

In deze rubriek wil de redactie collegae aan het woord laten die aan de hand van een format hun groep beschrijven. Wilt u ook anderen laten delen in de doelgroep waarmee u werkt of uw specifieke werkwijze kenbaar maken, neem dan contact op met de redactie (nvgp@planet.nl) om het format aan te vragen.

Depressie en Dynamiek

Door psychotherapeut **Cora Versteeg**, psychomotorisch therapeut **Annemieke Bakker** en beeldend therapeut **Suzanne van Zutphen**. Zij werken bij GGZ inGeest te Amsterdam op de polikliniek Depressie.

Deeltijd Depressie is een afdeling van de Polikliniek Depressie van de GGZ inGeest, waar mensen met complexe, chronische of recidiverende ernstige depressie worden behandeld. Het behandelproces is volgens *stepped care*-systeem opgezet op basis van de behandelingen voor depressie zoals aangegeven in de Multidisciplinaire Richtlijnen. Gezien de ernst en complexiteit van de door ons behandelde populatie bieden wij dagbehandelingen aan, gebaseerd op *evidence based* psychotherapiemethodieken, die worden geïntensiveerd door vaktherapieën. Daaraan worden op indicatie van het therapeutenteam nog losse modules toegevoegd zoals systeemgesprekken (vast onderdeel), deelname aan spreekuur of doelengroep, running of toegepaste relaxatie, farmacotherapie, of via E-health de lifestyle- of slaapproefing.

Affectfobie

Eerder in deze rubriek (Versteeg, Bakker & Van Zutphen, 2012) beschreven wij de groep Depressie en Interactie, een dagbehandeling die gebaseerd is op IPT. In dit artikel beschrijven wij de groep Depressie en Dynamiek, een dagbehandeling die gebaseerd is op affectfobietherapie (AFT) van McCullough – een aanbod dat in de stepped care-methodiek bij onze instelling meestal wordt gevolgd door mensen die een andere dagbehandeling, zoals de D&I, al gevolgd hebben. Het gaat dan om patiënten bij wie blijkt dat de depressie niet alleen onderhouden wordt door negatieve cognities en door interpersoonlijke factoren, maar ook door affecten die zo bedreigend zijn dat ze niet gevoeld mogen worden. Dat heeft een ernstige invloed op het zelfbeeld en het beeld van de ander. Er is vaak sprake van gebrek aan vertrouwen in zichzelf en in de ander. In DSM-IV termen gaat het meestal om Cluster C-problematiek en ernstige of chronische depressieve klachten. Dit heeft ons doen besluiten om in deze fase van het behandelingsproces voor AFT te kiezen. Een evidence based psychotherapie voor Cluster C, waarbij wij er vanuit

gaan dat het niet mogen voelen leidt tot onder andere depressie. De depressie is in het model van AFT een vorm van afweer. AFT gaat er vanuit dat symptomen ontstaan uit een intrapsychisch conflict: niet mogen voelen (het vermijden of ontlopen) van een bepaald gevoel, omdat dat te bedreigend is gebleken in de ontwikkeling van het leven en een hoge mate van angst opwekt.

Het doel van de therapie is dat de patiënt leert het afgeweerde gevoel toe te laten en te hanteren. Symptomen worden gezien als afweer van de affectfobie, het doel is om de onderliggende oorzaak, de bron van de symptomen op te sporen.

Na de aanmelding vindt er een intakegesprek plaats, waarin de klachten in kaart worden gebracht en de methodiek wordt uitgelegd. Er wordt een concept conflict- en personendriehoek gemaakt en de dominante affectfobie (het psychodynamisch conflict) wordt geformuleerd (McCullough, 1997), zie verder onder Methodiek.

