneer zij in hun eigen omgeving met de therapeutische ervaringen aan het werk gaan. Voor AFT-therapeuten vormen de driehoeken bovendien een doelmatig werkmodel, dat hen steunt bij het kiezen van in-

terventies. De driehoeken kunnen ook nuttig zijn bij de bespreking van de *intake*, van het behandelverloop en bij intervisie en supervisie.

Bij de totstandkoming van AFT overbrugde McCullough de vaak gesignaleerde kloof tussen wetenschap en praktijk. Volgens Castonguay laten psychotherapeuten zich in het klinische werk slechts in geringe mate beïnvloeden door de resultaten van wetenschappelijk psychotherapieonderzoek (Castonguay e.a., 2013). McCullough herformuleerde op basis van systematische video-observaties van therapie sessies het psychodynamisch conflict in de leertheoretische term affectfobie. Daarnaast toonde zij met wetenschappelijk onderzoek aan dat een confronterende houding van de therapeut contra-productief werkt en dat patiënten meer gebaat zijn bij empathie, verheldering en hulp bij de regulering van hun angst (McCullough e.a., 2003). Bij de ontwikkeling van AFT maakte zij gebruik van deze resultaten van klinisch-wetenschappelijk onderzoek. Volgens Lambert (2013b) geeft deze handelwijze een gezonde houding weer ten aanzien van wetenschappelijk bewezen kennis en getuigt deze van een afwijzing van de vroegere tendens om op een rigide wijze vast te houden aan therapeutische scholen.

Lambert (2013a) stelde, op basis van wetenschappelijk onderzoek, een lijst op van gemeenschappelijke factoren ofwel *common factors* die bijdragen aan een belangrijk deel van de verandering: hoop op verbetering, mogelijkheid tot emotionele bevrijding, onderzoek en integratie van problemen, ondersteuning en advies, en aanmoediging om nieuw gedrag en een andere wijze van denken uit te proberen.

Al deze *common factors* zijn aanwezig in AFT. De conclusie dat AFT een verrijking is voor het behandelingsarsenaal van de therapeut, lijkt ten volle gerechtvaardigd.

*Met dank aan Annemarie van der Zeeuw voor haar waardevolle commentaar op eerdere versies van dit artikel.*

## Literatuur

- Aken-van der Meer, M.E. (2008). *Kort en goed genoeg. Praktijkboek kortdurende focale psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Berk, T. (2001). *Handboek korte psychodynamische psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Castonguay, L.G., Barkham, M., Lutz, W. & McAleavey, A.A. (2013). Practice-oriented research. Approaches and applications. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Clarkfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 85-133). New Jersey: Wiley.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Frederick, R.J. (2014). *Omarm je emoties*. Amsterdam: Boom
- Gabbard, G.O. (2010). *Psychodynamische psychotherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., Rousseau, A., Frederick, R.J. & Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 1, e102. <http://dx.doi.org/10.7717/peerj.102>.

- Lambert, M.J. (2013a). Introduction and historical overview. In M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 3-20). New Jersey: Wiley.
- Lambert, M.J. (2013b). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 169-218). New Jersey: Wiley.
- Malan, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the sciences of psychodynamics*. Londen: Butterworth.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: short-term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defenses*. New York: Basic Books.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C.L. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Svartberg, M., Stiles, T.C. & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817.
- Wachtel, P.L. (1997). *Psychoanalysis and behaviour therapy: toward an integration*. New York: Basic Books.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, L. & Muran, J.C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders: 2 year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.