

"Hier ben ik...!"



M.Sc.- thesis over Gestalttherapie en existentiële angst in relatie tot hechtingsproblematiek

Ellie Keizer

Schothorstlaan 12, 3207 ZD Spijkenisse

Tel: 0181- 68 05 23 e-mail: ejkeizer@planet.nl

***Student van: de Nederlandse Stichting Gestalt Amsterdam,
Middlesex University London***

Studiejaar: GTO 2

Datum: 1 mei 2007

Niemandskinderen.....

Niemandskinderen zijn niet van hun ouders, omdat hun ouders niet liefdevol waren;

ze zijn niet van zichzelf, omdat ze ook niet van zichzelf kunnen houden;

ze zijn niet van hun omgeving, wanneer die omgeving niets doet en ingrijpt;

ze zijn niet van de hulpverlening, wanneer ze daar niet terechtkomen of wanneer de hulpverlening faalt;

ze zijn later niet van hun partners, wanneer ze zich niet kunnen binden;

en zijn niet van de eventuele kinderen die worden geboren, wanneer ze – in het ergste geval – ook niet van hun eigen kinderen kunnen houden.

Psychotherapeute Carolien Roodvoets

*"Mensen zijn eenzaam omdat ze muren bouwen, in plaats van bruggen."
(J.F. Newton)*

1. Voorwoord

Sinds januari 2004 werk ik – naast mijn baan als sectormanager in het Welzijnswerk – als Gestalttherapeute in mijn eigen praktijk. In die hoedanigheid krijg ik regelmatig cliënten¹ binnen met angstklachten. De meesten van hen zijn zich niet bewust van het feit dat hun klachten zijn gerelateerd aan angst. Zij melden zich vrijwel zonder uitzondering met vermoeidheids- en spanningsklachten.

Ik ben ook persoonlijk bekend met thema's rond angst en hechtingsproblematiek. Toen ik september 2002 met deze opleiding startte kon ik niet voorzien dat deze mijn leven zo op zijn kop zou zetten. Het is een boeiende reis geworden met tranen, boosheid, ontroering en humor. Graag wil ik u als lezer uitnodigen om met mij mee te reizen en te lezen hoe ik van mijn stoorzender (*de angst*) een bondgenoot heb gemaakt en op welke wijze ik mijn cliënten met angstklachten en hechtingsproblematiek begeleid om hun zelfondersteuning te vergroten.

Van jongs af aan koesterde ik twee grote dromen in mijn leven; ik wilde een stuk grond kopen en een eigen ontworpen huis (laten) bouwen. Daarnaast wilde ik psychotherapeut worden, een wens die werd versterkt door de problematiek die ik tegenkwam in een eerdere baan als reïntegratieconsulent. Toen ik in juni 2001 de verhuisdozen uitpakte in onze nieuw gebouwde woning herinnerde ik me mijn tweede droom. Ik koesterde al zo lang het verlangen om therapeut te worden. Zou ik opnieuw zo'n groot avontuur aandurven? Ik dacht toch altijd dat ik voor een dergelijk studie niet intelligent genoeg was?

Ik trok de stoute schoenen aan en meldde mij aan bij de Nederlandse Stichting Gestalt (NSG). Spoedig werd ik uitgenodigd voor een intakegesprek door Harm Siemens. Met klamme handen en een bonkend hart zat ik voor hem. "Wat maakt dat jij therapeut wilt worden?" vroeg Harm belangstellend. Oei.....dacht ik, hoe geef ik woorden aan deze vraag.... Ik werd rood en kreeg het benauwd. Hakkend kwam een antwoord; uhh,.....ik wil graag mensen helpen....."Kun jij jezelf wel helpen?" zei Harm. Die kwam binnen en vanaf dat moment realiseerde ik mij dat ik voor een grote uitdaging stond.

Ik zou graag een aantal mensen willen bedanken die me bij deze uitdaging hebben geholpen. Ik draag deze thesis op aan mijn vier prachtige kinderen Joey, Melanie, Priscilla en Gijs. Ook wil ik mijn ouders danken voor hun onvoorwaardelijke steun van de laatste jaren. Mijn man Alan voor zijn zorgzaamheid, vooral tijdens de afronding van mijn opleiding en mijn soulmate Krijn Sijrier die er altijd was op cruciale momenten.

¹ Daar waar in deze thesis wordt *gesproken over cliënten*, bedoel ik zowel de mannelijke als de vrouwelijke cliënten uit mijn doelgroep.

Hoofdstuk 1	Voorwoord	3
	Inhoudsopgave	4
	1.1 Inleiding.....	6
	1.2 Centrale vraag en opbouw van de thesis.....	6
	1.3 Leeswijzer.....	7
Hoofdstuk 2	Het fenomeen angst nader bekeken	
	2.1 Inleiding.....	8
	2.2 Wat is angst?.....	8
	2.3 Angst in de literatuur.....	9
	2.4 Het begrip angststoornis.....	11
	2.5 De gezonde kant van angst.....	13
	2.6 Medicatie.....	13
	2.7 Samenvatting.....	13
Hoofdstuk 3	De hechting van het jonge kind	
	3.1 Inleiding.....	15
	3.2 Hechting volgens een aantal deskundigen.....	15
	3.3 Gevolgen van onveilige hechting.....	16
	3.4 Neurotische mechanismen.....	19
	3.5 Samenvatting.....	20
Hoofdstuk 4	De Gestalttheorie	
	4.1 Inleiding.....	21
	4.2 De Gestaltvisie op angst.....	21
	4.3 De Gestaltvisie op hechtingsproblematiek.....	21
	4.4 Contact, contactgrens en contactvermijdingen....	22
	4.5 De veldtheorie.....	24
	4.6 De fenomenologie.....	25
	4.7 De ontwikkeling van het 'zelf'.....	26
	4.8 Het Gestaltformatieproces.....	27
	4.9 Samenvatting.....	28
Hoofdstuk 5	Gestalt in de praktijk	
	5.1 Inleiding.....	29
	5.2 Egotisme.....	29
	5.3 Introjectie.....	30
	5.4 Retroreflectie.....	31
	5.5 Angst en aarde.....	32
	5.6 Angst en adem.....	32
	5.7 Angst en behoefte.....	33
	5.8 Angst en contact.....	33
	5.9 Samenvatting.....	33

Hoofdstuk 6	Aandachtspunten in Gestalttherapie	
	6.1 Inleiding.....	35
	6.2 Grondhouding van de Gestalttherapeut.....	35
	6.3 Zelfonthulling.....	37
	6.4 Interventies gericht op zelfwaardering.....	37
	6.5 Samenvatting.....	38
Hoofdstuk 7	Conclusie.....	39
	Bijlage.....	41
	Nawoord.....	43
	Geraadpleegde literatuur.....	44

1.1 Inleiding

Vanuit de wetenschap analytisch naar de werkelijkheid kijken is vaak beschouwend boven de situatie gaan hangen en daarmee uit contact zijn. Ik zag er aanvankelijk dan ook tegenop om de persoonlijke ervaringen met mijn cliënten te beschrijven als wetenschappelijke bijdrage aan het werkveld. Bovendien krijgen woorden in de transitie van spraak naar schrift een andere lading. Ik vond echter steun in de woorden van Isadore From. Ik kan het gevoel niet beter onder woorden brengen dan met zijn uitspraak:

"I'm not a writer. I come from the tradition of speech. I have difficulties with abstract imagining. I need a person to speak to. I have a fear of putting into print what may be wrong." (**Isadore From**, uit *studies in Gestalttherapy*, no. 2, 1993).

Ik verwacht naast een wetenschappelijke contributie met het schrijven van deze thesis een bijdrage te leveren aan de integratie van kennis en vaardigheden die ik in de afgelopen vijf jaar heb opgedaan. Ik ben me er van bewust geworden dat ik wil 'begrijpen' en ook 'begrepen' wil worden. Mijn verhaal vertellen helpt me om er 'te kunnen zijn' en levert daarnaast een bijdrage aan het vinden van de balans tussen 'behouden wat goed is' en 'groeien naar wat ik nog meer wil'.

1.2 Centrale vraag en opbouw van de thesis

Tijdens een aantal workshops die ik in november 2006 volgde bij Georges Wollants in Turnhout (Be) kwam het begrip existentiële angst aan bod. Toen viel niet het kwartje – nee, er donderde een hele bak munten door mijn hoofd. Georges vertelde over de angst voor het 'bestaan', de angst om *jezelf* te zijn. Hij sprak over het ontbreken van een bodem in je zelfvertrouwen als je in je gezin van herkomst niet de liefde en aandacht hebt gekregen die je nodig had. Het gevoel dat deze cliënten ontwikkelen is dat wat ze doen *nooit goed genoeg is*. Hij legde uit dat cliënten met existentiële angst heel veel 'moeten' van zichzelf waarbij de angst fungeert als drijfveer.

Dat eerste kwartje heeft uiteindelijk de aanzet gegeven tot het schrijven van deze thesis. Georges Wollants heeft me ertoe geïnspireerd mijn ervaringen met het werken met cliënten met existentiële angst op papier te zetten. Tijdens het bestuderen van de literatuur en vanuit de ervaring van het werken met mijn cliënten ontdekte ik dat er een relatie is tussen existentiële angst en hechtingsproblematiek.

Volgens het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) is uit een landelijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van Nederlanders gebleken dat bijna 20% van alle Nederlanders in hun leven ooit last hebben gehad van een vorm van een angststoornis. Hoe groot het percentage is binnen deze groep die lijdt onder existentiële angst is, voor zover mijn kennis reikt, nooit onderzocht. 30% van de mensen met een angststoornis kampt ook met depressiviteit of alcoholmisbruik. Angst vormt daarmee ook voor partners, familie of vrienden een zware belasting omdat hun dierbare nooit alleen de straat op durft of voortdurend het huis blinkend schoon wil houden (*brochure over angststoornissen van het NFGV*).

Susanne Piët spreekt in haar boek *'Het loon van de angst'* over 500 verschillende definities van angst. Er bestaat zelfs zoiets als 'angst voor de angst'! Dit betekent dat het noodzakelijk is om het verschijnsel te classificeren en keuzes te maken met betrekking tot die onderdelen van de Gestalttheorie die het meeste aansluiten bij dit onderwerp. In de voor u liggende thesis is dan ook mijn centrale vraag:

"Welke aandachtspunten zijn van belang voor een Gestalttherapeut bij het werken met cliënten met existentiële angst in relatie tot hechtingsproblematiek?"

1.3 Leeswijzer

Deze thesis valt uiteen in twee delen. In het eerste deel wordt ingegaan op de algemene visie op angst en hechting. Hoofdstuk 2 begint met de omschrijving van een van de centrale begrippen: angst. Wat is het, waar komt het vandaan en in welke varianten kan het zich aandienen? In hoofdstuk 3 komt het tweede kernbegrip aan bod: hechting. In dit hoofdstuk wordt uitgewerkt hoe een gezonde hechting tot stand komt en wat de gevolgen zijn als deze zich niet goed ontwikkelt.

Vanuit de Gestaltmethodiek kijk ik vanuit *contact in het hier-en-nu* naar begrippen als angst en hechting. Het tweede deel van de thesis is dan ook gereserveerd voor de Gestaltvisie. In hoofdstuk 4 wordt daarvoor de theoretische basis gelegd. In hoofdstuk 5 komt de praktijk van het werken met Gestalt aan bod. Hoofdstuk 6 gaat in op de aandachtspunten in de therapie bij angst en hechtingsproblematiek. Hoofdstuk 7 sluit af met de beantwoording van de centrale vraag. In de bijlage heb ik een aantal voorbeelden uitgewerkt van hoe ik werk met mijn cliënten en ik sluit af met een literatuurlijst.

2. Het fenomeen angst nader bekeken

Inleiding

Angst is een breed begrip. Om de centrale vraag op een goede manier te kunnen beantwoorden is allereerst een heldere definitie van belang. Wat is angst eigenlijk? Hoe wordt angst in de geestelijke gezondheidszorg geclassificeerd? Hoe wordt het begrip gedefinieerd door verschillende deskundigen? Welke oorzaken liggen eraan ten grondslag en hoe is ze te behandelen door middel van therapie en medicatie? In dit hoofdstuk ga ik nader in op deze en aanverwante vragen.

2.2 Wat is angst?

Angst is een signaal dat aangeeft dat er gevaar dreigt. Dit gevaar kan van buitenaf komen en van binnenuit. Het gevoel van angst kan verschillen van een onaangenaam gevoel van spanning en rusteloosheid tot volledige verstarring. Mensen verschillen zeer in hun beleving van angst. De reactie van een persoon houdt verband met persoonlijke ervaringen, omstandigheden en de gestemdheid van een persoon op een bepaald moment. Soms kan de verwachting van een gebeurtenis tot meer angst leiden dan de gebeurtenis zelf zoals bij examen-vrees².

Vaak melden cliënten zich niet bij mij met angstklachten, maar komen ze voor begeleiding in verband met spanningsklachten of oververmoeidheid. Als therapeut zie ik in mijn praktijk hoe angst zich manifesteert in tekenen als rusteloosheid, een hoge ademhaling en een sterke behoefte om alles onder controle te houden. Soms zijn er psycho-somatische klachten zoals het "prikkelbaar darm-syndroom" (PDS).

De cliënten uit mijn doelgroep lijken weinig in contact te zijn met hun behoeften omdat ze gewoon zijn om zich vooral te verplaatsen in de behoeften van anderen om zich met hen te kunnen verbinden. Ze kijken me vaak verbaasd aan als ik vraag wat hun behoeften zijn en zeggen dan iets in de geest van: "*Daar heb ik nog nooit over nagedacht.*" Zij durven vaak geen nieuwe ervaringen aan te gaan vanuit hun behoefte aan controle en zitten gevangen in een gewoonte (*patroon*) waardoor ze altijd maar dezelfde figuur maken. Daardoor zijn zij zich minder bewust van hun mogelijkheden.

