

De kracht van een klinische groepsbehandeling

Hoe de klinische setting helpt bij het doorbreken van affectfobieën

In dit artikel beschrijven twee groepstherapeuten gezamenlijk hoe zij binnen het team KKP-AFT (Kortdurende Klinische Psychotherapie – Affect Fobie Therapie) gebruikmaken van het klinisch milieu bij het doorbreken van hardnekkige disadaptieve patronen bij cluster C- en milde B-persoonlijkheidsstoornissen. Zij integreren het affectfobietherapie-model met kennis en kunde over groepsdynamica en milieutherapie. Een en ander wordt geïllustreerd aan de hand van een casus.

Door Mohammed Said en Martijn Krom

Binnen het AFT-model (McCullough, 1997, 2003) staan zowel de conflictdriehoek als de personendriehoek van Malan (Malan, 2011) centraal. De conflictdriehoek heeft de laatste jaren veel aandacht gekregen en is veelvuldig beschreven (Van Dam, 2016, 2020; Saschowa, 2020). Daarom willen wij in dit artikel de andere driehoek uit het model, de personendriehoek, meer centraal stellen. We laten zien hoe we in de klinische setting gebruikmaken van de principes van de driehoek om de drie doelstellingen van affectfobietherapie te behalen, namelijk:

1. Afweer herstructureren: het herkennen en loslaten van de afweerpatronen en tot stand brengen van adaptieve patronen.
2. Affect herstructureren: het in contact komen met en expressie geven aan de activerende gevoelens die onderliggend leven en de angst voor die gevoelens verminderen.
3. Zelfbeeld herstructureren: het tot stand brengen van een reëler beeld van jezelf en anderen en het verkrijgen van zelfcompassie.

Daarnaast verduidelijken we hoe juist de klinische setting, met zijn klinische milieu

en dynamiek, een belangrijke bijdrage levert aan het doorbreken van de weerbarstige patronen bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Affectfobietherapie is gebaseerd op het idee dat veel vormen van psychopathologie geworteld zijn in een angst voor gevoelens. Door een combinatie van temperaments- en omgevingsfactoren zijn mensen door de tijd heen angstig geworden voor adaptieve activerende gevoelens en behoeften en is men die gaan vermijden. De angst voor de adaptieve activerende gevoelens wordt affectfobie genoemd. Het innerlijk conflict dat ontstaat tussen het spanningsveld van de adaptieve activerende gevoelens en de remmende gevoelens (angsten, schuld, schaamte) wordt afgeweerd door middel van disadaptieve patronen en symptomen. Dat heeft lijden tot gevolg. Het innerlijke conflict tussen activerende gevoelens enerzijds en remmingen anderzijds wordt weergegeven in de conflictdriehoek (figuur 1). Vanwege het tijdgelimiteerde karakter van AFT wordt er focaal gewerkt, onder meer door een kernconflict te formuleren. Hierin wordt op een bondige wijze de dynamiek tussen de belangrijkste afgeweerde gevoelens en remmingen geformuleerd met een hypothese over hoe deze zijn ontstaan en hoe dit in het heden doorwerkt in de belangrijkste interpersoonlijke relaties.

Daarnaast speelt de personendriehoek een centrale rol in de behandeling (figuur 2). Een uitgangspunt van AFT is dat de affectfobie en de afweerpatronen ooit in contact met anderen mensen zijn ontstaan. Een combinatie van kindfactoren, ouderboodschappen en ingrijpende gebeurtenissen zorgt dat een affectfobie ontstaat. Dit werkt door in

de interactiepatronen die iemand in het dagelijks leven heeft met anderen (personen in het heden). De verwachting is dat de patronen zich ook weer zullen herhalen in de interactie die iemand aangaat in het klinisch leefmilieu, zowel in de interactie met de groepsleden als met de therapeuten (behandelaars KKP). Doordat de patiënt zijn patronen zal tegenkomen, biedt de kliniek allereerst de gelegenheid om deze patronen in beeld te krijgen. Verder biedt het klinische milieu een veilige experimenteerruimte om te oefenen met het loslaten van disadaptief gedrag, exposure aan angstige en afgeweerde gevoelens en mogelijkheden om te oefenen met nieuw adaptief gedrag. Juist vanwege de sterke vermijding van deze doelgroep en de weerbarstigheid van hun patronen biedt de klinische behandeling meerwaarde om 'het ijzer te smeden als het heet is' om de vermijding te doorbreken. Veel van onze patiënten hebben eerdere ambulante behandelingen ondergaan met beperkt resultaat. Uit onderzoek blijkt dat de KKP een bewezen effectieve behandelingsmethode is bij deze doelgroep en dat de behaalde resultaten aanhouden na afronding van de behandeling (Bartak et al., 2010; Horn et al., 2015).

