



AFT-ST BIJ CLUSTER C PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

Tekst: Dick Nijenkamp, GZ-psycholoog, in opleiding tot specialist (Arkin)

AFT en ST: Fijne buur of verre vriend?

In dit artikel worden de perspectieven van Affect Fobie Therapie (AFT) en Schematherapie (ST) op cluster C persoonlijkheidsproblematiek besproken. Het gaat om mensen die gekenmerkt worden door geremdheid, angst en vermijding. Deze problematiek is vaak chronisch en wordt geassocieerd met ongunstige behandeluitkomsten. Hoewel psychotherapie breed wordt ingezet, ontbreekt specifiek onderzoek naar de effectiviteit en werkingsmechanismen van therapieën voor deze groep (1,2,3). ST en kortdurende psychodynamische psychotherapie zoals AFT, worden aanbevolen in de klinische richtlijnen voor deze groep (4).

Zowel AFT als ST zijn integratieve therapievormen, met elementen uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) en psychodynamische (PD) benaderingen. AFT en ST positioneren zich in het midden op een continuüm tussen CGT en PD, en worden in dit artikel daarom symbolisch burens genoemd, omdat ze dicht tegen elkaar aan zitten, terwijl deze burens elkaar niet altijd even goed kennen. Voor dit artikel zijn experts Miriam Saschowa en Eelco Muste geïnterviewd over hun artikel: Scho-lenstrijd of Keuzemogelijkheid? Behandeling bij cluster C vanuit affectfobietherapie en schematherapie (5, zie link onder dit artikel). Hierin bepleiten zij een open discussie over de toepasbaarheid van AFT en ST en bespreken overeenkomsten, algemene therapiefactoren en verschillen.

In dit artikel lees je over indicatiestelling en over de werkzame therapiefactoren bij deze cliënten-groep. Aan bod komen het belang van: een uitgewerkte casusconceptualisatie, het bereiken van een optimaal spanningsniveau tijdens de behandeling, in de therapeutische relatie werken, het gericht werken aan pijnlijke onverwerkte herinneringen, bijbehorende vermeden gevoelens en onderliggende behoeften, het concreet maken van wat de cliënt inbrengt en een gelimiteerd aantal sessies, omdat dit een positieve druk creëert bij cliënten met vermijdende neigingen. Deze inzichten kunnen je eigen werkwijze verrijken.

Introductie: Scholenstrijd of keuzemogelijkheid?

De multidisciplinaire richtlijn (4) voor geclassificeerde cluster C-cliënten bevat onder meer schema-therapie (ST) en kortdurende psychodynamische psychotherapieën zoals Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie (KPSP) en Affect Fobie Therapie (AFT). ST is in Nederland verbonden met cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) therapie. ST heeft een integratieve aanpak met elementen uit CGT, psychodynamische (PD) theorie en gestalttherapie. Er ligt een sterke focus op hechting. De casusconceptualisatie richt zich op emotionele basisbehoeften, modi en schema's en experiëntiële traumagerichte technieken geven richting aan de behandeling. AFT heeft eveneens integratieve kenmerken, waarbij cognitieve, gedragsmatige, experiëntiële en psychodynamische elementen samenkomen. Hier wordt gewerkt met een casusconceptualisatie gericht op de zogenaamde affect-fobie. Zowel ST als AFT richten zich uiteindelijk op het verminderen van disfunctionele coping en het versterken van adaptieve strategieën, wat bijdraagt aan het verlichten van de lijdensdruk. De onderlinge positie kan schematisch worden weergegeven in figuur 1, waarbij er een continuüm is te zien met PD en CGT aan de polen en AFT en ST meer in het midden, waar in de relatie werken en specifieke technieken gericht op cognities, emoties en gedrag samenkomen.

