

GERRIE BLOOTHOOFD & ROGIER POELS

EMOTIES DOORVOELEN

Deliberate practice bij
experientieel dynamische therapie

OEFEN MET
300
PRAKTIJK
SITUATIES!

Boom

Emoties doorvoelen

Emoties doorvoelen

Deliberate practice bij
experiëntieel dynamische therapie

Gerrie Bloothoofd en Rogier Poels

Boom

© G. Bloothoofd & R. Poels, p/a Boom, 2025

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag: Bas Smidt

Binnenwerk: Steven Boland

ISBN 978 90 2446 672 6

ISBN 978 90 2446 925 3 (e-book)

NUR 777

www.boom.nl

Inhoud

Voorwoord	11
Inleiding	13
Deel I Theorie	25
1 Gevoelens in therapie	27
1.1 Inleiding	27
1.2 Hechtingstheorie	28
1.3 Emoties in de behandelkamer	29
1.4 De melodie van ons lichaam	29
1.5 Een emotie ontleed	31
1.6 Ons lichaam uit balans	32
1.7 Het belang van emoties bij mens en dier	34
1.8 Het ontstaan van psychologische scheefgroei	35
1.9 De conflict- en personendriehoek	38
1.10 Het spectrum van psychoneurosen	39
1.11 Een belangrijke taak van de therapeut	41
2 Angst voor gevoelens	43
2.1 Inleiding	43
2.2 Angst	44
2.3 Angst vanuit het lichaam begrepen	45
2.4 Hoe herken je angst bij je patiënt?	47

2.5	Wat angst niet is	50
2.6	Angstregulatie	51
2.7	Tot slot	56
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	58
3	Hoe afweer werkt	73
3.1	Inleiding	73
3.2	Afweer als bescherming	74
3.3	Veroordeling van de gevoelens	75
3.4	Verschillende vormen van afweer	75
3.5	Interveniëren op afweer	78
3.6	Egosyntoon en egodystoon	78
3.7	Constructief en destructief	79
3.8	Voorbeeldinterventies	83
3.9	Tegen de afweer keren	88
3.10	Tot slot	90
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	91
4	Moment-tot-moment-diagnostiek en interventies	105
4.1	Inleiding	105
4.2	Reageren op gevoel, angst of afweer	106
4.3	Het belang van relaties en het superego	106
4.4	Het interne conflict	108
4.5	De therapeutische taak	109
4.6	Signalen herkennen van moment tot moment	110
4.7	Herstructureren	111
4.8	Tot slot	112
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	113
Deel 2	Praktijk	133
5	Stap 1: het probleem	135
5.1	Inleiding	135
5.2	Hoe open je een sessie?	136
5.3	De vraag	138
5.4	'Voorwaarden' voor een psychotherapeutisch behandelbaar probleem	138

5.5	De patiënt reageert met een duidelijk probleem	139
5.6	De wil van de patiënt	140
5.7	De patiënt wordt angstig of reageert met afweer	144
5.8	Van stap 1 naar stap 2	145
5.9	Tot slot	148
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	149
6	Stap 2: een concrete situatie	167
6.1	Inleiding	167
6.2	Details	168
6.3	Het thema	170
6.4	De vraag	170
6.5	Reacties van de patiënt	171
6.6	Van stap 2 naar stap 3	172
6.7	Tot slot	174
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	175
7	Stap 3: de emotie	193
7.1	Inleiding	193
7.2	Gemengde gevoelens	194
7.3	De primaire emoties in therapie	195
7.4	Tranen bij verdriet	203
7.5	De vraag	205
7.6	Van stap 3 naar stap 4	208
7.7	Verdriet over afweer	210
7.8	Tot slot	211
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	212
8	Stap 4: de lichamelijke sensaties	235
8.1	Inleiding	235
8.2	Lichamelijke sensaties van emoties	237
8.3	De vraag	238
8.4	Doorvragen	239
8.5	Uitgelicht: boosheid	240
8.6	Van stap 4 naar stap 5	245
8.7	Tot slot	247
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	249

9	Stap 5: de impuls	267
9.1	Inleiding	267
9.2	Actietendensen, impulsen en voorstellingen	268
9.3	Exploreren van de impuls	269
9.4	De jungiaanse schaduw	272
9.5	De vraag	273
9.6	Aanmoedigen	274
9.7	De impuls in beelden: verdriet	275
9.8	De impuls in beelden: boosheid	277
9.9	Waar let je op bij portrettering?	279
9.10	Wanneer vraag je niet naar de impuls?	280
9.11	Van stap 5 naar stap 6	281
9.12	Tot slot	282
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	285
10	Stap 6: samenbrengen	305
10.1	Inleiding	305
10.2	Reflecteren	306
10.3	Interpreteren	308
10.4	Samenvatten	309
10.5	Alle elementen samenbrengen	309
10.6	De conflictdriehoek	311
10.7	De personendriehoek	312
10.8	Therapeutische taak	313
10.9	Tot slot	314
	Bijlage: praktijkvoorbeelden	316
11	Verdieping: schuld, verdriet en liefde	325
11.1	Inleiding	325
11.2	Terugkomend op de impuls van boosheid	326
11.3	Waarom schuldgevoel?	327
11.4	Het gevolg van schuldbeladen woede	328
11.5	Wat is schuld?	328
11.6	De pijn van schuld	330
11.7	Psychopathie	331
11.8	Het ontsluiten van het onbewuste	331
11.9	Verdere verdieping van verschillende onderdelen van het proces	333
11.10	Tot slot	341
11.11	Disclaimer	342