Bij aanvang van de groep ontvangt de deelnemer een werkboek waarin de methodiek, de gang van zaken, de groepsregels en huishoudelijke regels uiteen worden gezet. Hierin is ook ruimte voor het uittekenen van de driehoeken, het bijhouden van een zogenoemd witboek (waarin de patiënten een positieve gebeurtenis opschrijven, voor depressieve mensen heel belangrijk) en de voor de patiënt belangrijke thema's. In de eerste sessies wordt door de patiënt met behulp van de therapeut en de groepsleden een poster gemaakt waarop de driehoeken komen. Zo informeren de groepsleden elkaar wat de problemen zijn waar iemand

hulp voor heeft gezocht. De dominante affectfobie wordt in een slagzin vertaald, het motto. Hiervoor gebruiken we ook andere informatie die we hebben van de patiënt, zoals liefhebberijen en gezonde kanten. Bijvoorbeeld iemand die graag zingt maar geen plek in durft te nemen, krijgt het motto: 'ik laat mijn stem horen en zing uit volle borst'.

Methodiek

In de therapie wordt het intrapsychisch conflict bewust gemaakt, door de patiënt te laten ontdekken waartoe hij welke emoties vermijdt. Welke affecten worden niet adequaat gehanteerd? Vaak gaan de afgeweerde affecten gepaard met schuld en schaamte en daarnaast met vele vormen van angst. Er is behoefte aan veilige hechting. Zo kan het voorkomen dat patiënt Wouter zijn behoefte aan intimiteit of contact niet durft te voelen uit angst de ander te belasten, dan wel uitgelachen of vernederd te worden. In de therapiegroep kan hij ervaren dat dit verlangen er mag zijn.

McCullough (1997) ontdekte door decennialang therapieessies op te nemen en te bestuderen, dat een confronterende methode (zoals die van Davanloo) iemand niet hielp zijn afweer onder ogen te gaan zien. Juist een steunende, accepterende en empathische houding van de therapeut maakte dat een patiënt de angst voor de pijn kon overwinnen en samen met de therapeut de afweer durfde te gaan onderzoeken en de onderliggende gevoelens die afgeweerd waren, kon gaan voelen. De doelstelling is

dus om te durven voelen wat er afgeweerd moest worden, dit te beleven in relatie met de groep en therapeuten, en te experimenteren, wat bij uitstek in de vaktherapieën gedaan kan worden.

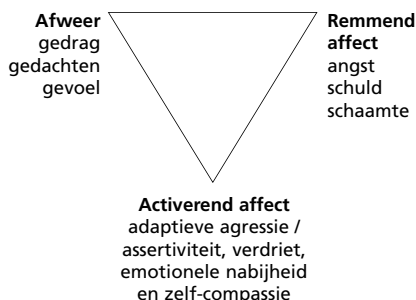
Het beeld van zichzelf en dat van de ander in beeld brengen, is een andere doelstelling binnen de behandeling. Bij depressie is er meestal sprake van een verstoord en negatief zelfbeeld en een verstoord beeld van de ander of de wereld. Dit vertekende negatieve beeld wordt vaak onderhouden door een trauma en persoonlijkheidsproblematiek. Dit is mogelijk een van de factoren die een chronische depressie chronisch maakt.

Kernbegrippen van de methodiek

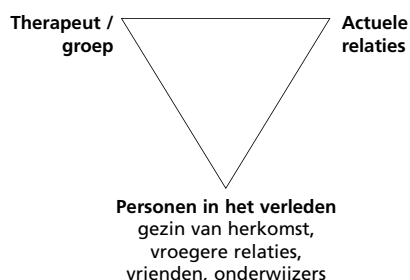
- afweer: symptomen, klachten waarmee de patiënt komt. Dat kan gedrag zijn, gevoelens of gedachten (hoe wordt afgeweerd).
- remmend affect: angst, schuld, schaamte (waarom wordt afgeweerd).
- activerend affect: wat mag niet gevoeld worden, wat wordt afgeweerd: gevoelens die deel uitmaken van de kern van iemands wezen en adaptief geuit moeten kunnen worden.
- kernconflict: conflict tussen activerend en remmend affect, dat is ontstaan in interpersoonlijk contact met belangrijke anderen.

De therapie is gericht op het in kaart brengen van de afweer, van het remmend affect en van het activerend affect in de conflict-driehoek. Daarnaast worden de belangrijke personen uit het verleden, het hier-en-nu en de therapeut of therapiegroep schematisch weergegeven.

