

Trotseer de beer

Over de behandeling van affectfobie en de activerende kracht van beeldende therapie.

Door **Peter Stolk**, beeldend therapeut, en **Miriam Saschowa**, klinisch psycholoog. Beiden werken bij de Ziekenhuisgroep Persoonlijkheidsstoornissen van Altrecht.

Inleiding

Hoe behandel je een doelgroep die niet opvalt en zich terugtrekt als het spannend wordt? Het model Affect Fobie Therapie is voor patiënten met Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen een effectief behandelaanbod. Binnen de afdeling Kortdurende Klinische Psychotherapie (KKP) van Altrecht is met AFT in klinische vorm twintig jaar ervaring opgedaan. Juist de non-verbale ingang van beeldende therapie heeft in het bewerken van vermijdende problematiek een meerwaarde. De patiënt komt in actie en leert de beren op zijn weg te trotseren.

In dit artikel beschrijven we hoe op een afdeling voor KPP in de behandeling van patiënten met ernstige Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen gewerkt wordt vanuit het model van Affect Fobie Therapie (AFT) (McCullough, 1997, 2003). Deze therapievorm is bewezen effectief in het behandelen van deze doelgroep, waarbij angst en vermijding voorop staat (Svartberg, 2004). Binnen de groepsgerichte psychodynamische behandeling op de KKP (van Aken-van

der Meer, 2008) leert de patiënt om te gaan met de angst voor gezonde, ‘activerende’ gevoelens en behoeften. Onze ervaring in het werken met beeldende therapie op de KKP is dat de therapie door het non-verbale karakter bij uitstek geschikt is om het vermeden gevoel in beeld te krijgen, doordat de patiënt via het werken met materiaal in actie komt en een directe ervaring opdoet. De vermijding wordt daardoor doorbroken. De interne dynamiek van de patiënt komt op tafel, en kan via de groep en de omgang met materiaal verder worden bewerkt. De beeldend therapeut sluit daartoe met een aanbod van groeps- en themawerkvormen aan bij waar de behandelgroep zich in het proces bevindt. In een behandelklimaat waarbij compassie voor jezelf en anderen gestimuleerd en ingezet wordt, kan de patiënt op een ontdekkende en beeldende manier op avontuur gaan.

We zullen eerst nader het behandelmodel toelichten. Daarna laten we zien hoe concepten uit het AFT-model vertaald kunnen worden naar werkvormen in beeldende therapie. Vervolgens zullen we de verschillende stappen in de AFT-behandeling beschrij-

ven aan de hand van casuïstiek en interventies binnen beeldende therapie.

Het AFT-model

AFT is een vorm van kortdurende psychodynamische psychotherapie, ontwikkeld door McCullough (1997, 2003). Meer recent zijn er ook in de Nederlandstalige psychotherapieliteratuur publicaties verschenen die de AFT-behandeling voor het voetlicht brengen (van Aken en Gilhuis, 2008; van Dam en Hamburger, 2014; Gilhuis en van Leeuwen, 2013; Versteeg, Bakker, en van Zutphen, 2015; de Wolf, 2006). Het gaat bij AFT om een behandeling waarbij psychodynamische theorie geïntegreerd is met gedrags-, cognitieve en experiëntiële therapie.

Het doel van de behandeling is de psychische gezondheid te vergroten door het vrij kunnen beleven van activerende gevoelens en behoeften (die je motiveren tot gedrag en het zoeken van toenadering), waardoor de patiënt in staat is tot het ontwikkelen van zowel autonomie als het vermogen tot ver-

bondenheid in betekenisvolle relaties met anderen.

Bij de patiënt zijn door ongunstige omstandigheden in het verleden activerende gevoelens en behoeften gekoppeld geraakt aan remmende gevoelens als angst, schaamte en schuld. Een kind dat geen troost vindt als het zijn verdriet uit, maar juist te horen krijgt dat het zich niet moet aanstellen, kan zich gaan schamen voor verdriet of hiervan angstig worden. Er ontstaat dan een innerlijk conflict, dat de patiënt tracht op te lossen door vermijdingspatronen. Vanuit angst en schaamte zal in dit voorbeeld deze patiënt genegen kunnen zijn bij verdrietige situaties zichzelf op de kop te geven en streng toe te spreken en het verdriet te negeren. Deze vermijdingspatronen kunnen leiden tot klachten, zoals depressie, angststoornissen of lichamelijke spanningsklachten. Deze patronen worden aangeduid als afweer, maar noemen wij tegenover patiënten liever overlevingsstrategieën of valkuilen.

In AFT wordt gebruikgemaakt van de schematische weergave van deze innerlijke dynamiek in de vorm van de conflict driehoek.

Vermijdingspatronen



Remmende gevoelens:

angst,
schuld,
schaamte

Activerende gevoelens:
boosheid, assertiviteit, rouw,
nabijheid, positieve zelfbeleving

De interne conflicten die weergegeven zijn in de conflictdriehoek, zijn ontstaan en worden ervaren in het contact met andere mensen. McCullough gebruikt de zogenoemde persoonsdriehoek (figuur 2) om deze interpersoonlijke context te beschrijven: de innerlijke conflicten hebben wortels in belangrijke relaties in het verleden, en worden herhaald in actuele relaties. De herhalings-

patronen zullen zich ook voordoen in de therapeutische relatie. En daar ligt het primaire aangrijpingspunt voor de therapie. In individuele therapie betreft het de therapeutische relatie tussen de patiënt en de therapeut. In groepstherapie komen daar de relatie met de groepsleden en de groep als geheel bij.

