uit balans en maakt het 'hongerhormoon' ghreline aan, wat het gevoel van honger in je buik veroorzaakt. Je krijgt dan signalen die aangeven dat het nodig is om te eten, opdat je lichaam opnieuw in balans kan komen. Als het lichaam door vermoeidheid uit balans raakt, zijn er andere signalen, zoals slapte in je lijf, weinig energie, moeite met concentreren, of zelfs de behoefte om in de natuur te zijn en tijd voor jezelf te nemen. En als iemand je vraagt iets te doen boven op alles wat je al moet doen als je gestrest bent, kun je een innerlijke beweging naar achter ervaren, een terugdeinzen, een fysiek weg willen van wat van je wordt gevraagd.

Als het lichaam uit balans raakt, sturen dus verschillende systemen in ons lichaam signalen naar het brein die ons aanzetten om de balans te herstellen. Idealiter komen ze in ons bewustzijn terecht, ondernemen we actie en wordt de balans hersteld. Als dit mechanisme ontregeld of geblokkeerd raakt, dan is de kans op ziek worden (mentaal en/of lichamelijk) groter (Maté, 2021). Damasio (1994) toonde met verschillende onderzoeken aan dat patiënten met schade aan het deel van de prefrontale cortex dat emoties verwerkt (het deel dat in zekere zin 'luistert' naar emoties) vaak moeite hebben met het nemen van zelfs de meest basale, routinematige beslissingen. Kortom, toegang hebben tot je emoties, je ervan bewust zijn en ze reguleren, draagt bij aan psychologische en fysieke gezondheid.

De balans wordt niet hersteld wanneer we ons niet bewust zijn van signalen, of wanneer we ons er wel van bewust zijn, maar niet weten wat we moeten doen om de balans te herstellen, of wanneer we de signalen negeren, of verdoven door middel van alcohol, drugs, seks of een andere verslaving. Het onderdrukken kan dan een manier zijn om met onplezierige sensaties en emoties om te gaan, maar het is wel een ongezonde manier omdat we ons daardoor langer in een voor ons ongezonde situatie blijven bevinden (Munde & Mitte, 2012). Als we iets onderdrukken dat pijnlijk of stressvol is, zijn we ons ook niet bewust van de reden waarom we zouden moeten veranderen. Dat is hoe we er ziek van kunnen worden. Als we in een situatie blijven zitten waar we gestrest van raken en dat onderdrukken, kunnen we de situatie niet veranderen: we kunnen bijvoorbeeld geen grenzen stellen, terwijl we dat wel nodig hebben. Het kan tevens leiden tot een mindset die ons vertelt dat het normaal is, of noodzakelijk zelfs, dat we in deze situatie zitten. In de woorden van Gabor Maté (2021): 'Als we onszelf niet toestaan om nee te zeggen, dan zal het lichaam vanzelf nee gaan zeggen.'



ander, maar ervaart angst wanneer het geconfronteerd wordt met het verlies van de liefde van de ander. Het laten zien van de werkelijke emoties roept de angst op dat de ander hem niet meer liefheeft, en dus onderdrukt hij zijn emoties. Zijn onderdrukte emoties leiden tot een 'intern conflict' wanneer ze (binnen een emotionele relatie) worden getriggerd: de gevoelens willen eruit, maar de angst houdt ze binnen. Om dit 'conflict' op te lossen worden de emoties afgeweerd. Dit gebeurt onbewust, wat maakt dat iemand bijvoorbeeld niet bewust begrijpt hoe het komt dat hij niet zichzelf is in relaties en daardoor vastloopt.

### 1.8.1 Hechtingstrauma

Trauma in z'n algemeenheid gaat over een staat van zijn die is ontstaan door een buitengewone situatie waarin iemand elk idee van het hebben van controle volledig kwijt is. Daarbij gaat het veelal om situaties die levensbedreigend, uiterst pijnlijk of beangstigend zijn, en waarbij iemand machteloos is. Hechtingstrauma (*attachment trauma*) is vanuit de situatie van het kind gezien vergelijkbaar: het gaat over de machteloosheid die het kind ervaart door de beangstigende, (emotioneel) verwaarlozende of gewelddadige houding van een of beide ouders, leidend tot een zeer stressvolle reactie bij het kind. Het tonen van de eigen, spontane en natuurlijke emoties leverde een traumatische situatie op.

De niet-adaptieve reactie van de ouder op de getoonde emoties van het kind is veelal een gevolg van diens eigen (vergelijkbare) traumatisering in het verleden die onvoldoende verwerkt is. Zo wordt hechtingstrauma van generatie op generatie doorgegeven – dit wordt onder andere mooi verwoord in het boek *Het is niet met jou begonnen: De erfenis van familietrauma* (Wolynn, 2022).

Dit hechtingstrauma speelt een rol in het verdere leven van het getraumatiseerde kind: emotioneel (diepgaand) contact gaat ook in het latere leven gepaard met angst (signal anxiety) en wordt afgeweerd. 'Ons aangeboren vermogen om te voelen wordt belemmerd door aangeleerde negatieve reacties' (Frederick, 2014). In zijn boek *Attachment in psychotherapy* (2007) beschrijft Wallin het als volgt: *The patient in psychotherapy, like the young child, may have an impossible time knowing his internal states – or even knowing that he has internal states that can be known – until these are recognized by another.* Die focus op interne mentale toestand (hoe we ons voelen) kunnen we pas ervaren binnen een context van gehechtheid. Pas binnen een relatie met een emotioneel significante ander die is afgestemd op de patiënt, kan hij zijn eigen interne mentale toestanden ontdekken door een correcte spiegeling door die ander. Het gaat hierbij niet



om een theoretisch construct dat iemand gaat *begrijpen* als het hem wordt uitgelegd, maar om iets wat iemand pas *ervaart* wanneer hij zich in een emotioneel veilige relatie bevindt – bijvoorbeeld een therapeutische relatie.

### 1.8.2 Superego

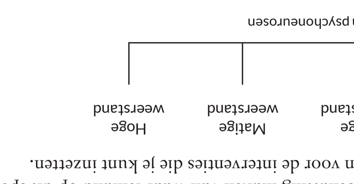
Naast interpersoonlijke ervaringen (de reactie van de ouders op de emoties van het kind) is er nog een andere kracht die ervoor zorgt dat emoties onbewust blijven: het superego. Freud beschrijft het superego als het morele geweten dat zich ontwikkelt door de internalisatie van normen, regels en verwachtingen van de ouders en andere autoriteitsfiguren in het leven van een individu. Davanloo stelt dat het superego zich al vanaf het tweede levensjaar ontwikkelt (Davanloo, 1987b) en vanaf die tijd een reactie vormt op de boosheid die een kind ontwikkelt als het pijn ervaart in de band met de ouders (Onghena et al., 1992).

In elke opvoeding komen kleinere of grotere pijnlijke momenten voor. Een ouder kan grenzen stellen of een kind kan straf krijgen als het iets gedaan heeft wat niet door de beugel kan. Dit zijn kleine frustraties waarbij de band tussen de ouder en het kind in stand blijft. De pijn die zich binnen de band voordoet, is echter vele malen groter zodra sprake is van bijvoorbeeld misbruik, gewelddadigheid of emotionele verwaarlozing. Dat het kind pijn gedaan wordt, zorgt voor boosheid bij het kind. Hoe groter de pijn, hoe groter de boosheid. Hoe groter de boosheid, hoe meer of vaker een kind de (onbewuste) fantasie heeft om de ouder iets aan te doen. Dit kan in extreme gevallen zelfs oplopen tot de onbewuste fantasie in het kind om de ouders te vermoorden. En dit is waar het superego in actie kan komen. Omdat er naast de pijn en boosheid ook liefde voor de gewelddadige ouder is en afhankelijkheid, ontwikkelt het kind ook angst- en schuldgevoelens omdat het de ouders iets aan zou willen doen. Dit is een heftig emotioneel krachtenspel in het jonge kind waarvan het zich grotendeels niet bewust is en dat het ook niet goed kan begrijpen vanwege de leeftijd en de cognitieve ontwikkeling. Het weet ook nog niet wat het verschil is tussen voelen en doen, tussen fantasie (van de impuls van de boosheid) en de werkelijkheid.

Dus hoe groter de pijn, hoe groter de boosheid, hoe meer het kind de ouder iets aan zou willen doen en hoe groter het schuldgevoel hierover. Het superego reageert als het ware negatief en straffend op het ervaren van de impuls richting de ouders. Hierdoor kan het kind al vroeg de overtuiging krijgen dat het slecht is. Dit is vaak het begin van een verstoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid waarbij het kind en later de volwassene zichzelf van alles ontzegt, een sterk negatief zelfbeeld ontwikkelt en anderen op af-



therapeut een goede inschatting maken van waar iemand op dit spectrum zit. Dit geeft handvatten voor de interventies die je kunt inzetten.




