7
Stap 3: de emotie

Let's not forget that the little emotions are the great captains of our lives, and that we obey them without knowing it.
– Vincent van Gogh (1889)

7.1 Inleiding

De vorige twee hoofdstukken (stap 1 en stap 2 van het EDS) zijn een noodzakelijke opstap om de patiënt te helpen zijn gevoelens te kunnen doorvoelen. Het moet voor hem duidelijk zijn wat het emotionele probleem is waar hij vandaag met jou aan wil werken en een concrete beschrijving van een specifieke situatie is nodig om een specifieke emotie te kunnen onderzoeken. Elke emotie is namelijk een reactie op een trigger in een specifieke situatie: het precieze moment dat je hoort dat je vader kanker heeft gekregen, dat je hebt gehoord dat je bent geslaagd, of dat je erachter komt dat je partner is vreemdgegaan. De emotie op dat moment is duidelijk voelbaar in het lichaam (we zullen dit exploreren in stap 4) en het mobiliseert het lichaam vervolgens tot actie. De emotie heeft een zogenaamde actietendens, een 'beweging' die het lichaam wil maken en een impuls die eruit voortvloeit (zie daarvoor stap 5). De activering van een emotie geldt niet alleen in 'extreme' situaties, maar geldt in principe voor alle situaties, ook voor die waarin iemand zich minder of niet bewust is van de (kleinere) emoties. Voelen is als ademen, het gebeurt de hele dag door, of iemand zich er nu bewust van is of niet.

Boosheid is een sterk onderdrukte emotie in de westerse wereld, omdat die zo'n destructieve kracht met zich meebrengt en we geweld verafschuwen. We zullen hierna beschrijven wat boosheid is en welke problemen er kunnen ontstaan als boosheid niet haar natuurlijke 'golfbeweging' (zie hoofdstuk 1) kan maken. We zullen onder meer zien dat boosheid de vorm aan kan nemen van zelfkritiek (wat kan worden gezien als afweer van boosheid richting de ander), die een belangrijke reden is om de daadwerkelijke boosheid niet verder te exploreren. De patiënt gaat zich immers meestal niet beter voelen als je hem helpt zijn boosheid naar zichzelf (zelfkritiek) te voelen.

We staan tevens stil bij de verschillende betekenissen die tranen kunnen hebben. Tranen betekenen niet altijd verdriet, zij kunnen ook een uiting zijn van machteloosheid. Ook dan is het belangrijk om het gevoel niet verder te onderzoeken, aangezien de patiënt zich daardoor alleen maar machtelozer gaat voelen. We willen de patiënt juist helpen om in zijn kracht te komen.

7.3.2 Boosheid

Anger is an acid that can do more harm to the vessel in which it is stored than to anything on which it is poured.
– Mark Twain

Deze prachtige quote benadrukt het belang van het voelen en uiten van boosheid (gericht op de ander), en het effect dat het op het lichaam heeft wanneer dit niet gebeurt. Mensen zien vaak niet de langetermijngevolgen van onbewuste, opgekropte boosheid: die kan namelijk leiden tot gezondheidsklachten, zoals hoge bloeddruk en verhoogde kans op hartziekten, maar ook tot 'sociale disharmonie onder familie, vrienden, en collega's' (APA, 2019). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat onderdrukte woede kan leiden tot aanhoudende lichamelijke klachten, zoals chronische pijn, en dat het toelaten van en tegelijkertijd reflecteren op deze woede de lichamelijke klachten kan doen afnemen (Sarno, 1999; Schubiner, 2017).

Gabor Maté spreekt in de documentaire *The wisdom of trauma* over verbinding, afstemming en het onderdrukken van gevoelens en hoe dit krachtige elementen zijn bij trauma en verslaving. Hij zegt daarin onder meer het volgende:

The repression of anger leads to the chronic secretion of stress hormones, such as cortisol, that suppress the immune system. The body's defenses are disarmed against infection from the outside or malignant changes from within. When anger turns against the self,

as it does in people unable to express it in a healthy way, the hormonal imbalances can induce the immune system to mutiny against the body. Inflammatory autoimmune diseases of the joints, blood vessels and internal organs may follow, and even conditions like diabetes and Alzheimer's. It would be rare to find an individual with any of these diagnoses whose lifelong emotional coping patterns are not stamped by difficulty with anger.

Boosheid is voor veel mensen echter eng om te voelen, onder meer omdat die een destructieve lading kan hebben. De manier waarop mensen (verkeerd) met hun boosheid omgaan, kan relaties kapotmaken. Zowel ondoordacht reageren vanuit een impuls (om aan te vallen) als inhouden van de boosheid kan kan zeer negatieve consequenties hebben voor de relatie en voor het lichaam.

Een evolutionaire functie

De functie van boosheid is beschermen tegen gevaar en daarbij het lichaam activeren om de ander (de dreiging) aan te vallen. Deze impuls tot aanvallen speelt niet bij andere emoties, zoals angst, verdriet of vreugde. Evolutionair gezien is het begrijpelijk dat we een dreiging in sommige situaties willen elimineren: aanvallen is beter dan verdedigen als we niet langer kunnen vluchten. Aangezien een emotie kan worden gezien als een automatische, door evolutie ontwikkelde reactie van het lichaam, is het logisch om er vanuit die optiek waarde aan te hechten: boosheid is dus geen negatieve emotie, maar dienstbaar aan onze overleving en ons welzijn.

Boosheid in de opvoeding

Als kind weten we het verschil tussen voelen en handelen nog niet. Voelen staat gelijk aan doen. Binnen veilige hechtingsrelaties leer je tijdens de opvoeding dat er een verschil is: 'Je mag wel boos zijn op je zusje, want ze heeft iets van je afgepakt, maar je mag haar niet slaan, dat doet pijn.' Als die boodschap niet goed overkomt en boos zijn gelijk blijft staan aan boos doen, dan wordt boosheid een emotie die eng is om te voelen. Een kind dat zijn boosheid wel voelt, maar niet kan uiten, kan zich er (onbewust) schuldig over gaan voelen dat hij anderen iets wil aandoen. Boosheid kan op die manier leiden tot interne bestraffing (zie 'Superego' in hoofdstuk 1), die hij evenens wil vermijden. Boosheid wordt op die manier angst- en schuldbeladen en vervolgens onbewust vermeden.

Stel dat je een patiënt helpt bij het doorvoelen van de boosheid richting haar baas, die haar een welverdiende promotie niet heeft gegeven. Als deze patiënt vroeger heeft gezien dat boosheid inhield dat een van de ouders met dingen gooide, schold of sloeg, waarom zou ze die dan willen voelen? Het is

Vignet: voorbeeld van zelfkritiek

Patiënt: 'Hij wees me af toen ik seks met hem wilde.'
Therapeut: 'Wat was het gevoel naar hem toe toen hij je afwees?'
Patiënt, tranen in de ogen: 'Ik had het gevoel dat ik niet aantrekkelijk genoeg ben.'

De patiënt richt de boosheid op zichzelf in plaats van op de ander. Het komt voor dat die op zichzelf gerichte boosheid gepaard gaat met angst in de gladde spieren (Frederickson, 2013; Abbass, 2015). Als iemand boosheid voelt kan hij daardoor plotseling last krijgen van plasdrang, diarree, misselijkheid of migraine. Wanneer onbewuste boosheid structureel op het zelf (en het lichaam) wordt gericht in plaats van gevoeld en geuit naar de ander dan is dat een recept voor depressie. Depressie kan in dat geval worden gezien als naar binnen gekeerde boosheid. Wanneer boosheid voortdurend door het superego op het zelf wordt gericht, zullen depressieve klachten en lichamelijke (angst)klachten toenemen. Het is heel belangrijk dat de patiënt doorheeft dat hij de boosheid op zichzelf richt die hij voelt naar een ander toe voordat die boosheid lijfelijk wordt gevoeld. Je kunt dat bereiken door de patiënt erop te wijzen dat hij de boosheid op zichzelf richt om anderen niet te hoeven schaden:

Therapeut: 'Nu richt je de boosheid op jezelf zodat anderen gespaard blijven. Zie je hoe je anderen beschermt door de boosheid op jezelf te richten?'

Pas als de boosheid in de binnenwereld kan worden gericht op degene voor wie die is bedoeld, kan worden gevraagd naar hoe dit in het lichaam wordt ervaren (stap 4) en wat het lichaam wil doen (stap 5).