Zoals eerder genoemd is de KKP een klinische AFT-groepsbehandeling gericht op volwassenen met weerbarstige cluster C- en milde cluster B-persoonlijkheidsproblematiek, met voldoende draagkracht in de persoonlijkheidsstructuur (Van Aken-van Meer, 2008; Van Aken-van Meer & Gilhuis, 2008). De therapie is een tijdgelimiteerde behandeling en valt binnen de kortdurende psychodynamische psychotherapieën. De behandeling bestaat een verblijf van vier dagen in de kliniek. In het weekend en op

maandag verblijven patiënten thuis. Een multidisciplinair team verzorgt het behandelprogramma dat bestaat uit: sociotherapie, groepspsychotherapie, beeldende therapie en psychomotore therapie, aangevuld met farmacotherapie, individuele en systeem-

We instrueren de patiënten om zelf hun leefmilieu en het samenleven vorm te geven

gesprekken. Er wordt gewerkt met een dakpanmodel, wat inhoudt dat er sprake is van een halfopen behandelgroep waarbij om de negen weken de helft van de groep uitstroomt en er weer nieuwe instroom is. Hierdoor kent de behandeling twee perioden; een junior- en een seniorfase. In het klinisch milieu leven maximaal achttien patiënten samen. Zij doorlopen het behandelprogramma in twee verschillende groepen waarbij junioren en senioren gelijkmatig over de groepen zijn verdeeld.

De KKP beoogt een autonomie bevorderende behandeling te zijn, waarbij het klinisch leefmilieu (het samenleven) een hoofdbestanddeel is van de behandeling. Om die reden instrueren we de patiënten om zelf hun leefmilieu en het samenleven vorm te geven. Zij hebben een wekelijks huisoverleg om dit te organiseren. Als therapeuten houden we afstand tot hoe ze het inhoudelijk met elkaar organiseren en ook fysiek laten we ons in het leefmilieu weinig zien. Door middel van gezamenlijke dagopeningen en -sluitingen en een wekelijks groep-teamoverleg houden we het klimaat op de afdeling in de gaten en interveniëren we op het proces. Verder gaat onze behandelvisie

ervan uit dat het belangrijk is om veranderingen te generaliseren naar het dagelijks leven buiten de kliniek. Wij proberen dit te bevorderen door patiënten te vragen om structurele activiteiten te beoefenen in het weekend en/of op maandag (bijvoorbeeld vrijwilligerswerk of hobby). Verder doen wij dit door belangrijke personen in iemands leven te betrekken door middel van systeemgesprekken.

Tijdens de KKP brengen we patiënten in aanraking met afgeweerde gezonde adaptieve gevoelens en behoeften. Juist de klinische groepssetting biedt de gelegenheid om in aanraking te komen met afgeweerde gevoelens vanwege de verschillende interactievormen. Datgene wat patiënten met elkaar tegenkomen in de interactie en de dynamiek die daarmee wordt geactiveerd, zien wij als een belangrijk onderdeel van de therapie. Het gaat om interacties tussen patiënt en medepatiënten, met de therapeut, met de groep als geheel, maar ook andere patiënten met de therapeut en groep. Deze uiteenlopende interacties zorgen voor activering van gevoelens en mogelijkheden om disadaptieve gevoelens, gedachten en gedrag te veranderen. Dit veranderingsproces is voor vele patiënten angstverhogend en vraagt regulering door de therapeut die behandelt vanuit een actieve, steunende, validerende, empathisch en betrokken houding. De therapeut speelt dus een essentiële rol in het helpen doorbreken van patiënt's patronen.

Vanaf het eerste contact bouwt de therapeut een werkrelatie op met de patiënt. Dit begint bij de intake en wordt verder verstevigd tijdens het behandeladviesgesprek en diagnostisch gesprek ter formulering van het kernconflict. In deze gesprekken leggen

therapeuten uit het team contact, inventariseren en verhelderen we de klachten en hulpvraag, geven we uitleg over de behandeling, stellen we realistische doelen en helpen we de weerstand van de patiënt weg te nemen. In deze fase helpen we de angst te verminderen en de motivatie te verhogen om het behandelingsucces te vergroten. Om een beeld te geven van de KKP beschrijven en volgen we de behandeling van patiënt Albert van intake tot afscheid. We kunnen uiteraard niet zijn hele proces van vier maanden beschrijven in dit artikel. Wel lichten we enkele momenten van zijn klinische behandeling toe, met nadruk op enkele klinische interventies.