**Figuur 1.4** Het spectrum van psychoneurosen

Je kunt het spectrum van psychoneurosen vergelijken met een spectrum dat van lichte kleuren naar donkere kleuren loopt. Links op het spectrum, bij de lichte kleuren, vinden we milde neurosen. Denk hierbij aan patiënten met tijdelijke angsten, onverwerkte rouw of lichte depressieve episoden. Ze zijn goed in staat hun angst te tolereren en zetten milde vormen van afweer in die vooral gericht zijn op het onderdrukken van gevoelens. Zij zijn in staat om vrij snel een goede werkrelatie met jou als therapeut aan te gaan en kunnen hun problemen goed omschrijven en afkaderen. Ze hebben in de eerste levensjaren, meestal tot hun zevende, te maken gehad met een veilige omgeving en goede hechtingsrelaties. Het voelen en uiten van gevoelens in relatie tot hun ouders was niet heel beangstigend of beschadigend. Ergens na hun zevende levensjaar hebben ze veelal te maken gehad met een relatief milde vorm van trauma, waarbij wel intense gevoelens speelden. Een voorbeeld hiervan is een scheiding van de ouders, waarbij boosheid en verdriet speelden om het verlies van datgene wat veilig voelde. Omdat de fundamentele interne psychische vaardigheden zich lang en goed hebben kunnen ontwikkelen zullen niet veel gevoelens dusdanig beangstigend zijn dat ze in het onbewuste moeten worden opgeborgen. Latere (psychische) problemen, bijvoorbeeld bij het aangaan van relaties of bij moeite met conflicten, kunnen relatief makkelijk gelinkt worden aan dit hechtingstrauma en daarmee ook gemakkelijk worden opgelost. De patiënt is goed in staat om zijn angst te herkennen en reguleren of heeft weinig moeite met het oppikken en zich eigen maken van interventies hierop. Vaak hebben patiënten zelf ook wel door welke gevoelens ze proberen weg te houden en waarom ze dit doen.

Naarmate we ons op het spectrum naar rechts bewegen, worden de kleuren donkerder en de neurosen complexer en diepgaander. Aan het uiteinde ervan hebben we te maken met aandoeningen zoals recidiverende depressieve episoden, meer chronische angststoornissen en traumagerelateerde stoornissen – de klachten waarmee veruit de meeste van onze patiënten zich in de praktijk of instelling aanmelden. De trauma's die de patiënt heeft meegemaakt hebben vaak in de leeftijd tussen vier en zeven jaar plaatsgevonden (Abbass, 2015) en hebben tot op de dag van vandaag een forse impact. Denk



bij de trauma's die ze hebben meegemaakt aan mishandeling, emotionele verwaarlozing, seksueel misbruik of leven in een constante vorm van (emotionele) dreiging. De ontwikkeling van interne, psychische vaardigheden is in deze leeftijdsperiode nog onvoldoende uitgerijpt om helpend te zijn in het verdragen van de gevoelens die spelen rondom deze trauma's. Veel van deze gevoelens worden dan ook met de angst hiervoor opgeborgen in het onbewuste, vanwaaruit ze hun destructieve uitwerking gaan hebben op het leven en functioneren van de patiënt. Het basale gevoel van veiligheid binnen in zichzelf en in de wereld is aangetast en zij gaan er in het heden nog steeds van uit dat ze niet veilig zijn, dat kwetsbaarheid gevaarlijk is en dat ze anderen niet kunnen vertrouwen. De afweer die ze inzetten is dan ook niet alleen gericht op het niet voelen van gevoelens, maar ook op het niet binnenlaten van anderen. De voordeur is als het ware dicht (Ten Have-de Labije & Neborsky, 2012). Voor hen is de therapeut 'gevaarlijk' omdat hij wel aandacht voor gevoelens heeft, dus ook hij moet buiten de deur gehouden worden. Er leven veel projecties: ze gaan ervan uit dat jij hetzelfde zult zijn en zal reageren als (een van) de ouders. De boosheid die ze hebben gevoeld richting degene die hen mishandelde of verwaarloosde, is vanbinnen als gevaarlijk bestempeld of ze hebben de ervaring dat het voelen en uiten hiervan geen of zelfs een averechts effect kon hebben. Vandaar dat bij deze groep patiënten vragen naar gevoelens veel angst oproept: het lichaam van de patiënt leeft nog in het verleden, ze zijn vaak nog ondergedompeld in een projectieve wereld – een wereld waarin de eigen projecties op de ander vooral angst en boosheid oproepen, waardoor ze vooral dreiging van afwijzing of afkeuring zien.

Waar bij patiënten meer links op het spectrum de boosheid redelijk makkelijk te bereiken is en de impuls ervan enige heftigheid kan hebben, is deze bij de patiënten meer rechts op het spectrum complexer en intenser. Toch is ook hier contact te maken met een gezond deel en zijn de afweermechanismen met de in dit boek beschreven technieken aan te pakken. Ook zij hebben enige mogelijkheid om angst te reguleren, of goede vaardigheden om zich dit eigen te maken.

## 1.11 Een belangrijke taak van de therapeut

Een van onze taken als therapeut is om de afweer en de gegroeide beladenheid van de gevoelens van patiënten aan ze duidelijk te maken en tegelijkertijd de focus te houden op wat ze voelen. Welke gevoelens worden opgeroepen? Welke pijn wordt onbewust vermeden waardoor klachten en zelfsabotage in stand worden gehouden? Welke behoeften vloeien daaruit voort?



ren, zoals spinnen of open ruimtes, maar een angst voor (vaak onbewuste) interne factoren, zoals emoties, impulsen en verlangens.

Therapeuten zijn over het algemeen niet getraind in het herkennen van angstsymptomen bij de patiënt die optreden tijdens de sessie. Dit is echter wel cruciaal voor het slagen van de therapie: als de angst bij de patiënt te hoog is, kan hij geen informatie tot zich nemen en blijft van de therapie niets hangen. Is de angst te laag, dan is hij onvoldoende betrokken bij zijn eigen proces en zal hij evenmin veel leren. Voor het leerproces binnen de therapie is het ideaal wanneer de patiënt een hanteerbare angst in zijn lijf ervaart. Dit hoofdstuk leert je symptomen van angst in het lichaam bij de patiënt herkennen en reguleren wanneer deze te hoog oploopt. Zo help je de patiënt tolerantie op te bouwen voor het ervaren van gevoelens die hij als angstig beleeft.

## 2.2 Angst

Mensen hebben net als alle dieren een brein dat onbewust gevaar detecteert. Dit gevaardetectiesysteem is nodig om te kunnen ontsnappen aan roofdieren. Als het is geactiveerd wordt het zenuwstelsel in gang gezet opdat het kan vluchten of vechten. De lichamelijke reacties waarmee dit gepaard gaat treden dusdanig snel op dat er geen bewuste verwerking aan te pas komt. De amygdala, een klein amandelvormig deel van het limbisch systeem in de hersenen, speelt een cruciale rol bij het verwerken van emoties, vooral angst en bedreiging. Het functioneert als een soort alarmcentrale die potentiële gevaren razendsnel detecteert en het lichaam voorbereidt op actie.

Wanneer een mogelijk bedreigende stimulus wordt waargenomen – bijvoorbeeld een plotseling hard geluid of een snel bewegend object – wordt deze informatie eerst doorgegeven aan de thalamus, die als tussenstation fungeert. De thalamus kan de informatie op twee paden doorsturen:

1. *De snelle route naar de amygdala*
   Dit is een directe, onbewuste route die de stimulus binnen ongeveer 12 milliseconden naar de amygdala brengt. Deze route zorgt voor een onmiddellijke, automatische reactie, zoals verstijven, opschrikken of een verhoogde hartslag. Dit stelt het lichaam in staat om direct te reageren op een mogelijk gevaar, nog voordat we bewust begrijpen wat er aan de hand is.
2. *De trage route via de cortex*
   Tegelijkertijd wordt de informatie ook doorgestuurd naar de visuele of auditieve cortex, waar een meer gedetailleerde verwerking plaatsvindt. Deze verwerking duurt ongeveer 24 tot 30 milliseconden langer en stelt



ons in staat om bewust te beoordelen of het waargenomen gevaar echt is. Als de cortex vaststelt dat er geen sprake is van een bedreiging, kan het de amygdala 'kalmeren' en het alarmsignaal deactiveren.

De snelheid van de eerste route is evolutionair van groot belang: het stelt ons in staat om te reageren op acute bedreigingen zonder tijd te verliezen aan bewuste analyse. Het nadeel is echter dat deze snelle respons soms foutief is, zoals wanneer we schrikken van een touw dat we in eerste instantie aanzien voor een slang. De amygdala werkt dus als een hypersensitieve scanner, gericht op veiligheid, maar met een voorkeur voor voorzichtigheid boven precisie (Stegeren, 2003).

## 2.3 Angst vanuit het lichaam begrepen

Davanloo (1977) conceptualiseerde angst binnen de psychotherapeutische setting ook vanuit een lichaamsgericht kader: angst is een fysiologische stressreactie op de dreiging van gevaar en kan met de juiste apparatuur gemeten worden. Net als elke andere basisemotie (blijdschap, verdriet, boosheid, verrassing en walging) kent angst een aantal typerende fysiologische kenmerken die verschillen van de andere emoties.

In de Engelse taal is er een verschil tussen de woorden *fear* en *anxiety*, een verschil dat we in het Nederlands niet kennen. Het Engelse woord fear staat voor de fysiologische angstreactie bij een externe, objectieve dreiging of gevaar (de bus of de hond). Het Engelse woord anxiety heeft betrekking op een vergelijkbare fysiologische reactie, maar in dit geval is er sprake van een interne, subjectieve dreiging of gevaar. Overigens doet deze beschrijving van anxiety geen recht aan de existentiële dimensies en het onbestemde ervan, waarover in de filosofie van bijvoorbeeld Kierkegaard of Heidegger wordt gesproken. Maar voor dit boek volstaat deze beschrijving van anxiety omdat die klinisch praktisch en relevant is en aansluit bij de signal anxiety van Freud.