Boosheid naar de therapeut

Linksboven in de personendriehoek (zie p. 39) staat 'therapeut' (vaak afgekort als 'T'), waarmee tevens *transference* (overdracht) wordt bedoeld. Hoe de patiënt omgaat met de relatie met jou als therapeut zegt vaak veel over hoe hij de relatie met zijn ouders heeft ervaren. Als je bijvoorbeeld aan de afweer werkt met de patiënt, kom je als therapeut dichtbij. Je blokkeert de afweer waardoor de patiënt hier niet meer als vanzelfsprekend mee door kan gaan. Dit roept ook vaak gemengde gevoelens naar jou als therapeut

op. Gemengd betekent in dit geval dat de patiënt enerzijds blij is dat jij de constructieve kant kiest van de gevoelens (ergens voelt hij dat hiermee de zelfbestraffing zou kunnen stoppen), anderzijds voelt de patiënt ook boosheid hierover (je onderbreekt hem). De boosheid 'kristalliseert' als het ware in de overdracht: de patiënt gaat jou ervaren als de ouder die hem pijn heeft gedaan. Voor de patiënt lijkt het alsof datgene wat er vroeger gebeurde nu weer plaatsvindt. Dit is hét moment om te vragen naar gevoelens die opkomen richting jou, de therapeut. Dus in plaats van gebruik te maken van concrete situaties in het heden (rechtsboven in de personendriehoek, ook wel afgekort met de 'C' van *current relationships*), maak je gebruik van opkomende gevoelens in de T, richting jou als therapeut. Ook hier moet je weer goed letten op eventuele oplopende angst (ook die van jou als therapeut!) en afweer (ook die van jou als therapeut!) die de patiënt inzet om zijn gemengde gevoelens richting jou te onderdrukken. Je behandelt zijn woede en zijn impuls naar jou precies zoals je dat zou doen wanneer hij die voelt richting een partner, baas of vriend. Ook hier geldt opnieuw dat dit kennis en kunde vereist die je eigenlijk alleen op kunt doen in een opleiding of supervisiesetting. Tegelijkertijd is het belangrijk om hiervan op de hoogte te zijn, zodat je kunt begrijpen wat er gebeurt in de overdracht (en tegenoverdracht) als gemengde gevoelens naar jou toe naar boven komen.

Boosheid als pseudo-affect

We hebben gezien dat boosheid naar binnen gericht kan worden en afgeweerd met zelfkritiek, en ook hoe belangrijk het is dat iemand die boosheid eerst op degene leert richten voor wie die bedoeld is voordat wordt verdergegaan met de stappen in het EDS zoals we dat in dit boek beschrijven. Er zijn echter nog andere situaties waarin boosheid zich in een ongezonde vorm manifesteert die niet verder zou moeten worden geëxploreerd. Feitelijk betreft het ook hier geen boosheid maar afweer van boosheid.

Boosheid moet namelijk alleen worden onderzocht als die gericht is op (een trigger in) de externe realiteit. Wanneer het niet gaat om een externe trigger in de buitenwereld, maar om een imaginaire trigger in de binnenwereld, heeft het niet veel zin om de boosheid te onderzoeken. Een imaginaire trigger in de binnenwereld kan een fantasie, hypothese of voorspelling zijn. Een voorbeeld hiervan is een ingebeelde situatie van de patiënt waarin hij een voorspelling doet over wat de ander zou kunnen doen: 'Ze gaat volgende week vast weer een "meidenavondje" hebben, en ik kan daar zo boos om worden! Wat als ze vreemdgaat?' Een ander voorbeeld van een imaginaire trigger is: 'Ik ben boos op hem, want als hij vorige week toch met haar uit eten zou zijn gegaan, dan had ik 'm vermoord!' De trigger voor de boosheid moet dus niet imaginair zijn, maar daadwerkelijk hebben plaatsgevonden.

7.4.1 Andere functies van tranen

Tranen kunnen ook een andere betekenis of functie hebben. Ze kunnen opkomen om spanning te ontladen of (zoals je vaak bij kinderen ziet) als iemand de beleving heeft dat hij machteloos is. Als een kind haar grens aangeeft naar haar broertje toe en hij blijft doorgaan met slaan, dan zal ze met tranen in haar ogen naar haar ouders gaan. Deze tranen zijn dan niet per se een uiting van verdriet, ze kunnen ook voortkomen uit machteloosheid.

Deze tranen van machteloosheid kunnen ook tijdens de therapie optreden bij de patiënt als hij bijvoorbeeld boos is en dat nooit heeft kunnen uiten. De machteloosheid zit dan in het niet hebben kunnen uiten van de boosheid. Je kunt de opkomende tranen beschrijven als 'hulpeloze huilerigheid'. Er zijn dan weliswaar tranen, maar verder verandert er niet veel in het gezicht. De tranen hebben dan als functie om de werkelijke, onderliggende gevoelens af te weren. We zien dat het op deze manier, net als bij boosheid, een defensief affect is – afweer dus. Bij deze afwerende tranen verandert het gezicht niet, er is geen schokkerigheid in de ademhaling en ze leiden niet tot opluchting. Iemand kan de hele sessie huilerig zijn, of zelfs dagen of weken huilerig zijn en geen opluchting voelen. Er zijn wel tranen, maar er is geen golfbeweging, omdat het geen verdriet is. Ook hier geldt dat het als therapeut belangrijk is om de patiënt te helpen om het verschil tussen afweer en gevoel te zien. Tranen die geen verdriet zijn maar een vorm van afweer moeten niet worden 'doorvoeld'. Het doorvoelen van tranen die als functie hebben om gevoelens af te weren, versterkt enkel de afweer en doet de patiënt dus meer pijn dan dat het hem helpt. Als tranen voortkomen uit machteloosheid dan onderzoek je het onderliggende gevoel pas als de patiënt kan zien dat hij afweert. Om de patiënt te helpen zal hij dat eerst moeten inzien. Een bekend voorbeeld is de patiënt die uitspreekt dat hij boos is, terwijl tegelijkertijd de tranen over zijn wangen lopen. Het helpt als je deze tranen niet als verdriet benoemt, maar als afweer identificeert. Het volgende vignet geeft een voorbeeld van hoe je de tranen kunt benoemen als afweer, om vervolgens ruimte te geven aan de onderliggende gevoelens van boosheid.

Vignet: tranen benoemen als afweer

Therapeut: 'Wat is het gevoel naar je moeder toe dat ze voor de zoveelste keer te laat is?'
Patiënt, begint te huilen: 'Het maakt me boos.' (Afweer: hulpeloze huilerigheid.)

Therapeut: 'Merk je dat er tranen opkomen nu?'
Patiënt: 'Ja.'
Therapeut: 'Zie je dat er gelijk tranen opkomen als we het hebben over de boosheid die je voelt richting je moeder? Je probeert als het ware je boosheid weg te huilen.' (Verschil tussen afweer en boosheid verduidelijken voor de patiënt.)
Patiënt: 'Oké.'
Therapeut: 'Zullen we samen kijken naar hoe je de boosheid ervaart in je lichaam, zodat je die niet meer hoeft weg te spoelen met tranen?' (De therapeut vraagt opnieuw naar de wil van de patiënt en zet tegelijkertijd druk op het gevoel dat met de tranen wordt afgeweerd.)
Patiënt, er zijn geen tranen meer: 'Ja, is goed.'

7.5 De vraag

Na deze belangrijke raad zullen we nu aandacht besteden aan hoe je de patiënt kunt helpen om zijn gevoelens te ervaren in het hier-en-nu tijdens het gesprek met jou. Als hij zich een situatie voor de geest haalt, kun je, zodra de situatie helder is, en met name de trigger in de situatie, vragen naar het gevoel dat de patiënt op dit moment heeft naar de ander toe. Je stelt in aangepaste vorm de vraag:

– 'Wat is (op dit moment) het gevoel naar X toe dat hij dat heeft gedaan/gezegd?'

Dit is de basisvraag. Je vraagt specifiek naar het gevoel dat de patiënt op dit moment in het contact met jou heeft in relatie tot wat de ander specifiek heeft gedaan. Bijvoorbeeld:
– 'Welk gevoel heb je richting je partner dat hij jullie kind is vergeten op te halen op school?'
– 'Welk gevoel voel je richting je baas toe dat hij jou negeerde in de vergadering?'
– 'Welk gevoel ervaar je nu Mark is overleden?'
– 'Welk gevoel heb je richting Suzanne dat ze jouw geheim heeft doorverteld?'