Cliënten ervaren de angst als iets dat hen overkomt, alsof deze van buitenaf komt. Doordat ze niet ervaren *dat* en *hoe* zij zelf bijdragen aan de ervaring van de angst, komen ze vast te zitten (*afhankelijkheid omgeving*). Deze cliënten gaan aanvankelijk bepaalde situaties die met angst worden geassocieerd uit de weg, waardoor ze de ervaring van de angst vermijden. Uiteindelijk kan de angst zo dominant worden dat cliënten zich in steeds meer situaties bedreigd gaan voelen. Zo ontwikkelt zich een angst voor de angst die eventueel in een paniekaanval kan uitmonden.

² **Sietske Bierens, 2001**

2.3 Angst in de literatuur

Om meer inzicht te krijgen in het fenomeen angst, heb ik in de medische literatuur gezocht naar bevredigende verklaringen of beschrijvingen hiervan.

Angst is een vaak zeer sterke emotie die optreedt als er gevaar dreigt. De emotie bereidt iemand zeer snel voor op *vlucht-vechtgedrag* of *agressie* als reactie op het gevaar (*o.a door toename van de adrenalineproductie en een sneller hartritme*). Het optreden van een korte angst die direct weer verdwijnt, noemt men *schrikken*. Schrikken gaat vaak gepaard met een onwillekeurige lichamelijke reactie, de *schrikreflex*. Wanneer angst zo intens is, dat het rationeel gedrag (bijna) geheel wegvalt, wordt deze *paniek* genoemd.

Angst kan ook op langere termijn voorkomen in de vorm van een ernstige afkeer van bepaalde situaties of objecten, bijvoorbeeld *angst in het donker*, *angst voor spoken*, *faalangst* of *hoogtevrees*. Angst kan een rol spelen in gedragsaanpassingen. Zo kan iemand aanleren ergens bang voor te zijn en hiernaar handelen of een angst juist afleren. Dit wordt *angstconditionering* genoemd. Angst kan in verschillende gradaties voorkomen en kan zelfs de vorm van een *fobie* aannemen. In ernstige gevallen kunnen sociale problemen optreden doordat mensen irrationeel of gevaarlijk gedrag gaan vertonen. *Paniek* en angst komen niet alleen bij individuen voor, maar treden soms ook op in groepen. Met name bij paniek spreekt men dan wel van *massahysterie*.

Veel auteurs geven inzicht in de verregaande consequenties van het leven met angst. Zo noemt dr. Frits Winter (1998) in zijn boek "*De angst de baas*" een leven in de greep van de angst een leven in gevangenschap. Hij schrijft dat een leven met angst een leven vol gemiste kansen is. Angst, zo schrijft hij, maakt dat men zichzelf niet kan en durft te zijn, waarmee een uniek individu verloren gaat. Hij stelt verder dat een angstprobleem niet altijd veroorzaakt wordt door een psychisch probleem, maar dat een angstprobleem wel psychische problemen tot gevolg heeft ³.

Dr. Jeffrey Brantley beschrijft in zijn boek "angst beheersen met aandacht" dat angst gevoeld wordt in zowel lichaam als geest. Hij ziet 'piekeren' als de manier waarop de geest zijn angst uit ⁴. Ook stelt hij dat onzekerheid een bijzonder krachtig en negatief aspect is van piekeren. Wanneer mensen geconfronteerd worden met uiterst onzekere situaties, wanneer ze niet weten wat er gaat gebeuren of hoe ze moeten optreden, kunnen ze uiterst ondermijnende gevoelens van machteloosheid en frustratie ervaren. Onzekerheid houdt mensen in een constante staat van onrust, waardoor ze zich niet kunnen ontspannen. De prijs die ze uiteindelijk voor deze continue spanning en stress betalen is hoog. Daarbij merkt hij op dat stress op zichzelf geen ziekte veroorzaakt. Het gaat erom hoe je op de stress reageert. De manier waarop je datgene wat er gebeurt ziet en interpreteert, bepaalt de invloed die de stress zal hebben. Suzanne Kobasa deed gedurende een periode van 5 jaar onderzoek naar stressbestendigheid. Zij constateerde dat mensen die hun stress overwinnen met weinig of geen gevolgen voor hun gezondheid, beschikken over drie essentiële kenmerken;

³ dr. Frits Winter, 1998:14-15

⁴ Dr. Jeffrey Brantley, 2004:27

- **Betrokkenheid**, met andere woorden je verbonden voelen met mensen en dingen is belangrijk.
- **Controle** houdt in dat je er vertrouwen in hebt dat je de pijn of vernietigende aspecten van een bepaalde stressvolle situatie kunt opvangen. Dat je weigert om een slachtoffer te worden. Het is het vermogen om je te richten op wat je wel kunt controleren en je niet laten afleiden door wat je niet kunt controleren.
- **Uitdaging** houdt in dat je een stressvolle situatie kunt verwelkomen als een interessante en spannende kans om te groeien. Dat houdt onvermijdelijk in dat je ook verandering verwelkomt en aanvaardt, in plaats van je erdoor overweldigd te voelen ⁵.

De psycholoog May (1977) geeft een definitie van angst die ter afsluiting van deze paragraaf kan dienen als samenvatting:

"Angst is de zorg die in werking wordt gesteld door iets wat een persoon als persoonlijkheid bedreigt".

⁵ **Dr. Jeffrey Brantley**, 2004:54-56

2.4 Het begrip angststoornis

Binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt gebruik gemaakt van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4Th Edition (DSM-IV). Onder verantwoordelijkheid van de Psychiatric Association, is een classificatie van psychische stoornissen ontwikkeld, die algemeen in Nederland gebruikt wordt binnen de hulpverlening, bij opleiding en bij onderzoek. De DSM-IV geeft een overzicht van diagnostische criteria om de betrouwbaarheid bij het stellen van een diagnose te vergroten. Bovendien schept het een kader waarbinnen klinici, opleiders en onderzoekers met elkaar kunnen communiceren als het gaat om de uitwisseling van informatie rondom hun cliënten. Omdat existentiële angst als zodanig niet genoemd wordt binnen de DSM-IV, werk ik onderstaand de gegeneraliseerde angststoornis uit omdat deze veel kenmerken bevat van de existentiële angst.

Bij een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is er volgens de DSM-IV classificatie sprake van:

- Buitensporige angst en bezorgdheid (bange voorgevoelens), gedurende 6 maanden vaker wel dan niet voorkomend, over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals werk of schoolprestaties).
- Betrokkene vindt het moeilijk de bezorgdheid in de hand te houden.

De angst en bezorgdheid gaan samen met drie (of meer) van de volgende zes symptomen:

- rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn
- snel vermoeid zijn
- zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren
- prikkelbaarheid
- spierspanning
- slaapstoornis (moeilijkheden in slaap te vallen of door te slapen, of rusteloze, niet verkwikkende slaap)
- Het onderwerp van de angst en bezorgdheid is niet beperkt tot de kenmerken van een As I stoornis, bijv. de angst of bezorgdheid gaat niet over het hebben van een paniekaanval (zoals bij een paniekstoornis), het in gezelschap voor schut staan (zoals bij een sociale fobie), het besmet worden (zoals bij een obsessief - compulsieve stoornis), het van huis of naaste familie weg zijn (zoals bij een separatie - angststoornis), het in gewicht toenemen (zoals bij anorexia nervosa), het hebben van veel verschillende lichamelijke klachten (zoals bij een somatiestoornis) of een ernstige ziekte hebben (zoals bij hypochondrie) en de angst en bezorgdheid komt niet uitsluitend voor tijdens een posttraumatische stress stoornis.
- De angst, bezorgdheid of de lichamelijke klachten veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

- De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijv. hyperthyroëdie) en komt niet uitsluitend voor tijdens een stemmingstoornis, psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

De groep angststoornissen is in de DSM-IV als volgt ingedeeld:

- *acute stress stoornis*
- *agorafobie* (zonder historie van de paniekstoornis)
- *angststoornis door een somatische aandoening*
- *gegeneraliseerde angststoornis*
- *obsessief compulsieve stoornis*
- *paniekstoornis* (met of zonder agorafobie)
- *posttraumatische stress stoornis*
- *sociale fobie*
- *angststoornis door alcohol of drugs*
- *angststoornis niet anderszins omschreven*

In het handboek psychopathologie stellen Vandereycken, Hoogduin en Emmelkamp (2001) dat de gegeneraliseerde angststoornis vaak als een restgroep van de angststoornissen wordt gezien. Pas wanneer geen *paniekstoornis*, *fobische stoornis*, *dwangstoornis* of *posttraumatische stressstoornis* wordt gediagnosticeerd, wordt de diagnose GAS overwogen. Vrijwel alle angststoornissen voldoen echter aan bovenstaande DSM-IV criteria. Een ander belangrijk probleem met de diagnose is de overgang tussen normaliteit en GAS: deze is te vergelijken met de overgang tussen een normale bloeddruk en hypertensie. Het is de vraag of het in alle gevallen mogelijk is deze beelden van elkaar te onderscheiden.

Iemand met een GAS vertoont vaak vermijdend gedrag, maar deze vermijding heeft geen specifieke focus. Veel mensen met GAS hebben ook last van *depressieve klachten*. Het onderscheid tussen de diagnose *angst met depressieve gevoelens* of *depressie met angstgevoelens* is niet eenvoudig. De cliënt met de *stemmingsstoornis* is vaak angstig, de cliënt met GAS vaak gedeprimeerd. Een *dwangstoornis* (*obsessief-compulsieve stoornis*) vertoont vaak *samenhang met een angststoornis*. De cliënt heeft dwanggedachten, althans er is een proces van *dwangdenken*; de inhoud verschilt wel steeds. De gedachten leiden echter niet tot dwanghandelingen of coverte (geremde) mentale activiteiten. Ook piekeren wordt gezien als een onderdeel van de gegeneraliseerde angststoornis.

Volgens het NFGV komen angststoornissen in bepaalde families meer voor dan in andere. Erfelijkheid speelt daarin een rol, maar ook de opvoeding. Een angststoornis begint vaak na een ingrijpende levensgebeurtenis zoals fysiek of seksueel misbruik, een ernstige ziekte, een sterfgeval, een verhuizing of ontslag. Ook iemands persoonlijke eigenschappen zijn van invloed op het wel of niet krijgen van een angststoornis. Zulke eigenschappen zijn onder andere: slecht voor jezelf opkomen, moeilijk gevoelens kunnen uiten en de neiging hebben probleemsituaties en conflicten uit de weg te gaan. Er bestaan angstverhogende vormen van 'coping' (actief anticiperen, goed voorbereid zijn op situaties - waardoor cliënten volkomen uit balans raken als de situatie anders verloopt dan zij vooraf ingeschat hadden - en angstdempende vormen (bagatelliseren,

weglachen met een grap of afwachten). In de GGZ wordt bij angstproblematiek vaak met groepstherapie gewerkt omdat deze cliëntgroep daar kan ervaren hoe ze om kunnen gaan met irreële gedachten.

2.5 De gezonde kant van angst

Wat mij opgevallen is bij het bestuderen van de literatuur is dat er overwegend nadruk wordt gelegd op de pathologische aspecten van angst. Na al het genoemde kommer en kwel hecht ik er waarde aan ook de gezonde kant van angst te benadrukken. Iedereen heeft wel eens angstgevoelens. Deze gevoelens maken een cliënt bewust van aanwezig of dreigend gevaar. Bij gevaar is het een gezonde situatie om angst te kennen. Als je angst voelt op grote hoogte, bij het zien van een angstaanjagend beeld of bij hoge snelheden, dan heeft de angst een nuttige functie. Voor deze angst bestaat een gegronde reden waarbij het lichaam, onder invloed van de angst, zich klaar maakt om te vluchten of te vechten ⁶.

2.6 Medicatie

Er zijn twee soorten medicijnen die veel worden gebruikt bij angststoornissen. Deze kunnen ook ingezet worden ter ondersteuning van (*gedrags*)therapie.

Ten eerste zijn dit de zogenaamde *antidepressiva*. Deze medicijnen tegen depressie helpen ook tegen angstgevoelens. Ze zijn goed te combineren met gedragstherapie en verhogen vanuit hun ondersteunende werking de kans van slagen van de therapie. Deze medicijnen zijn 2 - 4 weken na inname werkzaam. Er kan alleen mee gestopt worden door middel van een afbouwprogramma. Tijdens de opbouw kan de cliënt last hebben van misselijkheid, duizeligheid, slaperigheid, obstipatie en enige gewichtstoename. Ook kan er sprake zijn van een droge mond, wazig zien en vermindering van seksuele gevoelens. Bovendien werkt het korte termijn geheugen minder goed. Deze bijwerkingen treden lang niet altijd op en verschillen per middel. Soms is het uitproberen welk middel de minste bijwerkingen geeft.

Ten tweede worden angstremmende middelen voorgeschreven: *kalmerende middelen of anxiolytica*. Deze medicijnen verminderen de angstgevoelens en geven een rustiger gevoel. De angstklachten komen echter terug zodra met deze medicijnen wordt gestopt. Bovendien werken ze verslavend. Bijwerkingen van deze medicijnen zijn sufheid en moeheid.

2.7 Samenvatting

Angst manifesteert zich bij mijn doelgroep doordat er weinig contact lijkt te zijn met hun behoeften en zij nieuwe ervaringen gemakkelijk uit de weg gaan (*vermijden*). Cliënten durven vaak geen nieuwe ervaringen aan te gaan vanuit hun behoefte aan controle en zitten gevangen in een gewoonte (*patroon*). Verder heb ik het kader inzichtelijk gemaakt van de diagnostische criteria binnen de DSM-IV. Belangrijk probleem daarbij is dat de overgang tussen normaliteit en GAS moeilijk waarneembaar is.

⁶ **dr. Frits Winter**, 1998:14

Angst is in aanleg een gezonde en soms zelfs levensreddende emotie. In pathologisch opzicht is angst is een krachtige drijfveer die kan leiden tot fysieke reacties evenals gedragsaanpassingen. Bij het ontstaan van angst spelen erfelijkheid, opvoeding en persoonlijke eigenschappen een rol. Angstproblemen leiden vaak tot psychische problemen. Als gevolg van angst kan, naast vermijdend gedrag, depressie, een dwangstoornis of piekeren optreden.

In het volgende hoofdstuk sta ik stil bij een aantal aspecten van hechting omdat deze een relatie vertoont met existentiële angst.