### 2.3.1 Anxiety

We hebben in het vorige hoofdstuk gelezen dat het begrijpelijk is dat kinderen hun gevoelens als bedreigend kunnen ervaren wanneer hun ouders hier met woede of afwijzing op reageren. Uit onderzoek van Ainsworth uit de jaren 70 van de vorige eeuw, dat later vele malen is herhaald, blijkt dat de relatie tussen moeders en baby's van twaalf tot achttien maanden bepalend is voor hoe de baby's met hun emoties omgaan – ook later in hun leven. Waar Bowlby



maar de patiënt kan nog goed functioneren en de angst kan 'gedragen' worden. Dit is waar je wilt dat de angst zich manifesteert bij de patiënt als je therapie bedrijft – deze is niet te hoog, en niet te laag. Om iets nieuws te leren heb je een bepaalde spanning in je lichaam nodig, dus als je het bovenstaande opmerkt bij de patiënt dan weet je dat hij actief betrokken is bij zijn proces. Als je ziet dat de angst van de patiënt zich manifesteert in de dwarsgestreepte spieren, dan betekent dit dat hij de angst kan verdragen en dat je kunt doorvragen naar de gevoelens die hij op dit moment heeft.

### 2.4.2 Uiting van angst in de spieren die je niet bewust kunt aanspannen

Wanneer je met je vragen druk uitoefent op de patiënt om zijn emoties te ervaren, dan kan de angst oplopen en terechtkomen in spieren die je niet langer bewust kunt aanspannen of ontspannen. De angst komt dan terecht in de zogenaamde gladde spieren. Gladde spieren komen voor in de wanden van bloedvaten, luchtwegen en het spijsverteringskanaal. Gladde spieren kunnen niet bewust worden aangestuurd, maar reageren op prikkels uit het zenuwstelsel. Fysiologisch betekent dit dat bloeddruk en hartslag zowel omhoog (sympathisch) als naar beneden (parasympathisch) kunnen gaan. Als de angst oploopt en in de gladde spieren terechtkomt, dan noemen we het geen spanning meer, maar angst. Deze angst zal eerst moeten worden gereguleerd, terug naar de dwarsgestreepte spieren, voordat je door kunt gaan met het onderzoeken van de onderliggende emoties – de angst is immers te groot voor het leerproces binnen de therapie, en vervelend voor de patiënt om te ervaren.

Hieronder zien we de verschillende symptomen van angst in de gladde spieren. Verderop in dit hoofdstuk staan we stil bij hoe je de angst reguleert wanneer deze te groot is. Als de angst zich manifesteert in de gladde spieren dan kan de patiënt er ontspannen uitzien. Dat komt omdat er vrijwel geen spanning meer zit in de buitenste (dwarsgestreepte) spieren, er is geen spiertonus. Het is dus belangrijk om goed te letten op wat de patiënt aangeeft aan angstklachten en verder navraag te doen naar verschillende angstsymptomen om goed in kaart te kunnen brengen of er sprake is van angst in de gladde spieren. We maken hierbij onderscheid tussen sympathische en parasympathische reacties.

Gladde spieren (sympathische reacties)
– Droge mond, keel en ogen.
– Zweten (handen, voeten, oksels).
– Koude handen.
– Hartkloppingen.



Gladde spieren (parasympathische reacties)
– Misselijkheid, maagzuur, buikpijn, last van de darmen, buikkramp.
– Plasdrang, diarree, obstipatie.
– Hoofdpijn, migraine.
– Duizeligheid of licht in het hoofd.
– 'Spaghettibenen' of 'rubberen benen'.

### 2.4.3 Uiting van angst binnen het domein van cognities en waarneming

Tot slot kan de angst dusdanig hoog oplopen dat het lichaam reageert vanuit een overlevingsstand, waarbij bloed en zuurstof aan het hoofd worden onttrokken. De angst is dan dusdanig hoog dat de patiënt niet meer helder kan nadenken en problemen krijgt met het verwerken van informatie die uit zijn zintuigen komt. Er treden cognitieve verstoringen op, zoals moeite met denken en moeite met zich dingen herinneren. De angst uit zich dan binnen het zogenaamde cognitief-perceptuele domein (CPD) en heeft invloed op de zintuiglijke waarneming, denkinhoud en kwaliteit van denken. De patiënt functioneert niet meer goed en kan geen informatie meer tot zich nemen. Je herkent dit aan de volgende door de patiënt gerapporteerde klachten:
– Oorsuizingen, piep in de oren.
– Wazig, mistig zien of tunnelvisie. De patiënt kan glazig kijken.
– Mentale ontregeling en moeite met denken en onthouden (hij geeft aan dat hij 'de kluts' kwijt is, wordt 'leeg' in zijn hoofd, of vraagt 'wat zeg je?'). Hij kan zijn gedachten niet meer volgen. Soms gaan gedachten heel snel of heel traag.
– Immobiel of slap raken. Je ziet de patiënt volledig slap worden, omdat er geen gezonde spierspanning meer in het lichaam is.
– Bij zeer hoge angst kan het contact met de realiteit in het gedrang komen. Iemand kan gaan hallucineren, dissociëren of paranoïde worden.

Deze symptomen zijn vaak aan de buitenkant niet goed zichtbaar, hoewel de patiënt uit contact raakt. Het helpt dan ook om al deze symptomen goed uit te vragen. Ook hier geldt dat het belangrijk is om de angst terug te brengen naar de dwarsgestreepte spieren, de spieren die je kunt aanspannen, voordat je de therapie en het vragen naar emoties hervat. In dit boek is een angstsymptomenlijst opgenomen die je aan de patiënt kunt meegeven zodat hij zijn eigen angstsymptomen kan leren herkennen. Je kunt deze lijst ook samen met de patiënt in het gesprek bekijken en bespreken zodat de patiënt zelf mee gaat signaleren welke angstmanifestaties zich voordoen tijdens het bespreken van angstbeladen onderwerpen.



niet lukt als het gebeurt bij jou in de therapiekamer. Als therapeut moeten we ze helpen door ze te leren om hun angst te reguleren. De eerste stap is dat we ze leren herkennen dat er angstsymptomen zijn opdat deze vervolgens kunnen worden gelabeld als angst. Dan bouwen we aan het vermogen om de aandacht te kunnen blijven richten op de angstsensaties in het lichaam. Hoe beter ze dat observerend vermogen ontwikkelen, hoe sneller de angst daalt en hoe eerder ze er iets aan kunnen doen.

Het reguleren van angst begint in eerste instantie door te vertragen en de focus te leggen op het lichaam: aandacht houden bij de angstsymptomen helpt bij het reguleren van angst. Het bewust worden van de angstsymptomen en het benoemen ervan zorgt ervoor dat de angst minder wordt. De patiënt wordt op deze manier ook uitgenodigd om meer cognitief of waarnemend na te gaan waar hij de angst ervaart. Belangrijk hierbij is om het hier-en-nu te benadrukken. Je kunt ruim de tijd nemen om de patiënt zijn angst te leren herkennen, de aandacht vast te houden, en daardoor te reguleren. Dit doe je door de symptomen van angst te benoemen en uit te leggen wat er zojuist is gebeurd:

– 'De steken in je maag die je nu ervaart zijn een teken van angst. Dus wat we opmerken is dat de angst in je lichaam oploopt wanneer we het hebben over jouw gevoelens richting je zus, en dat je daardoor steken krijgt in je maag. Zie je dat?'
– 'Plots opkomende hoofdpijn is een teken van angst. Zie je hoe je angst ineens omhoogschiet? Je bent enorm verdrietig over het verlies van je moeder, daarbij stilstaan maakt je angstig, en daardoor krijg je last van hoofdpijn. Zie je dat dit is wat er gebeurt?'

Vraag de patiënt bijvoorbeeld ook of hij kan herhalen wat je net zei. De focus leggen op de angstsymptomen vermindert de angst, het navragen stimuleert het denkproces. Als je als therapeut de angst bij de patiënt niet herkent (en het daardoor negeert en door blijft gaan met vragen die emoties activeren) blijft de angst in stand gehouden of verergert die. Dat heeft simpelweg het tegengestelde effect van wat je wilt bereiken in therapie.

Het stimuleren van de prefrontale cortex
De focus leggen op het verband tussen het ervaren van emoties en oplopende angst activeert het denken, wat tevens bijdraagt aan een vermindering van de angst, omdat de prefrontale cortex dan weer meedoet. De prefrontale cortex (waar het actieve denken plaatsvindt) heeft een remmende invloed



op de amygdala (het angstcentrum in het brein). Als je de patiënt laat inzien dat hij angstig is en laat inzien hoe dat is ontstaan, dan wordt de angst minder. Met andere woorden, als je ziet dat je patiënt angstig wordt in therapie, reageer je net als bij een bang kind: je legt precies uit wat er is gebeurd en je doet dat met een geruststellende stem. Als de angst voldoende is gedaald, kun je weer doorgaan met het exploreren van emoties.