7.6 Van stap 3 naar stap 4

We hebben beschreven welke (specifieke) vraag we kunnen stellen aan de patiënt om hem zijn gevoel te laten beschrijven. Hij kan op deze vraag reageren met een beantwoording van de vraag (zijn gevoel benoemen), oplopende angst of afweer. Met de praktijkvoorbeelden in de bijlage van dit hoofdstuk kun je oefenen met verschillende reacties van de patiënt: van het benoemen van het gevoel, tot oplopende angst en veelvoorkomende vormen van afweer die de patiënt in dit stadium onbewust kan inzetten.

Wanneer je de focus houdt op zijn gevoel en niet meegaat met de onbewuste manieren die hij inzet om zijn gevoelens te onderdrukken, zal hij zijn gevoel kunnen gaan benoemen. Zoals eerder gezegd zijn de gevoelens die je zult tegenkomen met name boosheid en verdriet, en soms ook gevoelens van trots, schuld of blijdschap. Wanneer de patiënt zijn gevoel passend heeft benoemd ga je door naar de volgende stap en vraag je hoe hij het gevoel in zijn lichaam ervaart (stap 4). Loopt de angst op en komt die in de gladde spieren of in het CPD, dan reguleer je die (zie hoofdstuk 2).

Voordat je vraagt naar de ervaring van de emotie in het lichaam (stap 4), vraag je eerst aan de patiënt om zijn emotie goed onder woorden te brengen. Je laat hem hardop zeggen wat hem boos maakt. Je kunt het benadrukken door te vragen: 'Kun je nog eens zeggen wat jou zo boos maakt? Ik ben boos dat hij …' Bij het beantwoorden van de vervolgvraag kun je vaak aan het stemvolume en de manier van praten van de patiënt al merken dat een emotie in het lichaam zich langzaam aandient. Hij ziet er vaak al bozer uit. Het antwoord gaat gepaard met spanning in de dwarsgestreepte spieren, wat betekent dat de patiënt een zucht zal slaken en in zijn handen zal knijpen. Dit zijn belangrijke signalen waaruit je kunt afleiden dat de emotie zich aandient: je hoort het aan het verbaal uitspreken van de emotie en ziet het aan de non-verbale uitingen van het gezicht en het lichaam. De zucht die de patiënt slaakt is van belang om op te merken, omdat je daardoor weet dat de angst is gereguleerd in de dwarsgestreepte spieren.

Het kan zijn dat je vanuit stap 2 (beschrijving van de situatie) de patiënt gelijk zijn gevoel kunt laten benoemen (stap 3) als er al sprake is van activatie in zijn lichaam als je in je vraag opnieuw de trigger noemt. In dat geval vraag je direct naar hoe hij dat gevoel in zijn lichaam ervaart (stap 4). Met patiënten die niet helemaal rechts op het spectrum van psychoneurosen zitten (zie hoofdstuk 1), kun je hier dus relatief snel doorgaan. Het volgende vignet maakt duidelijk hoe het toepassen van stap 3 eruit kan zien in de klinische praktijk.

Vignet: een goede vriend van de patiënt is twee weken terug overleden

Therapeut: 'Wat zijn je gevoelens bij de dood van Ramon?'
Patiënt, zucht: 'Nou, hij heeft tot het laatste moment gevochten. Hij deed alles wat hij kon om zijn leven zo lang mogelijk te rekken.' (Afweer: intellectualiseren. De zucht laat zien dat de angst in de dwarsgestreepte spieren zit. We kunnen zijn gevoelens dus blijven onderzoeken door de afweer te benoemen en druk te zetten op het onderliggende gevoel.)
Therapeut: 'Dat lijkt me een heel pijnlijke situatie. En je gevoel naar hem toe dat je hem bent verloren?' (De therapeut blokkeert de afweer.)
Patiënt: 'Ik had al afscheid van hem genomen voordat hij doodging.' (Afweer: intellectualiseren, de patiënt blijft praten óver zijn gevoel, maar benoemt het nog niet.)
Therapeut: 'Dat is je gedachte erover, maar dat zegt ons nog niet wat je voelt over dat je hem kwijt bent geraakt.'
Patiënt, ogen lopen iets rood aan: 'Tja, aan alles komt een eind.' (Afweer: intellectualiseren. Na het identificeren door de therapeut, blijft de patiënt zijn afweer inzetten.)
Therapeut: 'Merk je dat je wanneer we stilstaan bij je gevoelens bij het verlies van Ramon, je gedachten met me deelt en niet je gevoelens? Heb je door dat je daarmee je gevoelens uit de weg gaat?' (Het blokkeren en identificeren is onvoldoende om de patiënt te helpen zijn gevoel te voelen. De therapeut clarificeert daarom de afweer door uit te leggen wat de functie ervan is.)
Patiënt, begint te friemelen met zijn handen: 'Huilen gaat me toch niet helpen. Voor hetzelfde geld is hij nu op een betere plek en gaat het juist goed met hem. Waarom zou ik er dan een traan om laten?' (Afweer: intellectualiseren en zelfafwijzing. De patiënt 'bestraft' zichzelf door het verdriet dat hij voelt te veroordelen.)
Therapeut: 'Op een betere plek misschien, maar wel ver weg van jou. Als we onder deze gedachten kijken, wat zijn dan je gevoelens rondom de dood van Ramon en het verlies dat je ervaart?' (De therapeut houdt de druk hoog.)
Patiënt, tranen in zijn ogen: 'Ik ben er niet blij mee, nee.' (Afweer: vaagheid. De patiënt vertelt wat hij niet voelt en niet wat hij wel voelt.)
Therapeut: 'Dat vertelt ons wat je niet voelt, maar wat voel je wel?'
Patiënt, huilt: 'Ik vind het heel erg dat hij er niet meer is, het maakt me echt heel verdrietig.' (Het verdriet breekt uiteindelijk door en kan worden doorvoeld door stil te staan bij de pijn van de realiteit waarin Ramon er niet meer is.)

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.

Bij de praktijkvoorbeelden die we in deze bijlage bespreken gaat het om een negentwintigjarige vrouw die in therapie aangeeft dat ze is uitgescholden door haar partner op een drukke verjaardag.

Stap 3: je stelt de vraag:
'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou heeft uitgescholden?'

Veelvoorkomende reacties van de patiënt en hoe je hierop kunt interveniëren

Beschrijving van het gevoel
Wanneer de patiënt duidelijk haar gevoel beschrijft, terwijl dit zichtbaar is in haar lichaam en gepaard gaat met een zucht, dan ga je door naar stap 4 door te vragen naar de fysieke sensaties van het gevoel:
– 'Hoe ervaar je dat gevoel in je lichaam?'

Intellectualiseren
De patiënt kan reageren met een gedachte in plaats van een gevoel. Ze kan reageren met: 'Ik heb het gevoel dat hij dat niet had moeten doen.'
– 'Dat is je gedachte. Maar je gedachte is niet je gevoel. Wat is dan je gevoel naar hem toe?'

Een variant hierop kan zijn dat de patiënt wel zegt dat zij boos is, maar zonder dat dit zichtbaar is in haar houding en lichaam. Zij zegt het zonder de emotie te voelen – je zou kunnen zeggen dat het affect (gevoel) is geïsoleerd (afgesneden). Je reageert dan met:
– 'Je zegt "Ik ben boos", maar je ziet er niet boos uit en je klinkt ook niet boos. Je klinkt onthecht van je gevoel. Waaraan merk je vanbinnen dat je boos bent?' (Hierdoor help je de patiënt haar cognitieve waarneming van boosheid te koppelen aan de lichamelijke sensaties die bij boosheid horen.)

Rationalisatie
De patiënt kan ook een reden noemen voor haar gevoel en niet het gevoel zelf: 'Ik denk dat hij mij uitschold, omdat hij niet goed in zijn vel zit.' Je wijst haar dan op het verschil tussen een verklaring en een gevoel, en houdt de druk hoog door opnieuw naar het gevoel te vragen:
– 'Dit kan een verklaring zijn voor zijn gedrag, maar het vertelt ons niet wat jouw gevoel is naar hem toe. Dus wat is het gevoel naar hem toe?'

