

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Angstherkenning en gevoelsuiting in de affectfobietherapie

## *Een pleidooi voor integratie in de psychodynamische therapie*

QUIN VAN DAM

Als er in het dagelijks leven gevaar dreigt, dan detecteren we dit onmiddellijk en reageren we met angst. Dit aangeboren en onbewust werkende mechanisme kan echter ook aanslaan als er geen reëel gevaar dreigt en we niet het risico lopen beschadigd te raken (LeDoux 2015). We voelen ons dan bedreigd en bereiden ons voor op gevaar, ook al is dat vaag en onbekend (Freud 1917). Deze zogenoemde <neurotische angst> vloeit voort uit een psychodynamisch conflict tussen gevoelens en verlangens enerzijds en een innerlijk verbod anderzijds. Wanneer er een appel op deze verboden gevoelens wordt gedaan, dan detecteert ons overlevingsmechanisme gevaar en reageren we met angst. Maar deze angstgevoelens worden vervolgens afgeweerd — ze wijzen immers in de richting van het verbodene. Daardoor raakt de patiënt niet alleen het contact met zijn gevoelens kwijt, maar ook met zijn angstbeleving. 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 geplaatst. Deze afweer van gevoelens en angst begint vaak al op jonge leeftijd, en heeft twee consequenties (McCullough-Vaillant 1997):

- 1 De patiënt heeft niet geleerd de emotionele en lichamelijke signalen van angst te herkennen en zijn angst te reguleren.
- 2 De patiënt heeft niet de vaardigheid ontwikkeld om zijn gevoelens op een sociaal aanvaardbare of adaptieve wijze te uiten.

In de psychodynamische therapie (psychoanalyse of psychodynamische psychotherapie) roept de oplossing van het innerlijk conflict vaak angst op. Als de psychodynamisch therapeut deze angst vervolgens benoemt, krijgt de patiënt weliswaar een cognitief besef van zijn reactie, maar leert hij daarmee nog niet hoe hij zijn angstgevoelens kan herkennen en reguleren. Daarnaast gaat de

psychodynamisch therapeut ervan uit dat verandering in gedrag vanzelf zal volgen als de patiënt zijn afgeweerde gevoelens kan toelaten. Deze gedragsverandering is echter niet vanzelfsprekend, aangezien de patiënt de bijbehorende vaardigheden nooit geleerd heeft.

In de affectfobietherapie (AFT) worden deze vaardigheden — angstherkenning en gevoelsuiting — juist wel nadrukkelijk aangeleerd. Vooral de experiëntiële en cognitief-gedragstherapeutische technieken die geïntegreerd zijn in het psychodynamisch kader van AFT maken dit mogelijk. Hoe helpt de AFT-therapeut de patiënt om ten eerste de verschijnselen van angst te herkennen en te reguleren, en ten tweede de opnieuw beleefde gevoelens te vertalen in adaptief gedrag? Voorafgaand aan de beantwoording van deze vragen geef ik een beknopte beschrijving van AFT. Ik rond af met de stelling dat psychodynamische behandelingen kunnen profiteren van de hier geschetste AFT-interventies.

### ¶ *Basisprincipes van AFT*

AFT, ontwikkeld door McCullough-Vaillant (1997), wordt in de Nederlandse ggz steeds meer toegepast. AFT behoort tot de kortdurende psychodynamische psychotherapie (KPD). Voor een overzicht van KPD zie: Berk (2001). Uit een overzicht van een groot aantal meta-reviews (Draijer & Langeland 2017) blijkt dat KPD effectief is voor onder meer de behandeling van patiënten met een depressieve stoornis of angststoornis zoals de DSM-5 die definieert en voor patiënten met een vermijdende- of afhankelijke-persoonlijkestoornis dan wel een obsessieve-compulsieve stoornis zoals de DSM-5 die definieert (het cluster C in de DSM-IV).

McCullough-Vaillant (1997) vertaalde het begrip ‘psychodynamisch conflict’ in de cognitief-gedragstherapeutische term ‘affectfobie’. De fobie is in dit geval geen angst voor iets buiten de persoon, zoals ruimtes of spinnen, maar (onbewuste) angst voor verlangens en gevoelens binnen de persoon zelf. Zij kwam tot deze vertaling omdat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat externe fobieën met behulp van systematische desensitisatie (responspreventie, exposure en angstregulatie) succesvol behandeld kunnen worden. De toepassing van deze cognitief-gedragstherapeutische techniek in het psychodynamisch kader biedt de mogelijkheid de effectiviteit en efficiëntie van de behandeling te vergroten (McCullough e.a. 2003).