Nadat je de angst die te hoog is opgelopen hebt gereguleerd, kun je ervoor kiezen om gevoelens te onderzoeken in een andere relatie, die bijvoorbeeld minder dichtbij staat. Zo bouw je het vermogen om gevoelens te tolereren op bij de patiënt en dan lukt het de patiënt waarschijnlijk ook beter om de verbanden te zien tussen opkomende gevoelens en angstsignalen. Natuurlijk kun je ook weer terugkeren naar de trigger van de angst: de opgelopen emotie in het gesprek dat jullie hadden.

### 2.6.2 Wanneer angstregulatie niet (meteen) helpt

Lukt het helemaal niet om de angst te reguleren met deze cognitieve interventies en blijft de patiënt te angstig, dan kun je besluiten om van onderwerp te veranderen door bijvoorbeeld iets te vragen over zijn hobby's of wat hij de avond ervoor gegeten heeft. Als de angst eenmaal gedaald is, kom je daarna pas terug op het onderwerp of de angstsymptomen. Het is wel belangrijk om dit opnieuw te benoemen, zodat het onderwerp niet wordt vermeden. Met de praktijkvoorbeelden aan het eind van dit hoofdstuk kun je oefenen met het helpen herkennen en reguleren van angst bij patiënten.

Blijkt ook dit allemaal onvoldoende om de spanning weer terug in de dwarsgestreepte spieren te krijgen, dan zijn er fysieke alternatieven die je de patiënt kunt aanreiken om de dwarsgestreepte spieren te activeren. Je kunt de patiënt vragen in zijn handen te knijpen (alsof hij een sinaasappel uitknijpt), je kunt *squats* doen met de patiënt, tegelijkertijd alle rompspieren aanspannen, of ademhalingsoefeningen doen. Als je merkt dat de zintuigen niet goed werken, kun je de patiënt helpen om ze weer aan de praat te krijgen door hem te laten beschrijven wat hij ziet, hoort en ruikt in de kamer. Het opnieuw 'aanzetten' van de waarneming maakt het gemakkelijker voor de patiënt om weer in het hier-en-nu te komen.

Het is belangrijk om je te realiseren dat angstregulatie binnen het EDS niet een doel op zich is. Het is vaak een noodzakelijke tussenstap om de onderliggende gevoelens te kunnen gaan verdragen en daar dient het samenwerkingsproces dan ook met name op gericht te zijn, met inachtneming van de angstregulerende vaardigheden van de patiënt op dat moment.



Therapeut: 'Heb je last van een piep in je oren? Tunnelvisie?' (Je exploreert andere tekenen van angst.)
Patiënt: 'Ik had even een piep in mijn oren ja!'
Therapeut: 'Ook dat is een teken van angst. Is die piep er nog steeds?'
Patiënt, zucht: 'Nee, die is nu weer weg.' (De angst zit in de dwarsgestreepte spieren, zoals is af te leiden uit de zucht.)
Therapeut: 'Het klinkt alsof we je moeten helpen met het tolereren van je boosheid zodat je die kunt voelen, in plaats van er zo angstig van te worden dat je immobiel raakt, een piep in je oren krijgt en blanco wordt.'
Patiënt: 'Ja, dat zou wel fijn zijn, ja.'
Therapeut: 'Kunnen we je boosheid onderzoeken binnen een andere relatie?' (Je stapt over naar een andere situatie en met een ander persoon om het vermogen om gevoelens te voelen te vergroten.)

## 2.7 Tot slot

Deze informatie over angst herkennen en reguleren bij de patiënt kan best nieuw zijn voor jou als therapeut. Het kan helpen om deze informatie een aantal keer te lezen en om te oefenen met de praktijkvoorbeelden in de volgende bijlage om hier meer bedreven in te raken.

Het is erg belangrijk dat je angst herkent bij de patiënt, omdat dit een teken is dat complexe, onderliggende emoties zijn getriggerd. Als je de patiënt contact wilt laten maken met deze onderliggende emoties is het van essentieel belang dat de angst in de dwarsgestreepte spieren zit. Pas dan kan hij 'veilig' zijn emoties onder ogen zien en in contact komen met wat hem heeft geraakt en wat binnenin hem leeft. Zo leert hij keuzes maken op basis van zijn emoties, en niet op basis van zijn angst ervoor. Onthoud dat wanneer er angstsymptomen zijn, dit een goed teken is: je hebt het in de therapie over iets wat emotioneel belangrijk is voor de patiënt. De angst is goed gereguleerd wanneer je weer een (duidelijke) zucht bespeurt bij de patiënt, of wanneer je ziet dat de patiënt met zijn handen wringt of zijn benen beweegt. De angst zit dan in de dwarsgestreepte spieren, er zijn onbewuste emoties actief en die roepen onbewuste spanning op.

Bij sommige patiënten is het zo normaal geworden om angstig te zijn dat ze dit niet meer opmerken in hun eigen lichaam. Dit kan zich uiten in ontkenning wanneer je vraagt of ze angstig zijn. Toch is het belangrijk om wat je ziet aan angst in het lichaam terug te geven aan de patiënt, of om door te blijven vragen als je vermoedt dat de patiënt angstig is. Dit geldt ook voor



het werken met afweer: ook die is vaak onbewust en het is dus nodig om er vaker op te wijzen, zodat de patiënt er zich bewust van wordt.

Aan de andere kant is het niet altijd meteen ernstig als de angst heel snel oploopt. Iedereen heeft een drempel (*threshold*) waarboven de angst te hoog is. Het kan in het gesprek nodig zijn om deze grens te leren kennen en op te zoeken. Het gaat er namelijk om dat deze drempel steeds hoger wordt: dat stelt de patiënt meer in staat om zijn angst te dragen en reguleren. Het is dus nodig om deze grens als het ware 'op te rekken' – dit wordt in de Engelstalige literatuur ook wel *capacity building* (Abbass, persoonlijke communicatie) genoemd. Hiervoor moet je als therapeut de angst wel goed in kunnen schatten en reguleren.

Als therapeut is het ook belangrijk om je eigen angst te monitoren. Je kunt waarschijnlijk wel aanvoelen welke onderwerpen of gevoelens voor jou meer angstbeladen zijn. Alle technieken voor de patiënt die we hebben besproken, kun je natuurlijk ook op jezelf toepassen. Als jij bang bent om naar bepaalde zaken te vragen of ze te bespreken, dan kan dit de patiënt hinderen in zijn helingsproces. Het is dus goed om zelf ook een goed idee te hebben van je eigen angstsignalen en de onderwerpen waarbij je merkt dat je eigen angst oploopt. Zelfreflectie, intervisie en supervisie kunnen je helpen om zelf ook meer gereguleerd te raken of om het te blijven tijdens de sessie.

De eerste tien praktijkvoorbeelden in de volgende bijlage gaan over reacties van de patiënt waarbij de vraag aan jou wordt gesteld of je kunt herkennen hoe de angst zich in het lichaam manifesteert (in dwarsgestreepte spieren, gladde spieren, of binnen het cognitief-perceptuele domein). De tien praktijkvoorbeelden die daarop volgen zijn bedoeld om je te leren hoe je de patiënt kunt leren om zijn angst beter te herkennen. Ze helpen om het zelfobserverend vermogen van de patiënt te vergroten. De laatste tien praktijkvoorbeelden zijn bedoeld om je te helpen de angst bij de patiënt te reguleren.



◆ ◆ ◆

Antwoord: dwarsgestreepte spieren.

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

*Praktijkvoorbeeld 4*
Therapeut: 'Wat zijn je emoties naar je dochter toe wanneer ze je negeert?'
Patiënt: 'Ik krijg een piep in m'n oren.'

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein

◆ ◆ ◆

Antwoord: cognitief-perceptuele domein.

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

*Praktijkvoorbeeld 5*
Therapeut: 'Waar voel je je boosheid in je lichaam?'
Patiënt: 'Ik voel hier druk' (wijst borstkas aan) 'en m'n nek zit vast van de spanning.'

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein

◆ ◆ ◆

Antwoord: dwarsgestreepte spieren.

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

*Praktijkvoorbeeld 6*
Therapeut: 'Wat is het probleem waar je vandaag mee aan de slag wilt?'
Patiënt: 'Ik moet opeens plassen, kan ik even naar de wc?'

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein



◆ ◆ ◆

Antwoord: gladde spieren.

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

*Praktijkvoorbeeld 7*
Therapeut: 'Waar voel je die boosheid in je lichaam?'
Patiënt: 'Ik voel het als misselijkheid, hier in m'n buik.'

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein

◆ ◆ ◆

Antwoord: gladde spieren.

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

*Praktijkvoorbeeld 8*
Therapeut: 'Wat merk je op in je lichaam als we het hebben over je vader?'
Patiënt: 'Ik word ineens duizelig.'

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein

◆ ◆ ◆

Antwoord: gladde spieren.

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

*Praktijkvoorbeeld 9*
Therapeut: 'Zou je samen met mij willen kijken naar deze emoties?'
Patiënt: 'Liever niet, ik krijg er spontaan hoofdpijn van.'

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein



◆ ◆ ◆

Antwoord: cognitief-perceptuele domein.
Reactie: 'Je slap voelen in je benen is een teken van angst. Heb je last van hoofdpijn? Misselijkheid?'

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

*Praktijkvoorbeeld 14*
Therapeut: 'Is het je wens om te kijken naar de emoties die je baas bij jou oproept als hij zo tekeergaat tegen je?'
Patiënt, diepe zucht: 'Ja, dat lijkt me wel goed ja.' (**Angst zit in …**)
**Therapeut:** …

◆ ◆ ◆

Antwoord: dwarsgestreepte spieren.
Reactie: 'Je slaakt een diepe zucht, dat is een teken dat je gespannen bent. Ben je je daarvan bewust?'