3 . De hechting van het jonge kind

3.1 Inleiding

In de praktijk van het werken met mijn cliënten merkte ik dat existentiële angst een relatie vertoont met een onveilige hechting in de jeugd. Het is daarom voor de beantwoording van de probleemstelling wezenlijk om nader onderzoek te doen naar hechting en hechtingsproblematiek. In dit hoofdstuk komt de hechtingstheorie van John Bowlby en de visie van Alice Miller en Caroline Penninga-de Lange op onveilige hechting aan de orde. Vervolgens werk ik de gevolgen van onveilige hechting uit. Tot slot beschrijf ik de neurotische mechanismen die ontstaan als gevolg van onveilige hechting.

3.2 Hechting volgens een aantal deskundigen

Volgens Bowlby (2003) worden zowel het directe leergedrag als de hechtingsband tussen ouder en kind in sterke mate bepaald door de ouder-kind relatie. Een veilige hechtingsband kan zich het best ontwikkelen op de voedingsbodem van sensitief oudergedrag. Deze opvoedkundige sensitiviteit wordt traditioneel gedefinieerd als oog hebben voor signalen en behoeften van het kind en daar adequaat op ingaan. Dergelijke responsieve reacties zijn van belang bij het ontwikkelen van een basisgevoel van veiligheid, wanneer een opvoeder bij een signaal van het kind direct beschikbaar blijkt te zijn. Ze zijn ook van belang voor het ontwikkelen van een gevoel van eigen effectiviteit, wanneer het kind het verband tussen een signaal en de reactie van de opvoeder kan leggen ⁷.

Oogcontact, samen met lichaamscontact en stemgebruik, is één van de eerste vormen van wederzijdse intermenselijke interactie. Bowlby concludeert in deze het bestaan van instinctieve gerichtheid naar het meest vitale onderdeel van informatie-uitwisseling bij de mens (*het aangezicht*) en hierop zal zich in de eerste weken na de geboorte een van de meest krachtige hechtingsgedragingen gaan enten, namelijk de sociale glimlach.

Volgens Alice Miller (1981) draagt een pasgeborene de verwachting in zich om zichzelf te realiseren. Het kind heeft vertrouwen in de omgeving en schenkt deze ook vertrouwen. Door de ouders kan dit vertrouwen geschonden worden. In de eerste plaats door wat ouders '*nalaten*' te doen: te weinig koestering geven, het kind niet in zijn eigenheid zien of deze eigenheid niet respecteren. In de tweede plaats door wat ze het kind '*aandoen*' door het te vormen naar het beeld dat zij ervan hebben. Het kind voelt dat aan en houdt al heel vroeg op zijn eigen behoeften te uiten. Dit maakt het voor het kind moeilijk zich te differentiëren en een eigen '*zelf*' te ontwikkelen. De '*true self*' (ware zelf) komt niet tot ontwikkeling. Er ontstaat een '*false self*' ofwel een '*alsof-persoonlijkheid*'. In hoofdstuk 4.7 werk ik de relevante theorie van het '*zelf*' verder uit.

⁷ Ouderlijk gedrag zal ondersteunend zijn wanneer het kind hierdoor ervaringen van eigen competentie opdoet en tevens ervaringen met betrekking tot de beschikbaarheid van de omgeving. Het gaat hier dan niet meer alleen over de hechting met de moeder. Ook met verzorgers in de kinderdagopvang en met de vader worden op gelijkaardige manier gehechtheidspatronen opgebouwd... (Handboek ontwikkelingspsychologie, **De Wolff & Van IJzendoorn**, 1998:67-70).

Onderzoekster Caroline Penninga – de Lange (2005) werkt weer andere aspecten uit van de gevolgen van een hechtingsstoornis. Zij stelt;

Elk kind met een hechtingsstoornis heeft, door wat voor oorzaak of omstandigheid dan ook, te weinig de ervaring kunnen opdoen van lichamelijk zich veilig voelen in de wereld. Dit heeft tot gevolg dat het zich ook emotioneel niet geborgen kan voelen. Hierdoor ervaart het kind angst, angst voor het bestaan. Op grond daarvan ontstaat er een basiswantrouwen naar de wereld toe: een kind voelt zich niet thuis in de wereld en onder de mensen; ook als die het beste voor hebben met hem of haar. Ook ontstaat er een basisonzekerheid, waardoor een kind niet weet wat het zelf waard is. Er groeit geen of te weinig een gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen. Dat beïnvloedt het hele leven. Het is immers ontzettend moeilijk om alle uitdagingen, waar het leven je voor stelt, te moeten aangaan als je steeds in angst zit of je het wel goed doet, of je wel wordt geaccepteerd om wie je bent (Caroline Penninga – de Lange, uit het boek 'relatiegestoorde kinderen' van dr. G. de Lange).

3.3 Gevolgen van onveilige hechting

In de ontwikkelingsachtergrond van onveilig gehechte kinderen zit een gebrek aan authentiek contact met de ouders. We zien dat het kind zichzelf verliest, zijn zelfwaarde (*zichzelf*) inlevert voor de liefde van de omgeving. Het kind is afhankelijk van de liefde en zorg van deze omgeving (*moeder, ouder*) en zal dan ook proberen aan de eisen van de omgeving of de situatie tegemoet te komen om deze liefde te krijgen. Hieruit ontstaat een levenslang conflict tussen de natuurlijke drang naar levendigheid (*behoefte en gevoelens*) en de 'giftige' geïntrojecteerde boodschap (*verboden en geboden*). Deze kinderen hebben vaak weinig positieve bekrachtiging van de ouders gekregen in hun ontwikkeling.

"Door de aanpassing kent het kind zijn ware behoeften niet meer; het wordt in sterke mate vervreemd van zichzelf. Het raakt zijn eigen bodem kwijt en daardoor kan het zich niet losmaken van zijn ouders. Het wenst voortdurend bevestigd te worden. Deze situatie zal ook op later leeftijd blijven bestaan. Men zal ten koste van veel die bevestiging opeisen. (Alice Miller, 1981:21).

Vanuit wantrouwen en onzekerheid kunnen bij deze cliëntgroep geen gewone patronen in de omgang met zichzelf en in de omgang met anderen groeien.

Er ontstaan geen gezonde patronen in bijvoorbeeld het omgaan met gevoelens van verdriet en boosheid, het aandacht vragen en opkomen voor die gevoelens. Ook ontstaan er geen gezonde patronen in de omgang met anderen, die kinderen bijvoorbeeld in staat stellen om zich te gedragen naar de regels die er in huis gelden en contact te maken met anderen op een manier die voor beide partijen plezierig is. In plaats daarvan groeien er patronen om zich te kunnen handhaven in een wereld die als bedreigend wordt gezien, zogenaamde zelfhandhavingpatronen. Die zelfhandhavingpatronen overdekken de angst, het verdriet en de boosheid, die het kind ervaart op grond van zich zo 'ontworteld' of 'niet geworteld' voelen (Caroline Penninga – de Lange, uit het boek 'relatiegestoorde kinderen' van dr. G. de Lange).

Caroline Penninga – de Lange beschrijft verder hoe zij in de zelfhandhavingpatronen verschillen ziet ontstaan tussen kinderen. Zij onderscheidt 2 typen:

1. Kinderen met **actieve zelfhandhaving**, die agressief, chaotisch of claimend gedrag laten zien. Deze kinderen worden als het ware geregeerd door hun eigen wensen en verlangens en kunnen de wensen en verlangens van anderen niet respecteren. Dit blijkt uit pestgedrag, extreem verzet tegen alles wat ouders (en andere volwassenen) van hen vragen, voortdurend de strijd aangaan en soms ook de wil om wraak te nemen op mensen om zich heen. Hier lijkt met name de gedachte achter te zitten: 'De wereld is waardeloos en ik voel me in de steek gelaten door de wereld.'

2. Kinderen die voornamelijk zichzelf waardeloos zijn gaan vinden. 'Deze wereld biedt mij geen veilige plek. Dus zal ik wel niet de moeite waard zijn'. De patronen van **passieve zelfhandhaving** die hier bij horen zijn bijvoorbeeld:

- **Zich terugtrekken uit contact**; geen contact aan durven gaan, niet tot last willen zijn, niet willen opvallen. Deze kinderen denken geen erkenning waard te zijn; erkenning van wie ze zijn, wat ze voelen, willen, denken en doen. Dit kan zelfs leiden tot zelfbeschadiging en ook suïcidaal gedrag.

- **Zich te verstandelijk opstellen in het leven**; zich afsluiten voor gevoelens en ervaringen en zich slechts richten op het verstandelijke aspect in relaties. Zo worden pijnlijke gevoelens en ervaringen zoveel mogelijk weggedrukt en hoopt het kind niet weer teleurgesteld te worden.

- **Zich in schijn aanpassen**; maar zich in een relatie niet echt kunnen geven. Er ontbreekt in het contact de lichamelijk-emotionele dimensie, waarbij het kind zich gekoesterd en geborgen weet en ook de ruimte neemt om eigen gevoelens en wensen kenbaar te maken.

- **Zich teveel aanpassen**; niet meer weten wat eigen gevoelens en wensen zijn. Het kind richt zich naar de wensen en verlangens van anderen. Het kind weet ook niet op te komen voor wat het wil en is daardoor soms een mikpunt van pesterijen.

Doordat kinderen zichzelf zo 'leren' omgaan met gevoelens van angst en pijn, verdriet en boosheid zijn ze heel goed in staat om zich (*ook als volwassene*) in te leven in de gevoelens van anderen. Ze hebben als het ware een antenne ontwikkeld om te zien wat *de ander* nodig heeft. Deze zelfhandhaving kan een leven lang meegedragen worden als het kind of de volwassene niet de gelegenheid krijgt de basale gevoelens van wantrouwen en onzekerheid te overwinnen.

Het alsnog ervaren van lichamelijke veiligheid en emotionele geborgenheid kan voor kinderen en volwassenen helend zijn, waardoor emotionele en sociale groei mogelijk is. Over de manieren waarop kinderen en volwassenen deze groei kunnen bereiken, lopen de meningen uiteen. Hierbij moet ook onderscheid gemaakt worden tussen mildere en ernstiger vormen van hechtingsproblematiek.

Zowel bij kinderen met actieve als met passieve zelfhandhaving, zie je dat ze heel alert zijn op hun omgeving. Ze willen alles onder controle houden omdat ze bang zijn voor wat er kan gebeuren. Ze denken er niet op te kunnen vertrouwen dat de volwassenen om hen heen ervoor zorgen dat alles veilig is voor hen. Sommige kinderen willen daarom zelf bepalen wat er gebeurt, zelf bepalen wat en hoe er gegeten wordt, hoe er naar bed wordt gebracht, waar alle knuffels moeten staan in de kamer. Tijdens het spel met anderen moet het kind ook bepalen wat er wordt gespeeld, want anders is het te onveilig. Wie weet wat er gebeurt als de ander iets kiest en bepaalt?

Bij sommige kinderen is er sprake van zowel actieve als passieve zelfhandhaving, bijvoorbeeld zich thuis agressief en afwerend gedragen en op school zeer teruggetrokken zijn.

Hieronder volgt het bovenstaande schematisch weergegeven.

<p>Actieve zelfhandhavingsspatronen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gedachte 'De wereld is waardeloos' - Gedrag: Door eigen wensen geregeerd 	<p>Passieve zelfhandhavingsspatronen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gedachte 'Ik ben waardeloos' - Gedrag: Eigen behoeften en gevoelens negerend / ontkennend / niet kennend
<p>* Agressief</p> <ul style="list-style-type: none"> - zich wreken op de wereld 	<p>* Zich terugtrekken / het laten afweten</p> <ul style="list-style-type: none"> - (zelfbeschadiging - suicide) - denken geen erkenning waard te zijn / denken zelf schuld te hebben
<p>* Claimend</p> <ul style="list-style-type: none"> - erkenning vragen voor eigen waarde / eigen gevoelens 	<p>* Te verstandelijk</p> <ul style="list-style-type: none"> - zich afsluiten voor ervaringen en gevoelens - slechts zich richten op verstandelijke relaties
<p>* Chaotisch/impulsief</p> <ul style="list-style-type: none"> - niet weten wat het met eigen behoeften en verwachtingen van de wereld aan moet 	<p>* In schijn aangepast/zich gevend in relatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - relaties hebben geen lichamelijk-emotionele dimensie - geen ruimte durven nemen voor eigen gevoelens en meningen

3.4 Neurotische mechanismen

Lambrechts (2001:78) stelt dat neurotisch functioneren voortvloeit uit een verlies van zelfgevoel of gewaarzijn. Vanuit de neurose maak ik de overgang naar angst;

Goodman schrijft dat angst de onderbreking is van 'creatieve opwinding'⁸. Angst stoort het proces van creatieve aanpassing en wel op cruciale momenten. Goodman noemt die momenten op en voegt telkens de specifieke stoornis of verlies van *ik-functioneren* eraan toe:

- angst vóór de nieuwe eerste opwinding ---> **confluentie**
- angst tijdens de opwinding ---> **introjectie**
- angst voor confrontatie met de omgeving ---> **projectie**
- angst tijdens het conflict en het afbreken ---> **retroreflectie**
- angst bij het eindcontact ---> **egotisme**⁹

Van belang is te zien hoe de verschillende contactstijlen van de cliënt zich kunnen verbuigen of ombuigen tot contactvermijdingen. Ik kom daar in hoofdstuk 4.4 op terug.

Daarna maakt Goodman duidelijk dat elk proces van creatieve aanpassing een fase van agressie en destructie met zich meebrengt. Alleen door het veranderen van oude structuren, wordt het onbekende bekend gemaakt. Zo'n vernietiging van de status-quo kan echter angst oproepen. Deze angst is sterker naarmate men, neurotisch gezien, minder flexibel is.

In therapie leert een cliënt aspecten van zichzelf kennen waarvan deze zich niet eerder bewust was. Hij ontdekt in de dialoog met de therapeut welke gedachten hij heeft, wat zijn overtuigingen en gevoelens zijn en hoe hij handelt. Door zonder oordeel naar zichzelf te kijken in het hier-en-nu ontstaat weer ruimte en kunnen keuzes worden gemaakt.

