

Negatief beeld van het zelf en de ander; tweeledige aanpak bij affectfobie-therapie¹

Q.D. van Dam, H.D. Philipszoon

Samenvatting Een negatief zelfbeeld is bij veel psychiatrische stoornissen een bekend symptoom. In veel behandelingen, zoals de cognitieve gedragstherapie (CGT) en psychodynamische therapie (PD), wordt daar dan ook mee gewerkt. Bij CGT richt men zich op het zelfbeeld, terwijl men bij PD met het zelfbeeld en het beeld van de ander werkt. In een gefingeerde casus tonen wij hoe men met de affectfobietherapie (AFT), een representant van PD, dit tweeledig focus onder de loop neemt. Bij vergelijking van de tweeledige AFT-aanpak met de enkelvoudige CGT-behandeling blijkt dat beide benaderingen leiden tot verbetering van het zelfbeeld, het beeld van de ander en het interpersoonlijk functioneren.

Een negatief zelfbeeld is een gemeenschappelijk symptoom of transdiagnostisch verschijnsel bij veel psychische stoornissen, zoals depressies, angststoornissen, eetstoornissen, obsessieve-compulsieve stoornissen, chronische pijn en persoonlijkheidsstoornissen (Griffioen e.a. 2017). Mensen met een negatief zelfbeeld lopen meer risico op een psychiatrische stoornis. Daarnaast blijkt dat een positief gekleurd zelfbeeld bij aanvang van de behandeling significant samenhangt met een beter behandelresultaat (Griffioen e. a. 2017).

CGT en PD

Vanuit de cognitieve gedragstherapie (CGT) en de psychodynamische psychotherapie (PD) zijn daarom specifieke methodieken ontwikkeld om met het zelfbeeld te werken. Deze blijken effectief: het zelfbeeld wordt positiever (Korrelboom e.a. 2010; Ritter e.a. 2013; Daniel e.a. 2018).

CGT en PD verschillen echter onderling in de aanpak van het negatieve zelfbeeld: CGT is vooral gericht op het zelfbeeld, terwijl men bij PD niet alleen met het zelfbeeld, maar ook met het beeld van de ander werkt. Dit doet men omdat het kind in de relatie met zijn gehechtheidfiguren een tweeledig beeld ontwikkelt, zowel over zichzelf als over de ander (Stern 1985; Berggraf e.a. 2014). Deze beelden hangen met elkaar samen. Dit zien we ook terug in de klinische praktijk. Zo is een veelvoorkomend verschijnsel bij patiënten met een negatief zelfbeeld een rigide, negatieve blik op zichzelf en een disadaptieve kijk op anderen. Zij ervaren de

intenties en reacties van anderen - ook van de therapeut - al snel als kritisch en bedreigend, en staan daardoor niet open voor behandeling. Dit verschijnsel wordt ook wel aangeduid als een gebrek aan epistemisch vertrouwen (Fonagy & Allison 2014).

In de affectfobietherapie (AFT) - een representant van PD - bestaat de behandeling van deze zelfbeeldproblematiek uit twee stappen.

Na een korte beschrijving van AFT laten we aan de hand van een gefingeerde casus zien hoe de AF-therapeut de patiënt helpt op de weg naar zelfcompassie en een adaptief beeld van de ander. Aansluitend beantwoorden we de vraag of de tweeledige focus in AFT voordelen biedt ten opzichte van de aanpak van alleen het negatieve zelfbeeld.

Basisprincipes van AFT

AFT, voor angst, depressie en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen, wordt als individuele en groepspsychotherapie in de ambulante, semiambulante en klinische Nederlandse ggz toegepast. Bij AFT worden psychodynamische, experiëntiële en cognitief-gedrags-therapeutische technieken geïntegreerd. Het psychodynamisch model vormt de basis van AFT. Bij deze therapievorm, ontwikkeld door McCullough Vaillant (1997), gaat men ervanuit dat mensen zo bang kunnen zijn voor bepaalde gevoelens dat een affectfobie ontstaat (McCullough Vaillant 1997).

Deze aanname biedt de therapeut de gelegenheid de angst voor gevoelens te behandelen als een externe

AUTEURS

Quin (Q.D.) van Dam, klinisch psycholoog, psychoanalytisch psychotherapeut, supervisor AFT, NVP en NVPP, en eigen psychotherapiepraktijk te Reeuwijk.