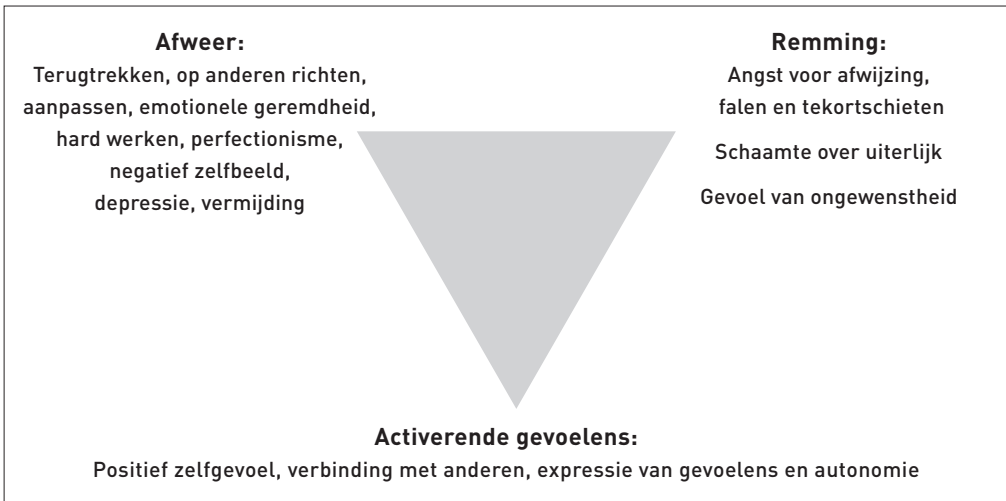
Casus

Albert is een 32-jarige, universitaire geschoolde man die aangemeld wordt vanwege persisterende depressieve klachten en vermoedens van persoonlijkheidsproblematiek. Eerdere behandelingen hebben matig effect gehad. Zijn sociaal en maatschappelijk functioneren is beperkt.

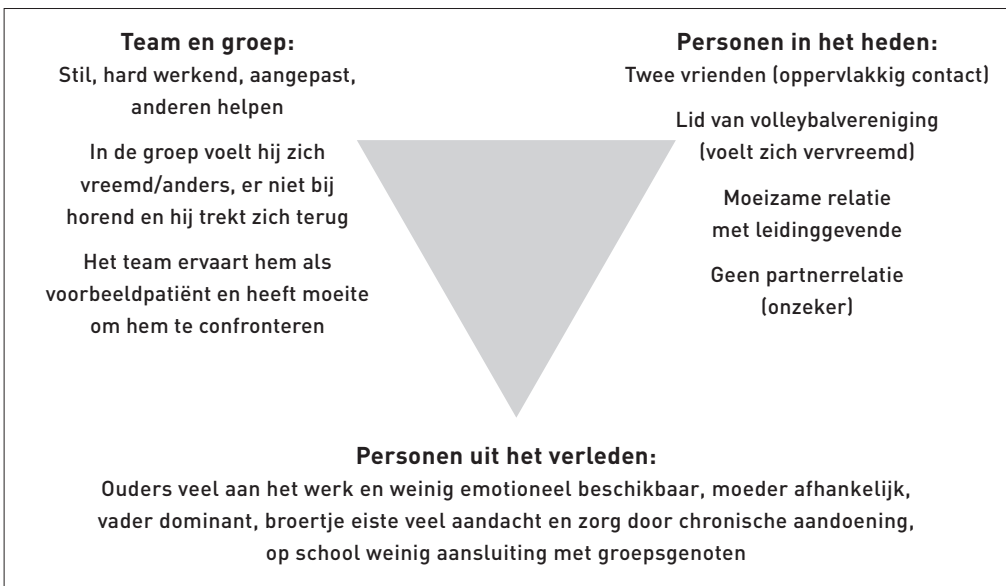
Aan het einde van de week maken ze kennis met de senioren, die hun een lunch aanbieden

Albert is uitgevallen op werk na een burn-out en zijn re-integratie verloopt moeizaam. Zijn perfectionisme, subasserteiviteit, vermijding, sociale angst, moeite met grenzen aangeven en problemen met zijn leidinggevende hebben bijgedragen aan zijn uitval en zijn tevens instandhoudende

factoren. Albert heeft momenteel geen relatie. In het verleden heeft hij korte relaties gehad. Ondanks zijn behoefte aan een partner durft hij niet te daten uit gevoelens van minderwaardigheid. Albert is opgegroeid als oudste kind bij hardwerkende ouders met een eigen bedrijf en heeft een broertje die door een chronische aandoening veel zorg nodig had. De nadruk van zijn ouders lag op hard werken en minder op emoties. Hij leerde als kind vroeg zelfstandig worden en zorgen voor zijn broertje. Zijn ouders hebben onvoldoende gezien dat hij op school werd buitengesloten en er niet bij hoorde. Albert geeft aan ondersteuning te willen om zich minder somber en angstig te voelen, meer zelfvertrouwen te krijgen en zijn werk te herpakken. Classificerend kan gesproken worden van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis met dwangmatige persoonlijkheidstrekken naast een persisterende depressieve stoornis en werkproblemen. Samen met Albert wordt zijn conflictdriehoek en personendriehoek ingevuld (figuur 1 en 2) waarna een kernconflict wordt geformuleerd: *Je hebt last van angst- en stemmingsklachten, vermijding, negatief zelfbeeld en perfectionisme. Dit resulteert in uitvallen op je werk, oppervlakkige relaties en geen partnerrelatie terwijl je daar wel behoefte aan hebt. Je bent bang om afgewezen te worden, te falen en tekort te schieten. Schaamte en ongewenstheid speelt ook een rol. In je ouderlijk gezin stond hard werken en zorgen de ander (je broertje) centraal. Je hebt de emotionele steun van je ouders gemist en op school heb je ervaren dat je er niet bij hoorde. Je hebt hierdoor geen positief zelfbeeld ontwikkeld en niet geleerd om je emoties te uiten en je te verbinden.*



