

Affectfobietherapie bij verslavende liefdesrelaties

'Jij maakt me gelukkig, zonder jou ben ik niets'



Quin van Dam, Willemijn de Jong

Dr. Q.D. van Dam, klinisch psycholoog, psychoanalytisch psychotherapeut, AFT-therapeut, supervisor en docent, werkzaam in eigen praktijk, Reeuwijk. Hij publiceerde het handboek: *Affectfobietherapie in de praktijk* (Van Dam, 2^e druk 2020) en artikelen over AFT, afweer en weerstand en over existentiële doodsangst (www.quinvandampsychotherapie.nl)

Drs. M.W.M. de Jong, psychotherapeute, AFT-therapeut, supervisor en docent, werkzaam in eigen praktijk, Amsterdam

SAMENVATTING

In dit artikel wordt vanuit het model van affectfobietherapie (AFT) het fenomeen van verslavende liefdesrelaties uitgewerkt. Het gaat hierbij vooral om een laag zelfbeeld en een geringe ontvankelijkheid voor positieve interacties. Middels diagnostiek en behandeling wordt inzichtelijk hoe een adaptief zelfbeeld en ontvankelijkheid voor positieve interacties kunnen worden bevorderd. Daarnaast wordt het vermogen om te rouwen om het gemis van positieve liefdesrelaties beschreven.

Inleiding

'Het lukt me maar niet Melanie los te laten. Het gaat niks worden, maar toch, als ik bij haar ben, dan voel ik me weer geweldig. Iedere keer belooft ze me trouw te blijven, maar daar komt niets van terecht. Ze ziet ook andere mannen. Ik ben super gestrest, controleer vaak haar Whatsapp en bespioneer soms haar woning.'

Sam meldt zich met angstige en depressieve klachten. Hij is verwickeld in een verslavende liefdesrelatie en beseft dat deze slecht voor hem is, maar hij kan Melanie niet loslaten.

Verslavende liefdesrelaties komen naar schatting bij 3-6% van de volwassen bevolking voor.¹ Deze relaties – aangeduid als disadaptief of onrijp – onderscheiden we van de adaptieve of rijpe liefdesrelaties, waarin wederkerigheid, kameraadschap en intimiteit op de voorgrond staan.² Partners in een adaptieve relatie zijn gehecht aan elkaar en beschikken tegelijkertijd over voldoende zelfvertrouwen en autonomie om hun eigen leven richting te geven. Partners in een verslavende liefdesrelatie missen juist deze twee eigenschappen. Zij zijn in veel gevallen overmatig afhankelijk van elkaar: een negatief zelfbeeld en een gebrek aan zelfsturing overheersen.

Verslavende liefdesrelaties vertonen vaak een cyclisch proces waarin gelukzalige momenten worden afgewisseld met ogenblikken van obsessieve angst, wantrouwen, onzekerheid en leegte. Deze 'alles of niets'-schommelingen verstoren het dagelijks functioneren en kunnen leiden tot werkuitval, verwaarlozing van kinderen, vriendschappen en hobby's, en tot impulsief gedrag, zoals overmatig alcoholgebruik of stalking.^{2,3} Een realistische blik op de relatie ontbreekt in veel gevallen: de liefde is blind. Niet zelden dichten de partners elkaar een magische kracht toe, die buiten de eigen controle valt: 'Ik kan niet zonder jou, jij maakt me compleet, zonder jou ben ik niets.'²

LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:

- weet u wat affectfobietherapie (AFT) is;
- kent u het onderscheid tussen een adaptieve wederkerige en een disadaptieve verslavende liefdesrelatie;
- heeft u kennis van de kenmerken, achtergronden en de dynamiek van een verslavende liefdesrelatie;
- bent u attent op de mogelijke samenhang met ander verslavingsgedrag en psychopathologie;
- kent u de drie vermogens die AFT helpt ontwikkelen om de verslavende relatie los te laten;
- weet u welke interventies en therapeutische houding nodig zijn bij AFT van een verslavende liefdesrelatie.



De (zelfhulp)literatuur vermeldt in samenhang met de verslavende liefdesrelatie soms het verschijnsel codependentie. Dit verschijnsel kan in elke relatie spelen en niet alleen in liefdesrelaties. Het begrip codependentie is van toepassing op mensen met een gebrek aan innerlijke stabiliteit, een vaag of fragiel zelfbeeld en een beperkt vermogen om zichzelf te omschrijven. Zij passen zich op extreme en kameleonachtige wijze aan de omgeving en anderen aan en ontlenen daaraan een gevoel van veiligheid en verbondenheid.⁴

De liefdesrelaties van patiënten zoals Sam tonen vaak een terugkerend verhaal. In het begin overheerst het magische gevoel dat alles wat ooit misging nu goedge maakt zal worden: 'Eindelijk iemand die mij ziet zoals ik ben, eindelijk die onvoorwaardelijke liefde.' Toch wordt al snel een oud patroon zichtbaar. Een pijnlijk patroon dat bekend is uit eerdere relaties, maar dat zijn oorsprong vindt in een verder verleden, dat vaak gekenmerkt wordt door emotionele verwaarlozing en negatieve aandacht.