Conflictdriehoek



Personendriehoek



Figuur 1.

De conflict-driehoek en de personendriehoek

De groepsbehandeling

In de behandeling richten we ons op het ontdekken dát er afgeweerd wordt, wát er afgeweerd wordt, waaróm dat zo gebeurt, en waartóe. Hoe gaat dat in zijn werk?

- Herstructureren van de afweer; van ego-syntoon naar egodystoon. De patiënt moet zich zelf gaan verwonderen over het gedrag wat hij vertoont. De angst is niet alleen negatief, het heeft ook een beschermende functie gehad. Door de angst aan te gaan, bijvoorbeeld via

desensitisatie, kan de patiënt leren dat wat toen logisch aan gedrag ontstond, nu niet meer hoeft. Dit kan in het contact met de therapeut en de groep al beleefd worden. De angst die het opwekt moet gehanteerd leren worden. De angstregulatie gaat over het leren omgaan met de inhiberende gevoelens die meestal te maken hebben met contact en intimiteit.

- Herstructureren van het affect: leren omgaan met affecten, ze adequaat uiten en ontvangen van anderen. Ook dit is vooral in een groep goed te oefenen.
- Herstructurering van de representatie van het zelf en de ander: in contact met de groep is het onderzoeken van de innerlijke beelden die iemand heeft van anderen sneller manifest. Door het bieden van een veilige omgeving en holding wordt het mogelijk gemaakt om deze te herstructureren en bijvoorbeeld meer autonomie op te bouwen en ook verbondenheid te ervaren.

De groep en de therapeut functioneren als model waar de patiënt zich kan (gaan) ervaren als een persoon met eigen wensen en behoeften, en waar hij in de interactie kan leren om in verbondenheid meer autonomie te verwerven. Het voordeel van in een groep werken, is dat de afweer vaak eerder duidelijk wordt en de groep het groepslid kan wijzen op wat opvalt in zijn gedrag. Dit wordt vaak gemakkelijker geaccepteerd dan van de therapeut. De behoefte aan veilige hechting kan in de

groep ervaren worden. In de vaktherapieën kunnen de affecten in de ingezette werkvormen ervaren worden. In het deeltijdprogramma worden twee vaktherapieën aangeboden, beeldende therapie en psychomotorische therapie. Deze therapievormen bieden de patiënt de gelegenheid om in het hier-en-nu hun afgeweerde gevoelens toe te laten en te leren hanteren. Desensitisatie vindt plaats door de cliënt bloot te stellen aan beangstigende gevoelens in de groep, in vivo. Tijdens het nabespreken van een werkvorm wordt onderzocht wat afweer, wat remmend en wat activerend affect is. Zo wordt de conflict driehoek in het hier en nu zichtbaar en voelbaar, en ter plekke ervaren. Dit biedt ook de mogelijkheid om er mee te experimenteren, dus de angstige en conflictueuze situaties aan te gaan in plaats van ze te vermijden. Men leert zichzelf en de ander op een andere manier zien. De personendriehoek wordt gebruikt om tijdens het nabespreken van een werkvorm te verhelderen hoe de patiënt zijn patroon in de relatie met de therapeut of de groep herhaalt.

Een dag in de groep

Het team start met een patiëntenbespreking: er wordt teruggekeken op vorige week, en besproken wat belangrijk is om op terug te komen. De patiënten worden doorgenomen, en informatie uit eventuele andere therapieonderdelen zoals de doelengroep, running, het spreekuur, een medicatiecontact, of een systeemgesprek wordt gedeeld.

De groep start met het groepsgeprek, en

de posters worden in de groepsruimte opgehangen.