In hun artikel "Scholenstrijd of keuzemogelijkheid?" (5) verkennen specialisten Miriam Saschowa (AFT) en Eelco Muste (ST), aan de hand van een helder uitgewerkte casus, de overeenkomsten en verschillen tussen AFT en ST in de behandeling van cluster C-problematiek. Ze vragen zich af: wat werkt voor wie? En: wat zijn algemeen werkende therapiefactoren? Zij ontmoetten elkaar in 2019 binnen het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, waar ze hun observaties bundelden om een discussie te starten over specifieke en algemene therapietechnieken, om zo een brug te slaan tussen verschillende therapieën. Ze pleiten voor het verkennen van de werkzame factoren in deze therapieën en onderstrepen het belang van keuzevrijheid voor cliënten. Vijf jaar na hun artikel blijven deze vragen actueel,

wat bijvoorbeeld blijkt uit het FORCE-onderzoek (1,2), waarin verschillende therapieën voor geclassificeerde cluster C-cliënten worden vergeleken. Door inzichten uit beide therapieën op te doen, kunnen therapeuten hun eigen aanpak verrijken, werkzame interventies inpassen en cliënten een behandeling op maat bieden.

Indicatiestelling: impulscontrole, regulatie en nieuwsgierigheid

Wat is geïndiceerd in de behandeling voor cliënten met geremdheid, angst en vermijding als belangrijke kenmerken? Wat hebben deze cliënten nodig om te veranderen? En hoe bepaal je welke behandeling geïndiceerd is? De twee modellen hebben een andere terminologie en ook zeker een andere focus. De AFT-therapeut focust zich op de beleving in het hier-en-nu. Bij ST is het in contact komen met onderliggende behoeften en het reguleren van de verschillende gemoedstoestanden richting bepalend, en er zijn veel technieken beschreven die hierbij houvast geven. Maar als je inzoomt is er veel overlap te zien in de indicatiestelling, waarbij de volgende cliëntfactoren een rol spelen: nieuwsgierigheid, impulscontrole, emotieregulatie en het kunnen verdragen van oplopende spanning.

ST heeft een breder indicatiegebied dan AFT. Oorspronkelijk voornamelijk toegepast bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, is het modusmodel behulpzaam bij het leren reguleren van emoties en helpt dit model om minder van modus naar modus te flippen. Eelco benoemt dat de methodiek van de GST-C (6) ten opzichte van het Farrel en Shaw protocol (7) niet zozeer verschilt, maar de duur verschilt, respectievelijk 1 jaar tegenover 2 jaar. Ook verschilt het aangrijpingspunt. Bij de emotioneel instabiele en impulsieve groep bestaat het (groeps)therapiewerk uit het opvangen van emotionele ontregelingen en hiermee leren omgaan. Het aansluiten bij onderliggende behoeften, zogeheten *limited reparenting*, is de cliënt niet gewend en is erg belangrijk. Met deze steun en empathie in het contact, begint de nieuwe ervaring en leert de cliënt eigen behoeften te ervaren en te erkennen. Geremde, angstige en vermijdende cliënten zitten eerder vast in de patronen en hierbij is het geïndiceerd om veel meer te pushen en de angst op te



figuur.1



Dick Nienkamp begon zijn loopbaan in de (klinische) forensische psychiatrie, waar hij de dynamiek rondom cliënten leerde kennen. Bij het Sinaï Centrum en het NPI is hij in opleiding is tot klinisch psycholoog/psychotherapeut. Dick is supervisor VGCT en heeft expertise opgebouwd in schematherapie en trauma verwerkende therapie. Dick verwondert zich over de voortdurende scholenstrijd in de psychologie en ziet eerder overeenkomsten dan verschillen. Voor hem draait het vak om het integreren van relatievaardigheden, werken in het hier-en-nu én het toepassen van technieken gericht op veranderen van cognities, emoties en gedrag.

zoeken, om de vermijding te doorbreken en bij de onderliggende kwetsbaarheid te komen. Pas dan komt er ruimte om aan te sluiten bij onderliggende behoeften. Dus het gaat om een andere therapeutische houding, die zich uit in een verschil in de toepassing van limited reparenting. Juist deze variatie in limited reparenting maakt ST breed inzetbaar, omdat je steun versus een meer stimulerende (confronterende) attitude kunt inzetten en aan kunt passen aan de persoon tegenover je.