Hoe kunnen patiënten deze kwetsende cirkelgang doorbreken? Hoe kunnen zij voorkomen dat met een nieuwe partner het oude verhaal wordt herhaald? Affectfobietherapie (AFT) kan daarbij helpen, met drie concrete stappen. Deze stappen illustreren wij met een individuele geanonimiseerde casus. In

de klinische praktijk wordt bij een gezamenlijke wens van beide partners soms gekozen voor een partnerrelatietherapie. De afweging of individuele of relatietherapie geïndiceerd is, valt buiten het bestek van deze nascholing. Ons artikel sluit aan bij eerdere bijdragen in dit tijdschrift waarin de basisprincipes, het werkmodel en de indicatie voor AFT zijn beschreven.^{5,6} Zie ook de webinars AFT op PsyFlix (Live masterclasses – Psyflix). Wij volstaan nu met een korte karakterisering van AFT.

Karakterisering AFT

AFT, voor angst, depressie en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen, wordt als individuele en als groepspsychotherapie toegepast in de ambulante, semiambulante en klinische Nederlandse GGZ. In AFT worden psychodynamische, experimentiële en cognitief-gedragstherapeutische technieken geïntegreerd. Het psychodynamisch model vormt de basis van AFT. Deze therapievorm, ontwikkeld door McCullough Vaillant,⁷ gaat ervan uit dat mensen zo bang kunnen zijn voor bepaalde gevoelens dat een affectfobie ontstaat. Deze aanname biedt de therapeut de gelegenheid de angst voor gevoelens te behandelen als een externe fobie met behulp van systematische desensitisatie (exposure, responspreventie en angstregulatie). AFT gebruikt de conflict- en personendriehoek als psychodynamisch werkmodel.⁸ De conflictdriehoek toont hoe afweer en remmende gevoelens de adaptieve uiting van gevoelens

belemmeren. De personendriehoek verheldert de wijze waarop de affectfobie in het verleden is ontstaan en hoe deze wordt herhaald zowel in actuele relaties als in de relatie met de therapeut.⁸ Aan dit werkmodel voegde McCullough Vailant⁷ het beeld van het zelf en de ander toe.⁹

AFT heeft drie doelen:

1. loslaten van de belemmerende afweer;
2. toelaten van de voorheen afgeweerde gevoelens ;
3. bewerken van het negatieve zelfbeeld en beeld van de ander.

De AFT-therapeut richt de therapie op zowel de innerlijke beleving (zoals een negatief zelfbeeld) als op de interpersoonlijke elementen (zoals sociale vermijding). Zo kan de therapeut patiënten helpen zelfvertrouwen te ontwikkelen en hen vervolgens aanmoedigen te experimenteren met nieuw gedrag. AFT wordt gerekend tot de kortdurende psychodynamische psychotherapieën (KPD). KPD bleek werkzaam bij de behandeling van patiënten met uiteenlopende DSM-stoornissen.¹⁰⁻¹³ AFT is ook als opzichzelfstaande therapie onderzocht. Daaruit bleek AFT werkzaam voor patiënten met een cluster C-diagnose.^{14,15}

CASUS LISA; DE AFT-STAPPEN

Lisa, 29 jaar, juriste in de advocatuur, meldt zich met angst en depressieve klachten en vermijdende trekken (Cluster C in de DSM-5).¹ Zij groeide op als oudste van drie kinderen. De sfeer in het gezin was onrustig, doordat vader kampte met een persoonlijkheidsstoornis. Moeder probeerde de stabiele factor te zijn. Toen Lisa 10 jaar oud was, werd moeder verliefd op een andere man en scheidde de ouders. Lisa raakte beide ouders kwijt: vader reageerde suïcidaal en klampte zich vast aan Lisa en moeder richtte zich op haar nieuwe liefde. Vanwege angst en depressieve klachten volgde Lisa in de afgelopen jaren enkele behandelingen (CGT en EMDR), met beperkt resultaat.

Lisa: Ik wil loskomen van mijn ex Daan. Al enkele jaren leef ik gescheiden van hem. Ons contact was tweeledig: hij was een van de weinigen die mijn angst niet veroordeelde en me begreep zoals nog nooit iemand mij had begrepen. Soms sloeg zijn stemming totaal om en vernederde hij mij. Hij schold me dan uit voor idioot en verbood me het huis te verlaten. Ik voelde me dan zo wanhopig en draaide helemaal door. Dat bevestigde mijn angst dat ik gek was en verlaten zou worden. Ther: Je zegt dat hij je vernederde, heb je daar een concreet voorbeeld van?

Lisa: Ja, ik herinner me een ruzie om iets onbenulligs. Hij kreeg een kille blik en zweeg. Ik wilde dat doorbreken en

met hem praten. Maar hij duwde me zo ruw weg dat ik viel. Hij stond bij de deur, ik lag op mijn knieën en huilde. Daarna draaide hij zich om, zei minachtend dat ik gek was, sloot de deur en deed hem op slot. Ik smeekte hem de deur te openen, maar hij liet me een uur zitten. Later zei hij dat het hem speet, hij was lief en we maakten het goed. Maar eh...

Ther: Je aarzelt. Wat gebeurt er nu bij je?

Lisa: Soms wil ik hem nog terug en dan ga ik toch nog met hem naar bed.

Ther: Het lijkt alsof je je nu heel ongemakkelijk voelt.

Lisa: Ja inderdaad, het klopt toch niet. Achterlijk misschien, maar ondanks alles voel ik me geborgen bij hem. Er is niemand die me zo kent als hij.

Ther: Wat voel je er nu bij als je me dat vertelt?

Lisa: Een heerlijk warm gevoel om dan zo in zijn armen te liggen. Maar ik schaam me ook dood en walg van mezelf.