AFT

Onder begeleiding van de psychotherapeut brengen patiënten in dit onderdeel hun dagelijkse problematiek of herinneringen in die de afgelopen week zijn opgekomen. Hierbij wordt onderzocht of er sprake is van afweer. In de loop van de behandeling en na de eerste onderzoekende parallelfase gaan de patiënten steeds sneller zelf of bij elkaar de repeterende afweervormen herkennen en bespreken. Zo ontstaat er een veilig therapeutisch klimaat. Naarmate er meer veiligheid is, worden de patiënten uitgenodigd om te onderzoeken wat er zou gebeuren wanneer ze de afweer zouden opgeven. De veiligheid is een voorwaarde dat de angst gevoeld, ervaren en besproken kan worden. In de intimiteitsfase vindt een correctie plaats van de oorspronkelijk onveilige hechting. De volgende stap, het ontdekken, bespreken en dan ook gaan voelen van het activerend affect is een uitdaging die soms met veel heroptredende afweer gepaard kan gaan. Maar ook kan het een opluchting zijn te ontdekken wat het verlangen is. En kan verdriet en rouw gevoeld worden over dat wat er zo lang niet mocht zijn en vaak veel levenstragiek heeft veroorzaakt. Zo ontmoette eerder genoemde Wouter een vriendelijk persoon waarmee hij meer contact wilde, maar voelde hij ook weer opnieuw de angst om vernederd te worden. Vervolgens viel hij terug in zijn oude afweer, namelijk overmatig drankgebruik. Zo kan de oude afweer de depressie

in stand blijven houden. Rollenspellen en andere experiëntiële technieken kunnen dan helpen deze oude patronen te verduidelijken en te onderzoeken.

Aan het einde van de sessie wordt per persoon vastgesteld wat het belangrijkste thema was voor die persoon en dat wordt meegenomen naar het volgende onderdeel.

De patiënten hebben nu een half uur pauze en kleden zich om voor de PMT. In deze tijd vindt er een overdracht plaats tussen de teamleden. Dit is een belangrijk element in de deeltijdbehandeling; door de overdracht wordt de continuïteit in de behandeling gewaarborgd. De patiënten hebben een veilige plek en ervaren dat zij gezien worden door therapeuten die zorgvuldig geïnformeerd zijn. De patiënten nemen hun eigen posters mee, en hangen die op in de zaal waar PMT plaatsvindt.

Psychomotorische therapie

Ieder benoemt wat hij meenam uit de AFT en elke patiënt kan inbrengen waaraan hij wil werken. Soms is er nog een los eindje naar aanleiding van de AFT die ochtend, of naar aanleiding van een eerdere PMT-sessie. Vervolgens wordt er door de therapeut een passende werkvorm aangeboden en komt de groep in beweging. Dit kan naar gelang de fase van de groep een individueel gerichte werkvorm zijn, of iets met een tweetal, of met een kleine groep, of met de hele groep, of opeenvolgend.

Lichaamsgerichte en bewegingsgeoriënteerde werkvormen wisselen elkaar af. Iedere werkvorm wordt nabesproken aan de

hand van de twee driehoeken, de motto's of wat de patiënt meenam uit het vorige therapieonderdeel. Ook de PMT wordt afgesloten met 'wat neem je mee'.

De wijze waarop iemand in het gespreksonderdeel feedback en zelfonthulling durft te geven, komt veelal overeen met hoe hij non-verbaal contact maakt in PMT. Echter, soms zijn er tegenstrijdigheden. Deze tegenstrijdigheden kunnen geplaatst worden in de conflictdriehoek: gedrag is het compromis tussen wens en verbod. In de ene situatie wordt de impuls afgeweerd of aan de realiteit aangepast, in de andere komen de onbewuste impulsen aan de oppervlakte. Een vrouw die zich bijvoorbeeld in spel agressieveremd toont, aan de zijlijn beweegt, en nauwelijks ruimte inneemt op de vierkante meter in de zaal, blijkt venijnige feedback te kunnen geven in gesprekstherapie. Een ruwe speler bij basketbal reageert in het gesprek zeer empathisch op een angstige groepsgenoot. Centraal in PMT staat het stilstaan bij lichamelijke sensaties (exposure), wat voel je nu, op dit moment in je lichaam (angstregulatie); het waarnemen van de lichamelijke sensaties als eerste stap, en vervolgens de vraag hoe dit om te kunnen zetten in gedrag. Het opmerken van de fysieke neiging die er opkomt, brengt de patiënt vaak in contact met het remmend affect. Als laatste stap is het van belang dat de patiënt het activerende gevoel durft te beleven, en de betekenis van destijds die eraan verbonden is geraakt, leert los te laten.