Limited reparenting, begrenzing én empathische confrontatie.

AFT lijkt een smaller indicatiegebied te hebben omdat het zich vooral op de geremde affectfobische cliënten richt. Echter beschrijft Miriam een continuüm, een groot middengebied waar AFT past. Een continuüm van egosterkte, angstgevoeligheid, impulscontrole en rijpheid van de afweer. Binnen de AFT kun je variëren in je interventies en ze aanpassen op het (dis)functioneren van de cliënt, met de angstregulatie technieken.

Egosterkte: gaat over het vermogen om angst te kunnen verdragen, met frustraties en stress om te gaan en impulsen onder controle te kunnen houden. Ook gaat het over te kunnen fantaseren zonder het contact met de werkelijkheid te verliezen. Kernconflict wordt door Quin van Dam (11.12)

als volgt omschreven: Het kernconflict formuleert de therapeut in de vorm van hypothesen over de belangrijkste affectfobieën die ten grondslag liggen aan de problemen van de cliënt. Daarbij wordt langs de elementen van de conflict driehoek gegaan: afweer, remming en gevoel. Deze worden vervolgens verbonden met specifieke personen in de personendriehoek.

Angstregulatie door Miriam omschreven: Als de cliënt zijn afweer loslaat en in contact komt met onderliggende adaptieve gevoelens, zal de angst oplopen. Met behulp van angstregulatie technieken zorgt de therapeut dat de angst niet te hoog oploopt. Deze technieken omvatten onder andere psycho-educatie over gevoelens, maar ook gewaarwording van spanning in het lichaam, exploreren van de angst. Als de angstverschijnselen voldoende zijn gezakt, brengt de therapeut de angstgevoelens in verband met verboden activerende gevoelens.

Exposure met responspreventie: exposure, blootstelling aan de beangstigende situatie, gevolgd door responspreventie, het niet laten optreden van de (automatische) reactie. Binnen de AFT vindt dit veelvuldig plaats door cliënten (imaginair en in vivo) bloot te stellen aan de activerende gevoelens, zonder dat zij de gebruikelijke afweer gebruiken.

Systematische desensitisatie: exposure, responspreventie en angstregulatie.

Rijpheid van de afweer: afweer ook wel verdedigingsmechanismen of defensiemechanismen. Coping kan een vertaling ervan zijn. Afweer kan vroeg of later in de ontwikkeling zijn ontstaan en meer of minder rijp zijn. Onder rijpe vormen van afweer worden onder andere verdringen, vermijden, rationaliseren, intellectualiseren, sublimatie, altruïsme, anticiperen en humor.

Belangrijke indicatiecriteria bestaan uit de mate van impulscontrole, emotieregulatie vaardigheden en of iemand nieuwsgierig is naar wat er van binnen gebeurt. Als die nieuwsgierigheid er is, dan is de vraag of iemand voldoende naar zichzelf kán kijken, want als dit niet kan, dan wordt de kans van slagen van een behandeling kleiner. Als de impulscontrole zwak is en de cliënt meer in contact komt met de binnenwereld en het gevoel, dan kan iemand snel ontregelen. AFT is dan niet geïndiceerd, een meer op klacht en coping gerichte behandeling is dan

eerste keus. ST kan goed aansluiten bij deze groep door de (onder)steunende attitude en de opvang van kwetsbaarheid.