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

*Praktijkvoorbeeld 15*
Therapeut: 'Wat zou die boosheid die je nu voelt willen doen?'
Patiënt, wordt immobiel: 'Ik raak een beetje de kluts kwijt nu. Wat moet ik doen?' (**Angst zit in …**)
**Therapeut:** …

◆ ◆ ◆

Antwoord: cognitief-perceptuele domein.
Reactie: 'Je lijkt moeite te hebben met denken en je lichaam wordt helemaal slap. Dat zijn tekenen van angst. Hoe is je zicht, zie je dingen wazig? Heb je een piep in je oren?'

0270_2025 srodek Forma: 2 Arkusz: 2 Front
0270_2025_ORO_FSC Emotioes 170x240_srodek_Front_2_03/12/2025_07:27:48_PANTONE 2925 U Black
HEIDELBERG Plate Control Strip Suprasetter Heidelberg Saphira Thermal Plate PY

## 1.7 Het belang van emoties bij mens en dier

De basisemoties die veelal worden herkend bij mensen door alle culturen heen zijn boosheid, angst, blijdschap, verdriet, walging en verrassing (Ekman, 2008). Schuld, schaamte en liefde worden hier weleens aan toegevoegd (Frederick, 2014). Er zijn verschillende afgeleiden van deze basisemoties. Frustratie kan worden gezien als het kleine broertje van boosheid, extase als enorme blijdschap, teleurstelling als een lichte vorm van verdriet, et cetera. Kijk eens op atlasofemotions.org als je je hierin wilt verdiepen.

Emoties hebben een veelvoud aan (evolutionaire en psychologische) functies. Ze geven kleur en betekenis aan de wereld, vertellen ons wat we willen, wat we niet willen, wat ons plezier geeft en wat ons pijn doet. Als een intern kompas vertellen emoties ons waar we naartoe willen bewegen, en waar we vanaf willen bewegen. Ze vertellen ons wat onze motivatie is om iets wel of niet te doen. Kortom: emoties zeggen iets over wie we zijn. Emoties hebben daarnaast een belangrijke overlevingswaarde voor het organisme: emoties zijn snelle, automatische reacties in voor het organisme belangrijke situaties. Ze zijn bedoeld ter overleving, om zo snel mogelijk in belangrijke situaties te kunnen reageren. Voor dieren die in een kudde leven is het laten zien van emoties van levensbelang. Andere dieren in de groep kunnen zo aflezen hoe een bepaalde situatie moet worden geïnterpreteerd: een aap die als hij een gevaarlijke slang ziet zijn intense angst in z'n gelaat en met een schreeuw laat zien, waarschuwt anderen voor het gevaar (De Waal, 2020).

Ons lichaam is niet gemaakt om gelukkig te worden. Het functioneert om te overleven. Daarom is een onderscheid tussen 'positieve' en 'negatieve' emoties niet veelzeggend. Emoties hebben simpelweg een evolutionaire meerwaarde. Emoties zijn signalen van het lichaam naar het brein toe dat er iets gebeurt wat op dat moment van belang is. Er zit zelfs een gevaar in het labelen van emoties als 'positief' dan wel 'negatief'. Als bijvoorbeeld boosheid als een negatieve emotie wordt gelabeld, dan lijkt het slecht om boosheid te voelen. Boosheid heeft echter een heel belangrijke functie: het brengt het lichaam in gereedheid om te vechten en verdedigen, zodat het zichzelf kan beschermen tegen gevaar. Hoewel we in de maatschappij met z'n allen hebben afgesproken dat verbaal en fysiek geweld niet oké zijn (behalve als het met instemming van de betrokkenen gebeurt, zoals tijdens een bokswedstrijd), is het wel degelijk zinvol dat door middel van assertiviteit (opkomen voor jezelf) toch op een constructieve manier grenzen kunnen worden aangegeven naar de ander toe (Goleman, 2007).

In essentie leggen we via onze emoties contact met anderen en kunnen emoties maken dat we ons verbonden voelen met anderen (Van Dam,



2015), zodat we elkaar op een dieper niveau dan gedachten en gedrag leren kennen. Belangrijk voor de praktijk van de therapeut is dat voelen iets heel gewoons is. Voelen is niet iets wat iemand nog moet leren, maar iets wat iedereen al kan. Iedere baby en ieder jong kind uit zich door middel van gevoelens – dit gaat vanzelf. Het voelen van emoties is net zo normaal als ademen of het hebben van een hartslag: je weet wat het is als je aandacht erop richt.

Emoties staan dan ook niet gelijk aan de klachten waarmee de patiënt zich presenteert. De emoties zelf zijn niet het probleem. Emoties geven informatie over een situatie en over wat er nodig is. Het angstig raken of automatisch, onbewust vermijden en afweren van emoties is wat leidt tot problemen.

## 1.8 Het ontstaan van psychologische scheefgroei

Elk kind wordt geboren met heftige emoties en gevoelens: boosheid, verdriet, nieuwsgierigheid, trots. Bij kinderen zie je dat voelen gelijkstaat aan handelen, net als bij dieren: als een baby boos is, dan gaat die slaan of met dingen gooien; als van een klein kind een speeltje wordt afgepakt, dan gaat het huilen. Vervolgens is de reactie van de ouders bij de geuite emoties van het kind uiterst belangrijk voor hoe het kind deze emoties beleeft. Mensenkinderen zijn namelijk jarenlang volledig afhankelijk van hun ouders voor hun overleving, in tegenstelling tot de nakomelingen van veel andere zoogdieren die al snel op eigen benen staan. Ze doen dus alles om de relatie met hun ouders in stand te houden. Deze afhankelijkheid speelt mee bij de beleving van hun emoties bij de reactie van hun ouders.

Als de ouder aandacht geeft aan de emoties van het kind en deze serieus neemt, dan leert het kind dat de emoties er mogen zijn. Het leert zijn emoties herkennen, begrijpen en reguleren. Emoties (mogen) worden gevoeld – we spreken in dat geval van veilige hechting. Reageert de ouder afkeurend of afwijzend op de emoties van het kind, omdat de ouder de emoties van het kind niet kan verdragen (de ouder wordt angstig of boos als het kind emoties laat zien, of negeert de emoties van het kind omdat de ouder niet weet wat hij ermee moet doen), dan leert het kind dat die emotie er niet mag zijn. Het kind past zich vervolgens aan en zal zichzelf niet authentiek tonen om toch de liefde van de ouder te krijgen (Frederickson, 2013). Het wél laten zien van de werkelijke emoties wordt dan als beangstigend ervaren: het is klassiek geconditioneerd met angst voor het schaden van de band met de ander. Freud (1926) beschreef deze angst als *signal anxiety*: het kind ervaart niet zozeer angst wanneer het geconfronteerd wordt met het verlies van de



stand houdt omdat het de (vaak ook onbewuste) overtuiging heeft slecht te zijn en geen verbinding te verdienen. Je zou kunnen spreken van onbewuste zelfbestraffing als motor voor zijn bewuste problemen.

In het verdringen van gevoelens zijn dus niet alleen interpersoonlijke krachten actief (de ouder die afkeurend reageert op uitingen van gevoelens), maar er is ook een interne druk vanuit het superego om heftige gevoelens af te keuren. Het is met name daarom dat boosheid vaak niet alleen angstbeladen, maar ook schuldbeladen is. In hoofdstuk 4 gaan we verder in op het superego.

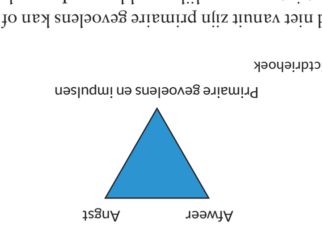
## 1.9 De conflict- en personendriehoek

Zowel bewuste als onbewuste factoren spelen dus een rol in de beleving van emoties. Als je als therapeut weinig weet hebt van het belang van onbewuste factoren, dan kan het zijn dat de therapie oppervlakkig blijft, binnen het domein van het bewuste en gericht op externe zaken. Patiënten komen echter naar ons toe omdat ze problemen hebben met hun emotionele binnenwereld. Om te kunnen begrijpen wat er bij de patiënt op een dieper niveau gebeurt, kunnen de conflict- en personendriehoek helpend zijn en als een routekaart dienen.

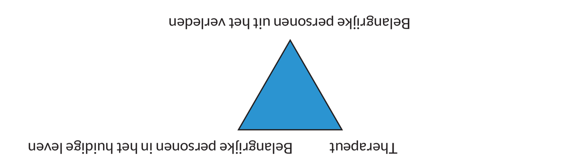
Zoals beschreven, wordt het jonge kind door het hechtingstrauma bang om zijn primaire emoties te tonen door de ervaringen die het opdoet met de ouders en de ontwikkeling van onbewuste schuldgevoelens (superego). Er ontstaat een onbewust, intern conflict: zijn primaire emoties hebben een naar buiten gaande beweging en willen eruit om erkend te worden en om behoeften te tonen, maar de angst voor een afwijzende reactie van de ander of voor interne 'bestraffing' vanuit het superego remt dit af. Om dit interne conflict 'op te lossen' wordt afweer ingezet: het jonge kind gaat zijn emoties bijvoorbeeld vermijden, ontkennen of minimaliseren. Als dit op structurele basis gebeurt – wat vaak het geval is binnen de opvoedsfeer – zal het een onbewust proces worden: het wordt geautomatiseerd. Het jonge kind reageert vrijwel automatisch vanuit zijn afweer en niet langer vanuit zijn primaire gevoelens. Zowel de primaire gevoelens als de angst ervoor en het inzetten van afweer worden onbewust. Dit is de essentie van wat Malan (1979), die twaalf jaar samenwerkte met Davanloo, de conflictdriehoek (zie figuur 1.2) noemde.



