

Accelerated experiential dynamic psychotherapy¹

Marjoleine Streefkerk

Iwakabe, S., Edlin, J., Fosha, D., Gretton, H., Joseph, A. J., Nunnink, S. E., Nakamura, K., & Thoma, N. C. (2020). The effectiveness of accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP) in private practice settings: A transdiagnostic study conducted within the context of a practice-research network. *Psychotherapy, 57*, 548–561.

Inleiding

Accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP) is een integratief model van psychotherapie dat relationeel werk in het hier-en-nu, experiëntiële technieken en een focus op het experiëntiële werken met de ervaring van positieve verandering die in de sessie wordt opgedaan samenbrengt. De basispremissie waarvan Diana Fosha uitgaat is dat ons zenuwstelsel zo georganiseerd is dat we ons beter kunnen voelen dan 'gewoon goed' (Damasio, 2018). Fosha gaat uit van een biologisch imperatief om tot bloei te komen en om een positieve energiebalans te genereren. AEDP is transdiagnostisch in haar focus net als *emotional focused therapy* (Greenberg, 2015), *emotionally focused therapy* (Johnson & Bradley, 2009) en bijvoorbeeld *somatic experiencing* (Levine, 2008). AEDP vindt haar wortels in relationele psychoanalyse en kortdurende psychodynamische psychotherapieën. Maar AEDP verschilt van de meer traditionele modellen van psychodynamische psychotherapie in het gebruik van overdrachtsinterpretaties die inzicht geven in hoe het verleden in het heden doorgegeven wordt (Levy & Scala, 2012). Die staan bij AEDP minder centraal en in plaats daarvan richt de focus van de therapeutische relatie zich op het creëren en ervaren van correctieve relationele ervaringen in het hier-en-nu. Bij AEDP staat het expliciet bevestigen en vieren van dat wat echt en goed is aan de cliënt centraal, evenals het authentiek verbinding maken met de cliënt door middel van *self-disclosure* van gevoelens van de therapeut in het hier-en-nu ('je tranen raken me, hoe is het voor jou om te zien en horen dat je tranen mij raken?'). Concreet betekent dit dat vanaf het eerste moment in de therapie de therapeut expliciet veilige hechting inbrengt in de therapeutische relatie. Dit doet men door dyadische regulatie die gericht is op de glinsteringen van cliënten op de momenten dat ze veerkrachtig zijn of emoties die anderszins als kloppend ervaren worden door de therapeut en die terug te geven, te spiegelen zoals een ouder dat bij haar kind doet. Het gezamenlijk ervaren van 'kloppende' emoties en het hierop focussen wordt *metatherapeutic-processing* genoemd en lijkt verder te gaan dan waar de meeste therapieën stoppen ('waar in je lichaam voel je dat ik echt geraakt ben door je tranen? Hoe voelt het dat jouw tranen mij raken?'). De therapeutische verandering, het niet alleen-zijn, wordt in de sessie verder doorgewerkt en ervaren. AEDP zet de ervaring van verandering als veranderingsmechanisme in ('laten we alle ruimte maken voor dat gevoel dat je je niet alleen voelt in dit verdriet en hoe fijn dat voelt'). Op die momenten ontstaan positieve emoties als trots, blijdschap, sereniteit, genieten en compassie voor zichzelf en anderen. Wanneer cliënten deze gevoelens opmerken en ervaren, ontstaat er een helende ervaring in het hier-en-nu. Deze positieve emoties, in AEDP transformatieve affecten genoemd, brengen een gevoel van helderheid in waarden en prioriteiten en een actietendentie die als betekenisvol ervaren wordt. Deze posi-

¹ Het tijdschrift heeft in 1999 een themanummer gewijd aan AEDP, met een vertaling van een artikel van Diana Fosha en Maria L. Slowiaczek, gevolgd door commentaren van Germain Lietaer, Richard Van Balen, Hans Snijders, René Stommel en Jan de Vries.

tieve emoties kunnen dan op zichzelf als object van verdere *meta-processing* ingezet worden ('hoe is het om je zo blij en trots te voelen en aan mij te zien dat ik met je mee geniet? Waar voel je dat in je lichaam? Hoe is het om daar ruimte voor te maken? Wat gebeurt er nu?') en vormen daarmee een opgaande spiraal die de mindset van cliënten verruimt, veerkracht vergroot en bouwt aan innerlijke hulpbronnen en vermogens (Fosha & Thoma, 2020; Fredrickson, 2013; Iwakabe & Conceição, 2016). AEDP bestaat nu zo'n twintig jaar en dit onderzoek is het eerste grootschalige onderzoek naar AEDP.