Miriam merkt in de AFT-cursussen die zij geeft, dat schematherapeuten die deelnemen, vastlopen met bepaalde cliënten. Miriam herkent een cliënt-therapeut dynamiek: cliënten die zich aangepast gedragen, doen netjes wat de bedoeling is, huiswerk en oefeningen, maar van binnen gebeurt er dan eigenlijk te weinig. Daar stagneert deze cliënt, raakt vast, komt niet in beweging. Schematherapeuten kunnen het dan moeilijk vinden en weten niet wat ze anders kunnen doen. AFT geeft richting om bij deze cliënten in de therapeutische relatie en met hun interne dynamiek te werken. Binnen ST worden hierin minder handvatten geboden. AFT richt zich dan op het vergroten van de ontvankelijkheid voor interne en externe signalen. Bijvoorbeeld kan een cliënt met een negatief zelfbeeld eigen gevoelens en behoeftes en waardering van anderen waarnemen en toelaten.

Eelco herkent het belang van de druk op te voeren in de relatie bij deze cliënten, niet alleen vanuit het verleden kijken, maar juist ook vanuit het hier-en-nu. Sommige behandelingen stagneren, omdat therapeuten bijvoorbeeld te cognitief werken. Of dat de therapeut blijft hangen in steunende *limited reparenting*, waarin zij/hij als het ware met de cliënt mee lijdt. Het is dan lastig om daar uit te stappen, te confronteren of het conflict in de kamer te halen, terwijl het bij *limited reparenting* juist ook over begrenzing en stimulering van basisbehoeften, zoals autonomie en realistische grenzen gaat. Misschien zijn we binnen de ST wel te veel op technieken gericht, hoe krachtig deze ook zijn, en laten we liggen wat er voor onze neus/ogen gebeurt?

Zet je een techniek in of focus je je op wat er voor je neus/ogen gebeurt?

Modellen vergelijken: start van de behandeling en sessie

Bij zowel AFT als ST begint de therapie met het samen met de cliënt opstellen van een casusconceptualisatie, die essentieel is in beide benaderingen. Bij AFT wordt gebruik gemaakt van de conflict- en personendriehoek van Malan (8,13). De therapeut formuleert een kernconflict. De conflictdriehoek beschrijft de dynamiek tussen adaptieve, activerende gevoelens (zoals verdriet en boosheid) en rem-

mende gevoelens (angst, schuld en schaamte) en de afweer (patronen in denken, voelen en handelen die de cliënt inzet om weg te blijven bij de innerlijke spanning). De personendriehoek laat patronen zien in relaties uit het verleden, heden, en met de therapeut, waardoor problematische gedragingen beter begrepen kunnen worden. Miriam benadrukt dat AFT sterk is vanwege de voortdurende focus op het hier-en-nu en de beleving van emoties, met de conflictdriehoek als rode draad. In de therapie wordt de cliënt steeds uitgenodigd om (adaptieve, activerende) gevoelens te ervaren en niet weg te duwen. De therapeut bevraagt de cliënt op een warme, maar vasthoudende manier over diens emoties zonder deze direct op te lossen. Door het beleven van deze gevoelens in de veilige therapeutische relatie kan de angst ervoor afnemen. De therapeut stimuleert daarna een adaptieve uiting van gevoelens. Angstregulatie speelt hierbij een belangrijke rol, en de therapeut benadert dit met zachtheid, zodat de cliënt zich geleidelijk kan openen. Tijdens sessies richt de therapeut zich op wat de cliënt bezighoudt. In elk concreet voorbeeld dat de cliënt noemt, is als het ware de conflictdriehoek zichtbaar: wat mag er niet gevoeld worden (activerend gevoel), waarom niet (angst, schaamte, schuld) en hoe wordt dat vermeden (afweer).