Diversificatie
De patiënt kan van onderwerp veranderen door een andere situatie te beschrijven waarin bijvoorbeeld hetzelfde gevoel speelde. Dit zorgt echter niet voor de verdieping die nodig is om een beter begrip te krijgen van haar emotionele binnenwereld. Benoem dat het belangrijk is om niet af te dwalen, maar de focus te houden bij de eerste specifieke situatie die is onderzocht. Doe dit gelijk, want hoe langer de patiënt blijft ingaan op een ander onderwerp, hoe verder ze afgaat van het gevoel dat in de besproken situatie speelt:

Reactie: 'Dat kan een verklaring zijn voor zijn gedrag. En wat is jouw gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Alternatief: 'Merk je hoe je je aandacht naar hem verschuift in plaats van je eigen gevoel? Dat is een manier om afstand te nemen van je eigen gevoel.' (Clarificatie.) 'Wat is jouw gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 2
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik vind dat hij het niet had moeten doen.' (Afweer: intellectualisatie – dit is een mening die ze heeft over zijn gedrag, maar niet het gevoel dat ze ervaart naar hem toe. Ze ontkent als het ware de realiteit door te vinden dat hij zou moeten voldoen aan haar fantasie waarin hij dit niet doet.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Dat is je gedachte. Maar je gedachte is niet je gevoel. Dus wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Alternatief: 'Maar hij deed het wel. Dus wat is het gevoel naar hem toe dat hij dat toen deed?'

Praktijkvoorbeeld 3
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik had ook niet zo moeten pushen. Het is mijn eigen schuld dat hij dat deed.' (Afweer: defensief affect, zelfkritiek – ze richt de gevoelens op zichzelf in plaats van op hem.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Zie je dat je hem in bescherming neemt tegen je gevoelens door ze op jezelf te richten? Zie je dat hij op die manier gespaard blijft van jouw gevoelens?'

Praktijkvoorbeeld 4
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik ken hem. Hij had gewoon een slechte dag.' (Afweer: rationalisatie – ze geeft een mogelijke verklaring voor zijn gedrag, namelijk dat hij een slechte dag had. Maar dat is niet hetzelfde als haar gevoel naar hem toe.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Dat zou een reden kunnen zijn waarom hij het deed, maar dat vertelt ons niet wat je voelt naar hem toe. Dus wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 5
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik voel me verraden door hem.' (Afweer: verwarring trigger en respons – de patiënt verwart de trigger (het gedrag van de ander) met haar eigen gevoel.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Dat is wat hij deed. Hij heeft je verraden. Dus wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft verraden?'

Praktijkvoorbeeld 11
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt, lijkt wat draaierig: 'Ik word duizelig als ik daaraan denk.' (Angst: gladde spieren – die moet worden gereguleerd. Zie hoofdstuk 2 als je onderstaande interventie onvoldoende in de vingers hebt.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Dat is een teken van angst. Dus als we het hebben over je gevoel naar je vriend toe, dan word je angstig en dat uit zich in duizeligheid. Merk je dat ook? Hoe is het nu met je duizeligheid?'

Praktijkvoorbeeld 12
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik ben er wel blij om, eerlijk gezegd. Het zorgt ervoor dat we nu weer met elkaar zijn gaan praten en dichter bij elkaar zijn gekomen.' (Afweer: intellectualisatie – strikt genomen bedekt ze haar werkelijke gevoel met een tegengesteld gevoel, namelijk blijdschap. Deze specifieke vorm van afweer wordt 'reactieformatie' genoemd.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Je bent blij dat hij jou heeft uitgescholden?' (Als de patiënt het niet met je eens is, zeg dan: 'Dus als we onder deze blijdschap kijken, wat is dan je gevoel naar hem toe dat hij jou heeft uitgescholden?')
Alternatief: 'Dat is je gedachte over hoe de situatie nu is. En wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou destijds heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 13
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik ben waarschijnlijk boos.' (Afweer: hypothetiseren.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Je bent boos of je bent niet boos. Dus, wat is het wat jou betreft?'
Alternatief: 'Door "waarschijnlijk" te zeggen, laat je je gevoelens in het midden. Wat voel je naar hem toe als je je gevoelens duidelijk uitspreekt?'

Praktijkvoorbeeld 14
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik zal je eerst vertellen hoe we elkaar hebben ontmoet …' (Afweer: diversificatie.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Als we niet afdwalen en bij deze situatie blijven, wat is dan je gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 15
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik voel me gespannen.' (Angst: dwarsgestreepte spieren – de angst is niet te hoog, dus je kunt opnieuw naar haar gevoelens vragen.)
Therapeut: …

Praktijkvoorbeeld 20
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Het zit me dwars.' (Afweer: vaagheid.)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Reactie: '"Dwars" is vaag. Als we onder deze vaagheid kijken, wat is dan je gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 21
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt, tranen lopen over de wangen: 'Ik ben boos!' (**Afweer**: …)
Therapeut: …

◆ ◆ ◆

Antwoord:
Afweer: defensief affect, hulpeloze huilerigheid. De patiënt vertelt weliswaar dat ze boos is, maar haar reactie is vermengd met tranen. Het is belangrijk om haar te helpen om haar boosheid 'los te maken' van haar afweer.

Reactie: 'Merk je op hoe er tranen opkomen als je vertelt over je boosheid? Zie je hoe de tranen je boosheid blussen?'
Alternatief: 'Als we het hebben over de gevoelens naar hem toe omdat hij je heeft uitgescholden, dan zeg je dat je boos bent en begin je te huilen. Je probeert daarmee als het ware je boosheid weg te huilen, zie je dat?' (Keer vervolgens terug naar de trigger.)

0270_2025 srodek Forma: 7 Arkusz: 7 Front
HEIDELBERG Plate Control Strip
0270_2025_ORO_FSC Emotioes 170x240_srodek_Front_7_03/12/2025_07:27:56_Black PANTONE 2925 U

In het eerste hoofdstuk (pagina 32) staan de drie componenten van een emotie (cognitief, lichamelijk, motorisch) zoals die werden beschreven door Frijda (1988) en voor het eerst systematisch in therapie toegepast door Davanloo in de jaren 70, 80 en 90 van de vorige eeuw. Dit hoofdstuk gaat over de eerste component van de emotie – de patiënt helpen bij het beschrijven van zijn emotie in de beschreven situatie. Welke specifieke emotie voelt de patiënt naar een specifieke persoon in die specifieke situatie?

7.2 Gemengde gevoelens

We zijn sociale dieren en we zijn zo gebouwd dat we ons automatisch willen verbinden met de ander. Als we niets afweren, voelen we tederheid en liefde voor mensen die belangrijk voor ons zijn. Dit geldt het sterkst voor de mensen die dicht bij ons staan. Als er dan bijvoorbeeld boosheid ontstaat naar iemand die je liefhebt dan is er automatisch sprake van gemengde gevoelens: liefde en boosheid.

Als een kind echter boosheid voelt naar een ouder die systematisch afwijzend reageert op boosheid, dan moet het zijn boosheid afweren om de (afhankelijkheids)relatie in stand te houden. Dit gebeurt op den duur zo automatisch dat zijn boosheid ook binnen elk ander contact wordt afgeweerd. Wordt iemand boos op de partner die hij liefheeft bijvoorbeeld, dan roept dat onbewuste herinneringen op aan vroeger – namelijk aan hoe zijn ouders reageerden toen hij zijn boosheid liet zien terwijl hij ze liefhad. De angst voor de reactie van de ouders is nog steeds in het lichaam opgeslagen. Het lichaam kent geen tijd en zal automatisch (en vaak onbewust) reageren zoals het vroeger reageerde. Om een einde te maken aan dit interne conflict (gevoelens willen eruit, angst houdt ze binnen) en de homeostase en de relatie te behouden, wordt het gevoel afgeweerd (ontkend, gebagatelliseerd, onderdrukt, et cetera).

We gaan er in therapie van uit dat iedere patiënt (en eigenlijk iedereen) is geboren om lief te hebben en compassie voor zichzelf en anderen te kunnen voelen. Dat is als het ware de kern waar we altijd bij kunnen. We hebben het vertrouwen dat iedereen zo'n gezonde kern heeft (Rogers, 1961). Als mensen echter veel leed hebben meegemaakt in de vorm van traumatische jeugdervaringen (bijvoorbeeld hechtingstrauma), dan lukt het vaak niet meer om zelfstandig bij die gezonde kern te komen. Dan heb je een therapeut of een 'gezonde' ander nodig. Als therapeut probeer je dan om door de afweer en de angst van de patiënt heen bij de onderliggende gevoelens van liefde en compassie te komen: *reaching through resistance*, zoals de titel van het boek van Allan Abbass (2015) luidt dat hier specifiek over gaat.