Figuur 2: Persoonsdriehoek



Focus van de behandeling

Centraal in de focus van de behandeling staat de behoefte aan verbinding met behoud van autonomie. De onderliggende activerende gevoelens vormen de motor, de drijfveer, voor gedrag, voor verandering. De behoefte aan nabijheid neemt daarbij een belangrijke plaats in.

Behandeling is in de praktijk gericht op het stap voor stap loslaten van de vermijdingspatronen om daarmee geleidelijk de activerende gevoelens meer te kunnen beleven en hieraan adequaat uiting te kunnen geven. Het zal duidelijk zijn dat de behandeling, net als een andere vorm van fobiebehandeling, betekent dat er geleidelijke ex-

posure is aan de angsten die gekoppeld zijn geraakt aan de activerende gevoelens.

In de behandeling wordt actief gewerkt rond alle drie de punten van de conflictdriehoek. Dit gebeurt in vier stappen die tijdens de therapie zowel na elkaar als parallel aan elkaar kunnen verlopen. Deze stappen zijn:

Afweer bewerken

1. Herkennen van de afweer
2. Loslaten van de afweer

Affect bewerken

1. Beleven van het affect
2. Expressie van het affect

De afweer wordt bewerkt doordat de patiënt deze leert te herkennen en vervolgens los te laten. Het affect wordt bewerkt als de patiënt zijn afweer los gaat laten: dan gaat hij stap voor stap zijn angsten aan en komt hij geleidelijk meer in contact met zijn onderliggende gevoelens. Ook leert de patiënt op een passende manier aan deze gevoelens uiting te geven.

De therapeutische houding

De therapeut biedt in de behandelrelatie een nieuwe hechtingrelatie aan, zodat de patiënt een corrigerende ervaring kan opdoen. Een houding van acceptatie en steun past daarbij. Connectie gaat daarbij vóór confrontatie.

Binnen deze therapeutische relatie is er in belangrijke mate aandacht voor angstregulatie: de therapeut helpt de patiënt zijn angsten stap voor stap aan te gaan.

Het opgeven van de afweer en het beleven van de onderliggende activerende gevoelens roept angst op. De therapeut zorgt dat de patiënt niet sneller gaat dan zijn angst toelaat, maar zorgt ook dat de patiënt niet te veel in zijn vermijding blijft hangen. Met andere woorden: de therapeut zoekt voortdurend naar het optimale angstniveau.

Angstregulatie vindt ook plaats door de compassie die de therapeut toont met de patiënt: de therapeut geeft erkenning voor de pijn die samengaat met het loslaten van de afweer, erkenning voor de onvermijdelijkheid van de afweer in het verleden. Ook door te wijzen op de sterke kanten en wat goed gaat, reguleert de therapeut de angst. Evenals door te oefenen in imaginatie.

Beeldende therapie en AFT

Een belangrijk thema van patiënten met vermijdende persoonlijkheidsproblematiek is het vermijden van activiteit in contact met anderen. Deze sociale geremdheid maakt dat men het ondernemen van iets dat spannend is vaak niet durft aan te gaan uit onzekerheid over zichzelf en de ander. De angst om zich open te stellen en werkelijk in beeld te komen, maakt dat veel nadenken en afstandelijk over iets praten een grote plek inneemt (Stolk & van Aken-van der Meer, 2006).

In de behandeling op de KKP worden de patiënten daarom juist wél nadrukkelijk uitgenodigd en gestimuleerd om met elkaar in actie te komen en aan de slag te gaan. Het multidisciplinair behandel aanbod is daartoe een belangrijk middel. Met name de non-verbale therapieën bieden een goede mogelijkheid voor de experiëntiële technieken van de AFT. McCullough gebruikt imaginaire technieken om de patiënt een voorstelling te laten maken van een nieuw te betreden gevoels- of actiegebied. Hierbij richt zij haar aandacht sterk op lichamelijke sensaties en fysieke beleving. In beeldende therapie wordt imaginatie vervangen door verbeelden in materiaal. Beeldende therapie is daarmee per definitie experiëntieel. Immers, de patiënt doet daadwerkelijk een hier-en-nu-ervaring op waarover direct gereflecteerd kan worden. Gezien de neiging van de patiënt tot vermijden en rationaliseren, is het belangrijk dat de patiënt eerst ervaart en daarna reflecteert en verbaliseert. De beeldende therapie biedt de patiënt aldus

ruimte om actief handelend en spelenderwijs op onderzoek te gaan en de vermijding te doorbreken.

Het aanbod van de beeldende therapie zoals we die op de KKP aanbieden, bestaat uit twee onderdelen. Bij beeldhouwen wordt er individueel in de groep gewerkt met steen. Via het vormgeven onderzoekt de patiënt hoe patronen van handelen, denken en voelen een activerend dan wel een inperkend karakter hebben en oefent hij met nieuw, meer wenselijk gedrag (Stolk & van Aken-van der Meer, 2006).

Daarnaast is er een sessie groepswork. In een behandelgroep van negen personen biedt de beeldend therapeut samenwerkings- en themawerkvormen aan. Door samen te werken, leert de patiënt om te gaan met de gevoelens die daarbij losgemaakt worden. In dit artikel

zullen de groepsworksessies als uitgangspunt genomen worden voor het beschrijven van de praktijkvoorbeelden.