Dorien (H.D.) Philipszoon, psychiater, psychoanalytisch psychotherapeut, supervisor AFT en NVPP, waarnemend opleider, Zaans Medisch Centrum en eigen praktijk te Amstelveen.

Correspondentie

Dr. Q.D. van Dam (quintusvandam@gmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-6-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(11):822-826

fobie, met systematische desensitisatie (*exposure*, responspreventie en angstregulatie). Bij AFT gebruikt men de conflict- en personendriehoek als psychodynamisch werkmodel (Malan 1979). De conflictdriehoek toont hoe afweer en remmende gevoelens de adaptieve uiting van gevoelens belemmeren. De personendriehoek verheldert de wijze waarop de affectfobie in het verleden is ontstaan en hoe deze wordt herhaald in actuele relaties en in de relatie met de therapeut (Malan 1979). Aan dit werkmodel voegde McCullough Vaillant (1997) het beeld van het zelf en de ander toe.

AFT wordt gerekend tot de kortdurende psychodynamische psychotherapieën (KPD). Met de term kortdurend verwees McCullough Vaillant (1997) niet naar een vooraf gesteld aantal zittingen, maar naar een therapievorm waarin de therapeut zich actief en betrokken opstelt, werkt met specifieke doelen en ernaar streeft om die in zo kort mogelijke tijd te bereiken. De uiteindelijke behandelduur hangt af van de problematiek en de karakterstructuur van de patiënt (McCullough Vaillant 1997). KPD bleek werkzaam bij de behandeling van patiënten met uiteenlopende DSM-stoornissen (Abbass e.a. 2014; Driessen e.a. 2015; Leichsenring e.a. 2015; Draijer & Langeland 2017). AFT is ook als op zichzelf staande therapie onderzocht. Daaruit bleek AFT werkzaam voor patiënten met een cluster C-diagnose (Winston e.a. 1994; Svartberg e.a. 2004). Een onzer beschreef AFT eerder in het Nederlands (Van Dam 2020a).

Het zelfbeeld en beeld van de ander ontwikkelen zich op basis van vroege gehechtheidervaringen. Iemand met een positief zelfbeeld en een positief beeld van de ander neemt zijn of haar eigen gevoelens en behoeften serieus en staat open voor andermans intenties en gevoelens. Als het zelfbeeld en beeld van de ander negatief gekleurd zijn, dan miskent de persoon veel van zijn of haar behoeften en verwaarloost hij of zij de zelfzorg ('Voor die maagklachten naar de huisarts gaan? Die ziet me aankomen'). In het contact met anderen is hij of zij geremd en op afstand.

Dit negatieve zelfbeeld gaat gepaard met kritische interne stemmen die op hun beurt weer angst, schaamte

en schuldgevoelens oproepen. Een positief zelfbeeld gaat daarentegen vergezeld van interne stemmen die welwillend en realistisch klinken.

Hoe werken we hiermee in de context van AFT? Om dat te illustreren bespreken we een gefingeerde casus.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 28-jarige vrouw, meldde zich met een angstige en sombere stemming. Als kind verhuisde zij vanwege vaders werk bijna om de twee jaar naar een ander land. Zij bezocht tussen haar 4de en 14de jaar vijf verschillende scholen in verschillende landen. De ouders voelden niet aan hoe zwaar dat voor haar was en stelden overmatige eisen. Zo was zij rond haar 8ste met haar ouders op een strand in Nigeria. Toen zij de zee inliep, stapte ze op een zee-egel: de doorn ging dwars door haar voet. Ze schreeuwde het uit van de pijn. Vader riep vanaf de kant dat zij zich niet moest aanstellen. Een andere man hielp haar uit zee en haalde de stekel uit haar voet.

Als we patiëntes innerlijke dynamiek bekijken vanuit de conflictdriehoek (**figuur 1**), dan kreeg zij als kind niet de mogelijkheid trots op zichzelf te zijn. Zij beleefde zichzelf als waardeloos en falend: haar adaptieve positieve zelfgevoelens, zoals trots, interesse, zelfwaardering, zelfrespect en zelfcompassie (onderste punt) waren afgeremd door remmende gevoelens van schuld, schaamte, angst en walging (rechterpunt). Deze remming van haar adaptieve zelfgevoelens leidde tot disadaptief gedrag (afweerpunt), zoals zelfverwijt, zelfhaat, perfectionisme en miskenning van eigen behoeftes; allemaal uitingen van haar negatieve zelfbeeld.