Die onderliggende gevoelens van liefde en compassie veronderstellen dat iedereen kan voelen. Wanneer iemand daartoe niet in staat is (wanneer er sprake is van een hersenafwijking bijvoorbeeld) kan therapie geen oplossing bieden, dan is andere hulp nodig. De aanname dat goed doorvoelde gevoelens psychische klachten tegengaan is de kernopvatting van de psychodynamische therapie. Het is het houvast dat we als therapeut hebben gedurende de behandeling. Al onze interventies zijn om die reden gericht op het voelen van gevoelens.

Denken en filosoferen óver zaken draagt niet bij aan dit voelen. Wanneer hier de focus op ligt in de sessie wordt de patiënt weliswaar beter in intellectualiseren ('praten over'), maar niet in de vaardigheid om zijn emoties te voelen. In het verlengde daarvan kan worden gezegd dat praten (klagen, roddelen) over de beweegredenen van anderen niet bijdraagt aan de vermindering van klachten. Praten over anderen is alleen relevant als wordt stilgestaan bij wat zij aan gevoelens bij de patiënt oproepen. 'Praten over' en 'klagen over' helpen niet om de gemengde gevoelens naar die anderen toe te ervaren. De focus ligt in de therapie bij het voelen van de gemengde gevoelens die we hebben. En dat is moeilijk. Het is moeilijk om bijvoorbeeld echt boos te zijn op iemand van wie we houden.

7.3 De primaire emoties in therapie

Met welke emoties kan worden gewerkt in therapie? Welke specifieke emoties kun je als therapeut verwachten omdat ze veelal conflictueus zijn (met angst of schuld beladen geraakt) door ervaringen van vroeger en de invloed van het superego? Het gaat voornamelijk om de volgende emoties: boosheid (woede), verdriet (rouw), schuld en liefde (Abbass, 2015). Ook positieve gevoelens kunnen angstbeladen raken wanneer iemand bijvoorbeeld vroeger structureel bij prestaties te horen kreeg dat het niet goed genoeg was of wanneer hij alleen liefde kreeg als hij iets 'goed' deed. In dat geval zijn er echter doorgaans ook gevoelens van boosheid en verdriet.

7.3.1 Emoties (niet) onderzoeken

Hoewel de focus van dit boek ligt op het onderzoeken van emoties, willen we tegelijkertijd benadrukken dat emotiegerichte therapieën niet altijd zonder risico zijn. Het is ontzettend belangrijk om onderscheid te kunnen maken tussen wanneer je de patiënt helpt en wanneer je zijn klachten juist verergert. In dit hoofdstuk zullen we daarom vooral de emoties boosheid en verdriet uitlichten, omdat de kans hierop het grootst is wanneer er 'verkeerd' mee wordt omgegaan.

begrijpelijk dat ze daar bang van wordt, het lijkt in dat geval beter om boosheid te onderdrukken. Belangrijk is dat therapeut en patiënt begrijpen dat dergelijke gedragingen voorbeelden zijn van het niét kunnen verdragen van boosheid. Boosheid voelen is iets anders dan boosheid afreageren.

Het is allereerst belangrijk dat duidelijk wordt voor de patiënt dat boosheid iets anders is dan enkel geweld. Dat er een verschil is tussen je boosheid voelen en boos doen, een verschil tussen voelen en gedrag. Boosheid voelen gebeurt namelijk intern: het speelt zich af in je binnenwereld en in je lichaam. Als je dat eenmaal voelt, dan voel je je krachtig, wordt het denken helder, en kan de juiste keuze gemaakt worden in welke situatie iemand zich ook bevindt. De boosheid kan dan door het lichaam stromen, waar de angst maakte dat alles vast kwam te zitten.

Als de geest een wervelwind is die iemand doet schreeuwen en schelden dan is diegene zijn boosheid niet aan het voelen, maar aan het ontladen: een nare mengeling van angst en boosheid wordt eruit gegooid. En juist dat kan schadelijk zijn voor hemzelf of de ander. Er zit een bepaalde kalmte in boosheid als die in haar werkelijke vorm en totaliteit toegelaten wordt, een kalmte die gepaard gaat met een lichamelijke energie die helpt om krachtig en assertief te zijn. Als een patiënt in de therapieruimte in contact komt met zijn boosheid dan is dat niet alleen voor de patiënt maar ook voor de therapeut heel zichtbaar: hij praat duidelijker, de woorden komen er vloeiend uit, hij weet precies wat er is gebeurd en hoe de dingen zijn gegaan waar hij boos over is. Eventuele eerdere angst is verdwenen en hij is krachtig en duidelijk, en heeft een helder hoofd. Bij sterke boosheid kunnen de vuisten gebald zijn. En toch blijft iemand rustig in zijn stoel zitten. Het voelen en 'dragen' van boosheid gebeurt 'op de plaats'. Boosheid komt vaak snel op in een krachtige golf en blijft dan een tijdlang krachtig aanwezig. Iemand die goed in contact staat met zijn boosheid is goed in staat om te voelen 'of er nog ergens boosheid zit', wat vervolgens geëxploreerd kan worden. De ervaring die iemand opdoet in de therapieruimte leert hem om ook buiten de ruimte zijn boosheid te kunnen dragen en van daaruit op een constructieve manier grenzen aan te geven. In ons werk met patiënten volgt op goed doorvoelde boosheid vaak schuld of verdriet. Daarover meer in hoofdstuk 11 'Verdieping: schuld, verdriet en liefde'.

Therapeuten met angst voor boosheid

Veel mensen zijn bang dat ze hun controle verliezen en doorslaan als ze hun boosheid toelaten. Deze angst speelt ook vaak bij therapeuten: 'Als ik de patiënt boos maak dan wordt hij agressief, of loopt hij de kamer uit.' Veel mensen hebben voorbeelden meegemaakt van ongezonde manieren van omgaan met boosheid: denk aan afreageren, ruzie zoeken, vechten, met dingen

gooien – dit geldt ook voor therapeuten! We kunnen als therapeut daardoor denken dat we patiënten beschermen door ze niet de pijn van de boosheid te laten voelen, maar het omgekeerde is waar. *It does not 'protect' a surgical patient to let a wound fester because cleaning it would be uncomfortable* (McCullough, 2003, p. 192). Het lijden kan onnodig lang aanhouden als de therapeut sussend of beschermend is richting de patiënt om te vermijden dat de patiënt van slag raakt als pijnlijke emoties of moeilijke thema's worden aangeraakt. Tegelijkertijd kan het wel degelijk spannend zijn als de boosheid in de kamer voelbaar is. Therapeuten die met boosheid aan de slag willen, moeten hun eigen angst en afweer kennen en kunnen reguleren op dit vlak. Het zien van beeldmateriaal van collega's in intervisie of op congressen kan bijdragen aan desensitisatie, en helpen om als therapeut aanwezig en effectiever te blijven bij boosheid. Oefenen met praktijksituaties zoals beschreven in dit boek en het opzoeken van intervisie en supervisie zijn hierbij essentieel.

Zelfkritiek

De meeste therapeuten zijn bekend met termen als 'bestraffende ouder' of 'innerlijke criticus' vanuit andere therapiestromingen. In experiëntieel dynamische therapie spreken we over het 'superego', of eigenlijk is er sprake van 'superego-pathologie', wat betekent dat het superego te streng is geworden. Eerder beschreven we dat het superego een uiting kan zijn van een geïnternaliseerde ouder: als die heel streng was tegenover gevoelens, neemt het kind deze strenge stem over. Het superego wordt vervolgens overactief, zoals een amygdala overactief kan worden en iemand met dusdanig veel angst kan overspoelen dat het invaliderend is. In de EDT-praktijk betekent dit dat emoties worden veroordeeld en afgeweerd: emoties worden in het onbewuste gehouden, en als ze bijna of echt doorbreken in het bewuste worden ze verbloemd, verdraaid, of omgezet in iets anders. Dit laatste gebeurt onder andere wanneer we boosheid richting de ander omzetten in 'boos' worden op onszelf: zelfkritiek.

Boosheid wordt dus onderdrukt omdat het superego dit veroordeelt: het is eng om boos te worden, want er kan een interne straf op volgen. De leergeschiedenis van de patiënt speelt hierbij een belangrijke rol: kinderen kunnen gaan denken dat ze zelf slecht zijn als ze boos zijn, als ze niet hebben geleerd om hun boosheid te richten op degene voor wie die is bedoeld doordat de ouders hun boosheid vervelend vonden of doordat ze die niet serieus namen. Het volgende vignet is daar een voorbeeld van.