Deel 3	Bijlagen	343
	Bijlage: Angstsymptomenlijst	345
	Bijlage: Thuiswerk: emotiegerichte opdrachten voor de patiënt	347
	Bijlage: Zelfsupervisie voor de therapeut	352
	Bijlage: Cheatsheet EDS: het proces van emoties doorvoelen	355
	Bijlage: Informatie voor de patiënt	361
	Wetenschappelijk bewijs en verdieping	365
	Referenties	373
	Dankwoord	383
	Over de auteurs	387

Voorwoord

In een tijd waarin psychotherapie zich voornamelijk richt op cognities, herinnert dit boek ons aan het belang van gevoelens in ons leven. Hoewel we vaak gefocust zijn op wat zich afspeelt in het hoofd, mogen we het hart niet vergeten. Daarnaast concentreren veel boeken zich vooral op theorie, terwijl dit boek de lezer helpt om specifieke vaardigheden op gebied van emotionele intelligentie te ontwikkelen – vaardigheden die elke therapeut nodig heeft, ongeacht zijn theoretische achtergrond. Uiteindelijk zou helder klinisch denken binnen elk theoretisch kader moeten leiden tot effectieve interventies. Dit boek is uniek, omdat het door middel van doelgerichte oefeningen de lezer niet alleen een theorie aanreikt, maar hem ook laat ervaren hoe deze in de praktijk toegepast kan worden.

De auteurs laten zien hoe een psychodynamisch begrip van gevoelens, conflicten, afweermechanismen en relaties ons werk kan verdiepen door samen met de patiënt te onderzoeken waar hij zo bang voor was. Een gebroken hart is immers niet slechts een gedachte; gedachten verbergen vaak de werkelijke gevoelens. Uiteraard schenken we aandacht aan gedachten, maar om de ander echt te begrijpen, luisteren we niet alleen met onze oren. Zoals Sint-Benedictus zei: ‘We moeten luisteren met het oor van ons hart. We luisteren met ons hele wezen.’ Dit betekent dat we niet alleen luisteren naar de gedachten van de patiënt, maar ook naar haar gevoelens, angsten, verlangens, conflicten en de manieren waarop ze contact maakt.

Vaak wordt ons verteld dat we onze gevoelens niet mogen voelen. Maar zoals Freud al opmerkte, komen verdrongen gevoelens altijd weer terug – vaak op een vervormde en destructieve manier. Het negeren van onze gevoe-

lens is een manier waarop we onszelf en onze innerlijke wijsheid negeren. Als we echter leren luisteren naar onze gevoelens en wat ze ons proberen te vertellen, krijgen we de kans om te leren, te veranderen en weer beter te worden. Maar om daarvoor te zorgen moet de therapeut leren om werkelijk te luisteren naar de patiënt, de patiënt die zich schuilhoudt achter een muur van gedachten en afweermechanismen. De therapeut reikt als het ware door deze muur heen om de patiënt te bereiken. En de patiënt leert dan dat, hoewel ze als kind hierachter moest schuilen om te overleven, ze als volwassene samen met haar therapeut de confrontatie kan aangaan met wat ze destijds niet in haar eentje aankon. Waar ze als kind de waarheid moest verbergen om te overleven, krijgt ze in therapie de mogelijkheid om samen met haar behandelaar naar haar waarheid te leven.

Voor de auteurs draait therapie niet alleen om gedachten, maar om gevoelens, waarheid, realiteit, liefde, verlies, schoonheid – kortom, het leven zelf. Door de gevoelens en worstelingen van de patiënt te onderzoeken, vindt een doorvoelen ervan plaats. De ‘*insights*’ die een therapeut vaak biedt, zijn slechts ‘*outsights*’ – gedachten van buitenaf. Werkelijk inzicht ontstaat van binnenuit, als een ervaring, een innerlijk weten van waaruit gedachten voortkomen. Maar zelfs die gedachten, die de patiënt kan uitspreken als woorden, zijn slechts een verwijzing naar datgene wat binnenin zit en wat niet in woorden is uit te drukken.

Nu de psychotherapie zich langzaam losmaakt van een cognitieve bias, worden we eraan herinnerd dat we niet louter onze gedachten of afweermechanismen zijn. Patiënten komen vaak bij ons omdat ze gefuseerd zijn met een gedachte: Ik ben waardeloos; Ik verdien niets goeds; Ik ben een anorexiapatiënt. Eén ding wordt echter vaak vergeten: je bent geen concept. Als je al iets bent, dan ben je juist datgene wat zich niet in een gedachte of concept laat vatten. Gedachten wijzen slechts naar datgene wat niet gezegd kan worden – naar dat innerlijke gevoel/weten dat jou definieert. Dit boek helpt de lezer om voorbij gedachten en afweermechanismen te kijken – naar de persoon die daarachter schuilgaat.