Figuur 1. Conflictdriehoek



Figuur 2. Personendriehoek

Aanloopweek

De behandeling start met een kennismakingsweek, de zogenoemde aanloopweek. In die week wordt aan alle startende junioren een ambulant programma aangeboden

waarbij ze psycho-educatie en informatie over de behandeling en de programma-onderdelen krijgen. Ook worden enkele interactievaardigheden getraind en maken ze kennis met het team. Op dit moment vindt de eerste groepsvorming tussen de

juniores plaats. Aan het einde van de week maken ze kennis met de senioren, die hun een lunch aanbieden. Veel van onze patiënten kampen met sterke sociale angsten en de aanloopweek dient ook om deze angsten te reguleren door alvast vertrouwd te raken met de juniorgroep alvorens de behandeling met de gehele groep aan te gaan.

De eerste kennismaking start met een voorstelronde. Albert is gespannen en normaal vermijdt hij het om in groepen het woord te nemen (afweer). Gelukkig is hij niet de eerste die aan de beurt is en kan hij afkijken wat anderen vertellen. Een mede-patiënte vertelt dat zij erg gespannen is en opziet tegen de behandeling, omdat zij zich niet meer terug kan trekken zoals zij gewend is te doen. Een therapeut vraagt of er anderen zijn die dit herkennen. Meerdere uit de groep sluiten erbij aan; ook Albert (herkennen van de afweer). Hij voelt opluchting vanuit de herkenning dat hij niet de enige is die zich zo voelt. Aan het einde van de dag is zijn spanning afgenomen. Albert merkt dat hij naast zijn angst ook zin heeft om de behandeling aan te gaan. Het lijken hem aardige mensen en hij is benieuwd hoe het is om een aantal maanden met hen samen te leven (herstructureren van het affect door contact te maken met activerende gevoelens).

In de eerste week wordt de angst geactiveerd door de exposure aan de groep. Het team biedt houvast en helpt deze gevoelens te reguleren door het gesprek erover te stimuleren. Hierdoor vinden mensen herkenning bij elkaar, wat de angst helpt verminderen. Deze gemene deler zorgt voor samenhang en geruststelling. Ook wordt de groepsnorm geïntroduceerd dat er

over gevoelens gesproken mag worden en dat angst mag bestaan en niet hoeft te worden weggemaakt. Tijdens de aanloopweek zien we de eerste gehechtheid tussen sommige groepsgenoten ontstaan. Voor het team biedt het de gelegenheid om een eerste indruk te krijgen van patronen van afweer en afgeweerde gevoelens en de onderlinge dynamiek.

Start klinische behandeling

De klinische behandeling start aansluitend op de aanloopweek. De eerste anderhalve week van de behandeling staat in het teken van groepsvorming en het in kaart brengen van het kernconflict en daarmee de focus van de behandeling. Vanwege het tijdgelimiteerde karakter van de behandeling wordt er met de patiënt een focaal doel vastgesteld. Dit doel wordt samengevat in een door het team bedacht motto. Een motto is een metaforische spreuk/zin die de patiënt helpt om focus en de rode lijn gedurende de behandeling vast te houden. De motto's worden door het team uitgereikt op de mottodag. Dit is een dag waarop de groep het levensverhaal van de patiënt hoort naast de belangrijkste afweerpatronen, remmende en activerende gevoelens en doelen die de patiënt heeft. Het krijgen van een motto is een belangrijk moment in het proces, omdat het een volgende fase in het proces markeert. Tevens helpt het geven van een motto de band tussen de patiënt en het team te versterken.

Voordat Albert een motto van ons krijgt, mag hij samen met de groep aan de slag. Hij vraagt twee groepsgenoten (senior en junior) om hem te helpen met zijn levensverhaal. Hij vertelt hun over zijn levensge-

schiedenis en zij schrijven dit op. Voor Albert is dit een angstige stap die hij het liefst wil vermijden (afweer). Dit kan echter niet, gezien de werkvorm en hulp van zijn groepsgenoten (herkennen en loslaten van de afweer). Door zijn levensverhaal te delen komt hij meer in contact met gevoelens van verdriet, eenzaamheid en emotioneel tekort (ervaren van activerende gevoelens).