Een andere reden om boosheid niet te verder onderzoeken is wanneer de patiënt een ander beschuldigt van iets wat hij zelf doet – hij weert af door te externaliseren. Het is belangrijk dat je de patiënt dan laat inzien dat hij de verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen neerlegt bij een ander. Op die manier kan iemand weer verantwoordelijkheid gaan nemen voor zijn eigen handelen (realiteit). De volgende vignetten verduidelijken dit.

Vignet: voorbeelden van externaliseren

Patiënt: 'Sorry dat ik te laat ben! Ik moest wachten op mijn man. Ik dacht de hele tijd: schiet nou eens op! Ik word daar heel boos van, dat ik elke keer op hem moet wachten. Dit is nou al de zoveelste keer. Door hem ben ik nu te laat gekomen!'
Therapeut: 'Maar wie koos ervoor om te wachten op hem?'
Patiënt: 'Ik.'
Therapeut: 'Dus wie koos ervoor om te laat te komen?'
Patiënt: 'Ja, ik. Maar hij had zich gewoon sneller moeten aankleden!'
Therapeut: 'Jij koos ervoor om te wachten op hem, waardoor jij te laat bent gekomen. En zie je hoe je vervolgens boos wordt op hem vanwege de keuze die je zelf hebt gemaakt?'

Patiënt: 'Afgelopen zaterdag was ik met mijn moeder naar de winkel gegaan, terwijl ik nog zo gezegd had dat ik niet wilde! Ze luistert ook nooit naar me.'
Therapeut: 'Maar wie maakte de keuze om met jouw moeder mee naar de winkel te gaan?'
Patiënt: 'Ik.'
Therapeut: 'Precies. Dus toen jij besloot om met je moeder naar de winkel te gaan, luisterde jij niet naar jezelf. Maar je geeft je moeder de schuld van je eigen keuze om niet naar jezelf te luisteren. Zie je dat?'

Als de boosheid is gericht op een imaginaire trigger of wanneer het gaat om een externalisatie van verantwoordelijkheid dan kan de patiënt zijn boosheid wel heel sterk voelen in het lichaam (stap 4), maar hij zal geen opluchting en helderheid ervaren als die boosheid wordt doorvoeld. Deze vorm van boosheid wordt een pseudo-affect genoemd. De patiënt zal over zijn boosheid kunnen praten zonder te zuchten, zonder spanning in de dwarsgestreepte spieren. Het ontbreekt aan tekenen van spanning, omdat er geen sprake is van een intern conflict (hij is immers niet gebaseerd op de realiteit, maar op een imaginatie, een denkfout). Deze boosheid in therapie

onderzoeken is een doodlopende weg. Sterker nog: als jullie besluiten dat deze boosheid beter moet worden doorvoeld zal de patiënt worden gesterkt in het voelen van het pseudo-affect, waardoor zijn klachten juist kunnen verergeren. In feite versterk je namelijk de afweer door dit pseudo-affect te onderzoeken. Dit pseudo-affect wordt ook wel een defensief affect genoemd, een gevoel dat dient als, of een gevolg is van, afweer.

Gevoelens die in therapie worden onderzocht om de patiënt te helpen in zijn helingsproces, moeten dus zijn gebaseerd op de realiteit. Hij zal de pijn onder ogen moeten zien van de realiteit, van de gevolgen van zijn eigen keuzes. Afweer is bedoeld om de pijn van die realiteit uit de weg te gaan.

7.4 Tranen bij verdriet

Veel therapeuten denken dat ze samen met de patiënt iets aan het doorgronden of aan het bereiken zijn in therapie als er tranen opkomen bij de patiënt. Ze denken dan: we hebben een doorbraak, iemand is nu echt in contact met zichzelf of zijn gevoel. Tranen hebben echter verschillende betekenissen en vaak zit het complexer in elkaar dan op het eerste gezicht lijkt. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen de tranen die horen bij echt verdriet, en tranen die voortkomen uit angst of afweer (tranen kunnen dus overal in de conflictdriehoek terugkomen).

Freud (1917) schreef dat er pas gerouwd kon worden als de harde realiteit onder ogen wordt gezien dat de geliefde persoon daadwerkelijk niet meer bestaat. Als iemand werkelijk verdriet voelt, als iemand zich helemaal overgeeft aan het pijnlijke gevoel van rouw, dan is zijn gezicht doordrongen van emotie: bloeddoorlopen ogen, tranen, trillende lippen, enige opzwelling in het gezicht, snot. De inademing is schokkerig en in sommige gevallen slaan mensen de handen voor het gezicht. Verdriet komt in golven omhoog. Steeds als er weer even gedacht wordt aan de pijnlijke trigger golft het verdriet weer naar buiten.

Hoelang verdriet duurt is voor iedereen anders (vaak duurt het enkele minuten), net als de tijd die er tussen de golven zit. Pas als de mate van verdriet die bij de trigger hoort helemaal is gevoeld, zullen de golven van verdriet langzaam afnemen en de tijd tussen de golven langer worden. Er komt dan een ervaring van opluchting en helderheid voor in de plaats (net als bij doorvoelde boosheid). Er is parasympatische activatie: het lichaam komt tot rust en er volgen diepe zuchten. Iemand kan voelen dat er meer ruimte is in de borstkas, dat hij makkelijker kan ademhalen. Hij kan zeggen dat hij zich lichter voelt of dat er iets van hem is af gevallen. Het is als therapeut goed om te letten op de opluchting en de verkregen helderheid en hier ook expliciet aandacht aan te besteden.

Let op hoe elke keer de trigger van de situatie wordt herhaald in de vraag, zodat de onderliggende gevoelens opnieuw worden aangesproken. Ook is de vraag gericht 'naar iemand toe' of 'richting' de ander, wat expliciet het interpersoonlijke karakter van de emotie nog eens benadrukt. Dit is bij verdriet iets anders (want dat is een gevoel richting het zelf óver de ander), maar het interpersoonlijke van verdriet uit zich in de behoefte om getroost te worden.

Zodra de patiënt het specifieke gevoel heeft benoemd, refereer je hieraan in je vervolginterventies. Dus als iemand aangeeft verdrietig te zijn dan noem je dat specifiek in de vragen die bedoeld zijn om te verdiepen. Het is belangrijk dat de patiënt uiteindelijk zelf leert herkennen en benoemen wat hij voelt, dat is namelijk vooruitgang in het EDS. Blijf vragen wat hij voelt tot hij zelf kan benoemen wat het is. Als je als therapeut een suggestie doet over wat hij zou kunnen voelen nu ('Zou het kunnen dat je boos bent nu?'), dan is de kans groter dat de patiënt zich aanpast aan jou en vertelt wat hij denkt dat jij, kennelijk, wilt horen. De therapie is bedoeld om de patiënt zelf zijn eigen inzichten op te laten doen en zijn zelfkennis te vergroten. Door zo min mogelijk suggestief te zijn stimuleer je de eigen kracht en het denkvermogen van de patiënt het sterkst.

7.5.1 Andere valkuilen

Je kunt de focus verliezen door de manier waarop je naar gevoelens vraagt. Ook als je de situatie en de trigger helemaal helder hebt, blijft er een aantal valkuilen (Fredericksen, 2013) bij het vragen naar het gevoel van de patiënt:
– *Wat zijn je gevoelens daarover*
  De therapeut richt zich hier niet op een specifiek gevoel in een specifieke situatie. Hij is zelfs wat vaag ('daarover') in plaats van specifiek over de trigger.
– *Wat is het gevoel?*
  Dit is vaak te algemeen. De patiënt kan elk gevoel noemen, maar dan weten we niet waar dat gevoel over gaat. Beter is het daarom om te vragen: 'Wat is het gevoel *naar hem toe/richting hem?*'
– *Wat zijn je gedachten daarover?*
  Dit nodigt uit tot denken, niet tot voelen.
– *Heb je daar een gevoel bij?*
  De patiënt kan met ja of nee antwoorden, en natuurlijk heeft de patiënt er een gevoel bij. Vraag niet óf de patiënt een gevoel heeft, maar wélk gevoel hij heeft.
– *Hoe is dat voor je?*
  Dit is vaak te breed en nodigt uit tot denken en uitweiden, niet tot voelen.