Wanneer iemand niet vanuit zijn primaire gevoelens kan of durft te reageren, kan dat leiden tot interpersoonlijke problemen. Iemand gaat bijvoorbeeld structureel over zijn grenzen heen omdat hij geen 'nee' durft te zeggen (wat ook een vorm van zelfbestraffing is), of hij durft zijn boosheid niet te uiten naar zijn partner waardoor de boosheid opbouwt en wordt afgereageerd op de kinderen of de hond. Deze onbewuste angst is begonnen in het verleden door het gedrag van anderen, en wordt herhaald in relaties met belangrijke personen in allerlei contexten, zowel zakelijk als persoonlijk. En tot slot komen die patronen ook terug in het contact met jou, de therapeut. Malan (1979) heeft dit schematisch weergegeven in de personendriehoek, zie figuur 1.3. Je kunt deze patronen tijdens therapiesessie met de cliënt onderzoeken.




**Figuur 1.2** De conflictdriehoek




**Figuur 1.3** De personendriehoek

## 1.10 Het spectrum van psychoneurosen

We kunnen onderscheid aanbrengen in de ernst van de problematiek (of: neurosen) van de patiënt aan de hand van een spectrum. De in dit boek besproken problematiek heeft te maken met de mate waarin de patiënt angst kan tolereren (van heel goed tot ernstig verstoord) en de mate waarin iemand afweer inzet (van heel weinig tot zeer veel). Davanloo (1995) noemde dit het spectrum van psychoneurosen – zie figuur 1.4. Deze metapsychologische benadering van psychische problematiek biedt een helpend kader om de nuances in de problematiek van patiënten te plaatsen en begrijpen. Door moment-tot-moment-diagnostiek toe te passen (zie hoofdstuk 4) kun je als



Er zal geen werkelijke verandering plaatsvinden in hoe patiënten zich voelen of gedragen zolang ze hun ware gevoelens niet onder ogen zien. Het toelaten van die ware gevoelens zorgt voor opluchting, en mensen kunnen er weer energie van krijgen. Door de patiënt in contact te brengen met zijn diepste gevoelens ontstaat contact met het authentieke zelf. Dit kan helpen bij het aangaan van een veilige hechtingsrelatie met anderen. Dit in zichzelf is al een helend proces: de eigen gevoelens ervaren en openstaan voor die van een ander (Fosha, 2009).

We zagen eerder dat het lichaam van de patiënt in het hier-en-nu reageert alsof het gevaarlijk is om gevoelens te delen zoals het delen van gevoelens in vroegere relaties (met de ouders) gevaarlijk was. Er is onbewust nog steeds de angst voor zelfbestraffing en/of de verwachting dat de ander zal reageren zoals zijn ouders dat deden (bijvoorbeeld door zich terug te trekken, niet geïnteresseerd te zijn, minachtend of met agressie te reageren). De patiënt zal ook in de relatie met jou als therapeut verwachten dat je net zo zult reageren als zijn ouders vroeger op hem reageerden. Het heden en het verleden zijn in dit geval nog onvoldoende gescheiden.

Wie uit deze gevangenis van de kindertijd wil ontsnappen en wil transformeren van onbewust slachtoffer van het verleden naar een verantwoordelijk mens in het heden, moet de eigen geschiedenis kennen. Echter, 'de meeste mensen (…) willen niets van hun geschiedenis weten en weten daarom ook niet dat ze in wezen voortdurend daardoor bepaald worden, aangezien ze in de onopgeloste, verdrongen situatie van hun kindertijd zijn blijven leven. Ze weten niet dat ze gevaren vrezen en mijden die ooit echte gevaren zijn geweest, maar dat allang niet meer zijn. Ze laten zich drijven door onbewuste herinneringen en verdrongen gevoelens en behoeften, die vaak vrijwel al hun doen en laten op een perverse manier bepalen, zolang ze onbewust en onopgehelderd blijven' (Miller, 1979, p. 9).

Dergelijke patiënten lopen vast in hun huidige relaties en zoeken daarom hulp (Yalom, 2010). Maar waar de patiënt als kind geleerd heeft om emoties als gevaar te zien, belemmert dit hem nu om goed te kunnen functioneren in relatie tot anderen. Daarom helpt het om de focus van de gesprekken te richten op specifieke situaties met mensen uit de huidige omgeving en ons als therapeut.

# 2 Angst voor gevoelens

*Anxiety is like a rocking chair. It gives you something to do, but it doesn't get you very far.*
*– Jodi Picoult (2011)*

## 2.1 Inleiding

Angst is een emotie met, heel klinisch gezegd, als functie om (dreigend) gevaar te vermijden en zo schade aan het organisme te voorkomen. Zo deinzen we vanzelf achteruit als er plotseling een bus op ons af komt en rennen we automatisch hard weg als er een agressieve hond op ons af komt rennen. We doen dat zonder nadenken. Evolutionair gezien zijn we voorzien van een aantal automatische lichamelijke reacties, waarvan de emotie angst er een is. De meesten kennen deze automatische reactie uit het rijtje *fight*, *flight*, *freeze* of *faint*. Als het gevaar is geweken, nemen de lichamelijke symptomen van angst weer af. Deze symptomen blijven echter aanwezig of nemen zelfs toe wanneer het gevaar blijft en wij het idee hebben dat we er niets tegen kunnen doen. Bekende triggers voor angst zijn: donker, hoogte, afwijzing, bepaalde dieren, dood, en doodgaan (Ekman, 2019).

Er kunnen echter ook angstsymptomen ontstaan binnen een persoon zelf, en die kunnen tijdens een therapiesessie omhoogkomen. Deze angstsymptomen treden op wanneer de inhoud van het gesprek emoties oproept die voor de patiënt angst- of schuldbeladen zijn. Er kan dan sprake zijn van een affectfobie (McCullough, 2003). Dit is geen angst voor externe facto-



de grondlegger is van de hechtingstheorie is Ainsworth de 'ontdekker' van de verschillende manieren (stijlen) waarop baby's en kinderen zich hechten aan hun ouders. In de Nederlandse vertaling van het boek van Wallin (2010), genaamd *Gehechtheid in psychotherapie* schrijft de auteur het volgende over de relatie tussen moeder en baby bij baby's die als vermijdend gehecht geclassificeerd zijn, een hechtingsstijl waarbij het jonge kind onbewust al heeft geleerd dat het beter is om zijn emoties te onderdrukken dan om ze te tonen: 'Het komt misschien niet als een verrassing dat Ainsworth ontdekte dat de moeders van de als vermijdend geclassificeerde baby's hun pogingen tot contact actief hadden afgewezen (Ainsworth et al., 1978), terwijl andere onderzoekers naderhand zouden waarnemen dat moeders zoals deze zich terugtrokken als hun kindje zich verdrietig toonde (Grossman & Grassman, 1991). Inhibitie van emotionele expressie, aversie tegen lichamelijk contact en bitse reacties als dat contact plaatsvond, waren allemaal tekenen van een manier van moederen die vermijdende baby's leek op te leveren – kindertjes die geregeld verslapten als ze vastgehouden werden, in plaats van dat ze de moeder knuffelden of zich aan haar vastklampten (Main & Weston, 1982).'

Kinderen worden angstig als ze emoties ervaren die bedreigend voelen. Ze leren deze 'bedreigende' gevoelens vervolgens weliswaar te maskeren, maar het lichaam reageert desondanks automatisch met angst. Het maskeren betekent dus niet dat de gevoelens er niet zijn – ze zijn alleen geconditioneerd geraakt met angst. De angst voor de afwijzende of boze reactie van de ouder is evolutionair gezien 'gevaarlijk' omdat het kind voelt dat het van de ouder afhankelijk is voor zijn overleven. Daarnaast treedt er ook in de binnenwereld van het kind een angstige reactie op, als het pijnlijke gevoelens richting de afwijzende of verwaarlozende ouder voelt. Naast afhankelijkheid en liefde, vaak vermengd tot een vorm van loyaliteit, voelt een kind dan ook – onbewust – boosheid. Het ervaren van deze onbewuste boosheid levert in zichzelf angst op: dit kan namelijk maar beter niet tot uiting komen omdat het de band verder zou kunnen beschadigen.

Anxiety kan zo worden gezien als een reactie op een emotionele dreiging. De fysiologische angstreactie is aan de 'buitenkant' te zien als er sprake is van een interne, emotionele dreiging. En dat is een goed teken: dit betekent dat er emoties zijn getriggerd die kunnen worden geëxploreerd. Het is interessant om op te merken dat de fysiologische reactie bij het zien van een leeuw vergelijkbaar is met je reactie op de gedachte dat je partner je dreigt te verlaten. Als angst niet goed kan worden afgeweerd of gereguleerd, kunnen diverse in de DSM genoemde stoornissen ontstaan, zoals paniekstoornis, obsessief-compulsieve stoornissen, fobieën, posttraumatische stressstoornis en gegeneraliseerde angststoornissen (Ten Have-de Labije & Neborsky, 2012).