De cliënt loopt niet meer zo vaak vast als voorheen en leert weer in beweging te komen. Uiteindelijk kan er weer een balans ontstaan door niet vast te blijven staan op één punt, maar door te bewegen tussen de twee uitersten (*polariteiten*). De angst wordt daarmee iets van de cliënt en niet iets wat hem overkomt. Doordat de cliënt leert te accepteren dat de angst een deel van zijn functioneren is, vermindert zijn primaire reactie van vechten of vluchten. Er ontstaat weer ruimte.

Bij mijn cliëntgroep zie ik kort samengevat de volgende verschijnselen:

- Neiging tot perfectionisme
- Het stellen van extreem hoge eisen aan zichzelf
- Gevoelens van onzekerheid
- Lage zelfwaardering
- Concentratiestoornissen
- Angst voor afhankelijkheid en intimiteit

⁸ **Perls, Hefferline & Goodman, 1951:448-451**

⁹ **Lambrechts, 2001:469**

- Snel aangevallen voelen
- Moeite hebben met het maken van keuzes
- Moeite hebben met het bereiken van doelen
- Veel in details blijven hangen en moeilijk de grote lijn zien waardoor er veel druk ontstaat
- Hoog verantwoordelijkheidsgevoel
- Neiging tot piekeren
- Soms dwanggedrag, depressiviteit of suïcidaal gedrag

Dit betekent dat de therapieperiode langer duurt dan gemiddeld. Het vraagt tijd om gevoelens van perfectie en gevoelens van waardeloosheid naar realistische proporties terug te brengen. Er is veel aandacht nodig voor de angstgevoelens en het eventueel dwangmatig handelen. Ook kan er sprake zijn van dwanggedrag, depressiviteit of suïcidaal gedrag. Als er voldoende veiligheid is ontstaan in de relatie tussen behandelaar en cliënt komt vaak de kwetsing uit de kindertijd naar buiten wat gepaard kan gaan met gevoelens van verdriet en boosheid. Deze cliënten *moeten* veel van zichzelf en ervaren gevoelens van machteloosheid. Ook vermijden ze confrontaties en conflicten. Daaruit concludeer ik dat ze retroflecteren, uit angst afgewezen te worden. Ze klagen liever over anderen dan dat ze deze direct aanspreken. Ze hebben vaak moeite om zich emotioneel te uiten, bewegen niet soepel, ademen onvolledig en hebben soms een ingehouden en gecontroleerde expressie.

3.5 Samenvatting

Uit de literatuur blijkt duidelijk dat zowel direct leergedrag als de hechtingsband tussen ouder en kind in sterke mate beïnvloed worden door het gedrag van de ouders. Elk kind met een hechtingsstoornis heeft, door wat voor oorzaak of omstandigheid dan ook, te weinig de ervaring kunnen opdoen zich lichamenlijk veilig te voelen in de wereld.

Door het ontbreken van dit gevoel van veiligheid en geborgenheid ontwikkelt het kind angst voor het bestaan, met weinig of geen gevoel van eigenwaarde of zelfvertrouwen. Het gevolg daarvan is een gebrek aan authentiek contact met de ouders met '*zelfverlies*' als gevolg. Het kind raakt zijn bodem kwijt, zoekt steeds bevestiging en kan zich niet losmaken van de ouders.

Er ontwikkelen zich geen gezonde patronen in het omgaan met gevoelens van verdriet en boosheid, waardoor zelfhandavingspatronen ontstaan waarmee ze hun angst, verdriet en boosheid op een actieve of passieve manier toedekken. Het alsnog ervaren van lichamenlijke veiligheid en emotionele geborgenheid kan voor kinderen en volwassenen helend en genezend zijn, waardoor emotionele en sociale groei weer mogelijk is. Elk proces van creatieve aanpassing brengt een fase van agressie en destructie met zich mee, wat angst op kan roepen. Het evenwicht kan zich weer herstellen door stil te staan bij wat er is in het hier-en-nu.

In hoofdstuk 4 beschrijf ik een aantal relevante begrippen uit de gestalttheorie die aansluiten bij mijn literatuuronderzoek over angst en hechtingsproblematiek.

4 De Gestalttheorie

4.1 Inleiding

Ik heb voor deze thesis een selectie gemaakt uit een aantal relevante begrippen uit de Gestalttheorie. De theorie is omvangrijk; ik heb gekozen voor de onderwerpen: Gestaltvisie op angst en hechtingsproblematiek, contact, contactgrens en contactvermijdingen, de veldtheorie, de fenomenologie, de ontwikkeling van het 'zelf' en de verstoring van het Gestaltformatieproces omdat ik bij de beschrijving van het toepassen van Gestaltmethodiek in mijn werk met cliënten deze begrippen gebruik.

4.2 De Gestaltvisie op angst

Volgens *Bertram Müller (2007)* gaat het bij angst van binnen uit vooral om verstoorde opwinding. Dit wordt ondersteund door Perls:

"Anxiety is the dread for one's own daring". (Angst is de beduchtheid voor je eigen durf¹⁰).

Hij stelt in bovenstaand citaat dat angst altijd in de buurt is, zeker waar het gaat om het experimenteren met nieuw gedrag.

Van Praag (1998) zegt over angst dat deze moet worden opgevat als de spanning die ontstaat in het nu, over wat straks kan gebeuren. Angst is dus altijd verbonden met de toekomst. In een staat van angst zijn we in contact met de aanwezige, stijgende opwinding en we zijn ook in contact met onze verwachtingen van wat er gebeurt als we onze opwinding uiten. Het is het conflict tussen een aanwezige zich vormende figuur en ons voorgevoel van een ramp als we de figuur zich verder zouden laten ontwikkelen.

Latner (1974) noemt angst een verdedigingsmechanisme om ons te beschermen en ons functioneren op gang te houden, wat beter gezien kan worden als agressiviteit tegen het 'zelf'¹¹.

4.3 De Gestaltvisie op hechtingsproblematiek

Zoals ik in hoofdstuk 3.3 beschreef zit er in de ontwikkelingsachtergrond van onveilig gehechte kinderen een gebrek aan authentiek contact met de ouders met 'zelf' verlies als gevolg. Hierdoor ontstaat een conflict tussen de natuurlijke drang naar levendigheid en de geïntrojecteerde boodschap. Door de dwang die tegen de opwinding ingaat, zal het 'zelf' als ik-functioneren geen contact meer maken met de omgeving. De opwinding, die het verlangen vergezelt, stopt en het gewaarzijn van die opwinding wekt angst op. Angst om verlaten te worden. Het kind wijst zichzelf af zodat de ander dit niet meer kan doen. Hij doet dit door zichzelf aan te passen aan de eisen van de omgeving. Hierdoor is het latere gevoel van eigenwaarde niet gebaseerd op de eigen gevoelens maar op het bezit van bepaalde kwaliteiten.

¹⁰ **Perls, Hefferline & Goodman, 1951:413**

¹¹ **Latner, 1973:91**

Het anders willen zijn dan we zijn, betekent dat onze gevoelde begrenzing niet langer samenvalt met onze feitelijke begrenzing. We dekken af wat niet strookt met ons ideaalbeeld of zelfontwerp ¹².

4.4 Contact, contactgrens en contactvermijding

De Gestaltbenadering werkt met contact in het hier-en-nu. Daarbij wordt de aandacht op de ervaringen zelf gevestigd en gebruik je een anker – zoals bijvoorbeeld het ervaren van je ademhaling – om in het hier-en-nu te blijven. Het hier-en-nu is uitgangspunt omdat contact met de eigen gewaarzijnsstroom ontstaat wanneer we ons openstellen voor wat we op dit moment en in deze omgeving ervaren. Precies omdat het organisme en omgeving verbindt, vormt gewaarzijn de theoretische en therapeutische kern van de Gestalttherapie ¹³. Door te leren aanwezig te zijn in en verbonden te blijven met je lichaam en geest en met wat er in het hier-en-nu gebeurt, heb je de beste kans om je eigen angstervaringen te doorgronden ¹⁴.

Van Praag (1998) noemt contact 'het proces van uitwisseling tussen het individu en zijn omgeving' ¹⁵. Hoe wij contact maken met onze omgeving heeft alles te maken met wat we daaruit nodig hebben, maar ook met wat de omgeving nodig heeft van ons. Alle contact met de omgeving speelt zich af op de contactgrens, waarbij we opnemen wat we willen en afscheiden wat we afwijzen (*differentiatie*). In tegenstelling tot wat het woord 'grens' doet vermoeden is dit geen grens in de zin van een vast gegeven, maar wordt het, net als het 'zelf' als een proces gezien. De contactgrens betekent het ervaringsverschil tussen individu en omgeving.

"When we say 'boundary' we think of a 'boundary between'; but the contact-boundary, where experience occurs, does not separate the organism and its environment; rather it limits the organism, contains and protects it, and at the same time touches the environment" ¹⁶.

Dit zelfregulerende proces zou moeiteloos verlopen wanneer de omgeving zich naadloos zou aanpassen aan dit individuele proces. Echter de omgeving is een verzameling van zelfregulerende processen van andere organismen, waaronder die van vele andere mensen. In dit zelfregulerende proces ontmoet de mens tegenwerking uit de omgeving, wat kan leiden tot frustratie of verstoring van het zelfregulerende proces van het individu ¹⁷.

Angst is een signaal van grens, van 'ik' en de 'ander'. Maar dan is het essentieel om 'ik' te kennen zodat je weet waar de 'ander' begint. Angst ontstaat op deze grens en is in de kern een neutraal gevoel van alertheid en attentie. Afhankelijk van de context van de cliënt (*het veld*) ervaart hij deze grens als positief (*opwindend, 'oh, wat spannend'*) of als negatief (*angst, 'oh, wat bedreigend'*).

¹² **Lambrechts, 2001:427**

¹³ **Lambrechts, 2001:292**

¹⁴ **Dr. Jeffrey Brantley, 2004:38**

¹⁵ **Van Praag, 1998:85**

¹⁶ **Perls, Hefferline & Goodman, 1951: 229**

¹⁷ **Lambrechts, 2001:327-342**

Voor het reguleren van dit contact met de omgeving is awareness nodig. Yontef zegt hierover:

*"The regulation of the boundary between the polar extremes of fusion and isolation requires awareness"*¹⁸.

Doel van dit proces is groei en ontwikkeling van het organisme door creatieve aanpassing van organisme én omgeving. Als deze wisselwerking door iets verstoord wordt, hindert dat de groei van het organisme. De Gestalttherapie is er van oudsher op gericht het wisselwerkend contact te herstellen zodat het organisme, vanuit zijn zelforganiserend vermogen, weer in staat is om zijn behoeften te kunnen vervullen.

Samengevat kunnen in het wisselwerkend contact tussen organisme en omgeving drie aspecten onderscheiden worden:

- het proces van contact maken met de omgeving: *het contactproces*
- het organisme dat contact maakt: *het 'zelf'*
- de plaats van uitwisseling: *de contactgrens*

Het proces van contact maken verloopt volgens Van Praag (1998) in vier fasen:

- *Voor-contact*: Een lichamelijk gewaarzijn van iets wat zich vanuit de achtergrond begint af te tekenen.
- *Contact-maken*: De overgang van gewaarzijn naar beseffen en het duidelijk naar voren komen van een figuur vanuit de achtergrond.
- *Contact-hebben*: Het contact met onszelf en met de omgeving. De contactgrens valt weg, een eenheidsmoment van figuur en achtergrond, van *Ik* en *Gij*. Contact gaat voorbij; het zelf is gericht op het voleinden en niet op het laten voortduren van contact.
- *Na-contact*: een moment van assimilatie: het verwerken en structureren van het contact, het eigen maken en opnemen van het nieuwe. Het proces is voltooid¹⁹.

Perls (1969) benoemt vier vormen van contactvermijdingen die hij weerstanden tot contact noemt:

- **confluentie**
- **introjectie**
- **projectie**
- **retroreflectie**²⁰

Later is er een vijfde contactvermijding bijgekomen: **egotisme**.

Een tijdelijke contactvermijding is een functioneel aspect van het contactproces. Bij structurele contactvermijding spreken we van een verstoring. Onderstaand volgt een korte opsomming van wat bovengenoemde contactvermijdingen inhouden;

¹⁸ **Yontef**, 1988:204

¹⁹ **Van Praag**, 1998:90

²⁰ **Lambrechts**, 2001:80

Van **confluentie** als contactvermijding is sprake als het individu weinig grenzen ervaart tussen het 'zelf' en het 'niet-zelf'. De persoon voelt zich als het ware één met zijn omgeving. De persoon is onvoldoende met zijn eigen behoeften, verlangens en wensen in contact.

Bij **introjectie** neemt de persoon vanuit de omgeving normen, waarden, kennis, houdingen, sferen, emoties en gedragingen op, alsof ze van hem zelf zijn. Hij heeft het idee dat hij veel moet. Ik kom daar in Hoofdstuk 5.3 nader op terug.

Bij **projectie** worden de eigen gevoelens aan de ander toegeschreven, zonder dat de persoon dit zelf merkt. Dat kunnen bepaalde gevoelens of gedragingen van zichzelf zijn die hij niet accepteert. Het labelen van eigen ervaringen in gewenst en niet gewenst, in goed en niet goed speelt hierbij een belangrijke rol.

Retroflectie is het mechanisme waarbij de persoon zichzelf aandoet of geeft wat hij in feite een ander zou willen aandoen of geven. De persoon heeft het vermogen ontwikkeld om zichzelf te verdelen in iemand die doet en iemand die iets wordt aangedaan. Ik kom daar in hoofdstuk 5.4 nader op terug.

Bij **egotisme** is er sprake van een overmatige zelfcontrole en een bijzondere vorm van retroflectie. Het is een manier van contact vermijden waarbij spontaniteit en het nemen van risico's wordt afgeremd, waardoor het contact maken met het vreemde en onbekende uit de weg wordt gegaan (*uit stencils van Sjanneke Meijer, 2002*). Ik kom daar in Hoofdstuk 5.2 nader op terug.