Jon Frederickson

Psychotherapeut, auteur en oprichter van het ISTDIP Institute

Inleiding

Therapeuten worden in de laatste decennia voornamelijk opgeleid in cognitief-gedragstherapeutisch denken, dat het heersende paradigma is in de klinische praktijk en bij wetenschappelijk onderzoek. Deze manier van denken is gericht op herkennen en veranderen van cognities en meetbaar gedrag, hoewel er de laatste jaren meer aandacht komt voor emoties (Ten Broeke & Korrelboom, 2020). Het psychodynamisch denken, waarbij de focus met name ligt op (onbewuste) gevoelens en de relatie met hechtingsfiguren, krijgt binnen het opleidingskader echter steeds minder aandacht. Dit boek biedt therapeuten – door middel van de experiëntieel psychodynamische insteek – handvatten om hun patiënten te helpen hun diepste, meest verborgen gevoelens en verlangens – gevoelens en verlangens die spanning veroorzaken en die ze al vanaf de kindertijd uit de weg gaan – te leren (her)kennen en doorvoelen.

Pijn is – net zoals verdriet, verlies, ziekte en de dood – onlosmakelijk verbonden met het menselijk bestaan, en dus onontkoombaar. Lijden wordt daarentegen door onszelf veroorzaakt door pogingen om ervaringen van pijn uit de weg te gaan. Als we strijden tegen de pijn van het leven kan dit (uiteindelijk) leiden tot de ontwikkeling van klachten. We hebben als mens de natuurlijke neiging om pijnlijke emoties te vermijden (Jansen & Batink, 2014). Sterker nog, moeilijke of pijnlijke emoties blijven vaak helemaal buiten het bewustzijn, omdat we onze emotionele vermijdingsstrategieën automatisch, zonder nadenken, inzetten.

Het niet voelen van de gevoelens die we onbewust vermijden kan leiden tot problemen in het contact met andere mensen (Coughlin, 2004). Een voorbeeld: een kind dat door haar ouders systematisch wordt gestraft als

ze boos is en daardoor ‘leert’ dat ze door haar boosheid te onderdrukken straf kan ontlopen, komt in liefdesrelaties later in haar leven onvoldoende voor zichzelf op. Als haar partner over haar grenzen gaat, kan haar onbewuste angst voor straf maken dat ze haar boosheid onderdrukt (buiten het bewustzijn houdt), waardoor ze kan vastlopen in haar relatie en depressieve klachten kan ontwikkelen. Wanneer het uitdrukken of begrijpen van de eigen emoties moeilijk is kan dat een negatieve impact hebben op de sociale relaties die iemand heeft (Shaffer, 2009). Ons brein is namelijk gemaakt om ons op emotioneel niveau te verbinden met anderen.

‘A-sociale’ therapie

In onze opvoeding leren we om ongemakkelijke gevoelens uit de weg te gaan en ons te verbergen achter wat we ‘goede manieren’ noemen – zo worden we gesocialiseerd. Wat we in therapie doen is vaak niet conform deze socialisatie. In onze spreekkamers proberen we eigenlijk een ‘a-sociale’ omgeving te creëren, waarbij we – natuurlijk respectvol en in dienst van het gesprek – zo min mogelijk gehinderd worden door bepaalde sociale normen. We helpen een patiënt bijvoorbeeld om ongemakkelijke en pijnlijke gevoelens onder ogen te zien in plaats van ‘sterk’ te zijn en door te gaan.

Psychotherapeutische gesprekken zijn daarmee heel anders dan de sociale gesprekken die we doorgaans in het dagelijks leven voeren. In zulke gesprekken kan het ook voor een therapeut best lastig zijn om de eigen socialisatie te herkennen en los te laten, je bent immers zelf ook op die manier opgevoed. Dit boek helpt jou als therapeut het proces te vergemakkelijken door vanuit een duidelijk theoretisch kader te oefenen met interventies die gericht zijn op stilstaan bij wat angstig, ongemakkelijk en pijnlijk is.

Emoties doorvoelen

In de jaren 70 van de vorige eeuw deed Habib Davanloo belangrijke ontdekkingen wat betreft het voelen van gevoelens. Davanloo was een Canadese psychiater van Iraanse afkomst die aanvankelijk chirurg was en later psychoanalytisch is opgeleid. Hij was echter ontevreden over de effectiviteit en duur van de psychoanalyse. Hij ging van zijn eigen therapie sessies audiovisuele opnames maken om deze terug te kijken (vaak samen met zijn patiënten) en vervolgens met chirurgische precisie te letten op wat werkte en wat niet (Davanloo, 1977; Abbass et al., 2015). Davanloo zag op die manier het effect van hechtingstrauma op het toelaten van gevoelens in de huidige