Ther: Het lijkt bijna vanzelfsprekend voor je dat het warme gevoel samengaat met dat walgelijke gevoel. Herken je dat?

Lisa: Ja, nu je het zegt, ik weet ook niet hoe het anders kan. Ik wil dit niet meer, ik wil een relatie met iemand met wie ik een toekomst kan opbouwen. Mijn vriendinnen wonen ook gewoon samen met een leuke zorgzame man en krijgen kinderen.

Ther: Stel je nu eens voor dat je een lieve en attente vriend hebt die van je houdt en samen met jou kinderen wil, wat voel je daarbij?

Lisa (wordt onrustig): Ik weet het niet en ergens staat het me ook tegen, zo burgerlijk en saai. Ik probeerde te daten met andere mannen, maar als ik dan met een man was, dan wist ik me geen raad en schaamde ik me enorm. Pas met wat drank op lukte het me over te geven en voelde ik me weer sterk.

Lisa is verwickeld in een verslavende relatie met Daan. Na de scheiding blijft zij vanuit het verlangen naar een warme en geborgen plek in het geheim met hem naar bed gaan. Zij verlangt naar een stabiele relatie, maar is angstig zich daaraan over te geven.

Herhaling destructieve relaties

Patiënten met een disadaptief beeld van zichzelf en van de ander raken soms verslaafd aan destructieve liefdesrelaties waarin ze misbruikt of vernederd worden. Met de destructieve relaties herhalen zij een bekend patroon uit het verleden. Vaak zijn patiënten met een negatief zelfbeeld niet gewend aan liefde en aandacht. Daardoor is het onvoorstelbaar dat anderen met respect met hen omgaan. Gebeurt dit wel, dan vermijden zij het contact of maken zij de relatie soms stuk. Zo vertelt Karel: 'Ze was heel zorgzaam en lief en toch kon ik het niet laten vreemd te gaan.'¹⁵

Het verleden van deze patiënten wordt gekenmerkt door emotionele verwaarlozing, negatieve aandacht, agressie, onrust en spanning. Als volwassene voelen zij zich niets waard, eenzaam en leeg. In hun kindertijd raakten zij gewend aan onrust en prikkels die in het heden tot uiting komen in een sterke

¹ Patiënte gaf na lezing van dit artikel toestemming voor publicatie.

behoefte aan spanning en opwindning: de zogenaamde prikkelhonger. De relatie met de onberekenbare en onbetrouwbare partner bevredigt deze prikkelhonger.

Sam: 'Als ze een avond bij me was, dan voelde ik me weer geweldig en dacht ik dat het voor altijd was.'

De relatie met een liefdevolle partner wordt als saai, dom en burgerlijk ervaren. De seksuele verlangens van deze patiënten zijn gericht op overwinnen en veroveren: 'Als ze weer bij me is, voel ik me een superman.' Dit leidt er soms toe dat zij in een langdurende relatie geen seksueel verlangen meer voelen. Er hoeft niets meer veroverd te worden: zij kunnen liefde en seksualiteit niet combineren.⁵

Om los te komen van deze verslavende relaties dienen deze patiënten de volgende drie vermogens te ontwikkelen:^{7,5}

1. Een adaptief zelfbeeld: positief gevoel van eigenwaarde en compassie voor zichzelf en anderen.
2. Ontvankelijkheid voor positieve interacties: verdragen zij zorg en aandacht van de therapeut en van anderen? Welke angsten komen tot uiting en is angstregulatie mogelijk?
3. Rouwen om het gemis in het verleden. De patiënten beseffen de gevolgen van het verleden voor hun huidig functioneren en zijn gemotiveerd dat te veranderen.

We kijken opnieuw naar de casus van Lisa en beschrijven de stappen die nodig zijn om de drie vermogens te ontwikkelen.

Stap 1 Reflecteren op zelf en de ander

Patiënten met een negatief zelfbeeld beschouwen zichzelf vaak als waardeloos en de ander als vijandig en afwijzend. Deze gepolariseerde blik belemmert hen op een realistische wijze eigen en andermans intenties en gevoelens onder ogen te zien. Deze blik probeert de AFT-therapeut te nuanceren door de patiënt op zichzelf en op de ander te laten reflecteren. Daarom legt de therapeut Lisa de volgende twee vragen voor:

1. Wat is het in mij dat maakt dat ik zo gevoelig ben voor de relatie met Daan?
2. Waarom heeft Daan het nodig zo te doen?

Vraag 1. Wat is het in mij?

Ther: Ga nog eens terug naar het moment dat Daan je vasthoudt. Wat voel je daar nu bij?

Lisa: Heel warm en veilig.

Ther: Voel je dat ook in je lichaam?

Lisa (legt hand op haar buik): Een warm en fijn gevoel in mijn maagstreek.

Ther: Als je bij dit warme en prettige gevoel blijft, wat komt er dan op?

Lisa: Ik wil dan eindelijk in zijn armen blijven liggen.

Ther: Wat valt je in bij dat eindeloze verlangen naar liefde?

Lisa: Dat heb ik al lang niet meer gevoeld. Sinds de scheiding van mijn ouders was het niet meer rustig en veilig. Er was geen tijd of aandacht, vader klampte zich aan me vast en ik wist niet wat ik moest doen om hem te helpen.

Ther: Je stond opeens enorm onder druk en voelde je heel eenzaam.

Lisa: Ja maar, misschien had ik niet zo ingewikkeld moeten doen, beter mijn best moeten doen.