De zichtbare werkstukken die in beeldende therapie ontstaan en het proces daaraan voorafgaand, vormen zowel een representatie van de binnenwereld van de patiënt (Smeijsters, 2000) als van de therapiefase waarin de groep zich als geheel bevindt. De therapeut gebruikt zowel de interne dynamiek van de patiënt als de dynamiek van de groep in het kiezen van een materiaal aanbod of werkvorm.

Sprekend in termen van AFT, worden in beeldende therapie op beide niveaus de inperkende (angstgestuurde) maar ook de activerende (wensgestuurde) manieren van handelen, denken en voelen, zichtbaar en hanteerbaar. Figuur 3 laat zien hoe beeldend handelen, vertaald naar de conflict driehoek, eruit kan zien.

Figuur 3: Conflict driehoek en beeldend handelen

Afwerend / inperkend handelen

- Hoog streefniveau, perfectionisme
- Vermijden van beeldend handelen en van samenwerken
- Passiviteit of overactiviteit
- Niet kiezen, te voorzichtig zijn
- Geen risico of verantwoordelijkheid nemen
- Twijfel aan competentie
- Niet durven profileren (vorm)
- Veroordelen wat er uit je handen komt
- Beren op de weg zien, omlopen



Wat remt het handelen

- Angst voor kritiek, falen, teleurstelling, krenking en afwijzing, ook in samenwerking
- Angst voor eigen kracht en vorm, schuld daarover
- Schaamte om zichtbaar te worden
- Angst voor het onbekende en de (vermeende) agressie van de beer

Activerend handelen

- Inzetten van eigen vormgevingswensen, kracht, competentie
- Plezier, trots ervaren
- In samenwerking durven voelen (bang, blij, boos, bedroefd, beschaamd)
- Nieuwsgierig zijn, kiezen, risico nemen
- Vallen en opstaan, teleurstelling ervaren
- Compassie hebben voor jezelf en wat er uit je handen komt
- Zichtbaar worden, rivaliteit inzetten, aan de weg timmeren
- Vrij zijn in doen en laten, het onbekende onderzoeken
- Op avontuur gaan, beren trotseren

De patiënt beweegt zich tijdens de behandeling – meer of minder bewust – in het krachtenveld van de driehoekdynamiek. Samen met de groep en de beeldend therapeut wordt onderzocht wat het vormgeven remt en hoe de patiënt meer wenselijk, activerend handelen en beleven kan inzetten.

Beeldende therapie en AFT in de praktijk

Hieronder beschrijven we vier aangrijpingspunten van AFT die betrekking hebben op het werken binnen de conflictdriehoek. We laten steeds met een praktijkvoorbeeld zien hoe dit in beeldende therapie aan de orde komt.

1. Herkennen van de afweer

De afweer ofwel de vermijdingspatronen zijn dikwijls verbonden met de klachten en daarin ligt veelal de motivatie voor verandering. De patiënt meldt zich met de klacht en in de therapie kan de patiënt gaan herkennen hoe deze samenhangt met gedragen gedachtenpatronen die disfunctioneel zijn. Opgemerkt moet worden dat ook gevoelens tot de afweer kunnen behoren. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die boos wordt uit angst.

Het bewerken van de afweer betekent dat de patiënt in eerste instantie zicht moet krijgen op zijn afweer. Hij moet zijn vermijdingspatronen gaan herkennen en leren zien hoe deze een rol spelen in het ontstaan en in stand blijven van zijn klachten. Hierbij past een houding van milde confrontatie. De groepsleden hebben hierin ook een belang-

rijke rol: zij kunnen elkaar er steeds weer op wijzen als de patiënt in zijn vertrouwde valkuilen, zijn afweer, terugvalt. Herhaling is daarbij van groot belang: de afweer is immers zo vertrouwd en ingesleten, dat deze zich als een automatisme zal neigen te herhalen, ondanks de wens tot verandering bij de patiënt.

Als de patiënt in beeldende therapie aan het werk gaat met materiaal neemt hij het handelen, denken en voelen mee dat past bij wie hij is. ‘De lijnen en kleuren die de patiënt in beeldende therapie tekent (...) zijn een vertolking van zijn persoonlijkheid’ (Smeijsters, 2000, p.115). In eerste instantie zal de patiënt de vormgevingsdrang inzetten om vertrouwd maar vaak ook inperkend gedrag tentoon te spreiden (Stolk & van Aken-van der Meer, 2006). Het afwerend en inperkend handelen zoals getoond in de conflictdriehoek wordt zichtbaar.

Het bewust worden van het ‘laten’ in verhouding tot het ‘doen’, is een belangrijke stap in het herkennen van patronen van afwerend handelen. De beeldend therapeut brengt het vermijdende afweergedrag op een accepterende en empathische wijze onder de aandacht. Belangrijk is dat de patiënt mildheid en zelfcompassie ontwikkelt in het kijken naar wat er uit zijn handen komt. Dit vergroot de ontvankelijkheid voor interventies (Hellemans, 2004) en de groep zal deze houding geleidelijk aan ook naar elkaar gaan aannemen.

In het volgende voorbeeld wordt getoond hoe in beeldende therapie de afweer onderkend kan worden als deze zich aandient.