relaties van patiënten en leerde zijn interventies van seconde tot seconde af te stemmen op de reacties van de patiënt. Hij ontwikkelde een methode waarin hij een link legde met gevoelens en het onbewuste als belangrijke bron in de klachten waarmee patiënten zich presenteerden. De therapievorm en theoretische onderbouwing die Davanloo vervolgens ontwikkelde zou later bekend komen te staan als intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP). Dit is de basis van wat later overkoepelend de Experiential Dynamic Therapy (EDT) zou worden, een vorm van psychotherapie waarin het volledig doorvoelen van onbewuste emoties centraal staat, alsmede de overdrachtsgevoelens die de therapeutische relatie oproept. Onder EDT vallen tevens het werk van McCullough (Affectfobietherapie, AFT), Diana Fosha (accelerated experiential dynamic psychotherapy, AEDP) en Schubinger (Emotional Awareness and Expression Therapy, EAET). Iedere benadering brengt haar eigen accenten aan in wat belangrijk wordt gevonden voor een werkzame therapie. De overkoepelende en uitgebreide theorie van de EDT vormt de basis voor de inhoud van dit boek. EDT is een integratieve en transdiagnostische behandelmethode met kenmerken van verschillende andere therapiestromingen: het gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid en het zelfhelende vermogen van de patiënt (persoonsgerichte therapie), vraagt aanvankelijk om een actieve houding van de therapeut (directieve therapie), daagt niet-helpende gedachten uit (cognitieve therapie), moedigt aan tot gedragsverandering (gedragstherapie), en hanteert een sterke focus op emotie (zoals bij EFT). Ook is er aandacht voor overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen (psychodynamische therapie) en voor de gevolgen van (hechtings)-trauma en angstregulatie, ligt er een sterke nadruk op het hier-en-nu en het niet-oordelen (mindfulness), en op de eigen autonomie, keuzevrijheid en wil van de patiënt (existentiële psychotherapie).

Om de patiënt weer op weg te helpen in het (dagelijks) leven kan het dus belangrijk zijn om hem te helpen leren zijn onbewuste, emotionele pijn niet langer te vermijden maar die onder ogen te zien (Frederickson, 2013). Als de patiënt leert om zijn verdrongen en ‘verboden’ emoties, verlangens en impulsen te herkennen, erkennen en doorvoelen, dan leert hij zichzelf beter kennen. Zijn emoties zeggen namelijk iets over wat hem raakt, wat zijn behoeften zijn en waar zijn psychologische en emotionele grenzen liggen. Emoties zeggen iets over wie hij is als persoon. Als iemand niet weet wat hij voelt, dan herkent hij zijn behoeften niet en weet hij niet wat hij nodig heeft. Alle gevoelens kunnen worden gezien als belangrijke signalen, boodschappen of raadgevers. Je bent niet verplicht om er iets mee te doen, maar het kan een keuze worden om er steeds aandacht aan te besteden.

Als de patiënt zichzelf beter leert kennen, leert hij wat hij nodig heeft en kan hij keuzes maken die hierbij passen. Pas dan kan structurele gedrags-

verandering en afname van klachten optreden. De patiënt kent zichzelf beter, wordt meer authentiek en kan zich beter verbinden met zichzelf en zijn omgeving. In de woorden van McCullough (2003, p. 15): *If affect is the fundamental motivational force in human nature, then affect needs to be central in our clinical theory and practice, in order to have a strong impact on changing patients' behavior.*

De mens functioneert beter als hij zich bewust is van zijn emoties, ook als ze pijnlijk zijn. In onderzoek van Coombs et al. (2002) kwam naar voren dat het door therapeut en patiënt gezamenlijk onderzoeken van emoties tijdens de therapieessie samenhangt met een positief behandelresultaat. Ook verschillende andere onderzoeken laten zien dat de affectieve beleving van emoties in de therapie een positief effect heeft op de uitkomst ervan (Abbass 2002; Abbass et al., 2013b; Johansson et al., 2014). Dit pleit voor het doorvoelen van emoties als belangrijk werkingsmechanisme in therapie.

Piliero (2004) deed onderzoek naar de persoonlijke beleving van patiënten die een emotiegerichte therapie hadden gevolgd, namelijk de accelerated experiential dynamic therapy (Fosha, 2000), intensive short-term dynamic therapy (Abbass, 2002) en emotion-focused therapy (Greenberg, 2002). Over de ervaringen van de patiënten in therapie werden retrospectief zelfrapportages afgenomen. In hun rapportages was de diepgang waarmee ze hun emoties hadden ervaren duidelijk gerelateerd aan een hoge mate van tevredenheid over de therapie en de beleving dat er werkelijke verandering had plaatsgevonden. In de woorden van Greenberg (2021, p. 40): *Helping people overcome their avoidance of emotion, focusing collaboratively on emotions, and exploring them in therapy thus appear to be important in therapeutic change regardless of therapeutic orientation.* Kortom, het lijkt voor een positief behandelresultaat van groot belang dat mensen in therapie in contact komen met hun (vaak onbewuste en pijnlijke) emoties.

De therapeutische (werk)relatie

Een inmiddels grote hoeveelheid onderzoek laat zien dat de helende relatie tussen de therapeut en de patiënt de sleutel is tot een beter resultaat in de therapie en dat dit grotendeels losstaat van het behandelmodel dat wordt gebruikt. Wat stuk is gegaan in een relatie moet ook weer geheeld worden in een relatie (Norcross & Wampold, 2019).