AFT gaat uit van de aanname dat veel vormen van psychopathologie geworteld zijn in een angst voor gevoelens: een affectfobie. De vermijdende-persoonlijkestoornis kan bijvoorbeeld voortkomen uit de diepgewortelde angst voor nabijheid of intimiteit. AFT richt zich in zulke gevallen op de onderliggende oorzaak van de symptomen, en hanteert geen gelimiteerd aantal sessies (McCullough e.a. 2003; Van Dam 2016).

AFT vormt bij enkele RINO's onderdeel van de opleiding tot psychotherapeut en tot klinisch psycholoog. Daarnaast zijn er een basisopleiding en een vervolg-

opleiding in AFT. Therapeuten die de vervolgopleiding hebben afgerond worden toegelaten als lid van het register AFT van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie (NVPP) (zie: [www.nvpp.nl/behandelvormen](http://www.nvpp.nl/behandelvormen)).

#### ¶ *Handvatten voor de therapeut: angst helpen herkennen*

► **FYSIEKE VERSCHIJNSELEN** De therapeut observeert nauwkeurig de angstverschijnselen en intervenueert op basis daarvan.

Toename van angst leidt tot activering van verschillende delen van het zenuwstelsel (Frederickson 2013; Van Dam 2016), namelijk van:

- het somatische zenuwstelsel, ook aangeduid als het willekeurig zenuwstelsel (WKZS);
- het autonome zenuwstelsel (ANS) dat onderverdeeld is in:
  - het sympathische deel
  - het parasympathische deel.

Tot welke fysieke verschijnselen leidt de activering van het ANS en het WKZS?

- Vanuit het somatische zenuwstelsel gaat een impuls naar de dwarsgestreepte spieren (WKZS). Dit kan leiden tot zweethanden, gespannen schouders en armen, gespannen spieren in de maagstreek, de voeten en de benen.
- Vanuit het autonome zenuwstelsel gaat een impuls naar de gladde spieren (ANS):
  - Vanuit het sympathische deel leidt dit tot verhoging van de hartslag en de bloeddruk en extra doorbloeding van de grote spieren. Daarnaast is er soms sprake van een droge mond, droge ogen of constipatie. Het lichaam komt in een staat van paraatheid, vergelijkbaar met de toestand waarin de persoon neigt tot wegrennen.
  - Vanuit het parasympathische deel leidt dit tot verlaging van de hartslag, een lage bloeddruk, wazig zien, oorsuizing, duizeligheid, diarree, migraine en warme handen. Het lichaam komt in een passieve toestand, te vergelijken met een staat van schijndood (Frederickson 2013).

Als de patiënt angst voelt, leidt dit tot activering van het WKZS of van het ANS of van beide. Het WKZS stuurt de dwarsgestreepte spieren aan. Angstontlading is merkbaar door bijvoorbeeld gebalde vuisten, spanning in de schouders, in de nek en in de voeten. Daarnaast kan hoofdpijn of een versnelde ademhaling optreden (Frederickson 2013).

Het ANS stuurt de gladde spieren aan. Angstontlading is merkbaar door druk op de blaas, darmklachten, migraine, hypertensie, longklachten, bronchitis, en onrustige benen. Bovendien kunnen er bij de patiënt cognitieve en

perceptuele ontregelingen plaatsvinden die tot uiting komen in verschijnselen van dissociatie, verwarring, slecht geheugen, chaotische gedachten, hallucinaties, en oorsuizing (Frederickson 2013). De therapeut observeert deze verschijnselen van angst nauwkeurig en legt ze uit aan de patiënt.

Vaak komt angst langzaam op en daalt deze snel als er aandacht aan gegeven wordt. Dit patroon is vooral zichtbaar bij patiënten die neurotische of onrijpe afweer hanteren, zoals projectie, rationaliseren, ontkennen en vermijden. Deze patiënten maken wel onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid, en beschikken over een matige tot stabiele identiteit (Van Dam 2011). De angstgevoelens worden vaak gekleurd door angst voor verlating of bestraffing.

Niet alleen een appel op het innerlijke conflict leidt tot verhoging van het angstniveau. De angst kan ook toenemen als de patiënt zijn woede op de omgeving projecteert en de ander daarom als vijandig beleeft — wat weer resulteert in een angstig-wantrouwende houding.

Het vermogen tot angstregulatie is matig als de angst snel stijgt en langzaam daalt. Dit matige vermogen komt vooral voor bij patiënten met een defect in de psychosociale vermogens. Zij gebruiken overwegend primitieve afweer, zoals splitsen, primitieve externalisatie, projectieve identificatie, vervalsen en loochenen. Bij deze patiënten staat een alles-of-nietsbeoordeling op de voorgrond. Zij maken een gering onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid en hebben het idee dat de dingen hen overkomen. De angstgevoelens zijn bij deze patiënten met een matige angstregulatie vaak gekleurd door fragmentatie of desintegratieangst (Van Dam 2011).