Het team biedt hem veilige hechtingsfiguren en antigif tegen zijn negatieve zelfbeeld

Empathische reacties en gevoelsreflecties van zijn groepsgenoten op zijn verhaal ('wat naar om te horen' of 'ik krijg een heel eenzaam gevoel bij je verhaal') helpen Albert om contact te maken met deze afgeweerde emoties (herstructureren van het affect).

Op de mottodag wordt Albert gesteund door zijn twee groepsgenoten en de groep als geheel tijdens de mottobespreking. De senior leest zijn levensverhaal voor. Ook dit is een moment waarop hij in contact komt met gevoelens van verdriet die hij geneigd is weg te maken (herstructureren van de afweer door exposure in vivo). De groepsgelieden mogen hun observaties noemen, waarna we stilstaan bij zijn conflictdriehoek en doelen. De groep kan feilloos zijn afweer benoemen (stil, geïsoleerd, goed willen doen), maar vult ook aan hoe de groep hem beleeft (fijn in de omgang, grappig en behulpzaam). Het horen van observaties helpt Albert enerzijds zijn afweer te her-

kennen, maar ook een genuanceerder beeld van zichzelf en anderen te ontwikkelen. Na de mottobespreking trekken wij ons als team terug om te komen tot een passend motto. Albert heeft het volgende motto van ons gekregen: 'Met compassie sta ik stil en ga ik verbinding aan.'

Ter viering van het verkrijgen van de motto's en ter afsluiting van de mottodag organiseren de senioren een mottofeest. Er wordt samen gegeten en er worden spelletjes gedaan. Voor Albert was het feest een groot succes. Hij heeft meegedaan, plezier gehad en zich verbonden gevoeld ondanks zijn angstgevoelens (ervaren en uiting geven aan activerende gevoelens).

De groep en team hebben Albert een corrigerende ervaring geboden, waarbij hij aandacht, steun en verbondenheid heeft ervaren, in tegenstelling tot ervaringen met personen uit het verleden. Albert heeft ervaren dat het team aandacht voor hem heeft en hem wil helpen. Het team biedt hem veilige hechtingsfiguren en antigif tegen zijn negatieve zelfbeeld (beeld van zelf en ander bijstellen). Ook heeft het team hem geholpen activerende gevoelens en nabijheid te ervaren.

Sociotherapie

Binnen de klinische behandeling bieden de behandelaars in het team verschillende hechtingsfiguren met wie Albert een werkrelatie kan aangaan en overdrachten kan doorwerken om zijn patronen te doorbreken. De houding van de therapeuten is actief, ondersteunend en gericht op het adaptief beleven en hanteren van activerende gevoelens en behoeften. In de behandeling helpen de sociotherapeuten

Albert in verschillende sociotherapeutische onderdelen om de vermijding te doorbreken in het dagelijks leven. Bijvoorbeeld in de to-do-groep; een sociotherapiegroep waarin patiënten voor hun dagelijks leven een concrete actie bedenken, uitvoeren en uiteindelijk evalueren. De therapeut en de groep helpen om vermijding te doorbreken door als steun te fungeren en druk te geven om stappen te zetten. Albert werd gestimuleerd om weer te gaan daten, het contact met zijn vrienden te verdiepen door een afspraak te maken, zijn hobby fotograferen weer op te pakken en grenzen aan te geven op zijn werk.

Voor de sociotherapeuten was het contact met Albert uitdagend. Zijn vermijding was dermate hoog dat hij vaak in de weerstand zat. Door oog te hebben voor zijn onderliggende angsten en hem te benaderen vanuit een empathisch, stimulerende houding werd Alberts spanning voldoende gereguleerd om stappen te durven zetten. De informele koffiemomenten op vrijdag waarin de sociotherapeuten het leefmilieu bezochten waren eveneens helpend. Terugkijkend gaf Albert aan dat hij de therapeuten ervoer als rolmodellen en goede ouders die hem hielpen om angstige stappen te nemen (corrigeren van ervaringen met afwezige ouders).

GTO

Een ander onderdeel van de behandeling is het wekelijkse Groep-Therapeuten-Overleg (GTO) waarin we stilstaan bij de samenwerking tussen groepsleden, de groep en team. In dit overleg zien we vaak de eerste tekenen van protesten tegen het team; de autoriteitscrisis (Levine, 1979). Albert heeft

in dit onderdeel een belangrijke stap gezet in zijn proces. Hij heeft geuit naar zijn individuele therapeut dat hij verdrietig en geïrriteerd was dat hij hun afspraak was vergeten en dat hij zich onbelangrijk voelde (ervaren en uiten van activerend gevoel). Deze ervaring triggerde een jeugdherinnering met zijn moeder die vergat hem van school op te halen. In de overdracht was de therapeut de nalatige moeder. Het lukt Albert om zijn vermijdende gedrag te doorbreken (loslaten afweer). De open en uitnodigende houding van de therapeut om kritiek te uiten en deze te ontvangen is hierbij helpend. Daarnaast hielpen de groepsleden hem door hun steun en aanmoediging om zich uit te spreken tijdens het GTO. Zowel de therapeut als de groep boden Albert een emotieve, corrigerende ervaring.