Een therapiemodel geneest de patiënt dus niet. Relaties doen dat wel (Frederickson, 2023). Het is daarom belangrijk om te werken aan manieren om relaties met patiënten te verbeteren. Dit boek helpt je daarbij door specifieke vaardigheden te verbeteren. Het gaat hierbij om het leren van de ba-

sisprincipes voor het maken van contact met patiënten, focus houden, angst reguleren bij de patiënt en samen met de patiënt zijn ‘verboden’ emoties te onderzoeken die hij ervaart in relatie tot anderen.

De bewuste en onbewuste therapeutische (werk)relatie

De patiënt komt in de therapiekamer met een probleem en vraagt de therapeut om samen aan zijn probleem te werken. De relatie die vervolgens ontstaat wordt een ‘therapeutische werkrelatie’ genoemd. De manier waarop de patiënt zich verbindt met de therapeut om zijn doelen in therapie te bereiken kan worden begrepen in termen van een bewuste en een onbewuste werkrelatie.

De bewuste werkrelatie is gemakkelijk te herkennen: de patiënt komt naar de afspraak, doet actief mee in het gesprek en maakt eventuele huiswerkopdrachten. Het is iets wat beiden zouden kunnen zien en aanwijzen. Natuurlijk is het belangrijk dat de bewuste werkrelatie goed is, het is een voorwaarde om überhaupt met elkaar te kunnen werken.

De onbewuste werkrelatie is minder makkelijk te herkennen. Onbewust verwijst in dit geval naar het feit dat de patiënt onbewust signalen uitzendt die iets zeggen over hoe hij de relatie beleeft. Zo kunnen we bijvoorbeeld uit de volgende zaken afleiden of de patiënt zich ook op onbewust niveau met jou verbindt:

- *Zuchten*

Wanneer de patiënt zucht tijdens de therapie is dat een teken dat gevoelens opkomen. Zolang de patiënt zucht, kan druk worden gehouden op het onderzoeken van gevoelens. De zucht is een belangrijke marker op weg naar zijn doel in de therapie.

- *Kleine lichamelijke signalen*

De patiënt balt zijn vuisten of maakt bewegingen met zijn benen. Ook blozen en plotseling opkomende tranen in de ogen kunnen signalen zijn die patiënten onwillekeurig laten zien.

- *Versprekingen of negaties*

Een andere uitingsvorm van de onbewuste werkrelatie is een verspreking of een negatie (een vorm van ontkenning). Voorbeelden van negaties zijn: ‘Ik ben niet boos’ of ‘Ik wil hem helemaal niet slaan’ terwijl er nog niet is gesproken over boosheid of de fysieke uiting ervan. Dit is een signaal vanuit het onbewuste.

- *Plotselinge verdieping in het gesprek*

De patiënt kan ineens een verdrongen herinnering benoemen of een plotselinge verbinding die het gesprek direct meer diepgang kan geven.

De patiënt zendt vanuit het onbewuste signalen uit die erop gericht zijn om hem te helpen en helen, deze worden ook wel ‘fluisteringen uit het onbewuste’ genoemd. Het is belangrijk om deze signalen op te kunnen pikken en dit boek zal je daarbij helpen.

Het type patiënt

De in dit boek beschreven patiënt is iemand die over het algemeen gemotiveerd is voor therapie, die een afgebakend probleem kan beschrijven, enige psychotherapeutische focus kan houden en ‘slechts’ enige mate van afweer laat zien. Dit is de patiënt die problemen ondervindt binnen zijn sociale relaties en tegelijkertijd relatief goed functioneert.

Dat we juist deze patiënt als uitgangspunt nemen moet vermeld worden, omdat bij de meeste patiënten in de praktijk sprake is van ernstige hechtingsproblematiek. We nemen in dit boek de redelijk goed functionerende patiënt als focus, opdat deze methodiek goed te begrijpen is voor jou als therapeut. Wanneer deze techniek en methoden worden ingezet bij meer complexe problematiek is het nodig dat een goede opleiding wordt gevolgd en je jezelf met intervisie en supervisie verder bekwaamt.

Opzet en doel van het boek

We richten ons met dit boek op psychotherapeuten, psychiaters en psychologen die een interesse hebben in (experientieel) dynamische psychotherapie en zich hierin (verder) willen bekwamen. De inhoud van dit boek heeft niet de intentie om je als therapeut te leren hoe je therapie moet doen. We beschrijven niet expliciet hoe je belangrijke vaardigheden als samenvatten, gerichte vragen stellen of gevoelsreflecties kunt aanleren – al zijn ze uiteraard wel degelijk belangrijk voor de therapie en het vormgeven van een therapeutische relatie. Dit boek biedt een samenhangende, verdiepende theorie en concrete handvatten aan de therapeut die zijn patiënt wil kunnen helpen om diens emotionele binnenwereld te leren verkennen.

Het boek bestaat uit drie delen: het eerste deel is theoretisch en gaat over wat emoties zijn, waar ze vandaan komen, wat ze teweegbrengen, hoe we daarmee omgaan, en wat hun belang is in de therapie, waarbij we onder meer stilstaan bij het belangrijke werk van Bowlby, Davanloo en Frijda (hoofdstuk 1). Vervolgens bespreekt hoofdstuk 2 hoe het kan dat emoties angst- en schuldbeladen kunnen raken en hoe je angst bij de patiënt kunt reguleren. Hoofdstuk 3 laat zien hoe emoties die zo beladen zijn worden

afgeweerd. En ten slotte wordt in hoofdstuk 4 stilgestaan bij hoe je deze afweer als therapeut tijdens het gesprek kunt herkennen door middel van moment-tot-moment-diagnostiek.