Ther: Zo ga je inderdaad denken als kind. Als moeder geen aandacht voor je heeft en vader eist je op, dan betrek je dat als kind vaak op jezelf en denk je dat jij fout bent en tekortschiet. Wat zou je ervan vinden als vrienden van jou op die manier met hun kind omgaan?

Lisa: Ja, dan denk ik: 'Wat naar en verdrietig voor dat kind, help hem eens.'

Ther: Ja natuurlijk. Wat voel je er nu bij dat jij als kind niet geholpen werd?

Lisa: Ik voel me opeens heel verdrietig.

Lisa komt vanuit het warme gevoel bij Daan in contact met het oude verlangen naar liefde en geborgenheid uit haar kindertijd. De bevrediging daarvan werd bij de scheiding van haar ouders verstoord. Vanuit haar kinderbeleving ontstond de verwachting dat haar verlangen naar liefde samengaat met afwijzing. Dit samenspel tussen verlangen en afwijzing herhaalt zij in de verslavende relatie met Daan.

Vraag 2. Waarom heeft Daan het nodig zo te doen?

Lisa: Daan had twee gezichten.

Ther: Kun je daar voorbeelden van geven?

Lisa: Op feestjes was hij grappig en opgewekt. Samen konden we lachen en drinken, vrienden trokken graag met ons op. *Never a dull moment.*

Ther: Echte gangmakers waren jullie...

Lisa: Ja, maar thuis kon zijn stemming omslaan. Dan zag hij op tegen zijn werk, kwam hij tot niks, werd hij somber en agressief en gaf hij iedereen de schuld.

Ther: Ik krijg de indruk dat hij jou en anderen nodig had om zich goed te voelen. Als die aandacht ontbrak, lukte het hem niet zijn eigen leven richting te geven. Herken je iets van dat beeld?

Lisa: Zo heb ik er nooit naar gekeken. Het is hem inderdaad niet gelukt om zijn leven een goede draai te geven, ik weet dat hij daar nu ook mee worstelt.

(stilte) Als we er zo over praten, denk ik dat hij het nodig had om mij te kleineren. Misschien om zichzelf niet zo naar te voelen.

Ther: Dat zou goed kunnen. Ik kan me voorstellen hoe verwarrend die twee kanten voor jou zijn geweest: soms reageerde hij liefdevol als je angstig was, maar op een ander moment kraakte hij je af.

Lisa: Ja, daar werd ik helemaal gek van.

Ther: Misschien kon hij het niet aan om jou verward te zien als hij worstelde met zichzelf?

Lisa: Ja, dat zou goed kunnen.

Ther: Ik vermoed dat Daan jouw vrolijke, sterke kant nodig had om zich beter te voelen. Als hij die kant niet vond, dan werd hij op een zeer beschadigende manier boos.



Figuur 1 Conflictdriehoek van Lisa.

Deze reflectie levert Lisa een duidelijker beeld op van Daan. Zij beseft dat hij op een stuurloze wijze in het leven staat en niet bij machte is een stabiele relatie op te bouwen. Dat is een onvermogen van hem en heeft niets met haar te maken. Bovendien krijgt Lisa een nieuw perspectief op de dynamiek in haar relatie met Daan: zij had hem nodig om haar oude verlangen naar liefde te vervullen, en Daan had behoefte aan haar om zijn gemis aan zelfsturing te compenseren. Aan de hand van deze dynamiek legt de therapeut het verschil uit tussen liefde en honger. Bij liefde heb je over en weer respect voor elkaar en houd je rekening met elkaars gevoelens. Bij honger gaat het vooral om een (oude) behoefte die bevredigd moet worden. De ander is nodig voor die behoeftebevrediging en doet er als persoon minder toe.^{5,7}

Vertaling naar de conflictdriehoek

Als we de innerlijke dynamiek van Lisa bekijken vanuit de conflictdriehoek (figuur 1), dan krijgt zij als kind niet de mogelijkheid trots op zichzelf te zijn. Na de scheiding van de ouders werd zij door hen in de steek gelaten. Vanuit haar kinderbeleving gaf zij zichzelf daarvan de schuld: ik doe moeilijk en ik wil te veel. Bovendien leerde zij: als ik net als vader te veel van de ander vraag, word ik verlaten.

Zij beleefde zichzelf als waardeloos: haar verlangen naar geborgenheid en liefde en haar adaptieve positieve zelfgevoelens, zoals zelfrespect, trots en zelfcompassie (onderste punt) werden afgeremd door remmende gevoelens van schuld, schaamte, walging en angst (rechterpunt). Deze remming van haar adaptieve zelfgevoelens leidde tot disadaptief gedrag (afweerpunt), zoals zelfverwijt, zelfhaat, zich laten vernederen en miskening van eigen behoeftes, allemaal uitingen van haar negatieve zelfbeeld. In haar kindertijd fungeerden afweer en remmingen als beschermingsmechanismen. Nu zij volwassen is, kunnen positieve interacties met anderen

laten zien dat die bescherming niet langer nodig is. Voor die positieve interacties moet zij dan wel openstaan – en daar ligt een barrière.¹⁶