4.5 De veldtheorie

De veldtheorie is een theorie om de werkelijkheid te bestuderen. Van Praag (1998) omschrijft het veld als de omgeving waarin een proces zich afspeelt²¹. Elk ding, elk levend wezen, maakt binnen zijn context deel uit van de totale organisatie [...] en krijgt daarin betekenis'²². Omdat binnen Gestalttherapie het menselijk waarnemen een centrale plaats inneemt, is de veldtheorie het belangrijkste uitgangspunt. De veldtheorie brengt naar voren hoe wij de werkelijkheid waarnemen en de complexiteit van de wereld trachten te ordenen door middel van ons waarnemen en denken. Het uitgangspunt daarbij is dat wij op basis van onze overtuigingen, (voor)oordelen, aannames, meningen, ideeën en standpunten de werkelijkheid waarnemen en dat op grond daarvan ons denken, voelen en handelen wordt gevormd en bepaald. Volgens de veldtheorie nemen wij de werkelijkheid, dus alles in ruimte en tijd, waar als een verenigd en samenhangend geheel, een veld waarin niets op zichzelf staat, waarin alles met elkaar verbonden is en onlosmakelijk deel uitmaakt van dit veld. Het samenhangende veld is voortdurend in beweging. De omgeving beïnvloedt ons door ons uit te nodigen of juist tegen te werken. Op onze beurt beïnvloeden wij onze omgeving door ons terug te trekken of iets aan te gaan, door te creëren of te vernietigen, al naar gelang onze aangeboren en aangeleerde mogelijkheden.

²¹ Van Praag, 1998:33-34

²² Lambrechts, 2001:123

Elk mens is dus altijd onderdeel van een veld. Van Praag stelt dat het veld zich altijd laat opsplitsen in delen die elkaar beïnvloeden ²³. We kunnen het veld waarnemen en vanuit deze waarneming bepaalde delen van het veld op de voorgrond brengen en andere delen naar de achtergrond schuiven. Door onze waarneming brengen we differentiatie aan en beïnvloeden we het veld. Ieder mens reguleert en actualiseert zichzelf binnen de mogelijkheden in wisselwerking met de omgeving. Getracht wordt dit altijd zo te doen dat men op de meest haalbare manier kan functioneren. Dit wordt zelfregulatie genoemd.

De Gestalttheorie spreekt van creatieve aanpassing als het gaat om onze pogingen om tot zelfregulatie te komen. Van Praag (1998) zegt daar over:

"In het proces van creatieve aanpassing vindt het samenspel plaats tussen onze behoeften, wensen, verlangens, lusten en zorgen en de eisen van de omgeving ²⁴.

Om tot creatieve aanpassing te kunnen komen is het noodzakelijk dat het individu contact maakt met zijn omgeving. Zonder dit contact verliezen wij het vermogen om onze obstakels op ons levenspad op te lossen en bevrediging te vinden voor onze behoeften. Door het aangaan van contact krijgt een individu informatie over wie hij is, wat belangrijk voor hem is en wat niet, zodat groei kan ontstaan.

4.6 De fenomenologie

Fenomenologie is 'die wetenschappelijke houding die de fenomenen voor zichzelf wil laten spreken' ²⁵. De basis van de fenomenologie vinden we bij Husserl (1859-1938), die trachtte zonder enig vooroordeel de dingen te leren kennen zoals zij zijn. (Uit ongepubliceerd werk van Harm Siemens).

Bij de fenomenologie gaat het om kijken naar / waarnemen van de fenomenen, van de overeenkomsten en de verschillen (*differentiëren*). Waarneming, ervaring en awareness staan centraal in de fenomenologie. We kunnen ons onmogelijk gewaar zijn van de manier waarop de ander de 'zelfde' wereld ervaart. Want: de realiteit zoals ik die ervaar is mijn werkelijkheid. Niemand anders kan dit voor mij ervaren ²⁶.

Een therapeut ondersteunt zijn cliënt bij dit differentiatieproces door het bevorderen van awareness van de fenomenen, van datgene dat in de ervaring van cliënt en therapeut verschijnt. De therapeut zal zowel de verschillen als de overeenkomsten naar voren halen. Dit differentiatieproces kan angst oproepen bij de cliënt. Angst om het vertrouwde te verlaten. angst voor het vreemde, het onbekende, angst voor weigering, afwijzing, niet aanvaard en in de steek gelaten te worden. Het veranderingsproces kan gepaard gaan met spanning, gevoelens van onzekerheid en paniek ²⁷.

²³ **Van Praag**, 1998:35

²⁴ **Van Praag**, 1987:51

²⁵ **Merleau-Ponty**, 1977:18

²⁶ **Zinker**, 1978:84

²⁷ **Lambrechts**, 2001: 176

Volgens Siemens (2004:1) is het concept van fenomenologie een van de meest fascinerende principes in de gestalttherapie. In dit concept staat het betekenis geven aan datgene wat voor de hand liggend is centraal. In het geven van therapie betekent dit dat de therapeut met zijn zintuigen observeert. Hij luistert naar de manier waarop de cliënt zijn stem gebruikt, hij kijkt naar de gezichtsuitdrukking en de manier van bewegen van de cliënt.

Deze observaties kan de therapeut inbrengen in het contact zonder te interpreteren of te analyseren. In het veld van therapeut en cliënt is de dialoog het middel om de fenomenen te benoemen en zo de awareness van de cliënt te vergroten.

4.7 De ontwikkeling van het 'Zelf'

Als het gaat om de diagnostische fase in Gestalttherapie dan is de theorie van het 'zelf' een belangrijk kader dat steeds terugkomt en een belangrijke rol speelt bij het werken met cliënten met existentiële angst en hechtingsproblematiek.

We kunnen bij het 'zelf' een drietal functies onderscheiden die we contactfuncties noemen. De contactfuncties van het 'zelf' zijn de id-, ego-, en personality-functie. Hieronder licht ik deze functies kort toe.

In de beginfase van het gestaltproces (*voor-contact*) is er het '**id-functioneren**' waarin het lichaam het contact met de omgeving maakt. Vragen die ik als therapeut kan stellen om de behoeften duidelijk te krijgen zijn: "Wat is er op de voorgrond?...Wat heb je nodig?...Wat ervaar je?"...²⁸.

Van Praag stelt dat wanneer behoeften vervuld worden er sprake is van integratie en als een behoefte chronisch niet bevredigd wordt spreken we van een onaffe Gestalt, die telkens weer als onvervulde behoefte naar voren komt om alsnog bevredigd te worden ²⁹.

Wanneer helderder wordt wat zich aandient en zich bijvoorbeeld een behoefte aftekent (*contact-maken*) gaat het id-functioneren over in '**ego-functioneren**'.

De ego-functie is het actieve, senso-motorische aspect van het zelf ³⁰. Het is de functie die zich op het krachtenveld oriënteert, beslissingen neemt en handelt. De ego-functie is verbonden met de wil en sterk gericht op het onderscheid tussen organisme en omgeving waarbij het controle houdt over het naar binnen of buiten verleggen van de contactgrens.

In deze fase krijgt het bevredigen van de behoefte betekenis en richting en wordt het contact aangegaan om deze behoefte te bevredigen (*in-contact-zijn*). De cliënt kan iets doen of een keuze maken. Vragen die de therapeut kan stellen om de overgang van 'behoefte' naar het doen te maken zijn: "Welke initiatieven zou je kunnen nemen?", "Wat zou jij willen?"

In de laatste fase (*na-contact*) wordt datgene uit de omgeving, het 'niet-ik', 'ik' gemaakt door het proces van assimilatie en integratie. De integratie van de ervaring heeft gevolgen voor het '**persoonlijksfunctioneren**' van het organisme (*verwerkend*). Hiermee wordt bedoeld wie de cliënt is en hoe deze

²⁸ **Lambrechts, 2001:431**

²⁹ **Van Praag, 1998:64**

³⁰ **Lambrechts, 1994:151**

zich laat zien ³¹. Wat betekent deze ervaring voor mij? Een vraag van de therapeut kan zijn: "Wat voor vader ben jij ³²?"

Van Praag (1998) zegt over de taak van het 'zelf':

"De belangrijkste taak van het 'zelf' is het maken en onderhouden van contact met de omgeving. Het 'zelf' werkt op basis van identificeren, het eigen maken, vervreemden of afstoten. Het 'zelf' verwijst altijd naar het 'ik'. Het is noodzakelijk voor het trekken van grenzen om het 'zelf', zonder deze grenzen zouden we oplossen in de omgeving" ³³.

Fundamenteel voor de ontwikkeling van het 'zelf' is een veilig gevoel van verbondenheid met mensen die om ons geven.

4.8 Het Gestaltformatieproces

Kepner (2001) heeft in zijn werk een schematische beschrijving gemaakt van elke contactepisode. Deze cirkel noemt hij de 'cycle of experience'. In zijn beschrijving van deze cirkel beschrijft hij kort samengevat het proces van een opkomende behoefte die overgaat naar een fase van contact met de omgeving om deze behoefte te bevredigen (er ontstaat een figuur tegen een achtergrond). Daarna kan de figuur weer terugtreden naar de achtergrond.

In Gestalttherapy, the most pervasive aspect of our functioning is our interaction with, or 'contacting in', the environment so as to find completion for our need ³⁴.

De belangrijkste functie van het 'zelf' is sturen van het proces van contact maken en terugtrekken. In therapie leert de cliënt de inhoud van zijn awareness naar de voorgrond van zijn ervaring te halen, waardoor hij in staat is het proces van Gestaltformatie en -destructie te onderzoeken. Dit gebeurt door het herstel van het contact met sensomotorische ervaringen en vindt plaats in het hier-en-nu. De cliënt leert de differentiatie tussen *ik* en *jij* aan te brengen in zijn ervaringen.'

Een gezond individu realiseert zichzelf ondanks soms moeilijke omstandigheden. Gezond betekent voor Perls dat een individu zichzelf kan reguleren en ondersteunen en de onderlinge afhankelijkheid van de ander kan accepteren. Dat hij verantwoordelijkheid neemt voor zijn keuzes die hij in zijn leven kan maken en betekenis kan geven aan deze keuzes. Hij kan zichzelf bevestigen en handelen in overeenstemming met zijn eigen gevoelens en waarden. Hij kan actief relaties leggen met andere mensen én met zijn omgeving. Verder kan hij zich gewaar zijn van wat bij hemzelf en in de omgeving verschijnt. Hij kan zijn behoeften onderkennen en zich steeds creatief aanpassen op de contactgrens tussen hemzelf en zijn leefwereld. Ook kan hij in het contact zowel toe naderen als afstand nemen volgens zijn eigen noden en laat hij zich niet opslokken door de omgeving.

In het Gestaltformatieproces wordt bij angstige cliënten de lijn doorbroken bij de mobilisatie van energie en het zichzelf klaarmaken om tot actie over te gaan

³¹ **Lambrechts, 2003**

³² uit aantekeningen van **Harm Siemens**

³³ **Van Praag, 1998:59**

³⁴ **Kepner, 1995:90**

"Angst maakt geblokkeerde opwinding zichtbaar"³⁵.

4.9 Samenvatting

Uit de theorie van de Gestalt komt naar voren dat cliënten met angst geen of weinig contact met hun behoeften hebben en vaak geen nieuwe ervaringen durven aan te gaan waardoor zijn zij zich minder bewust zijn van hun mogelijkheden. Uit de Gestaltvisie op hechting blijkt dat in de ontwikkelingsachtergrond van onveilig gehechte kinderen een gebrek aan authentiek contact is met de ouders met 'zelf'verlies als gevolg.

De Gestaltbenadering werkt met deze problematiek vanuit contact in het hier-en-nu. In het wisselwerkend contact tussen organisme en omgeving, het contactproces, maakt het organisme contact vanuit het 'zelf' op de plaats van uitwisseling (*de contactgrens*). Contactvermijdingen, de fenomenologie en de ontwikkeling van het 'zelf', worden binnen de Gestalttheorie gezien als één geheel dat functioneert op verschillende wijzen. Bij angstige cliënten wordt meestal de lijn doorbroken bij de mobilisatie van energie en het zichzelf klaarmaken om tot actie over te gaan.

In het nu volgende hoofdstuk maak ik de koppeling van de Gestalttheorie naar de Gestaltpraktijk.

³⁵ **Lambrechts**, 2002:475

5. Gestalt in de praktijk

5.1 Inleiding

De theoretische achtergrond uit de eerste drie hoofdstukken biedt een stevige basis voor de praktijk. Bij het werken met cliënten uit mijn doelgroep blijken vooral *egotisme, introjectie en retroreflectie* belangrijke contactverminderingen te zijn. Mijn ervaringen daarmee worden in dit hoofdstuk dan ook verder uitgewerkt. Daarnaast beschrijf ik mijn praktische ervaringen met de invloed van 'gronden' op angst en het effect van angst op *de adem, de behoeften en het contact*.

5.2 Egotisme

Egotisme houdt in dat er geen risico genomen wordt om het contact met het nieuwe buiten het 'zelf' aan te gaan. Soms is dat verstandig. Bijvoorbeeld wanneer er onvoldoende evenwicht in het 'zelf' is, of wanneer andere zaken eerst aandacht vragen. Wanneer dit beslissingen zijn waar iemand awareness van heeft is er niets aan de hand ³⁶.

Egotisme is functioneel wanneer dit iemand behoedt voor werkelijk gevaar, of wanneer hij op die manier betere keuzes kan maken. In deze betekenis wordt het contact met de omgeving (*tijdelijk*) onderbroken met als doel de zelforganisatie van het organisme in het veld. Egotisme uit zich hier als een creatieve aanpassing. Als iemand zonder zich te oriënteren en zich in te houden de straat over zou steken, dan zou hij geen lang leven beschoren zijn. Je zou egotisme kunnen vergelijken met *'de kat uit de boom kijken'*.

Egotisme is niet functioneel als de persoon het contact met de omgeving niet durft aan te gaan uit angst voor wat er zou kunnen gebeuren. Hij wil graag zelf de controle houden en is steeds alert op zijn omgeving vanwege de risicovolle stimuli die daaruit op hem af kunnen komen. Hij vermijdt die dan ook zoveel mogelijk. Mensen met angststoornissen durven hun omgeving niet *'aan te gaan'* en zich daaraan over te geven. Ze hebben daardoor vaak een sterke innerlijke dialoog, die tot piekeren kan leiden.