Na PMT hebben de patiënten drie kwartier

lunchpauze in een ruimte die bestemd is voor alle poli- en deeltijdpatiënten. Met elkaar wordt ervoor gezorgd dat de therapie niet wordt voortgezet.

In deze tijd komt het team weer bij elkaar, en wordt besproken wat er in PMT aan de orde was, welke patiënt wegbleef, wat nog aandacht behoeft, et cetera. Er wordt getracht voor patiënten verbindingen te leggen tussen wat er in de verschillende therapieën is besproken en ervaren.

Beeldende therapie

In het laatste therapieonderdeel van de dag beginnen de cliënten weer met het ophangen van hun posters, nu in het atelier, en het herhalen van wat zij meenamen uit PMT. Soms wordt er nog even ingegaan op wat er gezegd wordt, of om verduidelijking gevraagd. Vervolgens wordt er geïnventariseerd wat een ieder wil doen, inhoudelijk en praktisch. Het aandachtspunt is ter inspiratie voor het beeldend werk en de werkwijze. Hoe en wat ga je vandaag proberen anders te doen? Hoe en waar in de ruimte ga je werken (tussen de mensen of op jezelf in een hoekje)? Wat zou je kunnen gebruiken (hulp, uitdaging)? Wat wil je echt graag doen? (dus vanuit verlangen, zelfcompassie, vanuit het activerende affect, in plaats van uit oud 'veilig' afweergedrag). Veelal wordt er individueel gewerkt, soms met groepswerkvormen, of in kleinere groepjes, waarin patiënten met hun persoonlijke thema's elkaar van dienst kunnen zijn. Dit geschiedt naar behoefte en wordt ter plekke afgestemd. Zo krijgt de patiënt de gelegenheid om vorm te geven aan persoonlijke

thematiek in eigen tempo en met eigen kleur. Dit geeft ook eigen verantwoordelijkheid. Dit is spannend, waardoor soms de afweer zichtbaar wordt. De senioren in de groep hebben hier een steunende voorbeeldfunctie voor de junioren. Zij hebben dat eerder net zo ervaren en kunnen goed adviseren om minder op het resultaat gericht te zijn en meer op het proces. Als men individueel werkt is dat in dialoog met het beeldend materiaal om zo te reflecteren op gevoelens en te experimenteren met nieuw gedrag. Wat voor kleur en dynamiek heeft mijn gevoel als ik het zou schilderen? Of, wat als ik vandaag eens van mij laat horen door te gaan timmeren? Als laatste onderdeel van de dag kan men via het beeldend werk terugkeren naar zichzelf, kunnen besproken thema's beklijven door er in beeld op te reflecteren of kan men een persoonlijk experiment uitvoeren. Het anders dan anders doen is spannend, want hierdoor kan er contact komen met de afgeweerde gevoelens. Maar het is exposure met een vluchtroute, men kan immers altijd nog de schuld geven aan het beeldend materiaal...

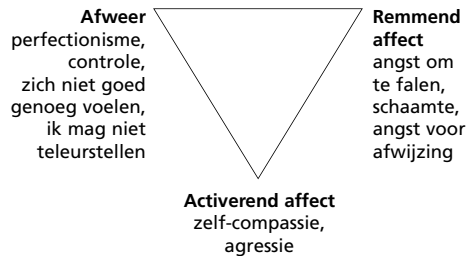
Door de weken heen zijn er enkele vaste opdrachten die terugkeren, zoals het in beeld brengen van het motto, en het in beeld brengen van de affectdriehoek. Het eerste om zich het gegeven motto eigen te maken, het tweede om te onderzoeken hoe de afweer, de remmende en de activerende affecten in verhouding tot elkaar staan. De patiënt kan hierbij denken aan werken in lagen, of het maken van vorm in vorm. Wat is zichtbaar, wat dekt af? En: wat is uit het

zicht, wat wordt bedekt, afgeschermd of weggehouden? De symbolische expressie is confronterend maar helpt om er grip op te krijgen en (beeld)taal te geven aan de innerlijke wereld.