– *Hoe voel je je daarbij?*
  Ook deze vraag is vaag en nodigt uit tot een waardeoordeel. De patiënt kan reageren met: 'Ik voel me er niet goed bij', wat niet helpt om het gevoel concreet te maken.
– *Waarom deed ze dat, denk je?*
  Dit nodigt uit tot rationaliseren (verklaringen zoeken) en denken, niet tot voelen.
– *Wat was toen het gevoel naar hem toe*
  Dit lijkt op een goede vraag, maar nodigt eerder uit tot nadenken over het verleden en niet tot stilstaan bij de gevoelens in het huidige moment. Het gaat immers om de gevoelens die de patiënt hier op dit moment met jou in de kamer ervaart nadat hij zich de trigger opnieuw voor de geest heeft gehaald. Gevoelens worden hier nu bij jou in de kamer getriggerd, dus vraag naar het gevoel in het hier-en-nu.
– *Wat zegt je gevoel?*
  Dit is een vage vraag, gevoelens kunnen niet praten. Je nodigt uit om te beschouwen over een gevoel in plaats van een gevoel te voelen en van daaruit iets te zeggen.
– *Ga eens naar je gevoel.*
  'Je gevoel' is niet een plek waar je naartoe kunt gaan – het is een lijfelijke ervaring. Het is er wel of niet. Vraag dus specifiek welk gevoel iemand heeft.

7.5.2 Vragen naar de wil

Ook bij het stellen van de vraag naar gevoelens kan het geen kwaad om af en toe in te checken bij de wil van de patiënt: wil de patiënt deze gevoelens werkelijk op dit moment met jou onderzoeken? Je wilt voorkomen dat de patiënt een sociaal wenselijke reactie geeft – hij zit hier niet om ervoor te zorgen dat jij hem beter gaat begrijpen, hij zit hier om zichzelf beter te begrijpen. Zijn wil om zijn gevoelens nu met jou te onderzoeken moet 'online' zijn. Je kunt onderstaande vragen stellen om dat te peilen:
– 'Wat we hier kunnen doen is uitzoeken wat er bij jou vanbinnen gebeurt in een dergelijke situatie. Is dat wat je zou willen?'
– 'Vind je het goed om samen met mij te kijken naar de gevoelens die nu opkomen terwijl je het hierover hebt?'
– 'Merk je dat er nu gevoelens zijn getriggerd? Ben je je daar bewust van? Wil je daar samen met mij naar kijken?'

7.7 Verdriet over afweer

We zien dat de patiënt onder meer met afweer kan reageren op de vraag welk gevoel hij ervaart. Dat doet hij natuurlijk niet expres. Hij is door de jaren heen zo gewend geraakt om niet bij zijn gevoelens stil te staan dat hij dat niet opeens in een gesprek met jou wel gaat doen. Je zult hem daarom moeten wijzen op de manieren waarop hij afweert, zodat je daarna weer de focus kunt richten op het (onderliggende) gevoel – zoals in het voorgaande vignet. De patiënt kan zo gaan inzien wat hij aan het doen is, en vervolgens kan hij zich keren tegen zijn eigen afweer en het contact met zijn gevoelens herstellen (zie ook paragraaf 3.9).

Wanneer je systematisch de afweer benoemt en de patiënt bewust maakt van hoe hij al die jaren met zijn gevoelens is omgegaan kan er verdriet ontstaan over hoe hij zichzelf al die jaren heeft behandeld, bestraft en genegeerd. Dit is een logisch gevolg van het benoemen van de afweer en je zult het vaak tegenkomen als je veel 'afweerwerk' doet. Het verdriet gaat dan over de doorvoelde realisatie van wat deze manier van omgaan met zichzelf heeft gekost in zijn leven. Hij heeft zijn afweer immers niet expres ingezet, maar het is een overlevingsmechanisme geweest vanuit het verleden dat hij al die jaren heeft ingezet om niet te hoeven voelen – met alle gevolgen van dien. Hij heeft hierdoor zowel de relatie met zichzelf als de relaties met anderen beschadigd en dat is pijnlijk. Het is belangrijk om hier samen met compassie en liefde naar te kijken, zodat de patiënt met meer begrip kan kijken naar zichzelf. Het is een belangrijke stap in het ontmantelen van de invloed van het superego wat de patiënt helpt om meer constructieve en liefdevolle keuzes voor zichzelf te maken. Hiervoor is wederom niet alleen het zelfobserverend ego, maar vooral ook het attentieve ego nodig: het constructieve deel in de patiënt dat actief en betrokken een gezonde keuze maakt voor zichzelf, hoe pijnlijk dit in eerste instantie ook kan voelen. Het volgende vignet laat zien hoe dit in de praktijk eruit kan zien. We zien hoe de afweer wordt benoemd door de therapeut en hoe dat kan leiden tot verdriet bij de patiënt.

Vignet: voorbeeld van verdriet na benoemen van de afweer

Therapeut: 'We zien dat jij, wanneer we stilstaan bij je gevoelens, met je gedachten naar de ander gaat, verklaringen zoekt voor het gedrag van die ander, waardoor je je eigen gevoelens uit de weg gaat. De aandacht gaat naar de ander en niet naar jezelf. Waar het vroeger belangrijk voor je was om dat te doen, zien we nu dat dit leidt tot overbelasting en het idee dat je niet jezelf kunt zijn.'

Patiënt: 'Dus ik hou nog steeds vast aan iets wat niet werkt, eigenlijk.'
Therapeut: 'Daar lijkt het op. En door vast te houden aan dat wat vroeger werkte, heb je jezelf door de jaren heen het zicht ontnomen op wat je werkelijk voelt en nodig hebt.'
Patiënt: 'Tjonge, ik wist niet hoeveel ik wel niet weghield voor mezelf.'
Therapeut: 'Je bent zo gewend om je gevoelens weg te maken, met alle gevolgen van dien. Ik vind het pijnlijk voor je dat je nu moet zien wat de gevolgen zijn.'
Patiënt, tranen komen omhoog.
Therapeut: 'Laat het er maar zijn, het is ook erg.'
Patiënt, verdriet zet door, huilt.
Therapeut: 'Zo veel jaren, zo veel wat je jezelf hebt ontnomen en ontzegd.'
Patiënt, verdriet komt in golven.
Therapeut: 'Blijf er maar bij, volg je verdriet maar. Het is ook pijnlijk wat je voelt.'
Patiënt, tijd tussen de golven neemt af, het verdriet raakt langzaam op de achtergrond.
Therapeut: 'Hoe is het voor je om dit zo onder ogen te zien?'
Patiënt: 'Zo pijnlijk, maar zo nodig ... Ik had echt niet door dat ik zo naar met mezelf omging.'

7.8 Tot slot

Voor een patiënt is het benoemen van het gevoel dat hij heeft vaak al erg helpend. Een patiënt kan van alles ervaren, maar hij heeft er vaak geen taal voor. Alleen al kunnen zeggen dat je boos bent over iets kan ervoor zorgen dat er vanbinnen iets 'klikt' (Frederick, 2014), wat binnen emotion-focused therapy ook wel de *felt sense* wordt genoemd (Gendlin, 1982). Verder vragen we weliswaar naar gevoelens, maar het gaat om de gehele belevingswereld. Als patiënten zich bewust worden van hun gevoelens kan er ook ruimte komen voor diepere gedachten, associaties en verlangens, verdrongen herinneringen of verboden seksuele fantasieën: psychisch materiaal dat eerder verboden en onbewust was en dat verborgen moest blijven. Er kan zo licht schijnen op alle kanten van de psyche van de patiënt en inzicht komen in zijn onbewuste binnenwereld (zie ook hoofdstuk 9 tot en met 11).

In de volgende bijlage vind je veertig praktijkvoorbeelden waarmee je kunt oefenen met het herkennen van de afweer en het bedenken van een passende interventie. Het belangrijkste is dat het principe gevolgd wordt: de afweer blokkeren of identificeren en vervolgens de druk hooghouden door opnieuw de vraag te stellen.

– 'Als we niet afdwalen, wat is dan jouw gevoel naar hem toe dat hij jou heeft uitgescholden?'

Hypothetiseren
Als de patiënt een gevoel benoemt, kan ze dit op een hypothetische manier doen. Ze 'denkt' dat ze een gevoel heeft, 'misschien' heeft ze dit gevoel, of 'het zou kunnen' dat ze dit gevoel heeft. Ook dit is een onbewuste manier om het gevoel niet (volledig) toe te laten, ze laat het als het ware in het midden. Je confronteert haar met de afstand die ze houdt tot haar gevoel en vraagt haar op directe wijze of ze dit gevoel wel of niet heeft:
– 'Je bent boos, of je bent niet boos. Wat is het wat jou betreft?'