Het tweede deel van het boek gaat over de therapeutische praktijk. Dit deel vormt het leeuwendeel van het boek en laat zien hoe je de patiënt stap voor stap kunt helpen om zijn onbewuste emoties te doorvoelen aan de hand van het experiëntieel dynamisch samenwerkingsproces (EDS). Het EDS is een beschrijving van een proces dat voortbouwt op de Central Dynamic Sequence uit de ISTDP en legt de nadruk op een dynamische, wederkerige samenwerking tussen therapeut en patiënt. Hierbij wordt uitgegaan van een gedeelde verantwoordelijkheid om psychodynamische processen te onttrafelen en interne psychische vaardigheden te vergroten. Het is gebaseerd op drie kernprincipes:

1. *Emotionele toegankelijkheid*

De therapeut en patiënt werken samen om emotionele blokkades te identificeren en te doorbreken. Hierbij staat het herkennen van fysieke en emotionele signalen in het moment centraal. Dit integreert tegelijkertijd een somatische en een interactieve component waarin de patiënt actiever wordt betrokken in het proces.

2. *Wederzijds bewustzijn van weerstand en afweer*

In plaats van dat de therapeut uitsluitend de weerstand benoemt, worden patiënten in dit samenwerkingsproces aangemoedigd en ‘getraind’ om deze zelf ook sneller te herkennen en begrijpen. Hierdoor ontstaat een gezamenlijk proces waarin weerstand niet alleen wordt aangepakt, maar ook wordt gebruikt als ingang voor zelfreflectie en verandering.

3. *Dynamisch samenwerken van moment tot moment*

Het proces is minder gericht op een vastgelegde volgorde van interventies en meer op een voortdurende afstemming tussen therapeut en patiënt. De therapeut gebruikt het emotionele en relationele klimaat van de sessie om de patiënt uit te nodigen om nieuwe manieren van voelen, denken en reageren te exploreren.

In het volgende kader zie je als voorbeeld hoe iemand dit proces doorloopt die zonder moeite zijn gevoel kan benoemen en ervaren in zijn lijf en zich bewust is van waar dit hem toe aanzet en hier zonder moeite op kan reflecteren. Dit zal in de praktijk (vrijwel) nooit zo gaan en is dus bedoeld ter illustratie.

Stappen in het experiëntieel dynamisch samenwerkingsproces

Stap 1: Het probleem helder krijgen

Je begint de sessie met de vraag: 'Wat is het probleem waar je vandaag mee aan de slag wilt?'

De patiënt antwoordt bijvoorbeeld met: 'Het komt de laatste tijd geregeld voor dat ik ruzie krijg met mijn vriendin, en dat ik me naar haar toe niet durf uit te spreken daarover.'

Stap 2: Het concretiseren van een situatie

Je stelt de vraag: 'Kunnen we kijken naar een specifieke situatie waarin dit probleem zich voordoet?'

De patiënt antwoordt: 'Ik vroeg haar vorige week of ze met me uit eten wilde, maar ze negeerde me. Toen ik er iets van wilde zeggen zei ze dat ik een onattente sukkel was en liep ze boos weg. Ik heb er niks van gezegd.'

Stap 3: Gevoelens onderzoeken

Je stelt de vraag: 'Ze negeerde je, en toen je het erover wilde hebben zei ze dat je onattent en een sukkel was en ze liep boos weg. Wat is jouw gevoel daarover naar haar toe?'

De patiënt antwoordt: 'Daar werd ik boos van.'

Stap 4: Lichamelijke sensaties exploreren

Je stelt de vraag: 'Hoe ervaar je je boosheid fysiek in je lichaam op dit moment?'

De patiënt antwoordt: 'Ik voel me warm worden, vooral in mijn buik, en ik voel veel spanning in mijn handen. Alsof ik iets wil vastpakken, of ergens mee wil gooien.'

Stap 5: De impuls lichamelijk ervaren en beschrijven in fantasie en gedachten

Je stelt de vraag: 'Als jouw boosheid er in zijn volle omvang uit zou komen naar je vriendin, hoe zou dat er dan uit zien? Wat zou je in fantasie en gedachten willen doen, fysiek?'

De patiënt antwoordt: 'Ik zou mijn handen om haar nek leggen, en het liefst haar nek om willen draaien nu, argh. Het doet me denken aan hoe mijn moeder mij vroeger altijd vertelde dat ik een nietsnut was, ik kon het nooit goed doen in haar ogen. Maar boos worden op haar had geen zin, ze lachte me gewoon uit.'

Stap 6: Samenbrengen

Je stelt de vraag: 'Hoe is het voor je om je gevoelens te hebben doorvoeld?'

De patiënt antwoordt: 'Ik had nooit gedacht dat het zo diep zat. Het was moeilijk, en nodig.'