Leefmilieu

Het samenleven in het klinisch leefmilieu zorgt voor een veelheid aan emotionele ervaringen waarin Albert zichzelf steeds tegenkomt. De interacties die hij meemaakt hebben betrekking op het samenwonen met zeventien anderen. Alles komt voorbij: van overleggen over huishoudelijke taken tot het invullen van de vrije tijd en avonden met elkaar. Om het reilen en zeilen in het leefmilieu in goede banen te leiden, hebben patiënten een wekelijks huisoverleg met elkaar. Albert heeft tijdens dit overleg stappen gezet in het doorbreken van zijn vermijdende patronen. Hij heeft ingebracht dat hij het vervelend vond dat het avondeten steeds later was dan normaal. Ook heeft hij in een ander overleg gezegd een taak niet te willen doen, omdat hij daar geen tijd voor

had. Verder heeft hij in de avonden geoefend met het contact maken met anderen en meedoen aan activiteiten in plaats van zich

Het is de bedoeling dat patiënten workshops geven over activiteiten die zij interessant vinden

terug te trekken. In deze voorbeelden zien we hoe het leefmilieu bijdraagt aan het doorbreken van zijn afweer en het ervaren en uiten van zijn activerende gevoelens van autonomie en zelfexpressie. Tevens zien we hoe de interacties in het leefmilieu bijdragen aan nieuwe intermenselijke ervaringen die gevoelens van ongewenstheid en er niet bij horen herstellen.

IC-dag

De Interesse- en Capaciteitendag (IC-dag) is een ander element van de behandeling. Het is de bedoeling dat patiënten workshops geven over activiteiten die zij interessant vinden of zelf beoefenen. Een aantal patiënten (vier à vijf) verzorgt de workshops en de rest van de groep neemt hieraan deel. Albert ervoer meteen zijn kernconflict. Enerzijds werd hij enthousiast en wilde hij een workshop geven over fotografie, maar anderzijds speelden zijn faalangst en gevoelens van tekortschieten op. Zijn afweer is vermijden en terugtrekken. In deze fase van de behandeling is Albert zich bewust van deze afweer. Hij deelt hierover in de groepspsychotherapie (loslaten afweer). Met bemoediging van zijn groepsleden die

uitgelaten aangeven meer te willen horen over fotografie, gaat hij de uitdaging aan. Hij geeft de workshop en krijgt veel positieve reacties hierop van zijn groepsleden. Reacties die hij terugkreeg waren: 'ik heb groepsleden', 'je hebt het zo leuk gedaan', 'wat weet je veel over fotograferen' en 'je hebt me enthousiast gemaakt om zelf te gaan fotograferen'. Deze ervaring droeg bij aan het herstellen van zijn negatieve zelfbeeld. Albert kon meer voelen dat hij competent en kundig is (herstructureren zelfbeeld).

Overgang van junior naar senior

Door het dakpanmodel wisselt de samenstelling van de groep halverwege de behandeling. De senioren zijn aan het einde van hun behandeling gekomen en verlaten de kliniek. De transitie naar senior vindt plaats na een therapieverlofweek die de junioren thuis doorbrengen. De bedoeling is dat zij toepassen wat zij tot dusver hebben geleerd en onderzoeken waar zij tegenaan lopen in hun dagelijks leven buiten de KKP. Na deze week begint de seniorfase van hun behandeling. In de eerste weken dragen de senioren de cultuur over naar de nieuwe groep junioren. Door de wissel in samenstelling worden de ontstane rollen en normen in de groep doorbroken. In de nieuwe groep zullen die opnieuw bepaald gaan worden.

Het kan erg wisselen hoe patiënten de overgang ervaren. Sommigen ervaren verdriet en rouw over het afscheid nemen van personen aan wie ze gehecht geraakt zijn. Anderen kijken juist meer uit naar de verandering van de groepsdynamiek. In de behandeling proberen we bij de verschillende kanten stil te staan en de