Hypothesen voor het onderzoek waren:

1. AEDP is een effectieve behandelmethodede die een verbetering tot stand brengt wat betreft algemene psychologische symptomen bij depressie en subjectieve distress, met een grote *effectsize*.
2. De experiëntiële vermijding neemt af en de kwaliteit van het emotionele functioneren van cliënten neemt evenredig hieraan toe.

Een groei in de kwaliteit van het emotionele functioneren wordt verwacht omdat cliënten steeds beter in staat zijn om adaptieve emoties te ervaren, één van de kerncomponenten van AEDP. Daarnaast wordt voorspeld dat interpersoonlijke relaties – hoewel niet de primaire focus van AEDP – verbeteren als een gevolg van het positief bevestigen van de therapeutische relatie en het expliciete relationele werk in AEDP. Verder wordt verwacht dat positief psychologisch functioneren zoals zelfcompassie en een gevoel van welzijn verbeteren, in aanvulling op het verlichten van psychologische distress.

Methode

Voor het onderzoek is een *practice research network* (PRN) opgezet waarin vrijgevestigde praktijken, die AEDP uitvoeren, met elkaar werden verbonden. Dit netwerk verzamelt sindsdien doorlopend onderzoeksgegevens van een protocol van 16 sessies van één uur; bij uitkomststudies de typische duur voor depressie en angststoornissen. Voor deze studie werden de metingen gebruikt uit het PRN die verzameld zijn tussen juni 2016 en november 2019. 35 therapeuten die op certificeringsniveau getraind waren in AEDP namen deel aan dit onderzoek. Ze waren werkzaam in de Verenigde Staten, Canada, Israël, Japan en Zweden. Cliënten waren 62 volwassenen (20 mannen en 42 vrouwen) die de 16 sessies AEDP in zelfstandige praktijken ontvingen. De cliënten varieerden in leeftijd van 22 tot 72 jaar (gemiddeld 36,8 jaar, SD 13.52). Cliënten hadden zelf hulp gezocht bij vrijgevestigde psychotherapeuten voor problematieken als depressie, angst en interpersoonlijke problemen. Cliënten vulden vooraf en na het beëindigen van de therapie vragenlijsten in die gericht waren op vier verschillende gebieden: mate van ervaren distress, psychologische symptomen, positieve geestelijke gezondheid en subjectief welzijn. Daarnaast werden er ook secundaire vragenlijsten afgenomen over de veranderingsmechanismen van AEDP.

Metingen

De verschillende gebieden werden met de volgende vragenlijsten gemeten:

Subjectieve distress

- *Target Complaints*: een vragenlijst waarin gevraagd werd de drie belangrijkste problemen die men ervoer te benoemen en de mate van distress die hiermee gepaard ging te scoren.

Psychologische symptomen

- *Beck Depression Inventory*: een zelfrapportagevragenlijst over depressie
- *SA-45*: een verkorte versie van de Symptomen checklist-90
- *Inventory of Interpersonal Problems-32 (IIP-32)*: onderzoekt de ernst van problemen in interpersoonlijk functioneren
- *Automatic Thought Questionnaire (ATQ)*: meet de frequentie van automatische negatieve statements over het zelf
- *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*: zelfrapportagevragenlijst om relevante problemen in emotieregulatie te traceren
- *Acceptance and Action Questionnaire (AAQII)*: zelfrapportagevragenlijst die experiëntiele vermijding meet en een tendentie om ongewilde innerlijke ervaringen te vermijden

Positieve geestelijke gezondheid

- *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*: meet globaal zelfvertrouwen.
- *Self-Compassion Scale (SCS)*: meet de capaciteit om lijden met warmte, verbinding en zorg tegemoet te treden in situaties die als moeilijk ervaren worden.

Welzijn

- *Mental Health Continuum-Short form (MHC-SF)*: meet dimensies van een subjectief gevoel van psychologisch welzijn