#### ¶ *Casus: Daan*

Hoe ziet dit eruit in de praktijk? Ik bespreek eerst het geval van Daan, die hierboven al even aan de orde kwam. De therapeut helpt Daan te beseffen dat hij zijn gevoelens afweert, en dat hij die strategie niet alleen in het hier-en-nu hanteert, maar dat dit zijn gebruikelijke wijze van reageren is bij confrontatie met iets pijnlijks. Deze overlevingsstrategie was in het verleden heel effectief, maar vormt in zijn huidige leven een belemmering.

Daan: Het doet me niks dat Lisa het uitmaakte.

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

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

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

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

- Therapeut: Kun je daarvan nog een concreet voorbeeld geven?
- Daan: Vorig jaar werd ik ontslagen. Ik zei toen ook dat het me niks uitmaakte. Anderen waren meer geschokt dan ikzelf.
- Therapeut: (*na concreet uitvragen van deze situatie*) Dat laat zien dat het voor jou een gebruikelijke manier is om zo te reageren als er iets pijnlijks met je gebeurt.
- Daan: Ja, stom natuurlijk dat ik dat doe.
- Therapeut: Ik denk niet dat het stom is, maar dat je niet voor niks je gevoelens wegstopt. Ik vermoed dat je het lange tijd nodig had om dat te doen. Mogelijk voelde je als kind aan dat het bij jullie thuis niet geaccepteerd werd je gevoelens te uiten. Herken je dat?
- Daan: Ja, daar deden we niet aan. Mijn ouders hadden nooit ruzie.
- Therapeut: Dat is opmerkelijk.
- Daan: Mijn vader kon soms wel een week zwijgen en dan was de spanning om te snijden.

Als Daan erop geattendeerd wordt dat en hoe hij afweert, komen angstgevoelens op. De therapeut brengt daarop de verschijnselen van zijn angst onder de aandacht en legt uit hoe deze ontstaan en hoe ze zich lichamenlijk en emotioneel manifesteren. Zodra de angst gedaald is, gaat de therapeut naar de oorsprong van de afweer.

- Therapeut: Je kijkt wat onrustig, voel je dat ook?
- Daan: Ik voel me ongemakkelijk.
- Therapeut: Probeer je eens op je lichaam te concentreren. Waar voel je dat precies? Wijs het eens aan?
- Daan: (*wijst naar zijn borst*) Drukkend gevoel op mijn borst en benauwd in mijn keel.
- Therapeut: (*legt ook hand op eigen borst*) Je ademt ook onrustig. Merk je dat?
- Daan: Het gaat nu alweer wat makkelijker. Zojuist was dat wel even zo.
- Therapeut: Dat onrustig ademen en die druk op je borst en in je keel zijn uitingen van spanningen of angst. Als je nu praat over die afwijzing door Lisa, dan voel je opnieuw hoe pijnlijk dat voor je was, en dat brengt angst teweeg. Veel mensen voelen zich boos of verdrietig als ze afgewezen worden. Als kind leerde je dat verdriet of boosheid er niet mocht zijn. Als je terugdenkt aan die afwijzing door Lisa kunnen die gevoelens weer naar boven komen en je angstig maken.
- Therapeut: (*even later*) Hoe gespannen voel je je nu?
- Daan: Ik voel me nu weer rustiger.
- Therapeut: (*gaat naar de ontstaanswijze van de afweer*) Je zei zojuist dat er bij jullie thuis niet aan gevoelens werd gedaan. Kun je een concreet voorbeeld daarvan geven?

Daan vertelt over een krenkende situatie waarin hij als zevenjarig jongetje door vader werd uitgelachen toen hij huilend met een bloedende knie thuiskwam. Aan de hand van deze en nog enkele andere concrete situaties bespreekt de therapeut met Daan dat hij als kind leerde om afstand van zijn gevoel te nemen en dat dit een goede bescherming vormde tegen krenkingen, en hem hielp zo veel mogelijk geliefd te zijn bij zijn ouders.

Therapeut: (*even later*) Toen was je klein en afhankelijk en was zeggen dat het je niks uitmaakte een goede manier om je staande te houden. Nu ben je volwassen en kun je zelf regie nemen.

Daan: Ja, dat heb ik me nooit zo gerealiseerd. Ook nu kan ik opeens in een heel afstandelijke houding komen. Het is moeilijk te beseffen dat het nu niet meer nodig is.