Een behandelgroep is de beginfase voorbij en in het teamoverleg komt aan de orde dat men onderling contact en het mogen verschillen van elkaar wat uit de weg neigt te gaan. In beeldende therapie krijgt men de opdracht om allereerst gezamenlijk een zee te schilderen op een groot vel papier dat is uitgerold over de tafel. Er wordt geschilderd met stevige kwaststreken en fysieke inzet. De opdracht luidt vervolgens: maak ieder van klei, aangevuld met andere materialen een eilandje waar je op kunt wonen. Wat heb je nodig om er goed te kunnen vertoeven? De groep gaat aan de slag en er ontstaat een geheel van negen eilandjes in de zee. De therapeut vraagt de groep om een infrastructuur te maken door tussen de eilanden op allerlei manieren verbindingsmogelijkheden te creëren. 'Je kiest met wie je samen een verbinding wilt maken in de vorm van bijvoorbeeld een brug, een kabelbaan, een vlot, stapstenen of een telefoonlijn.' Nadat er voorzichtig enkele 'lijntjes' zijn gelegd met draadjes wol, stelt een groepslid voor om ergens in het midden een gezamenlijk eiland te bouwen. Daar stemmen de anderen enthousiast mee in en er worden allerlei elementen toegevoegd die de gezelligheid vergroten, zoals een muziekinstallatie en een bar. Vanuit ieder eiland wordt het mogelijk gemaakt de gezamenlijke plek te bereiken. Tijdens de nabespreking valt op hoe het bespreken van de onderlinge eilandverbindingen moeilijk op gang komt. De therapeut vraagt nieuwsgierig en geïnteresseerd naar het gezellige eiland in het midden. Na de enthousiaste toelichting van de groep zegt hij dat het opvalt dat de groep het blijkbaar

fijn heeft op het eiland, maar ook dat de andere verbindingen mondjesmaat tot stand zijn gekomen. Hij vraagt of dit te maken zou kunnen hebben met de moeite om te kiezen met wie je binnen de groep wel en niet contact wilt maken. Na een moment van stilte beaamt de initiatiefnemer deze visie. Het leek hem gemakkelijker om iedereen op het eiland uit te nodigen en het leuk te hebben. Hij herkent zijn neiging om iedereen te vriend te houden uit angst voor een afwijzing als hij zou kiezen. De groep als geheel ging hierin mee en koos voor een beperkende oplossing: samen op één eilandje is veilig. 'Liever chillen dan verschillen' lijkt het groeps motto te zijn.

Door de opgedane ervaring op een niet veroordelende manier te bespreken, ontstaat er in de groep meer zicht op wat er uit de weg gegaan wordt: contact aangaan en kiezen, met de risico's van dien. Het afweergedrag komt in beeld en kan verder onderzocht worden.

2. Loslaten van de afweer

Om de afweer te kunnen loslaten is een volgende stap nodig. In eerste instantie zullen de beschermende kanten van de afweer gevalideerd worden. Vaak heeft de afweer, vooral in het verleden van de patiënt, toen hij in ongunstige of onveilige omstandigheden verkeerde, een belangrijke overlevingswaarde gekend. Erkenning hiervan is belangrijk. Dit helpt de patiënt om zich gezien en erkend te voelen door de therapeut. Het bevordert een positieve behandelrelatie, wat juist in het begin van de behandeling van

belang is. De patiënt kan de therapeut gaan ervaren als corrigerend object, die hem veiligheid biedt om de spannende onderneming van de behandeling (met de bijbehorende angst voor verandering) aan te gaan. Daarna kan psycho-educatie over onderscheid tussen verleden en heden behulpzaam zijn, opdat de patiënt kan zien dat in zijn huidige leven deze afweer niet langer nodig is. De afweer heeft de functie als overlevingsstrategie verloren. En hier kan opnieuw een koppeling gemaakt worden met de aanmeldklachten om de motivatie voor het loslaten van de afweer te vergroten. Ook kan een voor- en nadelenanalyse gemaakt worden over de afweer. Cognitief inzicht is echter niet genoeg voor verandering: ook emotioneel inzicht is nodig. Het affect is uiteindelijk de basisdrijfveer voor verandering.

Daarbij is het van belang om naast de functie van de afweer in termen van vermindering van de onderliggende beangstigende, activerende gevoelens, ook zicht te krijgen op eventuele secundaire ziektewinst. Dit zijn bekrachtigende factoren die de afweer in stand houden. Denk aan de aandacht die een afhankelijke patiënt krijgt met zich hulpeloos opstellen. Dat betekent dat de functie van de afweer binnen de conflictdriehoek onderzocht moet worden (welk gevoel wordt afgeweerd en waarom?), maar ook de interactionele functie (wat levert de afweer op in het contact met anderen?). De groepssetting van de behandeling biedt hiervoor een rijke bron van informatie. Daarnaast is het onderzoeken van de functie van de af-

weer binnen het systeem van de patiënt buiten de behandelsetting waardevol.

De therapeut neemt een betrokken en actieve houding aan, steeds gericht op samenwerking, en zonder de verantwoordelijkheid over te nemen.

Als de patiënt in beeldende therapie voorzichtig gaat oefenen met het loslaten van de afweer, zal dit de eerste tijd veelal worden afgewisseld met momenten van snel weer willen vermijden. De angst voor beren op de weg laat zich immers niet zomaar uit het systeem van de patiënt verjagen. Ook al roept het loslaten en verlaten van het vertrouwde terrein angst op, de ervaring leert dat de patiënt in de omgang met materiaal vaker afweegt of hij zal vasthouden aan het bekende of het experiment zal aan gaan. Het gezonde, activerende gedrag met de daarbij horende gevoelens en gedachten dient zich aan. De patiënt voelt toenemend hoe de wens zich te laten zien, om voorrang strijdt met de angst daarvoor.