Als volwassene kon zij zichzelf niet respecteren of goed voor zichzelf zorgen omdat deze positieve zelfgevoelens afgeremd werden door schuld, schaamte of angstgevoelens. Als zij bijvoorbeeld een compliment kreeg ('dat heb je mooi gedaan'), dan riep dit onmiddellijk (remmende) angst of schaamte op die vervolgens afgeweerd werd ('ach, dat stelt niks voor'). De afweer of vermijding van

Figuur 1. Conflictdriehoek van patiënte



deze adaptieve zelfgevoelens kan doorbroken worden door responsepreventie ('stel dat je het niet als niks afdoet?') exposure ('wat voel je bij het compliment') en angstregulatie (McCullough e.a. 2003).

De behandeling omvat twee stappen (Van Dam 2020b): Ten eerste behandelen van de angst voor een positief zelfbeeld, en ten tweede ontvankelijker maken voor positieve interacties.

Behandelen van de angst voor een positief zelfbeeld

Omdat patiënte zich niet realiseerde dat zij zichzelf miskende (egosyntoon), attendeerde de therapeut haar erop dat zij dit deed. Zij had in haar kindertijd ervaren niets waard te zijn en handhaafde als volwassene dit negatieve zelfbeeld. Daarmee weerde zij een positief zelfbeeld af. Toen ze deze afweer eenmaal doorzag, kon het negatieve zelfbeeld egodystoon worden. Daarna kon dit met systematische desensitisatie behandeld worden als een affectfobie (Van Dam 2020b).

Therapiesessie

Patiënte: 'Ik voel me zo vreselijk falen. Ik had me vorgenommen om gisteravond na mijn werk mijn financiële administratie te ordenen en alle uitgaven en inkomsten van het afgelopen jaar in aparte mapjes op te slaan. Ik heb nog geen tiende deel gedaan.'

Therapeut: 'Dat klinkt wel heel streng, alsof er een tiran in je schuilt die enorme eisen aan je stelt.'

Patiënte (aarzelend): 'Nou, dat moet toch geen probleem zijn om dat in een avond af te ronden. Ik voelde me echt een loser.'

Therapeut (even later): 'Ik denk dat er een strenge kant in jou zit van waaruit je jezelf onmogelijke eisen stelt. Herken je dat?'

Patiënte: 'Ja, het moet altijd beter en is nooit genoeg.'

Therapeut: 'Geef eens een voorbeeld?'

Patiënte: 'Laatst liet ik een presentatie aan een senior collega zien. Hij zei dat ik te veel tekst op een slide had gezet. Dan heb ik ook direct het gevoel dat het een waardevolle presentatie is en ik er niks van bak.'

Therapeut: 'Je collega helpt je vanuit zijn ervaring op weg. Als hij je een tip geeft, dan denk jij direct dat het niks is. Vanuit die kritische kant eis je van jezelf dat je alles moet kunnen en weten, en anders is het niks. Dat

is heel vermoeiend en pijnlijk voor je. Daardoor kun je ook nooit trots zijn op iets wat je gedaan hebt.'

Patiënte: 'Nee, dat trotse gevoel ken ik niet. Dan zou ik me zo'n uitslover voelen. Dat had ik me niet zo gerealiseerd, dat ik mezelf voortdurend bekritiseer. Ik dacht dat het normaal is en dat iedereen dat doet.'

Therapeut: 'Ik schrijf regelmatig. Maar als ik zo streng naar mezelf zou kijken dan zou ik geen letter op papier krijgen. Werd je vroeger vaak zo streng toegesproken?'

Patiënte: 'Als kind moest ik gewoon doorgaan. Rond mijn tiende verhuisden we naar Nigeria. Ik ging daar naar school en ik begreep er niks van en kende niemand. Ik moest alles alleen uitzoeken en vooral niet zeuren.'

Therapeut: 'Wat akelig voor je. Je voelde je vast heel eenzaam toen je zo in je eentje aan het worstelen was.'

Patiënte: 'Nou ja, misschien hadden ze ook wel gelijk, en moest ik gewoon wat flinker zijn.'