Omdat de positieve zelfgevoelens nog steeds afgeremd worden door schuld, schaamte of angstgevoelens lukt het Lisa niet zichzelf te respecteren en goed voor zichzelf te zorgen. Anders gezegd: zij is niet ontvankelijk voor positieve ervaringen. Als een attente man haar serieus neemt en interesse in haar toont (haar werkelijk wil zien), dan roept dit onmiddellijk (remmende) angst of schaamte op die vervolgens afgeweerd wordt ('hij is saai en burgerlijk'). De afweer of vermijding van deze adaptieve zelfgevoelens kan doorbroken worden door responspreventie ('stel dat je zijn interesse niet uit de weg gaat?') exposure ('wat voel je bij zijn serieuze aandacht') en angstregulatie.^{9,17}

Stap 2 Ontvankelijk maken voor positieve interacties

De AFT-therapeut behandelt het gebrek aan ontvankelijkheid voor zorg en aandacht aan de hand van alledaagse situaties buiten de therapie of in het directe contact met de patiënt.¹⁶

Ther: In ons eerste gesprek merkte je op je geen raad te weten met een attente vriend die jou serieus neemt. Heb je daar concrete voorbeelden van?

Lisa: Afgelopen vrijdag had ik een date met een leuke man. Toen hij interesse in mij toonde en op dingen doorvroeg, werd ik lacherig en ging ik gauw bier bestellen.

Ther: Stel dat je nu weer met die leuke man bent. Probeer in je fantasie eens bij zijn aandacht te blijven en niet weg te lopen. Wat voel je dan?

Lisa: Even prettig, maar ook heel klein. Ik word daar onrustig van en wil dan het liefst wegkruipen, er niet meer zijn.

Ther: Je voelt je gezien en kwetsbaar en schaamt je dan

enorm. Dan kun je zo het gevoel hebben dat je volledig onzichtbaar wilt zijn.

Lisa: Ik durf me niet tonen bij die man. Als hij ziet hoe onzeker ik me voel, dan durf ik het niet aan om contact te maken.

Ther: Als hij dichterbij komt, word je bang om tegen te vallen?

Lisa: Ja, dat hij dan zal zien dat ik geen relatie kan aangaan en er een puinhoop van maak.

Ther: Wat ingewikkeld en naar moet dat zijn voor je. De angst te voelen dat iemand je zal afwijzen en de diepe schaamte van mislukken.

Lisa (verdrietig): Ik durf het gewoon niet.

Ther: Ik snap dat het een grote stap is, maar wat je hebt meegemaakt met Daan, hoeft niet in alle relaties herhaald te worden. Het vraagt moed om eerlijk te zijn en je kwetsbare zelf aan de ander te laten zien, maar je kunt het proberen.

Stap voor stap.

(stilte)

Zoals je ook bij mij steeds meer je kwetsbare kant laat zien.

Lisa: Ja, dat is zo. En ik leer me ook steeds beter te uiten naar anderen. En toch ben ik nog altijd bang om anderen te belasten, te veel te zijn.

Ther: Heb je bij mij ook het gevoel dat je te veel bent?

Lisa: Soms ben ik bang dat je genoeg van me krijgt. Dat ik te veel van je vraag, je ophoud. Net als bij mijn ouders realiseer ik me nu.

Ther: Als je naar me kijkt, geef ik je dan de indruk dat je mij te veel belast?

Lisa: Nee, je bent juist betrokken en neemt serieus wat ik vertel.

Ther: Hoe is dat voor je om mijn betrokkenheid te voelen?

Lisa: Prettig en ongemakkelijk tegelijk. Vaak ben ik bang dat je opeens zegt dat de therapie moet stoppen.

Ther: Dat klinkt alsof je toch bang bent dat ik er opeens genoeg van heb.

Lisa: Ja maar, we moeten toch een keer stoppen?

Ther: Dat besluit nemen we samen. Als jij eraan toe bent om zonder de therapie verder te gaan, dan overleggen we samen hoe we afronden. Wat voel je daarbij als ik dat zeg?

Lisa (wordt verdrietig, kijkt weg): Ik krijg een ongemakkelijk gevoel.

Ther: Dat ik je serieus neem is denk ik heel onbekend voor je. Dan voel je je bij mij ook heel kwetsbaar en wil je onzichtbaar zijn.

De AFT-therapeut moedigt Lisa eerst aan in fantasie open te staan voor de belangstelling van de leuke man (exposure). Zij voelt zich kwetsbaar en ervaart daarbij (remmende) angst en schaamte. Vanuit de driehoek gezien kunnen we dit als volgt begrijpen: zijn positieve aandacht doet een appel op het activerende positieve zelfgevoel (onderste punt driehoek). Omdat dit positieve zelfgevoel 'verboden' is, raakt Lisa juist gespannen en schaamt zij zich (remmende gevoelens).¹⁶ Vervolgens verheldert de therapeut haar schaamte en toont hij hoe deze haar zelfbeleving kleurt en belemmert om open

te zijn in relatie tot mannen. Aansluitend bespreekt hij haar schaamte om ontvankelijk te zijn voor de positieve interacties in het therapeutisch contact (meevoelen, serieus nemen). Dit levert een corrigerende emotionele ervaring op en kan haar helpen de oude angsten los te laten en positieve ervaringen in zich op te nemen. Om blijvende verandering van het zelfgevoel te bereiken, bespreekt de therapeut steeds opnieuw interacties binnen en buiten de therapie. Daarbij moedigt hij Lisa aan de oude afweer los te laten, reguleert hij haar angst en schaamte en helpt hij haar zelfcompassie en een reële blik op anderen te ontwikkelen.¹⁶