In het volgende voorbeeld wordt beschreven hoe de patiënt wordt uitgenodigd om de afweer (valkuilen) los te laten, en tevens de regie kan blijven houden over de snelheid waarmee dat gebeurt.

Boven op de grote werktafel in de beeldende ruimte zet de therapeut een klein tafeltje met daar overheen een kleed, dat de plek onder het tafeltje aan het zicht onttrekt. De therapeut legt uit dat het thema enerzijds gaat over dat wat je (nog) uit het zicht of 'onder tafel' wilt houden en anderzijds over dat wat zichtbaar is en 'op tafel' ligt. Hij vraagt aan

ieder om deze twee kanten met materiaal te verbeelden en de werkstukken vervolgens onder of boven op het tafeltje neer te leggen. Benadrukt wordt dat je zelf bepaalt wat ervan in de nabespreking aan de orde komt, en of je iets van onder de tafel wilt onthullen. De groep gaat aan het werk en langzamerhand ontstaan er werkstukken.

Ellen neemt in de nabespreking het woord. Ze vertelt over haar put van klei die ze bovenop het tafeltje heeft gezet. Op de bodem van de put heeft ze symbolisch verbeelde hulpmiddelen gelegd die haar zouden kunnen helpen om eruit te komen, waaronder een touw waarmee anderen haar naar boven kunnen trekken. In de put ligt ook een hartje, dat staat voor het zichzelf kunnen waarderen. Ellen zegt: 'Ik zie de middelen wel liggen, maar ik voel nog niet dat ik ze ook al kan gebruiken.' Een groepslid herkent dat Ellen vaak hulp afwijst en heel streng kan zijn voor zichzelf, en spreekt dit naar haar uit. Ellen ziet hierin wel haar valkuilen, maar voelt zich ook wat bozig worden, en zegt dat ze het vervelend vindt om erop te worden aangesproken. De groep is benieuwd naar wat er onder tafel ligt.

Enigszins ontstemd vertelt Ellen dat ze onder de tafel een zwarte bol wol neergelegd heeft, staand voor haar negatieve gevoelens, die ze het liefst vermijdt. Al pratend daarover zegt ze dat het meer durven delen daarvan in de groep haar misschien wel zou kunnen helpen maar dat het ook spannend is. Een ander groepslid benoemt dat ze daar zojuist al iets van liet zien door haar irritatie uit te spreken. Daarop krijgt Ellen een ingeving. Ze wikkelt ter plekke een stukje

zwarte draad af, van onder de tafel naar boven, tot bij de put. De rest van de bol houdt ze nog uit het zicht. 'Zo, dit is een begin', zegt ze. De groep ziet hoe Ellen aan het werk is, complimenteert haar met deze actie en met het inzichtelijk maken van het proces waar ze in zit.

Ellen heeft via deze werkvorm in woord en d(r)aad iets meer openheid gegeven over haar neiging donkere gevoelens uit de weg te gaan en af te weren. De groep hielp haar daarbij door eerst haar overlevingspatronen te benoemen en haar te steunen toen ze wat liet zien van haar boosheid (verborgen gevoel) over het aangesproken worden daarop. Ondanks Ellens boosheid over het morrelen aan haar overlevingspatronen (geen hulp aannemen, zichzelf niet waarderen), lukte het haar om een moment stil te staan bij haar wens ze meer los te laten. Impliciet heeft ze ook geoefend met hulp aanvaarden en kon ze trots zijn (zelfwaardering) over de spontane handeling met de zwarte draad, die haar intentie om verder op onderzoek te gaan kracht bij zette.

3. Beleven van het affect

Loslaten van de afweer gaat gepaard met toenemend contact met de vermeden gevoelens. Deze focussen van de behandeling zijn dan ook niet strikt te scheiden, maar gaan hand in hand. De patiënt beweegt zich heen en weer tussen focus op het bewerken van de afweer en focus op het bewerken van de onderliggende gevoelens.

Bewerken van de gevoelens bestaat binnen AFT uit twee stappen: het beleven van de

vermeden gevoelens en het leren adequaat uiting te geven aan deze gevoelens. Beide stappen vinden eerst in de therapeutische relatie met therapeut en groep plaats en kunnen daarna gegeneraliseerd worden in het dagelijks leven van de patiënt.

McCullough, die werkt met individuele therapie, maakt veel gebruik van imaginatie in deze fase om de patiënt in contact te laten komen met de verborgen gevoelens. In de groepsbehandeling worden de affecten gemakkelijk opgeroepen door de interactie in het hier-en-nu met elkaar en kan de therapeut hierop de focus leggen. Daarbij is er aandacht voor de lichamelijke sensaties die gepaard gaan met het affect.

Uiteraard gaat het beleven van de affecten gepaard met oplopende angst, schuld of schaamte, waarmee deze gevoelens in de geschiedenis van de patiënt verbonden zijn geraakt. Angstregulatie is ook hier van belang. Dat betekent dat de angsten en andere remmende gevoelens die door het beleven van de affecten in het hier-en-nu geluxeerd zijn, worden geëxploreerd en gereguleerd. De therapeut zal er in de fase alert op zijn dat de patiënt niet terugvalt in de afweerpatronen (responspreventie). En de therapeut zal zelf voldoende holding moeten bieden om samen met de patiënt de vermeden gevoelens te kunnen verdragen en hanteren.