Met deze angstregulering richt de therapeut de aandacht op Daans angst en maakt hij onderscheid tussen de bedreigde positie van Daan als *kind* en de ongevaarlijke situatie van nu als *volwassene*. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat dit cognitieve besef een krachtig middel is om de oude angsten te verminderen: aan de oude herinnering van vroeger — met gevaar — wordt een nieuw geheugenspoor — zonder gevaar — toegevoegd. Het nieuwe spoor vervangt niet het oude, maar onderdrukt het oude geheugenspoor en de daarbij passende angstbeleving (LeDoux 2015).

De therapeut stelt voor die afstandelijke houding (‘Het maakt me niets uit’) los te laten. Hij benadrukt dat het erom gaat welke gevoelens nu hier in de kamer opkomen. Daan hoeft er buiten de kamer nog niets mee te doen. Deze interventie — responspreventie — is erop gericht het gevreesde gevoel niet te vermijden. Door Daan aan te moedigen hier in de kamer te experimenteren (exposure), creëert hij een veilige ruimte om nieuw gedrag (denken, voelen, handelen) uit te proberen.

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

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

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

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

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

- Daan: (*legt zijn hand op zijn borst, ademt onrustig*) Drukkend gevoel hier. Raar eigenlijk.
- Therapeut: (*ook hand op de borst*) Je merkt direct weer die druk op je borst en je onrustige ademhaling. Dat zijn opnieuw de uitingen van angst. Ik kan me voorstellen dat het heel naar voor je was dat zij het uitmaakte. Als je weer teruggaat naar dat concrete moment, dan kan de verwarring of spanning die je toen voelde ook nu weer naar boven komen.
- Daan: Ik herinner me nu weer dat ze me overdonderde met dat bericht.
- Therapeut: Ja, dat zal een enorme klap voor je zijn geweest en dat je niet wist wat je daarmee aan moest. Dat je je geen raad weet lijkt je nu ook weer te voelen. Herken je dat?
- Daan: Ik kreeg zojuist een heel warrig gevoel in mijn hoofd, alsof ik er even niet meer bij was.
- Therapeut: Dat kan gebeuren als de spanning hoog oploopt. Dat is een normaal verschijnsel: als je heel gespannen wordt, kun je niet meer helder denken en je niet meer concentreren.
- Daan: Ja, inderdaad. Je klonk opeens ver weg. Ik kreeg ook even last van gesuis in mijn oren.
- Therapeut: Ook dat zijn uitingen van spanningen en angst. Die kunnen opkomen als het ons even te veel wordt.
- Daan: O, dat wist ik helemaal niet. Ik voelde me al wat bezwaard tegenover jou omdat ik er even niet bij was.
- Therapeut: (*even later*) Als je nu weer teruggaat naar je lichaam. Voelt het nog net zo gespannen of anders?
- Daan: Ik voel me nu rustiger, maar de onrust is nog niet helemaal weg.

De therapeut probeert eerst het moment waarop Daan werd afgewezen te actualiseren zonder zijn gebruikelijke afweer (responspreventie). Daarna leidt hij hem naar zijn lichaam en legt hij opnieuw uit dat deze lichamelijke sensaties uitingen van angst zijn. De aandacht en uitleg over de angstverschijnselen leiden vaak tot afname van de angst (angstregulatie).

De therapeut helpt Daan zo nodig zich nog meer bewust te worden van zijn angst door hem aan te moedigen op een schaal van nul tot tien aan te geven hoeveel spanning hij ervaart. Op andere momenten in de therapie kan de therapeut daarop teruggrijpen door te vragen welk cijfer hij nu aan zijn spanning geeft. Als de patiënt moeilijk contact met zijn lichamelijke sensaties krijgt, stimuleert de therapeut hem om in het dagelijks leven tweemaal per dag de mate van spanning te registreren.



---



---

¶ *Casus: Ted*

De emotie <angst> vormt een reactie op verboden of afgeweerde gevoelens. In de therapie kunnen de angstgevoelens in de vorm van lichamelijke angstverschijnselen naar de oppervlakte komen. Vaak realiseert de patiënt zich zijn angst echter niet. Bovendien spreekt het woord <angst> hem niet aan. Daarom gebruikt de therapeut woorden die de lichamelijke sensaties aanduiden, zoals <spanning>, <gejaagdheid>, of een <wurgend> en <onrustig> gevoel. Pas daarna legt hij uit dat de fysieke verschijnselen samenhangen met angst.