Je vat samen: 'Dus we zien dat er onder je angst om je uit te spreken boosheid zit naar je vriendin toe omdat ze je heeft genegeerd en uitgescholden. En we zien ook dat wanneer je je boosheid in fantasie en gedachten helemaal toelaat er een realisatie is dat deze boosheid je doet denken aan hoe boos je bent op je moeder omdat zij vroeger op dezelfde manier met je omging. En het was dusdanig angstig voor je om boos te worden op je moeder dat je je ook nu niet meer durft uit te spreken naar de mensen om je heen, bijvoorbeeld wanneer je vriendin je uitscheldt. Zie je hoe dit in elkaar steekt?'

In deel 2 leer je waar je in de klinische praktijk tegenaan loopt wanneer je bovenstaand samenwerkingsproces doorloopt met mensen die vastlopen in het dagelijks leven. Je leert aan de hand van een groot aantal praktijkvoorbeelden vaardigheden waarmee je kunt zorgen dat patiënten zich bewust worden van hun gevoelens, angsten en afweermechanismen. En dat is essentieel om weer greep te krijgen op het leven.

Het derde en laatste deel van het boek bevat bijlagen ter aanvulling en verduidelijking: drie bijlagen bevatten informatie voor de patiënt (de angstsymptomenlijst, 'Informatie voor de patiënt' en 'Thuiswerk: emotiegerichte opdrachten'), je treft hier tevens thuiswerk voor de therapeut, een *cheatsheet* en een bijlage met wetenschappelijke onderzoeksresultaten die specifiek betrekking hebben op de hier gehanteerde methodiek.

Gevoelens of emoties?

Hoewel er een verschil is in de beschrijving van gevoelens en emoties, gebruiken we in dit boek beide termen door elkaar. In hoofdstuk 1 (zie p. 27) gaan we dieper in op het theoretische verschil tussen emoties en gevoelens, waar we kunnen lezen dat met een emotie specifiek de lichamelijke manifestaties wordt bedoeld en met een gevoel de bewustwording van deze lichamelijke manifestatie wordt bedoeld. Hierin zien we tevens terug dat mensen zich bewust (gevoel) en niet bewust (emotie) kunnen zijn van hun emoties. Het is echter praktisch en klinisch gezien niet van meerwaarde om dit in het taalgebruik over en met de patiënt (steeds) aan te passen.

Deliberate practice

De manier waarop we dit materiaal aanbieden is door middel van *deliberate practice*. Dit is een nog relatief onbekende maar logische aanpak om beter te worden in het hulpverlenersvak. Als kind moeten we bepaalde basisslagen blijven oefenen om uiteindelijk te kunnen zwemmen. Als we leren rekenen, moeten we de tafels eindeloos herhalen voordat we meer ingewikkelde sommen kunnen maken. En als we een muziekinstrument leren spelen, dan moeten we de basisakkoorden kunnen dromen voordat we een nieuw muziekstuk kunnen maken. Dit ‘eindeloos herhalen’ van de ‘basisvaardigheden’ heet *deliberate practice* en wordt de laatste jaren ook binnen de psychotherapie toegepast. Het wordt meer en meer gezien als een aanpak die therapeuten helpt om de basisvaardigheden van het vak voldoende te beheersen (Rousmaniere, 2016; Frederickson, 2013). Dit is het eerste Nederlandse boek dat actief probeert bij te dragen aan het onder de knie krijgen van de basisvaardigheden van deze specifieke vorm van psychodynamische psychotherapie. Wij onderschrijven het idee dat beter worden in ons vak gebeurt door specifieke vaardigheden te trainen (procedurele kennis) en niet door nieuwe ideeën tot je te nemen (declaratieve kennis).

Om deze therapeutische basisvaardigheden te trainen bieden we na vrijwel elk hoofdstuk in een aparte bijlage de mogelijkheid aan om actief te oefenen met hoe je als therapeut zou kunnen reageren in verschillende praktijkvoorbeelden. Deze voorbeelden illustreren veelvoorkomende situaties die je in de praktijk kunt tegenkomen.

We beginnen elke bijlage eerst met theoretische achtergrondinformatie over een aantal basisconcepten in de psychotherapie, zoals het reguleren van angst, hoe je emoties in het lichaam kunt herkennen, en welke behoeften samengaan met de verschillende emoties. We leggen uit welke vaardigheid je kunt leren en hoe je die in de gegeven praktijkvoorbeelden kunt toepassen.

Hierna volgen de praktijkvoorbeelden. Direct na het voorbeeld laten we zien welke interventie het meest passend is. In het boek vind je een boekenlegger die je kunt gebruiken om de door ons voorgestelde interventie af te schermen terwijl je nadenkt over hoe jij het aan zou pakken. Oefen met de praktijkvoorbeelden tot je ze helemaal in de vingers hebt, zodat je niet lang na hoeft te denken als je een vergelijkbare situatie tegenkomt in een sessie. Hoe meer je dit op de ‘automatische piloot’ kunt doen, hoe meer ruimte er komt voor creativiteit in de therapie (Rousmaniere, 2016). Denk aan een geïmproviseerd jazz-optreden: het volledig in de vingers hebben van de basisakkoorden maakt dat er prachtig geïmproviseerde stukken kunnen wor-

den gespeeld. Ditzelfde geldt voor psychotherapie en de basisvaardigheden die je kunt leren. Hoe beter het lukt om op de automatische piloot angst te reguleren en afweer te blokkeren, identificeren en eventueel te clarificeren, hoe meer betekenis en diepgang een sessie kan krijgen.