In AFT wordt veel aandacht gegeven aan het in contact komen met de activerende gevoelens. Als de cliënt minder angstig wordt voor deze gevoelens is een volgende stap om in de fantasie (in vitro) uiting te geven aan deze gevoelens. Een uitdaging bij AFT is dat het minder specifieke technieken geeft voor adaptieve uiting van deze gevoelens in het dagelijks leven. De therapie werkt als het ware van binnen naar buiten: de innerlijke dynamiek wordt besproken, angst wordt geleidelijk overwonnen en de cliënt komt meer in contact met zijn activerende gevoelens. Vanuit deze gevoelens wordt gericht op gedragsverandering. Hoewel er binnen AFT ook gewerkt wordt met rollenspel, is het ST-model meer gedetailleerd uitgewerkt met technieken als modelling, Imaginaire Rescripting (ImRs), stoelndialogen en gedragsexperimenten, waar geoefend wordt met meer gezondere uiting van gevoelens en gedrag. Hoewel AFT als uitgangspunt focust op één kernconflict, bestaan er vaak meerdere conflicten, afweermechanismen en activerende gevoelens, vooral bij complexe persoonlijkheidsstoornissen.



Miriam Saschowa is klinisch psycholoog, psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut (NVGP) en AFT-therapeut bij het NPI van Arkin, met meer dan 25 jaar ervaring in de GGZ en tevens docent en (leer)supervisor

voor AFT en NVGP. Ze behandelt ambulante cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, gebruikmakend van het psychodynamische model van Affect Fobie Therapie (AFT) in zowel individuele als groepssettings. Daarnaast heeft zij AFT-behandelingen opgezet in een deeltijd- en klinische setting. Miriam heeft een sterke interesse in de invloed van hechting en hechtingsrelaties op psychische gezondheid. Dit ondersteunt het belang van de therapeutische relatie en het interpersoonlijk functioneren binnen en buiten de psychotherapie.

Miriam: McCullough (13) illustreert het verschil tussen de confronterende benadering en de empathische benadering aan de hand van een fabel van Aesop: The Sun and the Wind decided to have a contest to see which one of them could make a man, walking down the road, take off his coat. The Wind began by blowing forcefully. The man responded by pulling his coat around him more and more tightly. The wind continued to blow so fiercely that the man, though almost blown away, was still clutching the coat tight around him. At this point, the Sun said, "Let me have a turn." Then, as the Sun shone brightly, the day became increasingly warmer. As he walked, the man began to perspire and loosen his garment. And before long, as we might expect, he took off his coat.

ST biedt de mogelijkheid om te werken met, in complexiteit, verschillende conceptualisaties. Het modusmodel staat momenteel vaak voorop. Eelco benadrukt dat het binnen dit modusmodel belangrijk is de primaire schema's toe te voegen aan de Kwetsbare Kind modus. Dit geeft zicht op kerncognities en legt een directe relatie met de onderliggende behoefte waar een tekort in is ervaren. Binnen ST is het een kracht dat de Kwetsbare Kind modus snel bereikt kan worden. Bij aanvang van de behandeling worden duidelijke afspraken gemaakt: 50 sessies, bij voorkeur twee keer per week, en om de

sessie wordt ImRs uitgevoerd. Deze traumagerichte aanpak richt zich op het helen van het kwetsbare kind en het vervullen van zijn/haar basisbehoeften. De Gezonde Volwassen modus speelt hierin een cruciale rol, omdat deze het inzicht en de steun biedt die de cliënt nodig heeft om zelf verantwoordelijkheid voor deze behoeften te nemen.

De basisbehoeften, modi en schema's, sturen de therapie. Eelco geeft aan dat het ST-model in de jaren steeds complexer is geworden. In een video uit 1997 met daarin Jeffrey Young zelf aan het werk, benoemt hij bijvoorbeeld slechts vier modi: het Kwetsbare Kind, het Boze Kind, de Onthechte Beschermmer en de Straffende Ouder. De Gezonde Volwassene ontbreekt dan zelfs nog. Tegenwoordig is het aantal modi niet meer te tellen. Hoewel de uitbreiding meer nuance biedt, kan de overvloed aan termen soms verwarrend werken en de onderlinge dynamiek van de modi, waar het modusmodel zijn functie in heeft, uit het oog doen verliezen.