Daarnaast zijn veel patiënten geneigd een verkeerde bron aan te wijzen voor de angstgevoelens. Ze hebben niet geleerd waarmee angstgevoelens samenhangen en hoe ze deze kunnen reguleren: ze hebben slechts de herinnering aan de angstgevoelens van vroeger. Daarom moet de therapeut uitleg geven over de samenhang tussen lichamelijke verschijnselen en angst. Bovendien wijst hij erop dat deze angstverschijnselen veroorzaakt worden door gevoelens die in de actuele situatie spelen. In deze situatie hangt de angst van de patiënt niet alleen samen met zijn innerlijke conflict, maar ook met de overdrachtsgevoelens die in de therapeutische relatie geactualiseerd worden (Frederickson 2013).

Ted: Ik denk dat ik hyperventileer, ik adem zo onrustig.

Therapeut: Wat maakt je zo gespannen?.

Ted: Ik heb volgende week rijexamen en daar zie ik zo tegen op.

Therapeut: Dat is natuurlijk heel spannend. Mogelijk is er ook nu iets wat je heel gespannen maakt en waardoor je onrustig ademt. Wat gaat er nu door je heen?

Ted: Vlak voordat ik hier naar binnen ging, dacht ik aan ons vorige gesprek, waarin ik vertelde over mijn seksuele gevoelens voor mannen. Ik dacht: als hij daar maar niet weer naar vraagt.

Therapeut: In het gesprek vorige week zag ik veel opluchting bij je toen je vertelde over je gevoelens voor mannen, maar tegen het eind voelde je veel angst en schaamte. Ik kan me voorstellen dat je die angst en schaamte nu ook weer ervaart en je daardoor onrustig ademt. Wat voor angst en schaamte voel je nu?

De therapeut geeft Ted uitleg over de wijze waarop de fysieke verschijnselen een uiting vormen van angst- en schaamtegevoelens. Daarnaast brengt hij ze in verband met de actuele situatie. Deze uitleg biedt Ted verheldering en leert hem te beseffen dat zijn lichamelijke reacties hem iets <vertellen> (Van Dam 2016).

¶ *Handvatten voor de therapeut: angst helpen reguleren*

De aard van de fysieke angstverschijnselen is leidend bij de interventies van de therapeut. Als de angstverschijnselen beperkt blijven tot de dwarsgestreepte spieren (wkzs), exploreert de therapeut de angst en brengt die in verband met het verboden gevoel. Dit leidt meestal tot een afname van angst (Frederickson 2013).

In het voorbeeld van Ted wordt zijn onrustige ademhaling inderdaad veroorzaakt door de activering van de dwarsgestreepte spieren (wkzs). De therapeut exploreert zijn angst en brengt deze in verband met zijn schaamtevolle gevoelens voor mannen. «Wat is het angstigst als je die gevoelens voor mannen ervaart?».

Als angstgevoelens de gladde spieren activeren, beperkt de therapeut zich tot angstregulatie, dat wil zeggen: uitleg geven en exploreren van deze angstgevoelens. In dat geval brengt hij ze niet in verband met de verboden of afgeweerde gevoelens, omdat dit vaak leidt tot een toename van de angst (Frederickson 2013).

¶ *Casus: Selma*

Selma, 33 jaar, heeft al enige tijd pijn in haar darmen en is bang voor darmkanker. Somatisch onderzoek heeft geen aanwijzingen opgeleverd. Tot een jaar geleden gebruikte ze over een langere periode harddrugs. Ze voelt zich regelmatig angstig, somber en stuurloos.

Selma: De hele dag heb ik al darmkrampen. Gisteren bedacht ik me nog wat ik hier wilde bespreken. Dat ben ik totaal vergeten, het is een complete warboel in mijn hoofd.

Therapeut: De darmkrampen en de warboel in je hoofd geven aan dat je heel onrustig en gespannen bent. Voel je nu die spanning in je lijf? Wijs het eens aan?

Selma: (*wrijft over haar buik*) Dat is toch raar dat ik dan pijn in mijn darmen krijg. Zou die dokter het wel goed onderzocht hebben?

Therapeut: (*hand op zijn buik*) Ik ben geen arts, dus daarover kan ik geen uitspraak doen. Je vertelde dat je uitvoerig onderzocht bent en er geen lichamelijke oorzaak is vastgesteld.

Selma: Ja, dat is waar.

Therapeut: Voel je de onrust ook in je buik?

Selma: (*concentreert zich nu op haar hand en haar buik*) Ja, wel heel onrustig.

Therapeut: Spanning kan op verschillende manieren tot uiting komen. Ieder mens heeft van die eigen lichaamsdelen waarin de spanning zich vastzet. Bij jou uit de spanning zich in verkrampte darmen en dat is pijnlijk.