Als de patiënt in zijn behandeling steeds meer aan de weg timmert, merkt hij geleidelijk dat de angst voor het verschijnen van beren te verdragen is en kan afnemen. Hij is zich bewust van het ongewisse dat een avontuur met zich meebrengt, verzamelt

moed en laat zich niet van zijn pad afbrengen. In beeldende therapie durft de patiënt nieuwe manieren van doen in te zetten en spelenderwijs het gebied van de activerende gevoelens en behoeften te betreden.

Thijs heeft in het eerste deel van zijn behandeling veel moeite om in beeldende therapie invulling te geven aan de themaopdrachten. Het idee dat hij daarbij iets móet gaan voelen, maakt dat hij vaak blokkeert en niet goed weet wat te doen. Halverwege de behandeling echter komt daar beweging in. Doordat de tijdsdruk voelbaar wordt en groepsleden hem stimuleren om meer risico te nemen, besluit Thijs om het zichzelf wat gemakkelijker te gaan maken. Hij neemt zich voor zijn hoge eisen wat minder ruimte te geven en kan zichzelf daardoor toestaan af en toe plezier te beleven aan het werken met materiaal. Op een dag durft hij het aan om aan de therapeut zijn wens te uiten waar hij al een tijdje over nadenkt. Hij zegt dat hij weleens tegen de tekenwand zou willen smijten met ballonnen, gevuld met verf. De therapeut pakt deze wens op en schat in dat ook andere groepsleden iets zouden kunnen leren van een aanbod waarbij het durven experimenteren centraal staat. De volgende sessie hangt hij een groot tekenvel tegen de wand, en ook op tafel legt hij een groot stuk papier. Daarbij allerlei materialen en hulpmiddelen om te experimenteren: ballonnen, verf, ecoline en pvc-buizen om mee te blazen, grote kwasten, verfrrollers, plamuurmessen. Hij refereert aan de wens van Thijs en vraagt de groep 'op avontuur' te gaan met deze middelen. Na een korte

aarzelings ontstaan er ideeën. Enkele groepsleden gaan een 'onderwaterwereld met vismonster' schilderen aan de wand, anderen willen blazen met ecoline, en weer anderen besluiten een soort avonturenlandkaart te schilderen. Thijs spat verf tegen de wand met grote kwasten, gaat er met rollers overheen en weet enkele groepsleden ook warm te krijgen om mee los te gaan. Er ontstaat een experimentele sfeer in de groep waarbij het 'oh' en 'ah' bij iedere nieuwe verrassing hoorbaar is.

In de nabespreking worden de verschillende ervaringen uitgewisseld.

Thijs vertelt welke technieken hij allemaal heeft uitprobeerde. 'Ik vond het leuk om te doen, maar het feitelijk gooien met verballonnen durfde ik toch niet. Ik was bang dat anderen het niet zouden waarderen omdat de schildering al een eind bepaald was.' De therapeut zegt dat hij de moed waardeert waarmee Thijs zijn comfortzone heeft durven te verlaten; dat dit al een grote stap voor hem is en dat hij hiermee ook anderen gemotiveerd heeft. Paul vertelt dat het groot werken tegen de wand wel lonkte, maar dat hij het te spannend vond om werkelijk uit te proberen. 'Ik heb me gericht op de avonturenlandkaart, waarin ik speelse en humorvolle elementen heb verwerkt zoals een trandendal. Ik twijfelde daarna of ik iets meer zou wagen en dacht in eerste instantie: laat maar. Toen ik echter zag hoeveel plezier het groepje had dat aan het blazen was met ecoline, durfde ik ook even mee te doen, wat voelde als een kleine overwinning.' De betreffende groepsleden benoemen dat ze het leuk vonden dat Paul mee kwam doen.

Dit voorbeeld laat zien hoe via het doen van risicovolle activiteiten, verborgen en activeerende gevoelens kunnen worden opgeroepen en beleefd. Het onbekende verkennen, risico nemen, plezier hebben en vrijheid voelen in handelen, zijn motiverende krachten die hierbij worden aangesproken. De mate waarin dit alles kan worden beleefd, wisselt per patiënt. De werkvorm biedt ruimte om die verschillen te laten bestaan. De patiënt kan bedenken hoe ver hij gaat in het uitdagen van de vermijding (exposure) en reguleert via de keuzes die hij maakt in het beeldend werken de angst die daarbij op komt. De therapeut bekrachtigt het experimenteren maar benoemt ook met compassie dat het begrijpelijk is dat iets soms nog te beladen kan zijn om aan te gaan. Zo was het bijvoorbeeld voor Thijs nodig om naast het durven te experimenteren, het smijten met ballonnen nog uit te stellen. Naast de therapeut heeft ook de groep een belangrijke rol in het elkaar stimuleren en het waarderen van genomen drempels, zoals in de situatie van Paul.

4. Expressie van het affect

Als de affecten beleefd kunnen worden, wordt gekeken hoe hier op een adaptieve manier uiting aan gegeven kan worden. Het moge duidelijk zijn dat adequaat uiting geven aan gevoelens per situatie kan verschillen. Maar het gaat hier in geen geval om het ongeremd afreageren van gevoelens.