Stap 3 Rouwen om het gemis

Als patiënten zich durven over te geven aan een liefdevolle adaptieve relatie, dan kan dat verdriet en woede oproepen over het vroegere gemis, maar ook angst voor de heftigheid ervan. Vaak hebben patiënten in de verwaarlozende jeugd niet geleerd om met deze heftige en pijnlijke gevoelens om te gaan.^{7,16}

Wanneer Lisa loskomt van haar kinderbeleving ('ik wil te veel') dan ziet zij de pijnlijke verlating door haar ouders onder ogen en komt het eenzame gevoel uit haar kindertijd naar boven. Toen haar ouders nog bij elkaar waren, was er ruimte om te knutselen en te tekenen (boekjes, handwerkjes). De scheiding van haar ouders had een verlamdend effect op haar creatieve activiteiten. Opeens moest zij voor vader zorgen, die haar grenzeloos belastte en zich regelmatig suïcidaal uitte. Deze belasting en de woede die dit opriep beangstigden Lisa: als ik er niet voor hem ben, dan heeft hij niemand meer. Daarnaast kon zij vanuit een magische beleving (wat ik voel, gebeurt ook) angstig worden dat vader door haar woede dood zou gaan. Als straf daarvoor zou iedereen haar dan verlaten. Het gedrag van vader bevestigde ook Lisa's verwachting dat woede uitsluitend negatieve consequenties heeft. Als vader zich slecht voelde en anderen nodig had, dan werd hij boos op zijn familie en zijn vriendenkring, waardoor hij veel mensen kwijtraakte. Dat werd een impliciete verwachting voor Lisa: negatieve, kwetsbare of pijnlijke gevoelens zorgen ervoor dat anderen je verlaten.

Bovendien hielp de rouwverwerking Lisa om te beseffen dat zij het beeld van de afwijzende ouder verinnerlijkt had. Vanuit deze innerlijke voorstelling richtte ze de boosheid op zichzelf. Door daarvan afstand te nemen, krijgt zij ruimte voor zelfcompassie. Als ze nu de neiging voelt zichzelf te haten, dan lukt het haar steeds beter om die neiging als een oud patroon te zien en er niet mee samen te vallen: ze maakt een bewuster onderscheid tussen vroeger en nu.

Lisa: Als ik mezelf zo zie als kind, pendelend tussen mijn ouders, begrijp ik hoe ingewikkeld het moet zijn geweest voor mij. Ik werd letterlijk ziek als ik bij mijn vader was: misselijk van de machteloosheid en verwarring. Daarover kon ik met niemand praten. Dat is toch veel te veel voor een kind...?

Ther: Veel te veel. De behoefte die je had aan steun en hulp kan ik me zo goed voorstellen... wie zou dat niet nodig hebben?

Lisa: Mijn ouders waren zo belast, ze konden mijn angsten en wat ik nodig had er niet bij hebben. Maar dat betekent niet dat ik te veel was. Had ik dat toen maar gehoord van iemand.

Het verlies van de verslavende relatie verdient, naast de rouw over het gemis, ook aandacht in de therapie. In deze relatie was er pijn en vernedering, maar ook liefde en fysieke aantrekkingskracht. In eerste instantie ging Lisa ervan uit dat zij beter af was zonder Daan en dat haar vrienden er ook zo over dachten: van hen hoefde ze geen begrip te verwachten voor haar verdriet over de 'slechte' relatie. De therapeut doorbrak deze eenzijdige blik en hielp Lisa stil te staan bij haar positieve en negatieve gevoelens voor Daan en te rouwen over het verlies.

Daarbij werd duidelijk hoezeer Lisa zich schaamde voor haar worsteling met Daan: 'Ik walg van mezelf dat ik weer met hem naar bed ga.' Deze verlamdende schaamte belemmerde haar dit te delen met vrienden en bracht haar in een isolement. Deze *actuele* schaamte van Lisa hing samen met een diepgewortelde of *chronische* schaamte van waaruit zij zichzelf beleefde als niet de moeite waard om van te houden. Deze chronische schaamte was terug te voeren op de wijze waarop zij als kind de afwijzing door haar ouders beleefde: 'ik ben geen liefde waard'. Deze schaamte nam bezit van haar en beïnvloedde haar gedrag bij de vernederingen door Daan ('vanzelfsprekend dat je mij als niks behandelt, want ik ben ook niks'), en belemmerde haar ook zich kwetsbaar te tonen bij een attente man of bij haar therapeut ('hoe meer ik mij toon, des te walgelijker zullen jullie mij vinden'). De AFT-therapeut bood haar een emotioneel corrigerende ervaring: 'het besluit om te stoppen nemen we pas als jij daaraan toe bent'. Met deze interventie kon Lisa ervaren dat haar gevoelens de moeite waard zijn en zij betekenis voor hem heeft. Vervolgens moedigt de therapeut haar aan om ook buiten de therapie open te staan voor haar eigen gevoelens en behoeftes en voor de positieve reacties van anderen en zo gaandeweg zelfcompassie en een reële blik op anderen te ontwikkelen.

Aandachtspunten voor de therapie

Om de therapie bij verslavende liefdesrelaties kans van slagen te geven, is aandacht voor de volgende punten belangrijk:

1. *Het isolement van patiënten.* De omgeving adviseert om te stoppen met de relatie. Als dit niet lukt, dan ervaren patiënten dat vaak als falen en delen zij hun worsteling niet meer. Het risico is groot dat zij zich dan alleen voelen staan en terugkeren naar de verslavende partners die wel liefde bieden.¹⁸
2. *Responspreventie.* Als patiënten de verleiding van de verslavende relatie moeilijk kunnen weerstaan, dan legt de therapeut hen uit dat het voor het welslagen van de behandeling belangrijk is dat zij afzien van de verslavende

relaties (responspreventie). Pas dan kunnen zij de angst en de onrust (remming) voelen.