Selma: De pijn wordt nu wat minder. Nu je het zegt, herinner ik me dat ik als kind en ook later vaak darmkrampen had.

De therapeut stelt vast dat de uiting van angst (darmklachten, chaos in het hoofd) leidt tot activering van het ANS (gladde spieren). Hij beperkt zich daarom tot verheldering van de angst en de lokalisering daarvan. Vanwege de chaos in het hoofd, past hij het tempo van praten daarbij aan. Daarnaast vraagt hij Selma regelmatig of het haar duidelijk is wat hij vertelt. De mogelijkheid is namelijk aanwezig dat door haar angst haar geheugen minder functioneert.

Zolang de therapeut merkt dat de angst het ANS activeert blijft hij uitleg en verheldering geven. Regelmatig informeert hij naar de intensiteit van de verschijnselen en vraagt hij of deze verschijnselen nog aanwezig zijn. Pas als hij constateert dat de verschijnselen beperkt zijn tot de dwarsgestreepte spieren (wkzs), brengt hij de angst in verband met het (mogelijk) afgeweerde gevoel.

Als de therapeut opmerkt dat de angst opnieuw het ANS activeert, bijvoorbeeld als hij de patiënt stimuleert de afweer los te laten, richt hij zich weer op deze angstverschijnselen en geeft hij daarover uitleg en verheldering. Opnieuw ziet hij dan af van interventies die gericht zijn op het loslaten van de afweer.

Kortom: de therapeut volgt en spiegelt de patiënt en observeert voortdurend de angstverschijnselen, lokaliseert ze (ANS of WKZS), en sluit zijn interventies daarbij aan.

#### ¶ *Handvatten voor de therapeut: hernieuwde beleving mogelijk maken*

Als de patiënt zijn belemmerende afweer los kan laten en besef heeft van zijn angstgevoelens, helpt de therapeut hem tot hernieuwde beleving van zijn gevoelens te komen. In eerste instantie moedigt de therapeut hem aan om in zijn fantasie de confrontatie aan te gaan met de bedreigende situatie en de eerder afgeweerde gevoelens toe te laten. Bij deze geleide fantasie volgt de therapeut de patiënt stapsgewijs bij een gevoelsuiting *in vitro*. Als deze beleving lukt zonder de remmende invloed van angst, schuld en schaamtegevoelens, stapt de therapeut daarna over naar de adaptieve uiting van het gevoel: de gevoelsuiting *in vivo* (McCullough e.a. 2003; Van Dam 2016).

► **IN VITRO: GEVOELSUITING IN FANTASIE** Met behulp van een geleide fantasie probeert de patiënt zich de bedreigende situatie voor te stellen en de confrontatie daarmee aan te gaan. Hij ervaart welke gevoelens opkomen. Vaak brengen deze gevoelens ook angst, schuld of schaamtegevoelens teweeg. Door de aandacht te richten op deze remmende gevoelens en die te onderzoeken, kan

de patiënt ervan loskomen. Dit helpt hem de eerder afgeweerde gevoelens in vitro te beleven.

Tijdens dit proces blijft de therapeut geduldig switchen tussen de beleving van het gevoel en de opkomende angst. Elke keer dat er angst opkomt, stapt de therapeut over naar de angst, schuld of schaamte. Deze angstregulatie biedt de patiënt de mogelijkheid het gevoel op een bevrijdende wijze te beleven.

Joop: Het is toch tegen de regels dat die buurman de poep van zijn hond niet opruimt?

Therapeut: (*met enige humor*) Probeer je het met regels op te lossen?

Joop: O ja, dat is weer mijn oude valkuil, ik wil het weggeregelen. Ik baalde ervan en lag de hele nacht onrustig te piekeren over die man met zijn hond.

Therapeut: Dat onrustig piekeren is, denk ik, een uiting van angst. Ik kan me voorstellen dat die man gevoelens bij je oproept die je slecht vindt van jezelf.

Joop: Ik kan hem er toch niet om vermoorden?

Therapeut: Dat je daaraan denkt geeft wel aan hoe heftig je het voelt. Probeer eens in fantasie te kijken waartoe dat gevoel je aanzet. Je hoeft er buiten deze kamer nog niks mee.

De therapeut vraagt de patiënt te fantaseren hoe hij zijn gevoel wil vertalen in handelen, en benadrukt het onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid.

Joop: Razend word ik als die buurman de poep van zijn hond niet opruimt.

Therapeut: Waartoe zet dat gevoel je aan in fantasie?

Joop: Een knal voor zijn kop verkopen.

Therapeut: Hoe zie je dat concreet voor je?