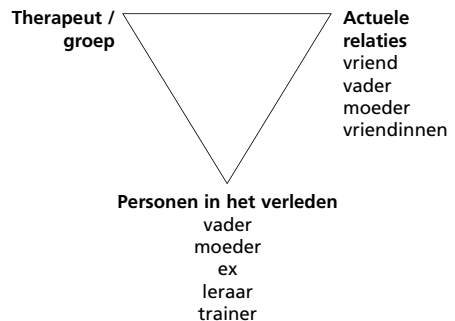
Vignette

Renske, 31-jarige vrouw, heeft zich aangemeld met een recidiverende depressie, eerste episode op 11-jarige leeftijd. Haar driehoeken zien er als volgt uit:

Conflictdriehoek



Personendriehoek



Motto: ik spring uit de band

Renske gaat binnenkort samenwonen met haar vriend, en dit betekent dat zij in tegen-

stelling tot haar huidige woonsituatie, vaker alleen zal zijn. Zij heeft afgelopen week gemerkt dat ze van kleine dingen overstuur raakt en blokkeert.

De groep kan haar helpen inzien tijdens het groepsgesprek, dat hier sprake is van afweer. Door haar perfectionisme is zij bang te falen. Wat afgeweerd wordt is haar positieve zelfgevoel en autonomie. Zij is nu in de fase waarin zij haar afweer begint te herkennen. Renske neemt haar gevoel van onrust mee naar psychomotorische therapie.

In PMT krijgt een ieder van de groep de opdracht een zo hoog mogelijke toren te bouwen binnen een bepaalde tijd. Renske kijkt om zich heen naar haar groepsleden die allen hard aan het werk zijn, materiaal aan het verslepen zijn, rennend nog meer materiaal halen. Renske staat stil. Zij huilt. In de nabespreking benoemt Renske haar moeite om een taak uit te voeren, net zoals thuis, en haar angst daarin te falen. Zij voelt frustratie.

In beeldende therapie wordt Renske aangeemoedigd om in een tweetal te gaan werken met iemand wiens aandachtspunt binnen hetzelfde spectrum ligt. Renske mag samenwerken met Andrea, die al langer in de groep zit en die voorbij het perfectionisme (afweer) met haar autonomie (activerend affect) aan het werk is. Renske en Andrea krijgen de opdracht om allebei een eigen mozaïek te maken. Het aandachtspunt van Renske is daarbij het loslaten van perfectionisme, en het aandachtspunt van Andrea is in haar kracht en autonomie te blijven.

We bedenken samen een 'handicap' waardoor ze elkaar nodig zullen hebben bij het maken. Er zijn veel bakjes met verschillende kleurtjes steen, en ze zitten zo ver van elkaar vandaan dat ze beiden niet overal zelf bij kunnen. Ze zullen elkaar nodig hebben om te krijgen wat ze willen. In het geven en ontvangen van hulp, of juist niet, oefenen ze met de keuze tussen autonomie en passiviteit of tussen controle (perfectionisme) en overgave. De kunst is dit te doen vanuit zelfcompassie, dus zonder in de angst voor afhankelijkheid (dus ten koste van zichzelf of het resultaat geen hulp vragen) of in angst voor falen (wat ten grondslag ligt aan het perfectionisme), te komen. Ze zijn beiden creatief in het verzinnen van allerlei vragen om hulp of het nee zeggen. Ze dagen zichzelf en de ander uit. Renske ervaart dat het prettig is om hulp te ontvangen, dat wat ze doet goed genoeg is, en voelt dat ze zich wat kan ontspannen. Aan het einde van de dag neemt Renske mee dat ze in de komende week wil proberen dit toe te passen in haar dagelijks leven.