Uitageren van gevoelens wordt eerder gezien als een vorm van afweer.

Wat een adaptieve expressie van affect is, is een onderwerp van onderzoek en afstem-

ming. Experimenteren hoort daarbij. De groep kan hierbij behulpzaam zijn om een passende vorm te vinden al naargelang de situatie. De groep kan waardevolle feedback geven over hoe zij de uiting van affecten van elkaar beleven. De patiënt leert door de interactie niet alleen zijn eigen gevoelens adequaat te uiten, maar ook om passend te reageren op en om te gaan met gevoelens van anderen. Het kan voor de patiënt nuttig zijn als tijdens de therapie voorspeld wordt dat nieuw gedrag kan leiden tot tegenspel, tot moeilijke reacties van anderen, waar de patiënt op voorbereid dient te zijn. De patiënt kan hierdoor leren dat er conflicten kunnen ontstaan, maar dat conflicten niet het einde van de relatie betekenen, of zelfs dat conflicten de relatie juist ook kunnen verdiepen. En de patiënt kan leren dat hij bestand is tegen tegenspel, daarmee zijn eigen autonomie en kracht versterkend. De groepssetting biedt hiervoor het speelveld bij uitstek. In de klinische setting biedt het samenleven op de leefgroep talloze mogelijkheden om te experimenteren met nieuwe vormen van expressie. Groepsleden kunnen elkaar hierin stimuleren en leren van elkaar.

Het volgende praktijkvoorbeeld laat zien hoe de patiënt in beeldende therapie al doende steeds meer oefent met het adequaat uitdrukken en vormgeven van gevoelens in contact met anderen.

De beeldend therapeut vraagt aan de groep om twee subgroepen te maken. Hij zegt dat er in de samenwerkingsopdracht die volgt,

gebouwd zal gaan worden waarbij sprake is van een wedstrijd. Er ontstaat een weifelende sfeer. Het kiezen van groepsleden is spannend. Uitgesproken wordt dat men bang is dat iemand zich afgewezen voelt als hij niet (snel) gekozen wordt. Uit de groep komt vervolgens het voorstel om een verdeling te maken in de personen die links en die rechts aan tafel zitten. Simon, die in de eindfase van zijn behandeling is, zegt dat hij dit te gemakkelijk vindt. Hij spreekt daarop twee groepsleden aan die hij leiderskwaliteiten toedicht en in zijn ogen iets hebben met constructies. 'Zouden jullie de groepen willen kiezen?' vraagt hij gedurfd.

Schoorvoetend accepteren de betrokkenen de toegeschoven rol, waarna ze twee groepen formeren. De therapeut laat de groepen gedurende drie kwartier een zo hoog mogelijk bouwwerk maken van dubbel gevouwen stroken papier. De groep waarvan het bouwwerk het hoogste reikt en uit zichzelf kan blijven staan, is winnaar. Vooraf laat hij iedereen op een briefje schrijven wat hij zich in de samenwerking voorneemt, zonder dit aan anderen te laten weten.

De sfeer verandert van afwachtend naar actief en energiek. De tijdsdruk en het willen winnen maakt dat er gehaast en heimelijk overleg plaats vindt. Op verschillende manieren zoeken de groepen hun weg naar boven. Uiteindelijk bereiken beide bouwwerken het plafond, maar zakt die van groep B na het samenvoegen in elkaar, waardoor groep A winnaar is.

We beschouwen de gebeurtenissen vanuit het oogpunt van groepsleden Lia (groep A) en Kees (groep B).

Lia had zich voorgenomen om het initiatief te nemen en daarmee het haar vertrouwde terrein van afwachten te verlaten. 'Ik deed een voorstel voor het bouwplan en heb ook gaandeweg – met knikkende knieën – andere ideeën geopperd. Tot mijn verbazing werd er naar me geluisterd en werden sommige ideeën ook werkelijk uitgevoerd. Dit voelde erg onwennig en daarom vroeg ik na of ik niet te dominant overkwam. Dat was niet het geval, men vond me duidelijk en stevig. Lastig vond ik het wel om even onenigheid te hebben toen enkele stromenvouwers ook wilden gaan bouwen. Gelukkig kwamen we daar uit en konden we weer verder. Uiteindelijk overheerst het plezier van het samenwerken en is het fijn om gewonnen te hebben.'

Kees had zich voorgenomen om dat wat hem niet bevalt bespreekbaar te maken in plaats van zijn eigen idee door te drukken. Dat laatste is hij onder spanning vaak geneigd te doen. De nabespreking verloopt als volgt: Kees zegt dat het bouwplan van zijn groep hem al snel niet beviel. 'Ik dacht: zo gaan we nooit winnen. Ik werd nog onrustiger toen ik zag dat het bouwwerk van de andere groep snel steeg en ben toen een eigen plan gaan maken.' Frida reageert met: 'Ja, dat was te merken zeg! Je dropte je plan om losse onderdelen te maken en het later samen te voegen en bent het direct gaan uitvoeren. Het plan vond ik niet eens zo slecht maar de agressieve wijze waarop je het afdwong, stuitte me tegen de borst.' Ben vult haar aan. 'Ik vind dit moeilijk om tegen je te zeggen, maar ik vond het vervelend dat je mijn