## 2.4 Hoe herken je angst bij je patiënt?

Angst is dus te herkennen bij de patiënt door te letten op uiterlijke tekenen in zijn fysiologie. Wanneer de patiënt een situatie beschrijft die emotioneel relevant is voor hem dan kunnen angstsymptomen optreden. De angst manifesteert zich op drie verschillende manieren in het lichaam, die samenhangen met de mate waarin deze gezond gereguleerd is. Dit manifesteren verloopt dynamisch, omdat angst van moment tot moment verschillend gereguleerd kan zijn, of heel snel kan oplopen. Het blijft dus nodig om steeds alert te zijn op wat je bij de patiënt ziet gebeuren.

### 2.4.1 Uiting van angst in de spieren die je bewust kunt aanspannen

Angst die gezond gereguleerd is wordt ook wel 'spanning' genoemd. Deze angst/spanning wordt in eerste instantie zichtbaar in de zogenaamde dwarsgestreepte spieren – spieren die dwarsgestreepte lijntjes in zich hebben als je ze onder de microscoop bekijkt. Iemand ervaart dan spanning in zijn handen, nek, schouders en borst. Het sympathisch zenuwstelsel mobiliseert spanning in deze dwarsgestreepte spieren om te vechten of vluchten door de hartslag en bloeddruk te verhogen. De dwarsgestreepte spieren die worden geactiveerd zijn spieren die bewust kunnen worden aangespannen. Je kunt de uiting van de angst in de dwarsgestreepte spieren op een aantal manieren herkennen. De patiënt:

- zucht regelmatig;
- heeft onrustige handen, friemelt veel;
- heeft onrustige benen (beweegt een of beide benen op en neer);
- heeft een gespannen nek en/of schouders (iemand kan bijvoorbeeld veel met zijn nek draaien, of met zijn schouders omhoogzitten);
- heeft een zichtbaar gespannen borstkas, of voelt druk op de borstkas;
- heeft last van klamme handen en voeten;
- heeft een hoge of ingehouden adem (ook hyperventilatie hoort hierbij, als er te veel zuurstof wordt ingeademd);
- heeft een hoge hartslag (iemand geeft aan dat hij zijn hart in zijn keel voelt kloppen);
- bijt op de binnenkant van zijn wang;
- praat in een hoog tempo.

Andere aanwijzingen dat de angst gezond gereguleerd is, zijn: aan de pols zitten, druk gebaren maken met de hand, kleding rechttrekken, aan de neus zitten. Als je dit opmerkt bij de patiënt dan is er weliswaar signal anxiety,



Angst in de gladde spieren of binnen CPD kun je 'aan de buitenkant' als therapeut enigszins zien aan een verslapte spiertonus (iemand zit er uitgezakt bij), maar het is vaak niet duidelijk zichtbaar. Je kunt niet zien wat er vanbinnen gebeurt, dus daar moet je naar vragen. Je kunt de patiënt vragen om er ook zelf op te letten en het volgende tegen hem zeggen:

- 'Het is niet de bedoeling dat je té angstig wordt in de therapie, dat willen we niet. Dus als ik het niet zie en jij merkt het wel, wil je het dan zeggen?'

## 2.5 Wat angst niet is

Wanneer een patiënt een gespannen nek en schouders heeft, zit te zuchten, en zegt dat hij gespannen is, dan komen zijn symptomen overeen met wat hij zegt. Maar wanneer de patiënt zonder zichtbare fysieke angst en met een vlak gezicht zegt dat hij bang is voor de toekomst, dan is dat geen angst. Angst is niet hetzelfde als zorgelijke gedachten hebben over de toekomst. Angst is een fysiologische reactie in het lichaam en lijfelijk voelbaar. Het is belangrijk om dit onderscheid helder te hebben.

Als ons brein gevaar ziet dan wordt het somatische en autonome zenuwstelsel in ons lichaam geactiveerd om te reageren. Van daaruit worden de lichamelijke sensaties van angst gecreëerd (Robertson et al., 2004). Angst manifesteert zich in het lichaam en is dus niet hetzelfde als een gedachte. Uitspraken van de patiënt als: 'Ik ben bang voor wie ik zal tegenkomen op het feestje dit weekend' en 'Ik ben bang dat ik alleen achterblijf' zijn geen symptomen van angst, maar doemgedachten over de toekomst. Om het onderscheid helder te krijgen helpt het om de patiënt op het verschil te wijzen. Een voorbeeld:

> Therapeut: 'Welk gevoel ervaar je naar je baas toe dat hij jouw contract niet heeft verlengd?'
> Patiënt: 'Ik ben bang dat ik nooit meer een nieuwe baan ga vinden.' [Dit is geen angst, maar een gedachte over de toekomst.]
> Therapeut: 'Dat is een gedachte, maar een gedachte is niet hetzelfde als een gevoel. Welk gevoel ervaar je naar je baas toe dat hij jouw contract niet heeft verlengd?'
> Patiënt: 'Het maakt me eigenlijk gewoon boos, want ik had het wel verdiend!'



## 2.6 Angstregulatie

Om te beginnen: angstregulatie is normaal en gezond, iedereen kan zijn angst reguleren als er voldoende aandacht voor is. Iedereen bezit dit zelfheled vermogen. Het is echter als therapeut belangrijk om te grote angst bij je patiënt te kunnen herkennen en reguleren, want niet elke patiënt heeft dat zelfregulerend vermogen ontwikkeld.

Als de angst bij de patiënt in de dwarsgestreepte spieren zit, dan hoeft die niet gereguleerd te worden. Sterker nog, je wilt dat daar enige angst/spanning voelbaar is, omdat hij dan zijn emoties kan onderzoeken. Komt de angst in de gladde spieren of in het cognitief-perceptuele domein terecht, dan begin je met het reguleren ervan.

Als de angstklachten erg hoog blijven, dan ervaart de patiënt de therapie als onveilig. En als de therapie als onveilig wordt ervaren, dan gaat de patiënt zich niet kwetsbaar opstellen door zijn emoties te onderzoeken met jou. Het schaadt de therapie. Therapie is veiliger voor patiënten als ze begrijpen waarom het logisch is dat ze angstig worden. Het helpt de patiënt om uit te leggen wat er zojuist is gebeurd. Een voorbeeld: je hebt het met de patiënt over een situatie waarin zijn dochter te laat thuiskwam en weer dronken was. Je onderzoekt de gevoelens die hij heeft naar haar toe en hij vertelt dat hij boos is. Terwijl hij dat zegt, vertelt hij ook dat hij zich misselijk voelt. De angst zit in de gladde spieren en is dus te hoog. Om de angst te reguleren, kun je de sequentie uitleggen:

- 'Je geeft aan dat je misselijk bent. Dat is een teken van angst. We hebben het over de situatie met je dochter waarin ze te laat en dronken thuiskomt. Het maakt je boos. En direct wanneer je je boosheid uitspreekt word je angstig en dat uit zich vervolgens in misselijkheid. Zie je dat?'

Wanneer de patiënt deze causaliteit (het één veroorzaakt het ander) kan zien, begint te zuchten of te friemelen met zijn handen en weer begint te praten over de situatie, dan is het angstniveau gedaald naar de dwarsgestreepte spieren. We leggen in de volgende paragraaf uit wat dit precies betekent.

### 2.6.1 Hoe reguleer je (te hoge) angst?

Heel angstige patiënten hebben vaak niemand gekend die veel aandacht besteedde aan hun angst. Het gevolg hiervan is dat zij niet geleerd hebben om hun angst te reguleren als die te hoog oploopt. Dit betekent ook dat dit hun



### Vergroten van het zelfobserverend vermogen

Soms is het nodig om heel veel dingen na te vragen als je een idee wilt krijgen van hoe de angst zich bij de patiënt in het lichaam manifesteert, en wilt kunnen inschatten in hoeverre hij zich hiervan bewust is. Zoals je in het eerste hoofdstuk hebt kunnen lezen, kunnen de emoties, de angst en de manier waarop emoties worden afgeweerd onbewust zijn. Dit betekent dat patiënten niet weten welke emoties ze vermijden, ze weten niet dat ze er angstig van worden, en ze weten niet dat ze hun emoties afweren door emotionele vermijdingsstrategieën in te zetten. Ze zijn niet gewend om op hun angst, emoties en lichaam te letten, laat staan om dergelijke zaken te benoemen. Als patiënten zich niet van dit alles bewust zijn, dan kan het niet worden gereguleerd.

Het vergroten van het zelfobserverend vermogen (het *observing ego*, Scialli, 1982) kan patiënten helpen zich meer bewust te worden van emoties, angsten en afweermechanismen. In dit boek tref je verschillende oefeningen aan die erop gericht zijn om de patiënt te helpen om zich deze (nog) onbewuste processen meer bewust te maken. Als je ziet dat de patiënt zich wel degelijk bewust is van zijn angst (of emoties), dan hoef je deze interventies niet te doen bij de patiënt. Mocht je twijfelen, dan kan het geen kwaad om de patiënt te wijzen op wat er in zijn lichaam gebeurt, want om te voelen moet de aandacht naar het lichaam gaan.