Effectmeting

Uit RCT's is gebleken dat AFT werkt voor depressieve en angstklachten (Johansson, 2013) en voor Cluster C-problematiek (Winston et al., 1994; Svartberg et al., 2004). Zelf gebruiken we momenteel bij de Poli Depressie de lijsten die in de instelling routinematig worden gebruikt: de IDS en de BSI (in de ROM). We zijn op zoek naar aanvullende lijsten, die meer inzicht geven in de verbetering van kwaliteit van leven

door het volgen van onze therapieën. Onze ervaring is dat bij deze populatie, waar sprake is van recidiverende of chronische depressie, de depressieve klachten hooguit wat schommelen naar lichte vermindering. De patiënt vertelt echter dat door de behandeling het leven beter is geworden, ze beter met stress en situaties om kunnen gaan. Vaak is er een verbetering van contact en interactie.

Er wordt eens in de drie maanden geëvalueerd. Beëindiging van de behandeling wordt ver van te voren door therapeuten en groep besproken. Vaak wordt er nazorg geboden als uiteindelijke afronding.

Reflectie

Al doende hebben er regelmatig wijzigingen in het programma plaatsgevonden de afgelopen jaren. De deeltijdgroep startte destijds met een pilot met in het programma AFT en één vaktherapie. De vaktherapieën wisselden elkaar af, bijvoorbeeld eerst vier weken lang beeldende therapie, daarna psychomotorische therapie, en vervolgens dramatherapie. We kozen er vervolgens voor om langdurig met één vaktherapie te werken, ook om de personen-driehoek (waarin de relatie met de therapeut) meer tot zijn recht te doen komen.

Verder begonnen we met een gesloten groep, en momenteel is het een open groep. Overwegingen hierbij zijn zowel praktisch van aard (wachtijd voor nieuwe patiënten), als inhoudelijk. In een open groep kunnen de patiënten leren omgaan met veranderingen in de groepssamenstelling, zoals het

leren vertrouwen van nieuwe mensen. Een nieuwkomer roept angst op die meteen bewerkt kan worden in een veilig groeps-klimaat. Dit geldt ook voor het afscheid nemen. Gezien de ernst van de problematiek van onze populatie is ons behandel-aanbod uitgebreid naar twee vaktherapieën. Dit is passend bij de zorg die wij bij GGZ in Geest bieden.

De hierboven beschreven groep bestaat nu circa vier jaar. We doen deze intensieve groepsbehandeling met genoegen. Het is een mooi om met elkaar op zoek te gaan naar dat wat de patiënten niet mogen voelen en mee te maken dat de groepsleden aan ons therapeuten en de groepsleden die gevoelens gaan ervaren. Getuige zijn van de groei van de patiënten maakt van de behandeling een inspirerende positieve ervaring, waar we zelf ook steeds weer iets van leren en wijzer uitkomen. We vinden de methodiek mensvriendelijk en invoelend, je kunt als therapeut/mens een mooie bijdrage leveren aan de emotionele ontwikkeling van iemand.

Frustrerend is de terugval die we regelmatig meemaken van de groepsleden in afweergedrag, mensen die bijvoorbeeld weer veel gaan drinken of contacten afbreken. Maar daar staat tegenover dat we door vasthoudendheid en geduld vaak zien dat mensen het na een terugval weer oppakken en dankbaar zijn voor wat we met elkaar opbouwen en laten opbloeien.

Literatuur

Aken, M. van (2008). *Kort en Goed Genoeg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Dam, Q. van & Hamburger, M. (2014). Affect Fobie Therapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6, 215-229.

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 <https://dx.doi.org/10.7717/peerj.102>.

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing Character*. New York: Basic Books.

McCullough, L., Kuhn, N., Stuart, A., Kaplan, A., Wolf J. & Hurley C. (2003). *Treating Affect Phobia, a Manual for Short-term Dynamic Psychotherapy*. London/New York: Guilford Press.

Svartberg M., Stiles T.C. & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of shortterm dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(5).

Versteeg, C., Bakker, A. & Zutphen, S. van (2012). De Depressie en interactiegroep. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 7(3), 50-55.

Winston, A., Laikin, M., Pollack J., Samstag, L., McCullough, L. & Muran, C. (1994). Short-Term Psychotherapy of Personality Disorders: 2 year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 151(2): 190-194.