Grote dank aan Jon Frederickson voor het creëren van vaardigheidsoefeningen (*skill building exercises*) op zijn website istdpinstitute.com, bedoeld om psychologen te helpen op een systematische manier psychotherapie te leren. Deze vaardigheidsoefeningen zijn een bron van inspiratie geweest voor de inhoud van de praktijkvoorbeelden in dit boek.

Hij – zij – hen – die

In dit boek gebruiken we het persoonlijk voornaamwoord ‘hij’ (met af en toe een uitstapje naar ‘zij’), maar daar waar ‘hij’ of ‘zij’ staat, kun je uiteraard ook ‘hen’ of ‘die’ lezen.

Tot slot

Je zult merken dat dit boek veel informatie en vaardigheden bevat. Voor een zinvolle sessie met een patiënt is het niet noodzakelijk om steeds alle zes stappen in het boek te doorlopen of de beschreven volgorde aan te houden. Soms is het al genoeg voor patiënten om te herkennen dat ze hun gevoelens onbedoeld vermijden. Soms lukt het om alle stappen binnen een sessie te doorlopen en soms zul je meerdere sessies (moeten) besteden aan het doorlopen van de eerste twee stappen. Neem de tijd die de patiënt nodig heeft. Exploreer samen met de patiënt hoe zijn leven is gelopen en hoe hij heeft leren omgaan met zijn werkelijke gevoelens, zodat hij zichzelf beter leert kennen en op een meer authentieke wijze kan gaan leven. De emotionele verbinding met de patiënt staat centraal, niet het (zo snel en nauwkeurig mogelijk) doorlopen van de stappen in dit boek.

Deze methode biedt dus aan de ene kant heel praktische handvatten waar iedere therapeut zijn voordeel mee kan doen. Het beschrijft basale en universele uitgangspunten die niet alleen thuishoren binnen de EDT. Aan de andere kant zullen we in dit boek ook uitgangspunten, vaardigheden en concepten uitleggen die zeer specialistisch zijn. Het begrijpen en kunnen toepassen hiervan vraagt niet alleen kennis, maar vooral ook kunde. We pretenderen dan ook niet dat je na het lezen van dit boek volledig toegerust bent om deze EDT-methode in zijn geheel toe te passen.

Mocht je je echter verder willen bekwamen in deze manier van therapie bedrijven, dan raden we aan een cursus of opleiding te volgen binnen de experiëntieel dynamische therapieleer – de therapievorm waar dit boek zijn interventies en theorie aan ontleent. Je kunt meer informatie vinden op de website van de IEDTA (International Experiential Dynamic Therapy Association), de VKDP (Vereniging Kortdurende Dynamische Psychotherapie) en ISTDP-Nederland.nl. Zie ook het hoofdstuk ‘Wetenschappelijk bewijs en verdieping’.

De afgelopen decennia is de focus in de psychologie voornamelijk gericht geweest op cognitieve gedragstherapie, waarbij het idee heerst dat problemen opgelost kunnen worden door het formuleren van andere gedachten en het oefenen met nieuw gedrag. Maar voor veel mensen die vastlopen in hun leven blijkt de focus op gedachten en gedrag ontoereikend. Zij ervaren dat hun psychische klachten dieper geworteld zijn, en dat vraagt om een andere aanpak: met aandacht voor gevoelens.

Emoties doorvoelen nodigt therapeuten uit om zich te richten op de bron van veel psychisch lijden: het onderdrukken en vermijden van emoties. Vanuit het perspectief van de experiëntieel dynamische therapie (EDT) leer je hoe je patiënten kunt helpen om weer in contact te komen met hun emoties, waarbij je uitgebreid aandacht hebt voor angst en afweermechanismen. Het boek is rijk aan concrete technieken, praktijksituaties en wetenschappelijk onderbouwde inzichten, waarmee je stap voor stap leert emoties effectief in de behandeling te integreren.

Met meer dan veertig jaar onderzoek achter de methodes van EDT laat *Emoties doorvoelen* zien hoe aandacht voor (onbewuste) emoties niet alleen bijdraagt aan de vermindering van psychische klachten, maar ook aan een duurzame karakterverandering. Dit boek is een onmisbare gids voor hulpverleners die op zoek zijn naar meer diepgang en effectiviteit in hun behandelingen, met emoties als de sleutel tot herstel.

Gerrie Bloothoofd is gz-psycholoog en docent. Hij is opgeleid als ISTDP-therapeut. Eerder kwam van zijn hand het boek *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie* (2021). **Rogier Poels** is gz-psycholoog en psychotherapeut. Hij is opgeleid als ISTDP-therapeut. In 2014 verscheen het door hem vertaalde *Omarm je emoties* van Ron Frederick, een zelfhulpboek gestoeld op een aantal principes van de ISTDP, dat inmiddels ruim 30.000 keer is verkocht.