verschillende belevingen ruimte te geven. Enerzijds betekent de wissel nieuwe mogelijkheden. Anderzijds zorgt het voor een nieuw spanningsveld in de dynamiek. Mede hierdoor komen patiënten in contact met activerende behoeften en gevoelens en daarbij horende remmingen. In deze fase hebben de meeste senioren beter zicht op hun dynamiek. De wissel biedt hun de gelegenheid om te oefenen met nieuw gedrag, wat bijdraagt aan het bevorderen van hun autonomie en zelfgevoel. Aan het einde van zijn juniorperiode spreekt Albert uit op te zien tegen senior worden. Hij is bang dat er dominante junioren in de groep zullen zitten. Ook is hij bang zich onbekwaam te voelen en zich dan terug te trekken. Een senior uit zijn groep spreekt uit dat zij dat destijds ook vreesde, maar zich realiseerde dat de junioren waarschijnlijk ook onzeker zullen zijn. Zij zag de mogelijkheid om te oefenen met zichzelf laten zien ondanks haar onzekerheid. Albert vertelt dat hij dat destijds had gemerkt en zag dat ze het spannend vond om het woord te nemen in de groep, maar haar daar juist om bewondert. De groepsgenote wijst hem erop dat ze dat waarschijnlijk ook bij hem zullen beleven (veranderen van de innerlijke representatie van de ander). Een andere groepsgenoot wijst hem op zijn motto om compassie te hebben voor dat hij het spannend vindt, maar de verbinding mag aangaan en zich niet terug moet trekken (groepsgenoot geeft een representatie van een reëel zelfbeeld en zelfcompassie). Albert neemt het advies van zijn groepsgenoten ter harte. Hij pakt zijn seniorrol op een meer adequate wijze op. Hij weet steeds meer balans te vinden tussen zijn kwetsbaarheid en kracht. Hij leert met

angst dingen doen en ervaart de opluchting die daarbij hoort. Hij komt meer in contact met zichzelf en de ander en leert zich steeds beter uiten over wat er in hem leeft. Hiermee leeft hij zijn motto uit.

In dit voorbeeld zien we hoe de groep een steunende en motiverende werking kan hebben en intervenueert op het herstructureren van het zelfbeeld. In de beginfase komt dit vaak nog vanuit de therapeuten, omdat het angstniveau nog hoog ligt. Naarmate de groep meer cohesief wordt, is het krachtiger om de groep dit soort interventies naar elkaar te laten maken. Juist de feedback van groepsgenoten met gelijke ervaringen versterkt het geloof afgeweerde gevoelens aan te kunnen en patronen te kunnen doorbreken. Ervaringen van anderen doen de hoop opleven het zelf ook te kunnen. Bovendien komt feedback van groepsgenoten vaak meer binnen dan die van therapeuten. Doordat patiënten elkaar in de kliniek goed leren kennen en door intensief samen te leven er veel cohesie ontstaat, durven ze elkaar aan te spreken zowel met negatieve als positieve feedback. Dat maakt de gegeven feedback waardevol en helpend in hun behandelproces. De observaties van therapeuten boeten wat aan kracht in gedurende het proces, omdat zij niet alles van patiënten meekrijgen. Dit geeft niet, aangezien de groep aan kracht wint.

Afscheid

In de laatste fase van de behandeling staat afscheid centraal. Hier staan we als team uitgebreid bij stil, omdat onze patiënten geneigd zijn de gevoelens die ermee gepaard gaan te vermijden. Afscheid nemen

kan bij patiënten veel oproepen vanwege negatieve ervaringen ermee of het verlies van verbinding. Het kan angst of pijn oproepen die ze liever niet willen voelen. We leren hun dat deze gevoelens adequaat zijn en niet vermeden hoeven te worden.

In een van de laatste sociotherapiesessies wordt de paraplubrief voorgelezen

Dat pijnlijke gevoelens zoals verdriet of rouw adaptieve gevoelens zijn die bij afscheid horen.

In een van de laatste sociotherapiesessies wordt de paraplubrief voorgelezen. Dit is een brief die een patiënt aan zichzelf schrijft voor een moment in de toekomst waarin hij het moeilijk heeft en motivatie of perspectief mist (een paraplu als remedie tegen een *rainy day*). De brief dient om herinnerd te worden aan activerende gevoelens, jezelf moed in te spreken en terugval te voorkomen. Albert heeft hier zijn eigen draai aan gegeven. Hij heeft zelfgemaakte foto's uitgezocht die voor hem belangrijke momenten en gevoelens symboliseren. Zo heeft hij een foto uitgekozen die hij heeft gemaakt op de IC-dag. Het is een foto waar hij trots op is en die hem herinnert aan het gevoel van zelfvertrouwen dat hij kreeg door de positieve reacties uit de groep op zijn workshop. In een moeilijk moment wil hij deze foto gebruiken om hem te helpen herinneren dat hij meer vertrouwen mag hebben in zichzelf dan hij soms heeft en zijn passie mag nastreven (reëel zelfbeeld). In de laatste groepspsychotherapie is Albert