Therapeut: 'Zo ga je inderdaad denken als kind. Als je dan zo aan je lot wordt overgelaten, dan betrek je dat als kind vaak op jezelf en denk je dat jij een vervelend kind bent dat niet moet zeuren.'

Therapeut (even later): 'Wat zou je ervan vinden als vrienden van je op die manier met hun kind om zouden gaan?'

Patiënte: 'Ja, dan zou ik denken wat naar en verdrietig voor dat kind, help hem eens.'

Therapeut: 'Ja, vanzelfsprekend. Wat voel je erbij dat jij als kind niet geholpen werd?'

Patiënte: 'Ik voelde me opeens heel verdrietig.'

Vervolg

De therapeut maakte patiënte duidelijk dat ze een afkeurende innerlijke stem heeft die haar ondermijnt. Zij is niet slecht, het was de strenge stem die haar dat slechte gevoel over zichzelf bezorgde. De rolomkering (wat zou je ervan vinden als ...) hielp patiënte vervolgens om vanuit haar volwassen positie te kijken naar het kind van vroeger en los te komen van de gedachte dat het aan haar lag (Van Dam 2020b).

Aansluitend stelde de therapeut patiënte voor om in een geleide fantasie de strenge kant los te laten en zich bloot te stellen aan het idee dat zij niets hoeft: 'Stel dat je een avond niks moet en lekker je gang kunt gaan.' Dit riep in eerste instantie een angstig en onzeker gevoel op:

patiënte had afgeleerd om zich door haar gevoel te laten leiden en wist niet meer wat zij prettig vond. Maar door angstregulatie toe te passen en deze techniek vaak te herhalen kon zij ontdekken waaraan zij behoefte had en leren zichzelf serieus te nemen (Van Dam 2020b).

Ontvankelijker maken voor positieve interacties

In het verleden fungeerden afweer en remmingen als beschermingsmechanismen. In het heden kunnen positieve interacties met mensen laten zien dat die bescherming niet langer nodig is. Die positieve interacties moeten dan wel als zodanig worden opgemerkt – en daar ligt vaak een tweede barrière.

Veel patiënten met een negatief zelfbeeld staan niet open voor hun lichamelijke en emotionele behoeften (zoals honger en het verlangen naar verbinding met een ander). Ze staan niet in contact met hun gevoelens en missen vaak ook de signalen die hun lichaam geeft. Ook complimenten of erkenning van anderen komen niet binnen.

Dit gebrek aan ontvankelijkheid (of gebrek aan epistemisch vertrouwen) belemmert het welslagen van de behandeling: nieuwe ervaringen worden niet opgenomen. De therapeut merkt dit op doordat de patiënt wel instemming toont met interventies, maar deze niet helpen om tot verandering te komen.

De AFT-therapeut behandelt dit gebrek aan ontvankelijkheid daarom in het directe contact met de patiënt, of aan de hand van alledaagse situaties buiten de therapie (Van Dam 2020b).

In het geval van onze patiënte signaleerde de therapeut dat hij haar gevoel heel serieus nam, maar dat dit haar toch niet leek te raken. Om haar ontvankelijkheid te vergroten besloot hij expliciet te maken hoezeer hij met haar meevaalde.

Therapiesessie

Therapeut: 'Ik krijg een heel verdrietig en naar gevoel als jij vertelt hoe eenzaam jij je voelde in Nigeria.'

Patiënte: (zucht).

Therapeut: 'Wat gebeurt er nu bij je als ik zeg hoe ik meevoel met je? Ik merk dat je lichamelijk wat onrustig wordt.'

Patiënte: 'Dat komt omdat ik nog heel veel dingen moet afronden deze week.'

Therapeut: 'Je komt nu met verklaringen en gaat ervan weg. Maar als je teruggaat in je lijf, wat merk je dan?'

Patiënte: 'Heel gespannen en ook wat licht in mijn hoofd.'

Therapeut (angstregulatie): 'Dat zijn uitingen van angst, en die kwamen op toen ik zei hoe ik met je meevoel. Ik denk dat je angstig wordt, omdat je het niet kent dat iemand met je meevoelt. Dat is nieuw voor je. Dat heb je als kind ook nooit meegemaakt.'

Patiënte: 'Nee, inderdaad dat gebeurde nooit, ik moest het alleen uitzoeken.'