*Vaagheid/*cover words
Een andere manier waarop de patiënt haar gevoelens in het midden kan laten is door er vaag over te blijven of door *cover words* te gebruiken, zoals 'opgefokt', 'zenuwachtig' of 'somber'. Als je dat opmerkt noem je de vage woorden waarmee ze haar gevoel bedekt, geef je aan dat dit vaag is, en vraag je concreet naar haar gevoel:
– 'Opgefokt is vaag. Als we onder deze vaagheid kijken, wat is dan concreet je gevoel naar hem toe dat hij jou heeft uitgescholden?'

Ontkenning
De patiënt kan reageren met een ontkenning van haar gevoel. De voor haar relevante situatie die ze beschrijft wordt zo ontdaan van haar gevoel. Echter, de realiteit is dat we altijd voelen, de hele dag door, en de situatie die ze beschrijft is juist emotioneel relevant – anders zou ze die niet inbrengen. Je kunt als volgt reageren:
– 'Je zegt dat je niets voelt. Voelen doen we echter de hele dag door, behalve als je dood bent. Dus als jij je gevoelens niet doodmaakt, wat is dan het gevoel richting hem dat hij jou heeft uitgescholden?'

Defensief affect
De patiënt kan haar gevoelens bedekken door zelfkritisch te worden of met tranen (die een uiting zijn van haar machteloosheid). Wijs haar op het verschil tussen haar gevoelens en de manier waarop ze haar gevoelens afweert:
– Zelfkritiek: 'Nu richt je de gevoelens op jezelf zodat anderen gespaard blijven. Zie je hoe je anderen beschermt door de gevoelens op jezelf te richten?'
– Hulpeloze huilerigheid: 'Merk je op hoe er tranen opkomen als je vertelt over je gevoelens? Zie je hoe die tranen je werkelijke gevoelens bedekken?'

Verwarring van trigger en respons
De patiënt kan de trigger of aanleiding verwarren met het gevoel (de respons). Als de patiënt de trigger verwart met haar gevoel zal ze je vertellen dat ze zich beledigd 'voelt' bijvoorbeeld. Dat is geen gevoel, maar de trigger zelf – ze werd beledigd en dat roept gevoelens op:
– 'Dat is wat hij deed. Hij [noem trigger]. Dus wat is het gevoel naar hem toe dat hij dat deed?'

Projectie op de therapeut
Tot slot kan de patiënt reageren met wat ze denkt dat jij als therapeut denkt dat ze voelt: 'Je zult wel denken dat ik boos ben.' Deactiveer de projectie door te zeggen dat alleen zij zelf kan weten wat ze voelt:
– 'Alleen jij kunt weten wat je voelt. Dus wat is jouw gevoel naar hem toe dat hij jou heeft uitgescholden?'

Omdat juist gevoelens vaak worden vermeden, is besloten het aantal praktijkvoorbeelden in deze bijlage te verhogen zodat er extra materiaal is om mee te oefenen. Bij de eerste twintig voorbeelden is het afweermechanisme genoteerd. Bij de laatste twintig is het aan jou om de afweer te herkennen en met een passende interventie te komen. Het belangrijkste is dat het principe gevolgd wordt: de afweer blokkeren of identificeren en vervolgens de druk hooghouden door opnieuw de vraag te stellen. In de voorbeeldinterventies zul je ook verschillende varianten en alternatieve reacties zien op de bovengenoemde interventies, zodat je kunt zien dat een interventie niet in beton is gegoten. Het gaat om het principe en niet om de exacte woorden. Vanaf praktijkvoorbeeld 21 krijg je de mogelijkheid om eerst de door de patiënt gebruikte afweer te benoemen: (Afweer ....). Let hierbij op dat dit ook bij praktijkvoorbeelden staat waar een patiënt met een emotie of met angst reageert.

Praktijkvoorbeeld 1
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik denk dat hij het deed omdat hij boos was op mij.' (Afweer: rationalisatie – patiënt geeft een verklaring voor het gedrag van haar vriend, maar vertelt niet het gevoel dat ze heeft naar hem toe.)
Therapeut: ...

Praktijkvoorbeeld 6
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik ben, denk ik, best een beetje kwaad.' (Afweer: hypothetiseren – patiënt laat in het midden of ze kwaad is op hem en spreekt dit niet duidelijk uit.)
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Je denkt dat je kwaad bent op hem? Je bent kwaad op hem, of je bent niet kwaad op hem. Wat is het, wat jou betreft?'
Alternatief: 'Door "best een beetje" te zeggen laat je je gevoelens in het midden. Wat voel je naar hem toe als je je gevoelens duidelijk uitspreekt?'

Praktijkvoorbeeld 7
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt, zucht en balt haar vuisten: 'Ik ben woedend!' (Gevoel – ze spreekt duidelijk haar gevoel uit en het zit in de dwarsgestreepte spieren, wat je kunt afleiden uit de zucht en de vuisten – dus je gaat door naar stap 4 en vraagt hoe ze de emotie in haar lichaam ervaart.)
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: 'En hoe ervaar je die woede fysiek in je lichaam?'

Praktijkvoorbeeld 8
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik voel me opgefokt.' (Afweer: vaagheid/cover words – de patiënt bedekt haar gevoel met een vage term. Wijs haar hierop en vraag of ze concreet het gevoel kan beschrijven.)
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: '"Opgefokt" klinkt vaag. Als we je gevoel niet bedekken met vage termen, wat is het gevoel dan naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 9
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik ben niet boos, hoor.' (Afweer: ontkenning – ze beschrijft wat ze niet voelt, maar ze vertelt niet wat ze wel voelt.)
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Dat vertelt ons wat je niet voelt, maar het zegt ons niet wat je wel voelt. Dus wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 10
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik voel me teleurgesteld.' (Afweer: verwarring trigger met respons.)
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Dat is wat hij deed. Hij stelde je teleur. Dus wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft teleurgesteld?'

◆ ◆ ◆

Reactie: 'En wat is dat gevoel naar hem toe dat je gespannen maakt?'

Praktijkvoorbeeld 16
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik vond het niet leuk dat hij zo tegen me deed. Dat had hij niet mogen doen!' (Afweer: intellectualisatie – ze veroordeelt zijn gedrag in plaats van dat ze een beschrijving geeft van haar eigen gevoel.)
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Dat is je gedachte, maar je gedachte is niet je gevoel. Wat is het gevoel naar hem toe?'
Alternatief: 'Dat is duidelijk. Dus wat is het gevoel richting hem dat hij jou toen heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 17
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt, onthecht: 'Ik ben boos.' (Afweer: intellectualisatie – de patiënt benoemt weliswaar haar gevoel, maar er is geen enkele lichamelijke activatie, want ze is ervan onthecht. Ze lijkt wel te 'snappen' dat ze boos is, maar ze lijkt zich niet bewust van haar lichamelijke gevoel daarbij. Dit wordt ook wel 'affectisolatie' genoemd.)
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Je zegt dat je boos bent, maar je ziet er niet boos uit en je klinkt ook niet boos. Je klinkt onthecht van je gevoel. Waaraan merk je vanbinnen dat je boos bent?'

Praktijkvoorbeeld 18
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Gisteravond gebeurde bijna hetzelfde. We waren uit eten samen en ...' (Afweer: diversificatie – patiënt begint over een ander onderwerp en gaat daarmee direct weg van haar gevoel in het hier-en-nu. Onderbreek direct de afweer zodat je de focus op haar huidige gevoel kunt houden. Hoe langer je de patiënt laat praten, hoe meer deze vorm van afweer haar van haar gevoel afbrengt.
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: 'Als we niet afdwalen, wat is dan nu je gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'

Praktijkvoorbeeld 19
Therapeut: 'Wat is het gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Patiënt: 'Ik voel een golf aan gevoelens opkomen.' (Afweer: vaagheid.)
Therapeut: ...

◆ ◆ ◆

Reactie: '"Een golf aan gevoelens" klinkt vaag. Als je het nu eens concreet maakt, wat is dan je gevoel naar hem toe dat hij jou toen heeft uitgescholden?'
Alternatief: 'Kennelijk komen er meerdere gevoelens omhoog. Als je heel precies teruggaat naar dat specifieke moment, welk gevoel komt dan als eerste omhoog?'

0270_2025 srodek Forma: 7 Arkusz: 7 Back
0270_2025_ORO_FSC Emotioes 170x240_srodek_Back_7_03/12/2025_07:27:56_PANTONE 2925 U Black
HEIDELBERG Plate Control Strip © Heidelberger Druckmaschinen AG 2015 Suprasetter Heidelberg Saphira Thermal Plate PY