Met het piekeren zie ik mijn cliënten steeds in een vicieuze cirkel belanden. Ze lijken zich niet bewust te zijn dat ze eigenlijk iets van of met een ander willen en maken daar geen contact over omdat ze angstig zijn over wat er dan zou kunnen gebeuren. Daarmee blijven ze in hun vermijdende gedrag zitten in plaats van dat ze actie ondernemen om hun behoeften bevredigd te krijgen. Vaak willen cliënten meer inzicht ontwikkelen in hun gedragingen naar andere personen in hun omgeving. Ook zijn er gevoelens van onzekerheid door het ontbreken van een bodem in het gevoelsleven. Alice Miller (1981) stelt dat egotisme niet functioneel is wanneer daardoor de behoeften van het organisme niet vervuld worden.

³⁶ Van Praag, 1998:87

Clarkson (2004:64) zegt dit als volgt:

"This neurotic mechanism gets in the way of effective action to get one's need met, and disturbs the good contact with the environment".

Bij chronisch egotisme zijn de contactonderbrekingen een overheersend patroon gaan vormen, waarbij de persoon teruggetrokken gedrag vertoont en nieuwe prikkels worden vermeden.

Bij egotisme wordt de overgang van de fase van contact-maken naar het in-contact-zijn niet of nauwelijks gemaakt. Het therapeutische doel is om de cliënt uiteindelijk wel deze stap te laten maken. De achterliggende gedachte voor de therapeut kan daarbij zijn dat de cliënt de controle durft los te laten en zich over kan geven aan de omgeving. Hij kan dat doen door met de cliënt te exploreren waarom deze dáár het contactproces onderbreekt, hoe die dat doet, en hoe dat voor hem is.

De rode draad in mijn aanpak is dat ik bij mijn cliënt tracht de angst te verminderen en het gewaarzijn van de behoefte te vergroten. Wat heeft de cliënt nodig? Wat wil de cliënt realiseren? De angst werkt immers de natuurlijke wisselwerking van organisme en omgeving tegen. Dit kan leiden tot aangepast gedrag en uiteindelijk tot verstarde gedragspatronen. De behoefte, daartegenover, wekt de wisselwerking en leidt tot creatieve aanpassing en levendig gedrag ³⁷.

5.3 Introjectie

Als kind leer je voornamelijk door het gedrag van volwassenen te kopiëren. Dat is een goede en efficiënte manier van leren. Zo leer je niet alleen taal en rekenen maar ook normen en waarden. Naarmate je ouder wordt ga je kritischer kijken naar wat je voorgeschoteld krijgt. Je kijkt naar wat je geïntrojecteerd hebt; is dit wel wat ik wil? Je maakt je eigen wat bij jou past en laat de rest voor wat het is.

Wanneer echter de omgeving druk en/of dwang uitoefent, kan ons 'zelf' als 'ik' functioneren geen contact meer maken met de omgeving. De opwinding die met het verlangen samengaat stopt. Het gewaarzijn van de opwinding wekt angst op. Het eigen verlangen kan hierdoor niet meer herkend, aanvaard en ontplooid worden. Het introject verbuigt: *'we zetten onze eigen mogelijke wens of verlangen opzij en nemen het verlangen of wensen van de omgeving over'*. De emotie wordt van richting veranderd zelfs voor we hem herkennen en ervaren. Het verbogen introjecteren kan niet meer leiden tot assimilatie, we passen ons aan hoewel de situatie ons noopt tot assimileren ³⁸.

Bij introjectie nemen we dus passief op wat onze omgeving ons biedt en deze introjecten gaan we beschouwen als een deel van ons zelf. Later zijn we ons niet meer bewust dat deze ons voorgeschreven werden. Introjecteren speelt in het algemeen een belangrijke rol tijdens de kinderjaren. Het verleden heeft echter geleerd dat ontmoetingen met mensen en nieuwe situaties confrontaties, afwijzing of conflicten kunnen opleveren.

³⁷ **Lambrechts, 2003:465**

³⁸ **Lambrechts, 2001:478**

Ter voorkoming daarvan stemt het individu zijn gevoelens en handelen af op de normen, waarden en wensen van de ander(en), alsof die weet wat goed voor hem is. Dit introject "*Jij weet wat goed voor me is*" wordt aanvankelijk geprojecteerd in de therapeutische relatie, waarbij de cliënt zich enerzijds passief afhankelijk opstelt en anderzijds zijn best doet om het de therapeut naar de zin te maken.

Om de contactgrens te verkennen, onderzoekt de therapeut binnen de therapeutische relatie samen met de cliënt dit introject op waarheidsgehalte. Dat gebeurt ook met andere niet geïntegreerde introjecten zoals "*Ik ben niet de moeite waard*", "*Het is allemaal mijn eigen schuld*", of "*Ik ben dom, want ik bereik niet wat ik wil*". Het individu introjecteert de verachting en vernedering uit de omgeving waardoor het zichzelf verachtelijk en waardeloos voelt.

"Because the survivor was a child when the abuse occurred and had little power or capacity to maintain his or her boundaries with integrity, much of the abusive context has become internalized and is experienced as information about himself or herself, rather than about experience in relation to another. (Kepner, 1995:5).

De impact van het introjecteren is dat de contactgrens ver naar buiten wordt verlegd doordat de omgeving veel te zeggen heeft over het doen en laten van de cliënt. De afstand tot een opkomende behoefte wordt groter waardoor ze voor de cliënt nauwelijks waarneembaar zijn. Bij het onderzoeken van introjecten richt de therapeut de aandacht op de sensomotorische ervaringen van de cliënt. Hierdoor zal de afstand tot opkomende behoeften op den duur kleiner worden en de cliënt in staat zijn ze waar te nemen ³⁹.

5.4 Retroreflectie

Bij retroreflectie richt je de energie die onder andere vrijkomt bij het ontstaan en gewaarworden van behoeften op jezelf in plaats van op anderen. Het is functioneel om jezelf in te kunnen houden. Iemand die ongecontroleerd al zijn behoeften en instincten uit zou leven zou vanuit sociaal oogpunt zich maatschappelijk niet kunnen handhaven. Retroreflectie is nodig om jezelf te kunnen zien en ervaren. Volgens van Praag is retroreflectie het bewust controleren van onze impulsen. We brengen deze niet naar buiten maar beheersen ons. We doen ons zelf aan wat we de ander willen aandoen, vaak onbewust, uit angst voor represailles ⁴⁰.

Chronische retroreflectie ontstaat wanneer iemand niet in staat is of belemmerd wordt om adequaat te reageren op bedreigende, ongezonde of ongewenste situaties. Zo kon een kind vroeger niet wegvlugten uit onveilige situaties of ouders laten stoppen met mishandelen of zich verweren tegen datgene dat bedreigend was. Doordat het kind voortdurend gehoord of gevoeld heeft "*jij hebt niets te willen*" retroreflecteert hij zijn agressie. Deze voor de omgeving bestemde zelfbeschermende en zelfverdedigende impulsen worden niet geuit. Hij gebruikt zijn agressie niet langer om het proces van contact maken krachtig te ondersteunen, maar keert zijn agressie tegen zichzelf.

³⁹ **Van Praag, 1998:62**

⁴⁰ **Van Praag, 1998:87**

Retroreflectie is een andere manier waarop een getraumatiseerde cliënt het verschil tussen de verwachtingen van de omgeving en zijn eigen behoeften ontkent en vermijdt. Het handelen van een getraumatiseerde cliënt wordt sterk gekenmerkt door retroreflectie. De cliënt praat bijvoorbeeld in gedachten met zichzelf terwijl hij graag zijn overdenkingen met een ander zou willen delen. Retroreflectie verdeelt de cliënt in iemand die doet en iemand die iets wordt aangedaan. In verbale uitingen komt dat tot uitdrukking in woorden als "ik vind mijzelf stom" of "ik vind mezelf niets waard".

"When this gestalt formation and destruction are blocked or rigidified at any stage, when needs are not recognized and expressed, the flexible harmony and flow of the organism / environment field is disturbed. (Yontef, 1993:51)

Er is zeer weinig activiteit op de contactgrens tussen cliënt en therapeut, doordat de cliënt het conflict individu / omgeving geïntrojecteerd heeft waardoor de contactgrens is geïnternaliseerd ⁴¹.

5.5 Angst en aarde

Een cliënt zit voor mij. Hij is niet in het hier-en-nu en niet in contact met zijn therapeute. Hij ratelt maar door ademt hoog, praat over losse dingen en voelt zich wankel. Hij is bezig met hoe dingen zouden moeten zijn, wat er allemaal niet goed is en wat er allemaal zou kunnen gebeuren.

Bij een angstige cliënt is het belangrijk dat ik mij als therapeut altijd eerst op de basis richt; het gronden. De aandacht meer naar binnen gericht, meer contact maken met het eigen lichaam. Soms laat ik een cliënt even stampen met zijn voeten om vervolgens de aandacht naar zijn binnenkant te richten, het ademen weer omlaag te brengen.....

5.6 Angst en adem

Ik ga verder met mijn cliënt en vraag hem te voelen waar hij is en hoe hij erbij zit. Ik vraag hem met zijn aandacht naar zijn ademhaling te gaan. Hij merkt dat zijn adem hoog is en bijna als vanzelf gaat hij lager ademen en legt zijn handen op zijn buik. Hij zakt wat onderuit in zijn stoel en zucht een paar keer

Hij kijkt me weer aan en ik voel meer contact. Welkom zeg ik vriendelijk, ik ben weer in beeld..... en ons gesprek gaat verder..... Ondertussen help ik hem om laag met zijn adem te blijven en goed zijn voeten op de grond te voelen. Af en toe breng ik de aandacht weer even terug naar zijn lichaam, naar hoe hij er bij zit in de stoel, hoe zijn voet beweegt als hij vertelt over zijn vader, hoe hij zijn hoofd ondersteunt als hij gaat nadenken over een antwoord.....

Uit het voorgaande komt duidelijk naar voren hoe belangrijk de ademhaling is. Iemand die angstig is haalt minimaal adem, net genoeg om in leven te blijven en net te weinig om zijn gevoelens toe te laten.

⁴¹ **Kepner**, 1995:5

5.7 Angst en behoefte

Bij mijn doelgroep zie ik dat zij als gevolg van de aanpassing aan de behoeften van hun ouders moeite hebben om bij gevoelens als angst en boosheid te komen. Er is vrijwel geen vertrouwen in het eigen lichamelijk gewaarzijn ontwikkeld. Een cliënt kan dit samen met de therapeut ontwikkelen die naast hem blijft staan in dit proces. Als therapeut kan ik bijvoorbeeld vragen hoe de cliënt de angst voelt en waar hij dit lichamelijk ervaart. Ik blijf daarbij alert op het richten van de awareness op de ademhaling en het gronden omdat de cliënt pas innerlijk in beweging kan komen als de ademhaling zich heeft verdiept.

Als therapeut tracht ik de veranderingen te volgen en aan te sluiten bij mijn cliënt. Daarmee ondersteun ik hem bij het toelaten van angst, verdriet of boosheid. Van daaruit kan hij meer contact krijgen met zijn wezenlijke behoefte. Het is van groot belang te weten en te voelen wat je nodig hebt. Het is naar binnen gaan en ervaren wie je werkelijk bent om van daaruit de ander te ontmoeten en daarmee contact te maken.

5.8 Angst en contact

In de therapeutische relatie is het essentieel dat een cliënt, om contact te kunnen maken, een therapeut ontmoet die contact maakt. De therapie maakt daarmee zichtbaar waar het voor de cliënt om gaat. Enerzijds creëert de ontmoeting (*de therapiesessie*) de ervaring van het contact, anderzijds ervaart de cliënt hoe de therapeut het contact tot stand brengt. Uitgangspunt is dat hij weer contact met zichzelf vindt en maakt. Vervolgens oefent hij stap voor stap daarmee vanuit de veilige ruimte met zijn therapeut om er daarna mee in de buitenwereld aan de slag te kunnen.

"De ademhaling verdiept zich en de persoon kan innerlijk in beweging komen. Er ontstaat door de verdiepte ademhaling een mogelijkheid om gevoelens toe te laten. De cliënt kan meer contact met de buitenwereld maken zonder zich te verliezen. Hij is immers geankerd in de wereld en in zijn ademhaling, waarbij de therapeut hem ondersteunt. Bij genoeg vertrouwen in zichzelf kan er vanuit de cliënt contact ontstaan met belangrijke emoties" (Van Praag, 1998:161).

5.9 Samenvatting

Egotisme houdt in dat er geen risico genomen wordt om het contact met het nieuwe buiten het 'zelf' aan te gaan. Daarbij wordt de overgang van de fase van contact-maken naar het in-contact-zijn niet of nauwelijks gemaakt. Het is functioneel wanneer dit iemand behoedt voor werkelijk gevaar, of wanneer hij op die manier betere keuzes kan maken. Daarbij ligt voor de hand om te veronderstellen dat bij veel angststoornissen en fobieën (chronisch) egotisme een rol speelt.

De rode draad in mijn aanpak is dat ik bij mijn cliënten tracht om de angst te verminderen en het gewaarzijn van de behoefte te vergroten. Door te projecteren, kan een cliënt zichzelf uitdrukken naar de buitenwereld en deze vanuit zijn beleving ervaren. Bij een angstige cliënt is het belangrijk dat ik mij als therapeut altijd eerst op de basis richt; het gronden.

Iemand die angstig is haalt minimaal adem, net genoeg om in leven te blijven en net te weinig om zijn gevoelens toe te laten. Bij mijn doelgroep zie ik dat zij, als gevolg van de aanpassing aan de behoeften van de ouders, moeite hebben om bij gevoelens als angst en boosheid te komen. In de therapeutische relatie is het essentieel dat een cliënt, om contact te kunnen maken, een therapeut ontmoet die contact maakt en hen ondersteunt bij het zich gewaar worden van de angst en de boosheid.

6 Gestalttherapie bij angst en hechtingsproblematiek

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk ga ik eerst in op de vereiste grondhouding van de therapeut in het werken met cliënten uit mijn doelgroep. Daarbij speelt beperkte zelfonthulling een rol om de veiligheid binnen de therapeutische setting te vergroten. Daarnaast laat ik zien hoe ik gebruik maak van interventies om de zelfwaardering van mijn cliënt te vergroten. Uitgangspunt bij Gestalttherapie is dat ik procesgericht werk in plaats van dat ik naar een vooraf gesteld doel toewerk.