Veel angstige patiënten kunnen zelf dus niet hun angst reguleren, omdat ze dat nooit hebben geleerd. Vaak waren de opvoeders en de gevoelens die zij opriepen bij de patiënt zelf de oorzaak van die angst. Als onze patiënten als kind werden genegeerd of afgewezen als ze bang waren ('stel je niet zo aan, er is niks om bang voor te zijn'), dan leren zij om zelf ook zo met hun eigen angst om te gaan. Ze vinden dat ze zich aanstellen, dus negeren ze hun eigen angst. Ze zijn het dan ook niet gewend dat jij als therapeut hier wél aandacht aan besteedt en hen probeert te helpen hun angst te reguleren. Om het bewustzijn rondom die angst te vergroten, kun je het een onderwerp van gesprek maken:

- 'Je geeft aan dat je gespannen bent. Waar merk je dat aan in je lichaam?'
- 'Een piep in je oren is een teken van angst.'
- 'Ik zie dat je met je handen zit te friemelen en dat je been op en neer gaat. Zie je dat je gespannen bent als je het hierover hebt?'
- 'Vind je het goed om hierbij stil te staan? Om een indruk te krijgen van hoe angstig je nu bent?'
- 'We zullen moeilijke onderwerpen of gevoelens bespreken naar aanleiding van jouw angst, dus het is heel belangrijk dat we steeds samen letten op angstsignalen, en jij vooral, en dat je het benoemt als je merkt dat je te angstig wordt. Hoe merk je nu dat je angstig bent?'



### De zucht

Sommige patiënten slaken tijdens opkomende emoties een diepe zucht. Anderen doen dat meer subtiel. Als therapeut is het ontzettend belangrijk om de zucht te leren opmerken, omdat het een signaal is vanuit het lichaam dat onderliggende, gemengde emoties (vanuit de buik) omhoogkomen. Het geeft aan dat de spanning in het juiste kanaal zit: in de dwarsgestreepte spieren. De spanning neemt bij het opkomen van emoties toe in de zogenaamde intercostale spieren (het middenrif) waardoor de longinhoud wat wordt verminderd. De patiënt moet daardoor (vaak onbewust) diep ademhalen om zuurstof te krijgen. Zuchten is bedoeld om de spanning los te laten, om te ontspannen.

De zucht kun je leren herkennen bij de patiënt als je erop let. Als je ziet dat de patiënt zucht, dan nodigt dat uit om emoties te exploreren. Het betekent dat de spanning rondom onderliggende emoties op het juiste niveau is om de eigen emoties te kunnen verdragen en om iets te kunnen leren over zichzelf.

> **Vignet: angstregulatie bij angst die zich bevindt in het cognitief-perceptuele domein (CPD)**
>
> Therapeut: 'Hoe ervaar je je boosheid richting je zoon voor het feit dat hij geld van je heeft gestolen?'
> Patiënt, zakt weg in haar stoel, wordt immobiel en begint te staren. Ze kijkt je uiteindelijk aan en zegt: 'Wat zei je?' (Hypothese: angst zit mogelijk in CPD.)
> Therapeut: 'Heb je moeite met denken op dit moment?' (Vragen naar aanwijzingen voor de hypothese.)
> Patiënt: 'Ja, het wordt opens blanco.' (Een bevestiging van de hypothese.)
> Therapeut: 'Dat is een teken van angst. Ben je je er bewust van dat je angstig bent nu?' (Je richt je op het vergroten van het zelfobserverend vermogen.)
> Patiënt: 'Nee, ik kijk altijd uit het raam, dan kan ik beter denken.'
> Therapeut: 'Als we stilstaan bij je boosheid richting je zoon, dan zak je weg in je stoel en wordt het opens blanco bij je. Dat zijn tekenen van angst.'
> Patiënt: 'O, dat wist ik niet. Oké.'
> Therapeut: 'De boosheid maakt je angstig, en van de angst raak je immobiel en wordt het blanco bij je. Zie je dat dat is wat er gebeurt?'
> Patiënt: 'Ja, nu wel.' (Ze ziet het verband.)
> Therapeut: 'Heb je nog steeds moeite met denken?' (Je onderzoekt of de angst nog steeds te groot is.)
> Patiënt: 'Nee, het gaat wel nu, ik ben niet meer blanco.' (Het denken is weer 'online'.)

# Bijlage: praktijkvoorbeelden

In deze bijlage krijg je een aantal praktijkvoorbeelden voorgelegd waarbij aan jou wordt gevraagd om te interveniëren vanuit de rol als therapeut. Direct na het voorbeeld laten we zien welke interventie het meest passend is. Je kunt de boekenlegger die bij het boek zit gebruiken om de door ons voorgestelde interventie af te schermen terwijl je nadenkt over hoe jij het aan zou pakken.

De praktijkvoorbeelden zijn zo opgesteld dat je ze ook als rollenspel met een collega kunt doen. Sterker nog: rollenspelen blijken een zeer effectieve manier te zijn om nieuwe kennis tot je te nemen. Blijf de oefeningen herhalen tot je het helemaal in de vingers hebt, voordat je doorgaat naar het volgende hoofdstuk. Het gaat er niet om dat je letterlijk de woorden van de voorbeeldinterventies gebruikt, maar om de boodschap die je met je woorden geeft.

## Herkennen hoe angst zich in het lichaam manifesteert (tien praktijkvoorbeelden)

Geef bij deze praktijkvoorbeelden aan of de angst zich manifesteert in de:
- dwarsgestreepte spieren;
- gladde spieren;
- of binnen het cognitief-perceptuele domein.



*Praktijkvoorbeeld 1*
Therapeut: 'Wat is het probleem waar je vandaag mee aan de slag wilt?'
Patiënt, zucht: 'Het gaat niet goed tussen mij en mijn vrouw.'

**Angstmanifestatie** (geef aan wat van toepassing is):
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein

◆ ◆ ◆

Antwoord: dwarsgestreepte spieren.

*Praktijkvoorbeeld 2*
Therapeut: 'Wat zijn de emoties naar je moeder toe als ze zo afstandelijk reageert op jou?'
Patiënt, zit slap in de stoel: 'Wat zeg je?'

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein

◆ ◆ ◆

Antwoord: cognitief-perceptuele domein.

*Praktijkvoorbeeld 3*
Therapeut: 'Is het je wens om te kijken naar de emoties die je baas bij jou oproept?'
Patiënt, friemelt met handen, voet gaat op en neer: 'Ja is goed.'

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein



*Praktijkvoorbeeld 10*
Therapeut: 'Wat is het probleem waar je samen mee aan de slag wilt?'
Patiënt, schraapt keel en gaat met zijn tong over zijn lippen.

**Angstmanifestatie:**
dwarsgestreepte spieren/gladde spieren/cognitief-perceptueel domein

◆ ◆ ◆

Antwoord: gladde spieren.

## Vergroten van het zelfobserverend vermogen van de patiënt (tien praktijkvoorbeelden)

Benoem bij deze praktijkvoorbeelden naar de patiënt toe wat je ziet aan angstsymptomen bij hem zodat je de patiënt helpt zijn zelfobserverend vermogen te vergroten. Zie je angst in de dwarsgestreepte spieren, dan benoem je de angstsymptomen en vraag je of hij herkent dat hij gespannen is. Zie je angst in de gladde spieren of binnen het cognitief-perceptuele domein (CPD), vraag dan ook naar andere angstsymptomen die de patiënt kan hebben op dit moment.

Bij angst in de dwarsgestreepte spieren
'Het op en neer gaan van je been is een teken van spanning. Ben je je ervan bewust dat je gespannen bent nu?'

Bij angst in de gladde spieren of CPD
'Misselijkheid is een teken van oplopende angst. Hoe is je zicht? Kun je helder zien? En hoe is je gehoor? Heb je een piep in je oren?'



*Praktijkvoorbeeld 11*
Therapeut: 'Wat zijn je emoties naar je partner toe sinds hij is vreemdgegaan?'
Patiënt: 'Ik voel vooral een druk op m'n borst.' (**Angst zit in** …)
**Therapeut:** …

◆ ◆ ◆

Antwoord: dwarsgestreepte spieren.
Reactie: 'Druk voelen op je borst is een teken van spanning. Ben je je ervan bewust dat je nu gespannen bent?'

*Praktijkvoorbeeld 12*
Therapeut: 'Wat is het probleem waar je mijn hulp voor zoekt?'
Patiënt, friemelt met vingers, praat snel: 'Ik wil gewoon weten hoe ik van mijn angsten af kom. Ik heb al jarenlang last van sociale angst, en ik ben altijd bang dat me iets overkomt, en …' (**Angst zit in** …)
**Therapeut:** …

◆ ◆ ◆

Antwoord: dwarsgestreepte spieren.
Reactie: 'Het valt me op dat je snel praat en met je vingers friemelt. Dat zijn tekenen van spanning. Heb je door dat je gespannen bent op dit moment?'

*Praktijkvoorbeeld 13*
Therapeut: 'Is het je wens om te kijken naar de emoties die je baas bij jou oproept als hij zo tekeergaat tegen je?'
Patiënt: 'Ik voel me slap worden in m'n benen.' (**Angst zit in** …)
**Therapeut:** …

0270_2025 srodek Forma: 2 Arkusz: 2 Back
0270_2025_ORO_FSC Emotioes 170x240_srodek_Back_2_03/12/2025_07:27:48 Magenta PANTONE 2925 U