Waar de traumagerichte technieken, zoals ImRs, binnen ST expliciet uitgewerkt zijn en een zeer belangrijke pijler vormen in de behandeling, wordt er binnen AFT ook gewerkt aan traumaverwerking. Miriam legt uit dat AFT zich richt op het durven toelaten van de beangstigende gevoelens die met herinneringen en beelden uit het verleden gepaard gaan. De therapeut helpt de cliënt deze emoties te beleven en geeft ruimte aan de gevoelens die toen niet konden worden toegelaten en geuit. In de sessie wordt geoefend met het beleven en verwoorden van deze gevoelens, eerst in de verbeelding, om zo de angst voor deze gevoelens te verminderen.

Traumabehandeling gaat over het verminderen van angst en ruimte voor beleven van onderliggende gevoelens of onderliggende behoeften uiten. Je zou kunnen zeggen dat de cliënt niet de herinnering vermijdt, maar de gevoelens die met deze herinnering gepaard gaan. Met deze gevoelens wil je de cliënt juist in contact brengen zodat hij/zij kan ervaren dat deze gevoelens niet meer bedreigend zijn en nu in contact met veilige anderen (in eerste instantie de therapeut) beleefd kunnen worden.

Werken met emotie boosheid

Binnen het AFT-model is expliciet ruimte voor boosheid. Het stilstaan bij en uiten van adaptieve boosheid wordt gezien als iets positiefs. Het zet je in beweging om je doelen en behoeften na te streven

en grenzen te bewaken. De affectfobie gaat over het conflict tussen de activerende, adaptieve gevoelens, die geremd worden door angsten die ontstaan zijn in de interactie met belangrijke anderen in het verleden. Zoals dat boosheid er niet mocht zijn en bekritiseerd of bestraft werd. Door dit conflict in de sessie telkens op te zoeken, wordt boosheid in de sessie beleefd. Boosheid kan ook afweer zijn, dus niet alle boosheid is altijd adaptief. Als boosheid afweer is, wil je juist dat de cliënt dit los kan laten en naar andere verborgen activerende gevoelens (meestal verdriet) kan gaan.

Miriam vraagt zich af hoe binnen het ST-model gewerkt wordt met adaptieve boosheid. Eelco licht toe hoe er gewerkt wordt met boosheid, met experiëntiële technieken, zoals stoelentechnieken of ImRs. Hoe boosheid verschillende kanten heeft, waarbij het zich kan uiten in diverse modi: Boze Kind, Boze Beschermers, overcompenserende of omgedraaide modi (zoals Pest- en Aanval) en ouder. Bij schematherapie wordt boosheid ook opgezocht en 'bevrijd' en wordt de cliënt geholpen



Eelco Muste is klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkzaam in zijn eigen supervisie en trainingspraktijk en bij Cirya GGZ. Hij is supervisor en docent in

schematherapie en geregistreerd als groeps- en leersupervisor bij de NVGP. Samen met Edith Mei-Ling Tjoa ontwikkelde hij het GST-C protocol voor mensen met een cluster-C persoonlijkheidsstoornis en/of langdurige angst- en stemmingsklachten, een behandelprotocol dat zowel groepstherapie als zelf in te vullen individuele sessies omvat. Met een psychoanalytische achtergrond kwam hij in 1997 via de Viersprong in aanraking met Jeffrey Young's schematherapie, toen nieuw in Nederland. Destijds beschreef hij samen met Monique Thunissen (10) de brug die ST kan zijn tussen het meer psychoanalytisch werken en cognitieve gedragstherapie. Tevens maakte hij samen met anderen de vertaalslag van een individueel ambulante behandeling naar ST in groepen binnen diverse settingen.

om deze op een volwassen manier te benutten bij zelfexpressie van gevoelens, wensen en grenzen. Bij de geremde, vermijdende cliënt komt als het goed is een bewustzijn tot stand. Dat de cliënt het zat is, boos is, om telkens in hetzelfde patroon te belanden. Hierdoor ontstaat motivatie om te veranderen. Maar de boosheid voedt soms ook juist de oudermodus, en dat maakt het lastig om afstand tot deze kritische of bestraffende kanten te creëren.