6.2 Grondhouding van de therapeut

Volgens Van Praag (1998:115) is de rol van de gestalttherapeut om een klimaat te scheppen waarin de cliënt zich veilig genoeg voelt om naar zijn eigen processen van voorgrond/achtergrond en gestaltformatie te kijken. Dit gevoel van veiligheid is van essentieel belang om te kunnen groeien⁴². Zonder gevoel van veiligheid is een effectieve therapeutische relatie niet mogelijk. Geleidelijk zal een cliënt ontdekken dat de therapeut niet bedreigend is, maar bereid is hem te geloven zonder hem te kleineren en komt de cliënt in contact met een gevoel van vertrouwen.

Kepner (1995:22) zegt dit als volgt:

"To some extent, trust can be developed only over time, with repeated experience of the therapist's consistency, support, presence, willingness to engage honestly with difficulties, and healthy interpersonal boundary."

Wanneer ik bij een cliënt merk dat deze bij binnenkomst gespannen is, zal daar in eerste instantie mijn aandacht naar uitgaan. Doel hiervan is de cliënt een minder gespannen gevoel te geven waardoor deze zich veiliger voelt en zich gemakkelijker naar mij kan openen. Ik stel dan vragen als "Hoe is het voor jou om hier te zitten?" of "Hoe is het voor jou om dit aan mij te vertellen?" waardoor ik mijn cliënt kan ondersteunen als deze het erg spannend vindt. Er zijn verschillende aspecten aan steun geven tijdens de therapie. Het kan gebeuren dat de cliënt zich schaamt of verlegenheid voelt wanneer hij voor het eerst iets vertelt in een sessie. Dit kan gebeuren als de cliënt te weinig zelfondersteuning heeft. Het geven van steun door de therapeut in de vorm van beperkte zelfonthulling is op dat moment ondersteuning vanuit de omgeving die er voor zorgt dat de cliënt zich minder alleen voelt⁴³.

In hoofdstuk 6.3 kom ik nader op zelfonthulling terug.

Een belangrijke rol van de Gestalttherapeut in de therapie is om door middel van authentieke betrokkenheid een klimaat te scheppen, waarin de cliënt zich veilig genoeg voelt, omdat hij dit gemist heeft in zijn kinderjaren.

⁴² **Malfait, 2003; Koppens, 1989**

⁴³ "I find that sharing (judiciously) some of my fears and failings and mistakes and general screw-ups [...] help in the joining proces" (**Ruth Lampert, 2003:185**).

Meestal is de *id-functie* verstoord. Deze cliënten onderdrukken hun gevoelens en slaan moeilijk een brug van behoeften naar actie waardoor ze hun doelen moeizaam realiseren. Omdat ze hun behoeften nauwelijks waarnemen doen ze veel alleen. Cliënten uit deze doelgroep kennen weinig zelfondersteuning. De therapeut is dan de aangewezen persoon om een veilige leeromgeving te creëren. Het is daarbij belangrijk om de mogelijkheden van de cliënt niet te boven te gaan. Ik leer mijn cliënten dat ze in angstige situaties altijd 'stop' mogen zeggen. Daardoor houden ze de regie meer in handen, hetgeen aansluit bij de neiging tot controle die dergelijke cliënten veelal vertonen.

Het is van belang om de cliënt te benaderen vanuit een houding zonder oordeel, interpretatie of analyse waardoor deze zich kan openen om zijn eigen processen te verkennen. Om met sterk vermijdende cliënten therapeutisch te werken dient de therapeut respect, mildheid, zorgvuldigheid en vasthoudendheid te tonen met betrekking tot angst, paniek, gebrek aan durf en moed, gevoel van falen, verdriet en woede van zijn cliënt. Vanuit deze houding is de therapeut dan in staat om de cliënt aan te moedigen om in contact te blijven met zijn negatieve gevoelens en herinneringen en ze direct mondeling te uiten ⁴⁴. Het is een diepe existentiële behoefte om begrepen te worden door een ander. Er is niets zo angstig als het gevoel dat we helemaal alleen zijn en dat niemand ons begrijpt. Het is belangrijk dat de cliënt ervaart dat de therapeut hem begrijpt, of op zijn minst zo veel mogelijk zijn best doet om te begrijpen.

Hycner noemt 'bevestiging' het hart van de dialogische benadering' (1995:22). De meeste cliënten lijden aan een diep gemis aan bevestiging. Daardoor missen ze een grond voor hun bestaan, een basisvertrouwen in het leven. (Lambrechts, 2001:544)

In de therapeutische relatie ondersteunt de therapeut de cliënt bij het aandacht besteden en verwerken van onafgemaakte zaken, die in het verleden zo pijnlijk waren dat hij ze moest ontvluchten. De therapeut besteedt evenveel aandacht aan het vermijden zelf als aan de zaken die vermeden worden. De cliënt is immers nog steeds geneigd de onafgemaakte zaken te vermijden omdat het verwerken daarvan hem in contact brengt met door hem vermeden pijn, kwetsingen en vernederingen ⁴⁵.

De cliënt zal in dit verwerkingsproces door de therapeut gestimuleerd worden om binnen de therapeutische relatie te experimenteren met het vinden van een nieuw evenwicht tussen zelfexpressie en acceptatie van het anders zijn dan de ander, in dit geval de therapeut. Dus van confluentie naar differentiatie ⁴⁶.

Cliënten testen mij als therapeut altijd uit. Dit betekent dat als ik moeilijke onderwerpen laat lopen, ik aan de cliënt laat zien dat ik niet sterk genoeg ben om dit aan te kunnen. *Engagement* (ik ga met jou een relatie aan) is belangrijk. Ook is het van belang om awareness te houden met mijn eigen lichaam en een zekere afstand te houden zodat ik niet vastloopt in mijn eigen onmachtgevoelens. Ik let er verder op dat ik niet uitsluitend focus op de behoeften van mijn cliënt (*dichtbij zijn*) omdat ik dan de patronen kan missen (*de afstand*).

⁴⁴ **Yontef**, 1993:94

⁴⁵ **Perls, Hefferline & Goodman**, 1972:191

⁴⁶ **Van Praag**, 1998:101

Inclusie helpt de therapeut om dit te doen zonder zichzelf te verliezen in het verhaal of de emoties van de cliënt. Bij inclusie maakt de therapeut contact met de cliënt terwijl hij enerzijds in contact blijft met zijn eigen ervaringen en anderzijds de wereld van de cliënt zoveel mogelijk door diens ogen bekijkt. Daarbij is het ook van belang dat de therapeut de waarheid van de cliënt, op grond van diens ervaringen en interpretaties daarvan, als uitgangspunt neemt ook al zijn deze discutabel. Het is immers *zijn* waarheid op dat moment in die specifieke situatie, wat hem de mogelijkheid biedt om zich te handhaven.

6.3 Zelfonthulling

Naar mijn overtuiging is het doel van zelfonthulling het op gang brengen of houden van de dialoog en het stimuleren van de awareness van cliënten. De condities van het veld van therapeut en cliënt bepalen of werken met zelfonthulling mogelijk is en geven zicht op de risico's en beperkingen ervan.

Mia Leijssen (1998) onderzocht wat succesvolle therapeuten onderscheidt van minder succesvolle collega's. Vanuit haar onderzoek blijkt dat cliënten de therapeut betrouwbaar vinden op basis van zijn non-verbaal gedrag en zelfonthullende uitspraken. Zij stelt dat:

"...vanuit de klinische ervaring men het erover eens is dat de betere therapeut geen geremde persoon is, maar iemand die zich levendig uitdrukt en een gedoseerde openheid heeft over eigen levenservaringen en persoonlijke gevoelsreacties in de interactie met de cliënt" (Leijssen, 1998:15).

Wat ik heb gemerkt in het werken met de cliënten uit mijn doelgroep is dat als ik spontaan mijn boosheid of angst inbreng dit de therapie kan verstoren. Daar waar ik mijn boosheid of angst verbond met mijn lichamelijke gewaarwordingen en dit terugkoppelde naar de cliënt werkte dit ondersteunend en verdiepend. Ik let er daar bij sterk op om vanuit de 'ik' vorm te spreken en alleen iets in te brengen als ik aan kan sluiten bij de ervaring van de cliënt. Zelfonthulling zet ik voornamelijk in om steun te geven, te confronteren of de gelijkwaardigheid te herstellen om zo de dialoog op gang te kunnen houden.

Een valkuil bij de inzet van zelfonthulling kan zijn dat een therapeut onvoldoende awareness heeft van zijn eigen blinde vlekken en teveel gericht is op zichzelf of te spontaan reageert. In deze situaties kan de zelfonthulling verstorend werken.

6.4 Interventies gericht op zelfwaardering

De cliënten uit mijn doelgroep hebben vaak de neiging zichzelf af te keuren. Met regelmaat roepen ze dat ze zichzelf 'stom' vinden en dat ze het altijd verkeerd doen. Binnen de therapie zie ik dat er angst is om hun onzekerheid en lage zelfwaardering te exploreren.

Het is niet alleen het oordeel van anderen dat wordt gevreesd. De kwelling zit vooral in de eigen hardvochtige introjecten waarmee de cliënt zichzelf afbreekt en onbelangrijk maakt. Daarnaast zie ik ook hoe mijn cliënten elke fout of tegenslag uitvergroten en dan niet meer in staat lijken om te zien over welke kwaliteiten zij ook beschikken.

Als er weinig zelfwaardering is tracht ik meer op de personality-functie te werken. Ik stel dan vragen als:

- *Waar ben je trots op?*
- *Wat voor een vader wil je zijn?*

Van Margaretha Spagnuolo-Lobb heb ik geleerd om bij cliënten met een laag gevoel van eigenwaarde te kijken naar waar de energie zit in plaats van te focussen op wat ze niet kunnen of wat niet goed gaat. Als een cliënt mij vertelt dat hij stom is, vraag ik hem waar hij trots op is waarmee ik hem meer bewust maak van zijn kwaliteiten.

6.5 Samenvatting

Het is de rol van de gestalttherapeut om een klimaat te scheppen waarin de cliënt zich veilig genoeg voelt om naar zijn eigen processen van voorgrond/achtergrond en gestaltformatie te kijken. Dit gevoel van veiligheid is van essentieel belang om te kunnen groeien. Het is belangrijk dat de therapeut observaties inbrengt in het contact zonder te interpreteren of te analyseren.

Gestalttherapie richt zich op de verwezenlijking van de mens en met name op die weerstanden die deze zelfverwerkelijking belemmeren. Wanneer ik bij een cliënt merk dat deze bij binnenkomst gespannen is, zal daar in eerste instantie mijn aandacht naar uitgaan. Het geven van steun door de therapeut in de vorm van beperkte zelfonthulling is op dat moment ondersteuning vanuit de omgeving. Belangrijk daarbij is '*engagement*' (ik ga met jou een relatie aan).

Bij het creëren van veiligheid is vooral het non-verbale gedrag van de therapeut van belang. Het gaat er om een cliënt te benaderen vanuit een houding zonder oordeel, interpretatie of analyse en bevestiging te ontvangen van zijn therapeut. Door het ontbreken van een basisvertrouwen in het leven leiden de meeste cliënten uit mijn doelgroep aan een diep gemis aan bevestiging.

Inclusie helpt de therapeut om dit te doen zonder zichzelf te verliezen in het verhaal of de emoties van de cliënt. Vanuit de klinische ervaring is men het er over eens dat een gedoseerde openheid over de eigen levenservaringen en persoonlijke gevoelsreacties ondersteunend werkt naar de cliënt. Daar waar boosheid of angst verbonden met lichamelijke gewaarwordingen worden geuit en terugkoppelt naar de cliënt, werkt dit ondersteunend en verdiepend.

7. Conclusie

Gestalttherapie heeft een breed scala aan interventiemogelijkheden om de awareness van cliënten te verhogen en hun zelfondersteuning te vergroten. In deze conclusie beperk ik mij tot die aspecten die vooral voor mijn doelgroep van belang zijn.

Mijn onderzoeksvraag was: "Welke aandachtspunten zijn van belang voor een Gestalttherapeut bij het werken met cliënten met existentiële angst in relatie tot hechtingsproblematiek?"

In de ontwikkelingsachtergrond van mijn doelgroep zit in de eerste plaats een gemis aan authentiek contact met de ouder(s) door het geven van te weinig koestering, het kind niet zien in zijn eigenheid of deze eigenheid niet respecteren. In de tweede plaats door wat ze het kind 'aandoen' door het te vormen naar het beeld dat zij ervan hebben. Het kind voelt dat aan en houdt al heel vroeg op zijn eigen behoeften te uiten. Dit maakt het voor het kind moeilijk zich te differentiëren en een eigen 'zelf' te ontwikkelen. Het 'ware zelf' komt niet tot ontwikkeling en er ontstaat een 'alsof-persoonlijkheid'.

De therapeut dient de belevingswereld van zijn cliënt serieus te nemen omdat zij doorlopend op zoek zijn naar bevestiging ("Doe ik het wel goed?") Zij hebben een diepe existentiële behoefte om begrepen te worden. Door een groot gemis aan bevestiging missen ze de grond voor hun bestaan, een basisvertrouwen om vanuit te leven. Ze weten vaak niet wie ze zijn en waar ze voor staan door een verstoring van hun personality-functie.

Bij cliënten met angststoornissen is mijn vertrekpunt om ze bewust te maken van het effect van gronding en hun ademhaling vanwege hun rusteloosheid. Als eerste behandeldoel kies ik om vooral te werken op de id-functie met als doel de awareness over hun behoeften te vergroten. Dit kan ze ondersteunen in het maken van keuzes. Ik kijk naar wat zich aandient in het hier- en-nu in plaats van dat ik naar een voorafgesteld doel toe werk. Daarna richt ik mijn focus meer op het personality-functioneren door te vragen waar ze trots op zijn, wat ze belangrijk vinden en wie ze graag zouden willen zijn.