Therapeut: 'Herken je dat ook uit andere situaties? Dat

als iemand iets aardigs of positiefs tegen je zegt, jij dan terugschrikt en dat uit de weg gaat door ervan af te praten? Heb je daar concrete voorbeelden van?'

Patiënte: 'Vaak maak ik dan grappjes. Laatst zei een vriend dat hij graag met me omgaat en toen zei ik dat hij vast bang is om alleen op stap te gaan.'

Therapeut: 'Ik denk dat er dan hetzelfde gebeurt als hier. Een vriend zegt dat hij op je gesteld is, jij raakt gespannen en gaat dan gauw grappen maken. Je laat het niet binnenkomen. Het nadeel daarvan is dat het negatieve gevoel over jezelf ook niet verandert. Van binnen blijf je het gevoel houden dat jij niks bent en dat de ander jou niet moet. Dan blijf je ook in dat eenzame gevoel zitten.'

Patiënte: 'Hoe kan ik ervoor zorgen dat het wel binnenkomt?'

Therapeut: 'Wat helpt, is om iedere keer als iemand je een compliment geeft even bij jezelf stil te staan. Probeer dan niet direct te reageren met grappen, maar vooral te beseffen wat er gebeurt. Vermoedelijk voel je dan weer die spanning: je wordt dan angstig voor dat positieve gevoel. Probeer dan te beseffen wat er tegen je gezegd is en hoe het voelt voor je wanneer je het echt binnen laat komen. Dat helpt om de positieve ervaringen in je op te nemen en meer zelfvertrouwen te ontwikkelen.'

Vervolg

Deze dialoog kunnen we vanuit de conflictdriehoek als volgt begrijpen: de therapeut deed met zijn uiting van oprecht medeleven (zelfonthulling) een appel op het activerende positieve zelfgevoel van patiënte (onderste punt driehoek). Omdat dit positieve zelfgevoel 'verboden' was, raakte patiënte hierdoor juist gespannen (remmende gevoelens). Deze angstreactie weerde zij vervolgens af door grappen te maken (Van Dam 2020b).

De AFT-therapeut liet patiënte in de directheid van het contact ervaren dat haar gevoelens de moeite waard zijn en dat zij betekenis heeft voor hem. Hij moedigde haar aan om ook buiten de therapie haar grappen (afweer) achterwege te laten (responspreventie), haar angst te reguleren en de positieve boodschap binnen te laten komen (exposure). Met deze systematische desensitisatie ontwikkelde patiënte gaandeweg zelfcompassie en een reële blik op anderen (Van Dam 2020b).

DISCUSSIE

Is er een verschil in behandelresultaat tussen de tweeledige AFT-aanpak en de enkelvoudige CGT-behandeling? Op dit gebied is slechts één kleine RCT uitgevoerd door Berggraf e.a. (2014). Zij vergeleken twee groepen patiënten met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen en met een negatief zelfbeeld en disadaptief beeld van de ander. De groepen kregen CGT (gebaseerd op Becks cognitieve model voor persoonlijkheidsstoornissen, met een enkelvoudige focus op het zelfbeeld) of AFT (met aandacht voor zowel het zelfbeeld als het beeld van de ander).

Beide benaderingen leidden tot een verbetering van het zelfbeeld, van het beeld van de ander en van het interpersoonlijk functioneren, wat laat zien dat deze nauw met elkaar samenhangen. Er waren geen significante verschillen in behandelresultaat. Wel werd aangetoond dat bij de AFT-groep de verbetering van het interpersoonlijk functioneren samenhangt met de veranderingen in zelfbeeld en beeld van de ander. Bij de CGT-groep werd deze samenhang niet gevonden. Waarmee deze verbetering in interpersoonlijk functioneren bij de CGT-groep dan wel samenhangt, wordt echter niet gespecificeerd in het artikel.