Joop: Als ik het weer zie, sla ik hem met mijn fietspomp en duw ik zijn kop in die hondenpoep.

Therapeut: Wat voel je daar nu bij?

Joop: (*lachend*) Lekker! Ik kan dat natuurlijk niet maken.

Therapeut: Nee, daar heb je gelijk in. Nu lukt het je vooral te voelen wat die buurman bij je oproept. Straks onderzoeken we hoe je je woede kunt uiten.

In de klinische praktijk verloopt de vertaling in gefantaseerd gedrag vaak in kleine stapjes. Zodra de angst oploopt, stapt de therapeut over op angstregulatie (‘Waar ben je het angstigst voor als je die woede voelt?’).

► **IN VIVO: UITING VAN HET GEVOEL** De adaptieve uiting van het gevoel helpt de patiënt zijn doel te bereiken en zijn relaties met anderen te verbeteren. Daarbij passende interventies zijn: psycho-educatie, praktische uitleg, suggesties, ondersteuning en vaardigheidstraining, zoals het rollenspel (McCullough e.a. 2003; Van Dam 2016).

Zo oefent Joop met zijn therapeut in een rollenspel hoe hij zijn woede kan gebruiken om op een stevige en passende wijze de buurman duidelijk te maken dat hij niet accepteert dat zijn hond op zijn stoep poept.

Vaak weegt de therapeut samen met de patiënt hoe het gevoel op adaptieve wijze en afgestemd op het contact met anderen geuit kan worden (bijvoorbeeld: ‘Je wilt je kinderen vertellen dat je moeder zelfmoord pleegde toen jij drie jaar oud was. Hoe wil je dat vertellen en hoe denk je dat zij zullen reageren?’).

De therapeut is soms mentor of coach als hij met de patiënt de verschillende mogelijkheden bespreekt om zijn gevoel te uiten, en geeft feedback als de verwachtingen van de patiënt irreëel zijn.

- .....
- Koos: Ik hield me op recepties altijd afzijdig, nu wil ik dat niet meer.  
 Therapeut: Wanneer ga je weer naar een receptie? Hoe wil je daar reageren?  
 Koos: Komende vrijdag. Wel lastig, want het is niet erg bijzonder wat ik te zeggen heb.  
 Therapeut: Wat bedoel je concreet met bijzonder?  
 Koos: Nou, dat ik iets vertel over een presentatie die ik onlangs op mijn werk hield.  
 Therapeut: Je bedoelt dat je op een onbekend iemand afstapt en dan vertelt over die presentatie?  
 Koos: Ja, als je het zo herhaalt dan kan dat natuurlijk niet. We kennen elkaar niet eens.  
 Therapeut: Als je het omdraait: iemand stapt op jou af. Hoe wil jij benaderd worden, wat vind jij prettig?  
 Koos: Ja, gewoon, dat hij bijvoorbeeld vraagt wat ik doe of waarvan ik de jubilaris ken.  
 Therapeut: Dat past goed bij de situatie. Als ik bij de tram een praatje maak, begin ik soms ook over het weer. Gewoon heel alledaags.

.....

Koos reageert vanuit een alles-of-nietsperspectief. Van jongs af aan hield hij zich afzijdig en leerde hij niet zijn gevoelsuiting af te stemmen op anderen. Nu stelt hij irreële eisen aan de inhoud van het contact. De therapeut wacht eerst af, later houdt hij Koos een spiegel voor. Dit helpt Koos te beseffen dat zijn plan niet passend is. Dan draait de therapeut het om en dit brengt Koos op een idee. De therapeut ondersteunt dit idee door te vertellen hoe hij zelf reageert in situaties met onbekenden.

De onbekendheid met de adaptieve gevoelsuiting leidt vaak tot een opleving van angst-, schuld- en schaamtegevoelens: ‘Als ik iets onderneem zonder mijn moeder daarin te betrekken, voel ik me schuldig’. De therapeut legt de patiënt uit dat deze gevoelens van angst, schuld en schaamte gewoon bij veranderen horen en hij zich er niet door hoeft te laten tegenhouden. Een voorbeeld: ‘Je voelt opluchting nu je lekker je eigen gang gaat. Dat je je daarnaast ook schuldig en onzeker voelt ten opzichte van je moeder, hoort er gewoon bij. Die oude neiging om voor je moeder te zorgen is niet in een keer weg en leidt tot een schuldgevoel als je niet meer aan die neiging toegeeft. De kunst is door te gaan op de nieuwe weg. De schuldgevoelens nemen dan geleidelijk af’. De AFT-therapeut geeft dus uitleg, aanmoediging en begeleiding bij het uitproberen van nieuw gedrag. Deze ingrediënten vormen de basis van leren.