Wanneer kan de behandeling afgesloten worden?

Zowel Eelco als Miriam benadrukken het belang van limitatie in aantal sessies bij vermijdende cliënten. Zij raden aan om het aantal sessies vooraf af te spreken, 50 sessies of in sommige gevallen, bij mildere problematiek, worden 25 sessies afgesproken. Het is een actueel onderzoeksonderwerp, wat de optimale dosering van sessies is (14). De limitering helpt om het proces van de behandeling te bevorderen, daar gaat een stimulerende, vermindering doorbrekende werking vanuit. Aan het eind van de therapie wordt vaak een toename gezien van angst en disfunctionele patronen. Limitering helpt om naar een afronding te gaan. Het proces is nooit klaar, modi, schema's en een conflict driehoek hebben we allemaal en dat hebben we voortdurend. Het gaat erom of het voldoende in evenwicht is en dat het groeiproces doorgaat ook als de therapie stopt. Koers houden, ook aan het einde van de therapie, is daarom belangrijk. Angst rond afscheid nemen, wordt op dezelfde manier aangepakt als eerder in de therapie. Afscheid nemen wordt dan ook niet gezien als een moment, maar als een fase. Bovendien laat wetenschappelijk onderzoek zien dat therapie effecten doorwerken na het afronden van therapie (9).

Eelco benoemt dat je ST behandelingen met een open einde afrondt als de cliënt voldoende eigenaar is geworden van de onderliggende behoefte en hier keuzes op kan baseren, dan is het klaar. Binnen een individuele ST kan je er ook voor kiezen om stapsgewijs af te bouwen.

Miriam ziet veel parallellen. Eigenaar van onderliggende behoeften is, in AFT taal, dat de cliënt meer in contact is met de adaptieve gevoelens en daar op een adaptieve manier uiting aan kan geven. Miriam benoemt dat de behandeling is voltooid als de disadaptieve afweer plaats heeft gemaakt voor adaptievere afweer waardoor de lijdensdruk minder

is. En dat bereik je in AFT van binnenuit door contact met de adaptieve gevoelens. Die afweer, lees ook coping, wordt niet van buitenaf bewerkt, maar door van binnenuit naar die activerende gevoelens toe te gaan, waardoor die disadaptieve afweer minder nodig is en de activerende gevoelens meer ruimte krijgen. Hierin verschilt de ST niet wezenlijk van de AFT. Je verandert de coping, je probeert de onderliggende gevoelens van het Kwetsbare kind te mogen en kunnen voelen en te erkennen, zodat die goede ouder in jezelf daar zorg voor gaat dragen. Ook hier begin je onderop, zodat je minder disfunctionele coping hoeft in te zetten. Eelco herkent dezelfde beweging.

De behandeling is voltooid als de disadaptieve coping/afweer plaats heeft gemaakt voor adaptievere afweer/coping waardoor de lijdensdruk minder is. Dat bereik je van binnenuit via het contact met de adaptieve gevoelens/het kwetsbare kind. Die coping wordt niet van buitenaf bewerkt, maar door van binnenuit naar die gevoelens toe te gaan. Hierdoor wordt die disadaptieve afweer/coping minder nodig of komen er andere manieren voor in de plaats. Gevoelens meer ruimte krijgen.