Hoe is het te verklaren dat de verbetering van het interpersoonlijk functioneren bij AFT wel en bij CGT niet samenhangt met de positieve verandering van het zelfbeeld en beeld van de ander? Berggraf e.a. (2014) veronderstellen dat het verschil in therapeutische houding van CGT en AFT de oorzaak is. De CGT-therapeut werkt als een leraar samen met de patiënt en helpt denkpatronen te veranderen en beter om te gaan met problematische situaties in het dagelijks leven. De AFT-therapeut richt zijn experiëntiële interventies op de actuele relatie met de patiënt. Hij creëert een proeftuin waarin de patiënt nieuwe relationele ervaringen opdoet, die hij vervolgens kan vertalen naar situaties buiten de therapie. Anders gezegd: CGT is situationeel en AFT is relationeel gericht (Berggraf e.a. 2014). Deze veronderstelling verdient nader onderzoek.

CONCLUSIE

AFT draagt bij aan een positieve verandering in zelfbeeld, beeld van de ander en interpersoonlijk functioneren bij patiënten met een negatief zelfbeeld en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Juist voor deze patiënten is zo'n verandering belangrijk: zij zijn emotioneel en sociaal vaak zeer geremd en missen relationele vaardigheden.

De beschreven casus laat zien hoe AFT patiënten helpt om met zelfcompassie reëel naar zichzelf en anderen te kijken en interpersoonlijk beter te functioneren. Het negatieve zelfbeeld vormt een belangrijk transdiagnostisch verschijnsel. Het tot op heden schaarse onderzoek laat zien dat verschillende behandelmethoden effectief zijn bij de behandeling van het negatieve zelfbeeld. Meer onderzoek is nodig om te tonen voor wie een bepaalde therapie werkzaam is en welke werkingsmechanismen bijdragen aan de verandering.

NOOT

1 Dit artikel is een bewerking van de workshop die beide auteurs verzorgden op het online-voorjaarscongres van de NVvP in 2020.

LITERATUUR

- Abbass AA, Kisely SR, Town JM, e.a. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 7: CD004687.
- Berggraf L, Ulvenes PG, Hoffart A, e.a. Growth in sense of self and sense of others predicts reduction in interpersonal problems in short-term dynamic but not in cognitive therapy. *Psychother Res* 2014; 24: 456-69.
- Dam QD van. *Affectfobietherapie in de praktijk* (2e ed.). Amsterdam: Hogrefe; 2020a.
- Dam QD van. *Affectfobietherapie in de praktijk*. *PsyXpert* 2020b; 4: 44-53.
- Daniel C, Kolubinskia DC, Fringsa D, e.a. A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. *Psychiatr Res* 2018; 267: 296-305.
- Draijer N, Langeland W. Psychoanalyse, psychoanalytische psychotherapie en wetenschappelijke evidentie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2017; 43: 33-59.
- Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, e.a. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev* 2015; 42: 1-15.
- Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy* 2014; 51: 372-80.
- Griffioen BT, van der Vegt AA, de Groot IW, e.a. The effect of EMDR and CBT on low self-esteem in a general psychiatric population: a randomized controlled trial. *Front Psychol* 2017; 8: 1910.
- Korrelboom K, Marissen M, van Assendelft T. Competitive Memory Training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: a randomized effectiveness study. *Behav Cogn Psychother* 2010; 39: 1-19.
- Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, e.a. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 648-60.
- Malan DH. *Individual psychotherapy and the sciences of psychodynamics*. Londen: Butterworth; 1979.
- McCullough L, Kuhn N, Andrews S, e.a. *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press; 2003.
- McCullough Vaillant L. *Changing character: short-term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defenses*. New York: Basic Books; 1997.
- Ritter V, Leichsenring F, Strauss BM, e.a. Changes in implicit and explicit self-esteem following cognitive and psychodynamic therapy in social anxiety disorder. *Psychother Res* 2013; 23: 547-58.
- Stern DN. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books; 1985.
- Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 810-7.
- Winston A, Laikin M, Pollack J, e.a. Short-term psychotherapy of personality disorders: 2 year follow-up. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 190-4.

SUMMARY

Negative image of the self and of the other; the two-pronged approach in affect phobia therapy

Q.D. van Dam, H.D. Philipszoon

A negative self-image is a well-known symptom in many psychiatric disorders. Many treatments, such as cognitive behavioral therapy (CBT) and psychodynamic therapy (PD), are therefore used. CBT focuses on the self-image, while PD works with the self-image and the image of the other. A fictitious case shows how affect phobia therapy (AFT), a representative of PD, examines this dual focus. When comparing the dual AFT approach with the single CBT treatment, it appears that both approaches improve self-image, the image of the other and interpersonal functioning.