Weerstand tegen verandering en nieuw gedrag — denken, voelen en handelen — komen voort uit angst, onzekerheid en schuldgevoelens. Het oude probleemgedrag is vaak niet prettig, maar wel bekend, en wordt daardoor als ‘veilig’ ervaren (‘Ik weet me geen raad met een lieve attente man, en zou er alles aan doen om ervoor te zorgen dat hij weer naar tegen me doet’).

#### ¶ *Een kans voor de psychodynamische behandelingen?*

De psychodynamische behandeling heeft als doel de patiënt te helpen zijn disadaptieve afweer los te laten, tot hernieuwde beleving van zijn verboden gevoelens te komen, en zijn disadaptieve zelfbeeld en beeld van de ander te veranderen. Dit doel wordt bereikt met behulp van de traditionele technieken, zoals de vrije associatie, de bewerking van de overdracht en de interpretatie van afweer, angst en afgeweerd gevoel.

AFT kijkt in *theoretisch* opzicht niet af van dit doel, maar gebruikt andere technieken om dit doel te bereiken (McCullough-Vaillant 1997). Zo gebruikt de AFT-therapeut focusingtechnieken (experientiële benadering) om de lichamelijke angstsensaties te verkennen en de patiënt te leren zijn angst te reguleren. Deze angstregulatie biedt de patiënt de mogelijkheid het gevoel op een bevrijdende wijze te beleven. Anders dan de psychodynamisch therapeut streeft de AFT-therapeut ook naar een adaptieve interpersoonlijke uiting van de gevoelens en behoeftes van de patiënt, met behulp van cognitief-gedragstherapeutische en experientiële technieken (McCullough-Vaillant 1997).

Deze technieken zijn met name aangewezen bij de psychodynamische therapie (psychodynamische psychotherapie of psychoanalyse) van patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Vaak is er bij deze patiënten sprake van langdurig aanwezige en moeilijk te veranderen disadaptieve gedragsproblematiek en egosyntone afweer die niet makkelijk losgelaten wordt. Een actieve therapeutische houding en integratie van technieken uit andere kaders is dan nodig om tijdsefficiënt te werken en de patiënt te helpen om binnen zo weinig mogelijk tijd zo veel mogelijk verandering te bewerkstelligen (McCullough-Vaillant 1997).

Minder noodzakelijk is de concrete aandacht voor angstregulatie en gevoelsuiting in de psychodynamische therapie van patiënten met besef van de afweer (egodystoon) en beweeglijke innerlijke conflicten (mildere neurotische problematiek).

#### Literatuur

- BERK, T. (2001). *Handboek korte psychodynamische psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- DAM, Q.D. VAN (2011). Een impasse of uitweg? Inschatting van de psychosociale vermogens met het ontwikkelingsprofiel. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 49, 307-319.
- DAM, Q.D. VAN (2016). *Affectfobietherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- DRAIJER, N. & LANGELAND, W. (2017). Psychoanalyse, psychoanalytische psychotherapie en wetenschappelijke evidentie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43, 33-59.
- FREDERICKSON, J. (2013). *Co-creating change — Effective dynamic therapy techniques*. Kansas City: Seven Leaves Press.
- FREUD, S. (1917). De angst. In *Werken* 7 (p. 544-560). Amsterdam: Boom, 2006.
- LEDOUX, J. (2015). *Anxious*. New York: Penguin 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: The Guilford press.
- MCCULLOUGH-VAILLANT, L. (1997). *Changing character — Short-term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defences*. New York: Basic books.

#### SUMMARY

##### *Exploring fear and expressing feelings in affect phobia therapy: A plea for integration in psychodynamic therapy*

Many patients were forced as children to put up defences against their feelings and anxieties. As a result, they [1] have not learned to recognise the emotional and physical characteristics accompanying fear and regulate their anxiety and [2] have not developed the skills to express their feelings in an appropriate way. These competences have received little attention in psychodynamic therapy. Applying interventions rooted in Affect Phobia Therapy can be a fitting addition, owing to the experiential and cognitive behavioural techniques that are part and parcel of the psychodynamic context in which APT is practised.

In this article examples of interventions to regulate fear and explore adaptive expression of feelings are discussed. These are specifically advisable in the psychodynamic treatment of patients with serious personality disorders which are accompanied by sustained behavioural problems and egosyntonic defences.

*Key words: adaptive expression of feelings, Affect Phobia Therapy (APT), anxiety-regulation, manifestations of anxiety, psychotherapy*

*Manuscript ontvangen 20 februari 2018*

*Definitieve versie 27 juni 2018*