Concluderend

In dit artikel heb je gelezen hoe ST en AFT ingezet kunnen worden in de behandeling van geremde, angstige en vermijdende mensen. Het verschil tussen indicatiestelling voor geclassificeerde cluster-B en C-patiënten zit hem in de ernst van de impulscontrole en emotieregulatieproblemen en hoe je hier binnen ST en AFT kan afstemmen op de behoeften van de cliënt, door gebruik van respectievelijk *limited reparenting* en angstregulatie technieken. Ook is het belangrijk in de gedeelde cluster-C populatie dat cliënten nieuwsgierig zijn naar zichzelf en enige mate van zelfreflectief vermogen bezitten. De volgende algemene werkzame therapiefactoren zijn aan bod gekomen: belang van een goede casusconceptualisatie, optimaal spanningsniveau in de sessie bereiken, in de relatie werken, focussen op pijnlijke onverwerkte herinneringen en daaraan gekoppelde gevoelens en onderliggende behoeften, belang van het concreet maken wat de cliënt inbrengt, belang van gelimiteerd aantal sessies.

Met dit artikel houdt de auteur een pleidooi je een methodiek eigen te maken, een therapie te vinden die bij je past als therapeut. Maar dat je niet moet

schuwen over de grenzen te kijken; te 'gluren bij de burens', om daarvan te leren. Je kan die nieuwe inzichten integreren in je eigen methodiek en daarmee een betere, meer veelzijdige therapeut worden. Ons vak gaat over een ontmoeting tussen twee mensen waarbij er contact ontstaat en creativiteit en spontaniteit helpen. En ons vak gaat over specifieke technieken, gericht op verandering op cognitief, emotioneel en gedragsniveau, technieken die effectief zijn als je ze goed leert toepassen.



Literatuur: Meer weten – doorlezen?

1. Daniëls, M., Van, H.L., van den Heuvel, B. et al. Individual psychotherapy for cluster-C personality disorders: protocol of a pragmatic RCT comparing short-term psychodynamic supportive psychotherapy, affect phobia therapy and schema therapy (I-FORCE). *Trials* 24, 260 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07136-z>
2. van den Heuvel, B. B., Dekker, J. J., Daniëls, M., Van, H. L., Peen, J., Bosmans, J., ... & Huibers, M. J. (2023). G-FORCE: the effectiveness of group psychotherapy for Cluster-C personality disorders: protocol of a pragmatic RCT comparing psychodynamic and two forms of schema group therapy. *Trials*, 24(1), 300. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13063-023-07309-w>
3. Hutsebaut, J., Willemsen, E. M. C., & Van, H. L. (2018). Time for cluster C personality disorders: state of the art. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60(5), 306-314. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-11619_Tijd-voor-cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen-state-of-the-art
4. Richtlijnen persoonlijkheidsstoornissen, Federatie Medisch Specialisten, 2022. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/startpagina_-_persoonlijkheidsstoornissen.html
5. Muste, E., & Saschowa, M. (2019). Scholensrijd of keuzemogelijkheid. Behandeling van cluster C vanuit affectfobietherapie of schematherapie. Groepen, 1, 16-30. Groepen opzet mrt. 2019 def. indd (groepspsychotherapie.nl)
6. Tjoa, E. E., & Muste, E. H. (2021). Handleiding groepsschematherapie voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Springer Nature.
7. Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 317-328.
8. Malan DH. (1995). Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. 2nd Ed. London: Francis & Taylor Ltd.
9. Wibbelink, C. J., Venhuizen, A. S. S., Grasman, R. P., Bachrach, N., van den Hengel, C., Hudepohl, S., ... & Arntz, A. (2023). Group schema therapy for cluster-C personality disorders: A multicentre open pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1279-1302.
10. Thunnissen, M.M. & Muste, E.H. (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 385 – 401.
11. van Dam, Q. (2020). Het kernconflict in de Affectfobie-therapie. *PsyXpert*, september 2020, nummer 3.
12. van Dam, Q., Kok, J., & Schalkwijk, F. (2017). Twee wegen naar Rome. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43(1), 17-32. <https://quinvandampsychotherapie.nl/publicaties/>
13. McCullough Vaillant, L. (1997). Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment. New York: Basic Books.