stil en ontwijkt hij oogcontact. Wanneer de therapeut informeert waarom hij niet deelneemt, zegt hij bang te zijn verdrietig te worden als hij gaat praten over afscheid. Hij schaamt zich ervoor dat anderen zijn tranen zien en hem raar vinden omdat hij dan niet meer kan stoppen met huilen. Uit de groep komt een mild geluid terug. De groepsgenoten zouden het helemaal niet raar vinden als hij zou huilen. Anderen verwoorden hun eigen verdriet en pijn over het afscheid. Gesterkt door de reacties van de groep en op uitnodiging van de therapeut vertelt hij hoe verbonden hij zich heeft gevoeld met anderen en dat hij het samenleven met de groep gaat missen. Als Albert dit uitspreekt voelt hij meer verdriet en komen er tranen op. Anderen raken hierdoor ontroerd. Groepsgenoten spreken uit hoe zij hem ook gaan missen en wat zij aan hem hebben gewaardeerd. Iemand uit de groep zegt graag contact met hem te willen houden, waar anderen bij aansluiten. Het gesprek vervolgt zich en er komt meer ruimte bij Albert om naast het verdriet ook te voelen dat hij zin heeft om zijn leven buiten de KKP op te gaan pakken. Hij kan stilstaan bij wat hij heeft behaald en waarin hij nog kan groeien. We zien dat door adaptieve gevoelens toe te staan er ruimte komt voor een meer gedifferentieerde beleving. Albert wordt gestimuleerd om gevoelens in contact tot uitdrukking te brengen, waardoor er ook meer verbinding en wederkerigheid ontstaat. Dit zorgt voor een emotionele, corrigerende ervaring in het hier-en-nu. Albert neemt goed afscheid. Hij is trots op wat hij heeft behaald in de behandeling. Hij gaat weg met een hernieuwd vertrouwen in zichzelf en anderen. De klachten waarmee hij binnenkwam zijn verminderd. Hij voelt

zich weer blij en laat zich niet meer remmen door zijn angst. Zijn dagelijks functioneren verbeterde. Op werk begon hij met een re-integratietraject en op sociaal gebied won hij aan verbinding met anderen. De relatie met zijn vrienden en teamgenoten werd hechter en hij ging daten. Albert vindt dat zijn behandeling is geslaagd en hij is tevreden met zijn behaalde resultaten.

Resumerend

Met de beschrijving van de behandeling van Albert bij de KKP hopen we een beeld geschetst te hebben van de kracht van een klinische groepsbehandeling in het doorbreken van hardnekkige vermijdende patronen die het gevolg zijn van affectfobie. Dat helpt bij het reduceren van klachten, het versterken van het zelfgevoel en het verbeteren van sociaal-maatschappelijk functioneren. We zijn dan ook van mening dat een klinische behandeling voor deze doelgroep meerwaarde heeft. De klinische setting biedt door de intensiteit veel mogelijkheden om verandering te bewerkstelligen. De klinische setting activeert de interne dynamiek van de patiënt door de voortdurende intermenselijke interacties met meerdere personen. Hierdoor worden de mogelijkheden om gevoelens af te weren, onder meer door te vermijden, moeilijk gemaakt. Tevens geeft het vele gelegenheden om de afweer te bewerken. Bovendien biedt de kliniek onze patiënten holding van het team en de groep, experimenteerruimte in een veilig leefmilieu en de mogelijkheid tot verbintenissen, wat ze vaak in het dagelijks leven ontberen. De klinische behandeling biedt houvast om de veranderingen aan te durven gaan. Tot slot dragen

nieuwe, corrigerende ervaringen met behandelaars en groepsgenoten bij aan het herkennen en loslaten van vermijdende afweer en het ervaren en uiten van adaptieve gevoelens en behoeften. Daardoor ontwikkelen patiënten een reëler beeld van zichzelf en anderen, met afname van klachten en verbetering van functioneren als gevolg.

Mohammed Said is klinisch psycholoog en werkt bij Altrecht en Heelzorg, Martijn Krom is psychotherapeut en werkt bij Altrecht.

Literatuur

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

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

Bartak, A., Spreeuwenberg, M.D., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Rossum, B.V., Hamers, E.F.M., Meerman, A.M.M.A., Aerts, J., Busschbach, J.J.V., Verheul, R., Stijnen, T. & Emmelkamp, P.M.G. (2010). Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: Results of a large prospective multicentre study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(1), p. 20-30.

Dam, Q.D. van (2020). Het kernconflict in de affectfobietherapie; een routekaart voor de behandeling. *PsyXpert*, 6(4), p. 25-35.

Dam, Q. D. van (2016). *Affectfobietherapie in de praktijk* (1ste editie). Amsterdam: Hogrefe.

Horn, E.K., Verheul, R., Thunnissen, M., Delimon, J., Soons, M., Meerman, A.M.M.A., Ziegler, U.M., Rossum, B.V., Andrea, H., Stijnen, T., Emmelkamp, P.M.G. & Busschbach, J.J.V. (2015). Effectiveness of short-term inpatient psychotherapy based on transactional analysis with patients with personality disorders: A matched control study using propensity score. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), p. 663-683.

Levine, B. (1979). *Group psychotherapy, practice and development*. New York: Prentice Hall.

Malan, D. (2011). *A study of brief psychotherapy*. New York: Springer.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy* (1ste editie). New York: The Guilford Press.

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

Saschowa, M. (2020). Affectfobietherapie: gevoelens onder de loep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 15(4), p. 40-45.