3. *Therapeutische houding bij terugval.* Soms vallen patiënten terug in het oude patroon door weer met de verslavende partners in zee te gaan. De therapeut probeert dit te verdragen en niet te vervallen in een bestraffende houding. Hij laat de verantwoordelijkheid bij de patiënt en toont hem steeds opnieuw de consequenties van zijn gedrag.⁶ Sam: Stom, ik stuurde haar gisteravond toch weer berichtjes. Het werd een sof, want ze appte me dat ze later zou reageren. Ze zit vast weer met een ander. Ther: Ga eens terug naar dat moment van gisteravond. Wat voel je daar nu bij? Vanuit welk gevoel stuurde je haar een bericht? Hoe kijk je daar nu op terug? Je voelt je nu achteraf nog ellendiger. Dat is een bekend scenario: je neemt contact op vanuit de hoop dat je wat krijgt en achteraf voel je je waardeloos. Kan dat scenario je de volgende keer helpen als je twijfelt of je wel of niet een bericht zult sturen?¹⁶
4. *Secundaire winst van de afweer.* Patiënten nemen soms een slachtofferrol aan, nadat zij weer zijn teruggevallen, vanuit de illusie dat iedereen met hen te doen zal hebben. Deze secundaire winst van de afweer belemmert de patiënten om tot verandering te komen. Daarnaast is het patroon van afwisselend aandacht en afwijzing, onrust en prikkels hen vanaf de vroege jeugd bekend en daardoor hun oude 'veiligheid'.⁵
5. *Wennen aan gelijkmatigheid.* Een wederkerige liefdesrelatie verloopt vaak rustiger en kent minder pieken en dalen. Als patiënten zich daaraan overgeven, dan missen zij soms de opwindendheid van de verslavende liefdesrelatie. Zij worden onrustig en onzeker, hebben geen zin meer om te vrijen, en verlangen naar de oude prikkels. De therapeut geeft psycho-educatie en helpt de patiënt, bijvoorbeeld met rollenspelen, te leren omgaan met de wederkerige liefdesrelatie en liefde en seksualiteit te combineren. Zo leren patiënten dat de oude pieken en krenkende dalen plaats kunnen maken voor liefde, plezier en voldoening.
6. *Aandacht voor schaamte, angst en onzekerheid.* Als patiënten de oude afweer (figuur 1) en de destructieve relaties loslaten dan komen zij in een niemandsland: zij voelen zich kwetsbaar en moeten vaak nog leren om voor zichzelf te voelen en te denken. De therapeut ondersteunt deze verandering met een aanmoedigende houding en heeft oog voor hun schaamte, onzekerheid en angst.
7. *Ander verslavingsgedrag.* Veel verschijnselen die we aantreffen bij verslavende liefdesrelaties komen ook voor bij andere vormen van verslaving, zoals gok-, game-, seks- en drugsverslaving.³ Bovendien hangt de verslavende liefdesrelatie soms samen met onderliggende psychopathologie, zoals angst- en depressieve stoornissen en borderline-, afhankelijke en narcistische stoornissen.² Het is daarom nuttig tijdens de anamnese te onderzoeken of er behalve de verslavende liefdesrelatie andere verslavingen en vormen van pathologie voorkomen.

Ten slotte

Bij mensen met een verslavende liefdesrelatie treffen we vaak een angstig, ambivalent gehechtheidspatroon aan. Deze angstig-onveilige hechtingsrelaties versterken in veel gevallen de individuele persoonlijkheidsproblematiek en brengen de partners in een negatieve spiraal, waarin zij steeds minder afstemmen op de behoefte van de ander, de emotionele controle verliezen en elkaar toenemend kwetsen en beschuldigen.¹⁹ Wij laten zien hoe AFT patiënten helpt zich te bevrijden uit deze destructieve collusie door hen te leren om open te staan voor positieve ervaringen, een positief zelfbeeld op te bouwen en te rouwen over het gemis uit het verleden. Zij leren zo in een wederkerige relatie autonomie en verbondenheid samen te laten gaan: zij zijn emotioneel belangrijk voor elkaar, maar geven daarnaast vanuit hun eigenheid richting aan hun eigen leven. Voor deze zelfsturing en zelfwaardering zijn zij dan niet meer afhankelijk van anderen.

Er bestaat nog geen duidelijke definitie van het begrip liefdesverslaving en psychometrische instrumenten ontbreken. Daarom ontwikkelden Costa en anderen³ de 'The Love Addiction Inventory', die zij baseerden op verschillende componenten van verslavingsgedrag. Verder wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is schaars. De omvang en impact van het probleem lijken echter enorm: googlen op 'liefdesverslaving' en 'addictive love relationships' levert bijna 300 miljoen hits en een groot aantal zelfhulpprogramma's op. Gericht onderzoek naar effectieve behandelmethodes is dan ook aan te bevelen. Toetsing van de werkzaamheid van de AFT-methode bij grote groepen patiënten is, op grond van de uitkomsten van onze casusbeschrijving, een aan te bevelen eerste stap.