alternatieve idee met een snauw afdeed. Ik durfde niet aan te dringen omdat ik bang was voor je geladen houding.' Kees: 'Ik zie dat ik weer mijn eigen plan heb getrokken. Ik was bang om te verliezen en voelde me heel klein worden. Doordat ik jaloers was op de andere groep ging ik stevig door zonder overleg. Het is iets dat ik blijkbaar nog moeilijk kan veranderen en ik schrik ervan dat mijn gedrag bij jullie zo heftig overkomt. Het is heel stom van me.' De therapeut reageert met mildheid. 'Ik waardeer het dat jullie deze ergernissen durven uit te spreken Frida en Ben, en hoor hoe spannend dat is om te doen. Als je samenwerkt, kan er nu eenmaal verschil in opvatting ontstaan. Dat het nog niet meteen lukt om hier passend mee om te gaan is niet stom, Kees. Het vergt oefening om de juiste afstemming te zoeken en daarbij hoort vallen en opstaan. Knap dat je achteraf kunt zien dat het te ver doorgaan in het uitvoeren van je wens, te maken had met je klein en jaloers voelen en dat je ook kunt stilstaan bij wat het met anderen heeft gedaan.'

In dit voorbeeld wordt duidelijk hoe in de samenwerking verschillende activerende gevoelens in beeld komen en geuit kunnen worden. Bij de expressie ervan wordt tevens de hieraan verbonden 'oude angst' geactiveerd. Bij Lia ging het om de angst te dominant te zijn na het nemen van initiatief. Ze vroeg dit na waardoor de angst verminderde. Voor Kees was het inzetten van nieuw gedrag (overleggen met anderen) nog een brug te ver, maar hij kon wel stilstaan bij de krenking en de jaloezie, die

maakten dat hij in zijn valkuil stapte. De vaardigheden die de patiënt binnen de behandeling oefent in het uiten van gevoelens naar anderen, past hij geleidelijk aan ook toe in zijn leefwereld buiten de therapie.

Tot besluit

In de klinische praktijk zien wij hoe patiënten profiteren van deze AFT-behandeling binnen een multidisciplinaire behandelsetting. De patiënten komen via dit aanbod procesmatig in beweging en daarmee kunnen hun klachten verminderen. Dat maakt dat zij zich toenemend in staat voelen om weer stappen te zetten in het vormgegeven van hun eigen leven in overeenstemming met hun innerlijke drijfveren.

Als we de patiënten zelf vragen wat zij ervaren als het specifieke van beeldende therapie in hun behandeling komen zij tot de volgende uitspraken.

‘In beeldende therapie leer ik mezelf kennen in wat ik doe, en dat is confronterend. Ook al vind ik het niet altijd leuk, ik oefen op die manier wel om iets te durven doen in plaats van te vermijden.’

‘Ik heb vooral veel aan de momenten waarbij we direct samenwerken. Daarin voel ik sterk hoe ik me verhoud tot anderen, ook in het dagelijks leven.’

‘De opdrachten maken dat ik niet te veel kan gaan nadenken. Het brengt me sneller bij wat ik voel. Conflicten komen bijvoorbeeld snel in beeld.’

‘Ik heb vooral vaak plezier als ik bezig ben. Is dat wel therapeutisch?’

Graag zouden wij de therapeutische waarde van beeldende therapie binnen de AFT-behandeling ook met onderzoeksresultaten ondersteunen. We nodigen onderzoekers uit dit samen met ons op te pakken. Uw suggesties zijn welkom: p.stolk@altrecht.nl en m.saschowa@altrecht.nl.

Het oorspronkelijke artikel is in 2016 (nr. 2, p. 2-12) gepubliceerd in het Tijdschrift voor vaktherapie, uitgegeven door de Federatie Vaktherapeutische Beroepen. Met dank aan de redactie voor de toestemming tot hergebruik.

Literatuur

Aken-van der Meer, M.E. van (2008). *Kort en goed genoeg, praktijkboek kortdurende groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Aken-van der Meer, M.E. van & Gilhuis, H.P. (2008). Over driehoeken, groepen en affectiefobieën. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 3(1), 7-17.

Dam, Q. van & Hamburger, M. (2014). Affectfobietherapie. Een integratie van psychodynamische, cognitief gedrags-therapeutische en experiëntiële technieken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6, 215-229.

Gilhuis, H.P. & Leeuwen, A. van (2013). Korte termijn focale groepstherapie en psychodrama. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 8(2), 6-18.

Hellemans, J. (2004). Ontvankelijkheid en zelfcompassie; angstregulatie in de therapeutische relatie. *Tijdschrift Patiëntgerichte Psychotherapie* 42(3), 195-201.

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defenses*. New York: Basic Books.

McCullough, L., Kuhn, N., Stuart, A., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. (2003). *Treating affectobia, a manual for short-term dynamic psychotherapy*. London/New York: The Guilford Press.

Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.

Stolk, P. & Aken-van der Meer, M.E. van (2006). Steen en tijdperk, de kracht van beeldhouwen op de KKP. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 1(4), 45-54.

Svartberg M., Stiles T.C. & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(5), 810-817.

Versteeg, C., Bakker, A. & Zutphen, S. van (2015). Dit is mijn groep: Depressie en Dynamiek. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 10(4), 42-51.

Wolf, M.H.M. de (2006). Affectfobie-behandeling: kort als het kan, lang als het moet. In W. Roelofsen en J. Dijs. *Tijd en tijdsbesef in kortdurende psychoanalytische psychotherapie*. Assen: Koninklijke BV, pp. 30-58.