Resultaten en discussie

Dit onderzoek is het eerste grootschalige onderzoek naar de effectiviteit van AEDP. 69 cliënten startten met de behandeling en 62 maakten de behandeling af. 7 cliënten haakten af (in sessie 2-14). Deze drop-out is lager (10.15%) dan gemiddeld (20%) volgens de onderzoekers. De therapeuten van deze afhakers hadden significant minder ervaring in AEDP maar hadden evenveel klinische ervaring. Toetsing van de hypothesen leverden de volgende resultaten op: in de primaire analyse was er sprake van significante verbetering op de meeste meetinstrumenten die werden gebruikt, met grote effectgrootte gemeten op beide hypothesen ($d > .74$). 3 cliënten verslechterden op een aantal meetinstrumenten, maar verbeterden op andere. Bij een secundaire analyse om de effectiviteit van AEDP te onderzoeken werden de cliënten verdeeld in twee subgroepen op basis van het aantal symptomen dat verhoogd was bij de voormeting. Deze verdeling leverde twee duidelijke groepen op die gelabeld werden als de *klinische* groep en de *subklinische* groep. De klinische groep had op gemiddeld 8 van de 16 schalen verhoogde symptomen waar de subklinische groep gemiddeld op 2 van de 16 schalen verhoogde symptomen liet zien. De effect-groottes in de klinische groep met meer complexe problemen waren groter dan die van de groep als geheel (range van $d=1.12$ tot $d=1.78$).

Samenvattend wordt met dit eerste pre-post onderzoek aangetoond dat AEDP een effectieve behandeling biedt voor zowel psychologische symptomen bij depressie en subjectieve stress, als voor het verbeteren van het emotionele functioneren.

Daarnaast werden grote effectgroottes gezien in het verminderen van automatische negatieve gedachten ondanks het feit dat dit geen specifiek doel is van AEDP. In de theorie van AEDP worden automatische negatieve gedachten ofwel gezien als afweer, gebruikt om kernemoties te vermijden; therapeuten werken in dat geval om de afweer heen. Of ze worden gezien als internalisaties van negatieve boodschappen van de ouders en worden dan experiëntieel behandeld. De onderzoekers denken dat AEDP hiermee een alternatief kan zijn voor cognitieve gedragstherapie om de nadelige gevolgen van deze manier van denken te reduceren.

Interessant zijn ook de bevindingen bij de subklinische groep cliënten. Zij lieten een duidelijke vooruitgang zien op depressie, de globale-ernst-schaal, experiëntiële vermijding en automatische negatieve gedachten ($d=1.00$). Hoewel hun score op emotieregulatie vóór de behandeling gelijk was aan de niet-klinische populatie, gingen ze hier toch op vooruit. Daarnaast lieten de cliënten in deze subklinische groep op de zelfcompassie-schaal zien dat – hoewel ze in dezelfde range scoorden als de niet-klinische populatie – ze twee derde van een standaarddeviatie vooruitgingen. Hetzelfde gold voor de MHC-SF. Degenen die startten in de range ‘gematigd functioneren’ verbeterden naar de categorie ‘bloeien’ (*flourishing*). Deze bevindingen ondersteunen de gedachte dat AEDP, althans in subklinische populaties, niet alleen therapeutische veranderingen van het negatieve bereik naar het normale bereik bewerkstelligt, maar ook verbetering van het normale bereik naar sterker functioneren en bloeien binnen 16 sessies. Het zou interessant zijn om te zien of de klinische groep bij meer dan 16 sessies ook meer verbeteringen ervaart.

De onderzoekers geven aan dat zij met het opzetten van een *practice research network* een manier hebben gevonden om een infrastructuur te bouwen voor onderzoek binnen een gemeenschap van therapeuten met een specifieke theoretische oriëntatie. Het PRN verbond therapeuten met elkaar door gezamenlijke supervisie en verhoogde de interesse van de therapeuten in onderzoek. De integratie van onderzoek met de dagelijkse praktijk kwam op die manier naadloos tot stand.

Betekenis voor de praktijk

In Nederland wordt AEDP door een klein groepje therapeuten uitgevoerd. Mogelijk helpt dit onderzoek om meer therapeuten kennis te laten maken met een therapie die zich experiëntieel specifiek richt op wat Stephen Porges het ventraal vagale deel van ons zenuwstelsel noemt. Dit deel van het zenuwstelsel is het deel dat veiligheid bewust ervaart en dat de ervaring te ‘bloeien’ (*flourishing*) mogelijk maakt. Ik denk dat onderhavig onderzoek een goede eerste aanzet is om te laten zien dat AEDP tot verbetering van het emotioneel functioneren kan leiden. Dit heeft te maken met het expliciet kunnen ervaren van veiligheid in de therapeutische relatie, die in iedere dyade maatwerk is en juist daardoor ook effectief kan zijn. Het vraagt van de therapeut om zichzelf te laten zien en ook om ge-