Dit artikel is een bewerking van de presentatie die beide auteurs op 10 september 2021 verzorgden op het Lemion symposium 'Zelfwaardering en ambivalentie'. ■

Literatuur

1. Sussman S, Lisha N, Griffiths M. Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions* 2011;34:3-56.
2. Sussman S. Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity* 2010;17:31-45.
3. Costa S, Barberis N, Griffiths MD, et al. The Love Addiction Inventory: Preliminary Findings of the Development Process and Psychometric Characteristics. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2021;19:651-68.
4. Bacon I, McKay E, Reynolds F, et al. The Lived Experience of Codependency: an Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020;18:754-71.
5. Dam QD van. Het kernconflict in de affectfobietherapie. Een routekaart voor de behandeling. *PsyXpert* 2020;3:25-35.
6. Dam QD van. Affectfobietherapie in de praktijk. *PsyXpert* 2020;4:44-53.

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

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.

EINDTOETS

1. Tijdens de anamnese is het met name nuttig om te onderzoeken of er naast de verslavende liefdesrelatie sprake is van ander verslavingsgedrag en niet zozeer of onderliggende psychopathologie aanwezig is.

Juist

Onjuist

2. Wat vormt het gebrek aan ontvankelijkheid bij patiënten met een negatief zelfbeeld?

- belangrijke weerstand tegen de ontwikkeling van een positief zelfbeeld
- een affectfobie voor negatieve gevoelens van anderen
- gebrek aan positieve interacties met anderen

3. Wat zijn vaak kenmerkende verschijnselen bij patiënten met een verslavende relatie?

- angstige, onveilige hechting
- hang naar een betrouwbare partner
- veel behoefte aan rust

4. Lees dit gesprek tussen de therapeut en Lisa nog eens.

Lisa: Als ik mezelf zo zie als kind, pendelend tussen mijn ouders, begrijp ik hoe ingewikkeld het moet zijn geweest voor mij. Ik werd letterlijk ziek als ik bij mijn vader was: misselijk van de machteloosheid en verwarring. Daarover kon ik met niemand praten. Dat is toch veel te veel voor een kind?

Ther: Veel te veel. De behoefte die je had aan steun en hulp kan ik me zo goed voorstellen... wie zou dat niet nodig hebben?

Lisa: Mijn ouders waren zo belast, ze konden mijn angsten en wat ik nodig had er niet bij hebben. Maar dat betekent niet dat ik te veel was. Had ik dat toen maar gehoord van iemand.

Onder welk van de drie doelen bij AFT van een verslavende relatie valt dit?

- ontvankelijk maken voor zorg en aandacht van anderen
- ontwikkelen van een positief zelfbeeld en beeld van de ander
- rouwen over het emotionele gemis

5. Waarop hebben de AFT-interventies van verslavende liefdesrelaties vaak betrekking?

- onderscheid zelf en de ander
- zelfonthulling door de therapeut
- verwerking van trauma's uit het verleden

6. Wat is een valkuil voor het slagen van therapie bij verslavende liefdesrelaties?

- psycho-educatie over wederkerige liefdesrelaties
- responspreventie
- secundaire winst van de afkeer

7. De therapeut neemt de gevoelens van Lisa serieus. Waarom kan zij daar niet blij mee zijn?

- Zij is bang om haar kwetsbare kanten te tonen.
- Zij is bang voor het oordeel van de therapeut.
- Zij schaamt zich en vertoont afweergedrag.

8. De conflictdriehoek heeft als punten: Afweer (A), Remmende gevoelens (R) en Activerende gevoelens (G). Zet de letters op de juiste plaats in de volgende zinnen.

Eerst een voorbeeld: Lisa krijgt op haar werk een compliment voor haar zorgzame houding. Zij reageert gespannen (R) en zegt dat het weinig voorstelt (A). Het is toch normaal dat zij zorg aan anderen geeft (A). Trotse gevoelens (G) roepen angst (R) bij haar op. Zij mist zelfcompassie (G).

Lees de volgende zin. Is het Afweer (A), Remming (R) of activerend gevoel (G)?

Lisa voelt zich gezien (...) bij een veelbelovende afspraak met een leuke man. Hij stelt een volgende afspraak voor. Lisa wordt fysiek onrustig (...) en zegt dat ze erover moet nadenken (...). Ze schaamt zich (...) en verwijt zichzelf (...) dat ze zo moeilijk doet. Ze verlangt naar liefde en erkenning (...), maar kan niet trots (...) op zichzelf zijn. Met een somber gevoel (...) gaat ze naar huis.

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

9. Lees de volgende zin. Is het Afweer (A), Remming (R) of activerend gevoel (G)?

Amber: 'Mijn ouders waren verslaafd aan de alcohol. Ik werd nooit vastgehouden of geknuffeld. Ik verdien dat ook niet (...). Voor mijn man en kinderen sta ik altijd klaar (...). Mijn man maakt me vaak belachelijk (...). Natuurlijk heb ik ook behoefte aan een arm om mij heen (...). Dat laat ik niet merken (...). Alleen het idee al maakt me angstig (...). Ik schaam me dood (...).'

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

10. Lees de volgende zin. Is het afweer (A), Remming (R) of activerend gevoel (G)?

Anna: 'Ik haat mezelf (...). In de relatie met Jack geef ik me over aan zijn grillen (...). Ik verdien dat, want ik ben ook slecht (...). Bij jou voelde ik me fijn en warm (...). Jij neemt me serieus (...). Toen je voorstelde om samen te gaan wonen, werd ik angstig (...). Bang dat je alle onhebbelikheden van me ziet (...) en angstig dat je me in de steek zult laten (...).

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