Zoals we hebben kunnen lezen dragen cliënten uit mijn doelgroep heel wat met zich mee. Dit betekent dat de therapieperiode langer is dan gemiddeld. Cliënten uit deze doelgroep brengen hun eigen wensen en verlangens niet in contact. Om tot een gezond eindcontact te komen is spontaniteit nodig, volgend op de fase van het contacteren. Om hiertoe te komen moeten zij de controle loslaten, wat weer angst op kan roepen. Zij nemen gemakkelijk verwachtingen en eisen vanuit de omgeving over en introjecteren deze. Zij *moeten* veel van zichzelf en ervaren gevoelens van machteloosheid. Ook vermijden ze confrontaties en conflicten. Daaruit concludeer ik dat ze retroflecteren, uit angst afgewezen te worden. Ze klagen liever over anderen dan dat ze deze direct aanspreken. Ze hebben vaak moeite om zich emotioneel te uiten, bewegen niet soepel, ademen onvolledig en hebben soms een ingehouden en gecontroleerde expressie.

In de therapie maak ik mijn cliënten ervan bewust dat de angst niet helemaal weg zal gaan. De kunst is om niet te proberen van de angst af te komen, maar deze te omarmen, als het ware uit te nodigen aan tafel; er contact mee te

maken en te onderzoeken waarmee de angstgevoelens samenhangen. Leren de angst te accepteren en te zien als een onderdeel van het functioneren.

Bijlage: Voorbeelden van therapeutische interventies:

Om inzicht te geven in hoe ik tijdens mijn gesprekken de Gestaltmethodiek toepas heb ik ter illustratie van mijn thesis een aantal voorbeelden uitgewerkt.

Onderstaand heb ik een stukje verbatim uitgeschreven tussen mijn cliënt (R) en mijzelf (T) in de rol van therapeut waarin ik laat zien hoe ik tracht aan te sluiten bij mijn cliënt en daarbij ook een stukje zelfonthulling inzet. R. is een 40-jarige man die kortgeleden te horen heeft gekregen dat zijn moeder ernstig ziek is en binnenkort zal komen te overlijden;

- R: *Ik maak me erg ongerust over mijn moeder.....ben helemaal in de war.....*
T: Wat is voor jou in de war zijn?
R: *Ik weet het allemaal niet meer.....Mijn moeder is zo ziek en ik heb het gevoel dat we kostbare tijd verspillen. Ik wil dat ze zich laat onderzoeken en ook naar alternatieve mogelijkheden kijkt.....Ze heeft niet veel tijd meer....*
T: Is dit ook de wens van je moeder?
R: *Jemig.....daar heb ik me helemaal niet mee beziggehouden.....*
T: Kun je vertellen wat je nu bezighoudt?
R: *Ik maak me zorgen om haarwil mijn moeder nog niet kwijt, we hebben nog zoveel te bespreken....*
T: Wat zou je tegen je moeder willen zeggen?
R: *Dat ik me zo zorgen om haar maak.....*
T: En heb je dat tegen haar gezegd?
R: *Ehh....nee.....daar wil ik haar niet mee belasten.....*
T: Als mijn zoon dat tegen mij zou zeggen zou ik denken dat hij van mij houdt en voor mij wil zorgen.....
R: *(raakt geëmotioneerd).....ja.....ja.....dat is het ook.....ik vindt het zo moeilijk om dat tegen haar te zeggen.....ik heb nog zoveel aan haar te vragen.....*
T: Wat zou je aan haar willen vragen?
R: *Nou.....over vroegerhoe het toen allemaal is gegaan. Laatst vertelde ze over de dag dat ik geboren was en hoe blij ze met me was. Ik kon het haast niet geloven.....*
T: Wat kon je niet geloven?
R: *Dat ze blij met me was en me bijzonder vond.....dat was nieuw voor mij.....achteraf ben ik zo blij dat ze dat gezegd heeft.....*

Het volgende stukje verbatim gaat over A. een 29 jarige vrouw die met een ernstige burn-out en spanningsklachten bij mij is gekomen. Ik laat in dit stukje zien hoe ik tracht haar de regie te laten behouden over de vraag of ze iets wil bespreken met mij of niet;

- A. *(huilend) Ik dacht dat het over mijn vriendin ging, maar nu merk ik dat het over mijn moeder (M) gaat. Ik word er een beetje moe van.....dit komt alsmaar terug.....ik weet dit nu zo langzamerhand wel.....(zucht).*
T. Voor mij is het geen probleem om op dit onderwerp terug te komen. Hoe is dat voor jou?
A. *Ik twijfel omdat ik geen zin heb om weer helemaal van streek te raken.*

- T. Ik hoor dat je twijfelt en wil je zeggen dat je voor mij niet op dit onderwerp door hoeft te gaan. Ik respecteer het als het nu niet past voor jou.
(Er valt even een stilte en ik wacht rustig zonder iets te zeggen.....)
- A. *Omdat dit onderwerp steeds terugkomt denk ik dat ik er iets mee moet.....*
- T. Moet dat of wil je dat?
- A. *(schiets in de lach)..... Ik moet weer eens wat van mijzelf.....Ik geloof dat ik het wel wil, maar het maakt me ook bang omdat ik dan altijd zo'n wiebelig gevoel van binnen krijg.*
- T. Ervaar je dat gewiebel nu ook op dit moment?
- A. *Ja,.....het is dan net of ik op ijsschotsen loop van binnen.....*
- T. Dat lijkt me een beangstigend gevoel.....
- A. *Dat is het ook,.....net alsof ik geen grond heb om op te staan.*
- T. Als je nu met dit onderwerp wilt stoppen, dan steun ik je daarin.....
- A. *(aarzelt even.....) Ik merk ook dat het me oplucht.....als ik het te moeilijk vind dan zeg ik het.....dan wil ik het nog wel even proberen.....*

In het volgende voorbeeld heb ik een deel van een sessie uitgewerkt met cliënt P., een 31 jarige man. Hij heeft een werkkring waar hij zich niet meer op zijn plaats voelt, maar stelt uit om op zoek te gaan naar iets nieuws omdat dit ook spanning bij hem oproept;

- P. (Na een interventie van mij als therapeut).....*Daar ga ik weer, ik vind mijzelf dan zo stom.....*
- T. Ik hoor dat je jezelf veroordeeld.....Herken je dat.....?
- P. *Ja.....ik begin steeds meer te merken dat ik nogal streng ben voor mijzelf.....dat ik hoge eisen stel.....Ik merk dat ik dat ook doe in mijn werk.....ik vraag me vaak af wat ik nog doe in die stomme baan en zou best iets anders willen.....*
- T. Hoe zou jouw ideale baan eruit kunnen zien?
- P. *(Gaat meer rechtop zitten, kijkt energiever en zijn ogen beginnen te glinsteren) Ik zou eigenlijk weer meer met mensen willen werken in plaats van dat ik de hele dag achter mijn computer zit. Ik vind het leuk om wat voor anderen te betekenen, ze te enthousiasmeren.....*
- T. Merk je wat er nu bij je gebeurt?
- P. *(kijkt even wat overrompelt).....euh.....ja, ik merk dat ik er energie van krijg om dit aan je te vertellen.....dat het me vrolijker maakt.....(denkt even na en kijkt me weer ernstiger aan) Maar ja, dan moet ik een HBO diploma gaan halen en dat kan ik vast niet.....*
- T. Waar ben je nu al goed in?
- P. *Daar moet ik even over nadenken.....Ik ben altijd maar bezig met wat er fout gaat en dan vergeet ik helemaal dat er ook dingen zijn die ik wel goed kan.....*
- T. Misschien helpt het om eens te onderzoeken waar je trots op bent? Zou je dat willen?
- P. *(raakt ontroerd).....Ik moet ineens aan mijn vader denken.....gek he...?*
- T. Nee, ik vind dat niet gek.....Misschien wil je iets over je vader vertellen?
- P. *Mijn vader gaf me nooit eens een compliment en ik merk nu pas hoe onzeker ik me daardoor vaak voel. Bij alles wat ik doe vraag ik me steeds af of het wel goed genoeg is.....*

Nawoord

Het schrijven van deze thesis is een leerzame worsteling geweest en heeft mij geholpen bij de integratie van kennis rondom het thema existentiële angst in relatie tot hechtingsproblematiek. Vooral de gevoelens van boosheid die ik de laatste weken heb ervaren hebben mij nieuwe levensenergie gegeven.

Hier ben ik !.....weer in contact met mijzelf én de ander..... Klaar om de dans van het leven aan te gaan. Is het toeval dat ik die er '*niet mocht zijn*' haar bestemming heeft gevonden in het '*welzijnswerk*'?

Dit alles was niet mogelijk geweest zonder de onvoorwaardelijke steun van mijn supervisor, Otteline van Panthaleon van Eck en mijn leertherapeute Mathilde van der Linden. Mijn moeder schonk mij '*het*' leven, jullie schonken mij '*mijn*' leven. Mijn oprechte dank daarvoor.

Ellie Keizer

-----//-----

Literatuur

Brantley, Jeffrey (2004), *Angst beheersen met aandacht*. Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam.

Buber, M. (1970), *I and Thou*. Scribner's Sons, New York.

Bowlby, J. in: (2003), *Handboek ontwikkelingspsychologie, Grondslagen en theorieën*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Clarkson, P. (2004) *Gestalt counselling in action*. Third edition. Sage Publications, London.

Feldman, C. (1998) *Thorsons Principles of Meditation*. Thorsons, London.

Hatcher, C. & **Himelstein**, P. (1997), *Handboek Gestalttherapie*. Uitgeverij Karnak, Amsterdam.

Kempler, W. (1982), *Gestalt family therapy, family counseling and therapy*. Peacock, Itasca, (Italië).

Kepner, J.I.Ph. D. (1995), *Healing Tasks; psychotherapy with adult survivors of childhood abuse*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Kepner, J.I.Ph. D. (2001), *Body Proces, a Gestalt approach to working with the body in psychotherapy*. The analytic Press.

Kobasa, S. (1987), *Stress responses and personality*. Free Press, New York.

Koppens, S. (1989) *Een mens heeft zowel behoefte aan veiligheid als aan verandering*. Methodiekwerkstuk opleiding Creatieve therapie, Nijmegen.

Knijff, E. (2000), *De therapeut als clown*. EPO, Berchem.

Lambrechts, G. (2001) *De gestalttherapie, tussen toen en straks*. EPO, Berchem.

Lambrechts, G. (2003) *De gestalttherapie tussen toen en straks*. Herziene editie. EPO, Berchem.

Lampert, R. (2003) *A Child's Eye View, Gestalt Therapy with Children, Adolescents and Their Families*, The Gestalt Journal Press, Highland.

Lange, Dr. G. de (2005) *Relatiegestoorde kinderen, twee opvoedingswijzen bij hechtingsstoornissen*. Van Gorcum BV, Assen.

Latner, J. (1974), *Toegang tot Gestalttherapie*. De Toorts, Haarlem.

Leijssen, M. (1998), *De Therapeut, in: Handboek Integratieve Psychotherapie*. Elsevier / De Tijdstroom, Maarssen.

- May**, R. (1977), *The meaning of anxiety*. Simon & Schuster, New York.
- Meijer**, Sjanneke (2002) uitgereikte stencils tijdens college.
- Miller**, Alice (1981), *Het drama van het begaafde kind*. Van Holkema & Warendorf, Houten.
- Müller**, Bertram (2007) uit aantekeningen tijdens college.
- Penninga – de Lange**, C. in: (2005) *Relatiegestoorde kinderen, twee opvoedingswijzen bij hechtingsstoornissen*. Van Gorcum BV, Assen.
- Polster**, E. en M. (1976), *Praktijk van gestalt; psychotherapie voor zieken, Gezonden, samenleving, een nieuwe manier van leven*, 2^e druk. Lemniscaat, Rotterdam.
- Perls**, F.S., **Hefferline**, R.F. & **Goodman**, P. (1951), *Gestalt therapy, Existement and growth in the human personality*. Julian Press, New York.
- Perls**, F.S. (1969), *Ego, Hunger and Agression*. Vintage Books, New York.
- Perls**, F.S. (1976), *Gestaltbenadering, Gestalt in actie*. De Toorts, Haarlem
- Piët**, S. (1987), *Het loon van de angst*, Ambo, Baarn.
- Praag**, D. van (1998), *Gestalttherapie, Veld en existentie*. De Tijdstroom, Leusden.
- Siemens**, H. (2006), *De praktijk van de gestalttherapeut. Een professionele handleiding*. F&N Eigen Beheer, Amsterdam.
- Verhofstadt-Denève**, L., **Van Geert**, P. en **Vyt**, A., (2003), *Handboek ontwikkelingspsychologie, Grondslagen en theorieën*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Winter**, F. (dr.) (1998), *De angst de baas*. Haasbeek, Alphen a/d Rijn.
- Wollants**, G, **Missiaen**, C. & **Leys**, C. (2004), *Ervaringsgerichte begeleiding van A tot Z*. Koninklijke Wöhrmann, Zutphen.
- Vandereycken**, W., **Hoogduin**, C.A.L., **Emmelkamp**, P.M.G. (2001), *Handboek Psychopathologie, deel 1, Basisbegrippen*, 3e druk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Yontef**, G.M. (1988) *Awareness, dialogue & process. Essays on Gestalt Therapy*. The Gestalt Journal Press. Highland, New York.
- Zinker**, J. (1977), *Creative processes in Gestalt therapy*. Vintage books, New York.

Artikelen & collums

- Tijdschrift studies in Gestalttherapy, no. 2, 1993
- Malfait, R. (2003) *Creatief aanpassen: een lichamelijk proces*. Tijdschrift voor Gestalttherapie (10): 38-48
- Siemens, H., Phenomenology and the Therapeutic Relationship, tekst workshop EAGT-congres Praag, 2004
- 'Voorgrond' driemaandelijks tijdschrift van het Vlaams-Nederlands Gestalt Netwerk (VNGN), Jaargang 18, nummer 1, februari 2007
- Algemeen Dagblad van 25 april 2007, *familie & relaties*, artikel over kinderen met traumatische jeugdervaringen, pagina 22

Brochures

- Brochure van het NFGV, *Angststoornissen, als angst en paniek het leven beheersen*
- Brochure in gesprek over: *Paniekstoornis en fobieën* van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie

Internet

- www.wikipedia.nl
- www.psychowijzer.nl
- Artikel in 'Aan de hand' – maart 2003, beschikbaar via <http://www.peninga.com/subdomains/klimop/index.html>.