voelens van zorg en warmte die je voor de cliënt voelt te delen, of sterker nog, deze gevoelens in jezelf op te zoeken en te expliciteren. Het is voor mij een enorme *eye opener* geweest, een omslagpunt, om veilige hechting van mij naar mijn cliënten als focus van de behandeling te nemen. De micro-momenten van veiligheid in de relatie die dan ontstaan, worden micro-momenten van heling. Door het 'metaprocessen' kunnen deze momenten zich verder ontvouwen en uitgroeien tot potentieel helende ervaringen. Cliënten komen op deze momenten met hun verdriet in aanraking omdat ze zich gewenst en gewaardeerd voelen in het hier-en-nu door mij als therapeut en waardoor ze een contrast ervaren met dat wat niet geweest is. Dat verdriet kan nu ervaren worden binnen een veilige relatie (*undoing aloneness*) en er ontstaat een duidelijk onderscheid tussen 'toen' en nu. De golven van verdriet brengen opluchting en uiteindelijk een gevoel van 'dit ben ik en ik ben oké'. Die momenten in de therapie zijn niet alleen voor mijn cliënten helend en helpend om 'op te bloeien', dat geldt ook voor mij als therapeut. Er ontstaat een synergie (Fredrickson, 2013) die ook een kalme tevredenheid brengt over mezelf en mijn cliënt. Het zou ook interessant zijn, volgens mij, als verder onderzoek gedaan zou worden naar welk effect AEDP heeft op het emotioneel functioneren van de therapeut.

In 1999 heeft dit tijdschrift een themanummer gewijd aan één van de eerste artikelen van Diana Fosha. Het artikel riep veel herkenning op, maar ook onvrede over het onvoldoende noemen van Rogers als inspiratiebron. Men vroeg zich ook af waarom het cliëntgerichte gedachtegoed zich zo weinig in het psychotherapeutisch veld kon positioneren.

Nu, ruim twintig jaar later, is Diana Fosha verdergegaan met het ontwikkelen van AEDP. Haar tweede boek, *Undoing aloneness & the transformation of suffering into flourishing: AEDP 2.0* is net een paar maanden uit (2021). AEDP is wat mij betreft een model met lef en met een stevige theoretische en klinische onderbouwing. Het sluit andere methoden ook niet uit maar heeft juist de potentie om interventies uit andere modellen in zich te integreren. Ik zou AEDP in Nederland binnen de cliëntgerichte stroming het best passend vinden, omwille van haar nadruk op authenticiteit en experiëntiële focus.

Literatuur

- Bouwens, P. (1999). Ten geleide themanummer accelerated experiential dynamic psychotherapy. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 83-84.
- Damasio, A. (2018). *The strange order of things: Life, feeling, and the making of cultures*. New York: Pantheon Books.
- Fosha, D., & Slowiaczek, M.L. (1999). Technieken om psychodynamische therapie te versnellen. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 85-107.
- Fosha, D. (2021). *Undoing aloneness and the transformation of suffering into flourishing: AEDP 2.0*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fredrickson, B.L. (2013). Positive emotions broaden and build. In E. Ashby Plant & P.G. Devine (Eds.), *Advances on Experimental Social Psychology*, 47, 1-53. Burlington: Academic Press.
- Greenberg, L.S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Iwakabe, S., & Conceição, N. (2016). Metatherapeutic processing as a change-based therapeutic immediacy task: Building an initial process model using a task-analytic research strategy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26, 230-247.
- Johnson, S., & Bradley, B. (2009). Emotionally focused couple therapy: Creating loving relationships. In J.H. Bray & M. Stanton (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of family psychology* (pp. 402-415). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley and Sons.
- Lietaer, G. (1999). Een facelift voor het cliëntgericht-experientiële paradigma. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 108-114.
- Levine, P.A. (2008). *Healing Trauma: A pioneering program for restoring the wisdom of your body*. New York, NY: Sound True.
- Levy, K.N., & Scala, J.W. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy*, 49, 391-403.
- Snijders, H. (1999). AEDP: psychodynamisch kort door de bocht op cliëntgerichte banden. Een reactie met achtergronden, kanttekeningen en de vraag naar een 'eigen fabrikaat'. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 121-130.
- Stommel, R. (1999). Hoop doet leven. Een kanttekening bij D. Fosha en M.L. Slowiaczek 'Techniques to Accelerate Dynamic Psychotherapy'. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 131-143.
- Van Balen, R. (1999). Enkele bedenkingen naar aanleiding van het artikel van D. Fosha en M. Slowiaczek. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 115-120.
- Vries, J.H.P. de (1999). Accelerated experiential-dynamic therapie gezien vanuit een integratief standpunt. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 144-154.

MARJOLEINE STREEFKERK is psychotherapeut en gecertificeerd EFT relatietherapeut in haar eigen praktijk voor Psychotherapie Gezins- en Relatietherapie (PGRT); zij geeft les in analyse en behandeling van hechtingsrelaties, ook bij complexe echtscheiding.

Correspondentie-adres
mstreefkerk@pgrt.nl