

Ik pieker er niet over!

*Hoe kan de gestaltpsychotherapeut werken
met piekerende cliënten?*



Marcella Petrarca
Nederlandse Stichting Gestalt (NSG)
Middlesex University
Mei 2006

*There's a bluebird in my heart that wants to get out
But I am too tough for him,
I say, stay in there, I am not going to let anybody see you.
There's a bluebird in my heart that wants to get out
But I pour whiskey on him and inhale cigarette smoke
And the whores and bartenders and the grocery clerks
Never know that he's in there.
There's a bluebird in my heart that wants to get out
But I am too tough for him,
I say, stay down, do you want to mess me up?
You want to screw up the works?
You want to blow my book sales in Europe?
There's a bluebird in my heart that wants to get out
But I am too clever,
I only let him out at night sometimes when everybody's asleep.
I say, I know that you're there, so don't be sad.
Then I put him back, but he's singing a little in there,
I haven't quite let him die
And we sleep together like that with our secret pact
And it's nice enough to make a man weep,
But I don't weep, do you?*

Bluebird by Charles Bukowski

1	PIEKEREN.....	4
1.1	MOTIVATIE VOOR HET ONDERWERP.....	4
1.2	MIJN DEFINITIE VAN PIEKEREN.....	5
1.3	GESTALTTHEORETISCH BELANG.....	6
2	PIEKEREN ALS PSYCHISCHE STOORNIS EN IN DE VOLKSMOND.....	8
2.1	INLEIDING.....	8
2.2	DSM-IV.....	8
2.3	DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK.....	9
2.4	PIEKEREN IN DE VOLKSMOND.....	10
3	PIEKEREN VOLGENS GESTALT	13
3.1	INLEIDING.....	13
3.2	GEZOND PIEKEREN.....	13
3.3	ONGEZOND PIEKEREN.....	14
3.4	HOND ZOEKT STAART.....	16
3.5	AANLEG TOT AANPASSING.....	17
4	GESTALTPSYCHOTHERAPIE	21
4.1	INLEIDING.....	21
4.2	GESTALT EN THEORIE.....	21
4.3	GESTALT EN THERAPIE.....	23
4.4	INGESLETEN MECHANISMEN.....	25
4.5	CONTACTFUNCTIES EN CONTACTVERMIJDINGEN.....	26
	4.5.1 Confluentie.....	27
	4.5.2 Retroreflectie.....	28
	4.5.3 Introjectie.....	29
	4.5.4 Projectie.....	29
4.6	PIEKEREN ALS ONGEZONDE CONTACTVERMIJDING.....	30
5	DE PRAKTIJK.....	31
5.1	INLEIDING.....	31
5.2	MIJN PIEKER PRAKTIJK.....	31
5.3	CASUS.....	33
6	CONCLUSIE.....	39
	BIBLIOGRAFIE.....	41
	Boeken.....	41
	Artikelen.....	43
	Websites.....	43

1 Piekeren

1.1 Motivatie voor het Onderwerp

Pie-ke-ren = zorgelijk of ingespannen over iets nadenken (Van Dale Online Woordenboek)

Piekeren is een algemeen bekend fenomeen. De meeste mensen hebben wel eens gepiekerd. Sommige mensen piekeren uren per dag. Sommige mensen kennen het helemaal niet. Ik heb zelf veel gepiekerd, voor zover ik me kan herinneren mijn hele leven al. Enige tijd nadat ik de gestaltopleiding aan de Nederlandse Stichting Gestalt (NSG) was gaan volgen, besepte ik wat ik deed of niét deed als ik piekerde. Nog later merkte ik dat ik minder piekerde. Ik ervoer het als een bevrijding om niet meer in mijn hoofd gevangen te zitten. Ik werd nieuwsgierig naar wat me dan precies geholpen had om minder te gaan piekeren. Ik kreeg cliënten met piekerklachten. Ik zocht naar een manier om zo met hen naar hun klachten te kijken, dat ze zicht zouden krijgen op alternatieve manieren om met hun piekerproblemen om te gaan. Mijn uitdaging was en is om niet vanuit mijn eigen piekerervaringen naar mijn cliënten te kijken, maar om me zelf er steeds scherp op te houden dat iedereen alles anders doet, al zijn er overeenkomsten. Dat bracht me bij de vraag wat piekeraars dan mogelijk wel met elkaar gemeen hebben. Zijn er algemene kenmerken te benoemen van piekeraars?

Piekeren is geen gestalterm. Gaandeweg, door zelfonderzoek (niet te verwarren met piekeren), in het contact met mijn cliënten, door erover te spreken met medestudenten, docenten, vrienden en kennissen en door te lezen en te zoeken in de gestalttheorie, heb ik mijn beeld gevormd over wat piekeren is en deze geplaatst in de kaders van de gestalttheorie en -praktijk. Ik heb ideeën gevormd over wat mogelijke oorzaken van piekeren zijn en wat piekeraars wellicht kan helpen om iets te doen aan hun piekerklachten. Ik streef er niet naar om tips te geven aan piekeraars om hun problemen zelf op te lossen. Ik hoop dat ze contact gaan maken met hun omgeving, zichzelf uiten en zo juist minder in eenzaamheid met hun problemen en verlangens omgaan. Ik streef ernaar als gestalttherapeut om met mijn cliënten met piekerklachten nieuwe invalshoeken te vinden, waardoor ze anders om kunnen gaan met hun piekerproblematiek.

Vandaar mijn centrale vraag:

Hoe kan de gestaltpsychotherapeut werken met piekerende cliënten?

1.2 Mijn Definitie van Piekeren

Piekeren is geen ontspannen bezigheid. Het is niet gewoon nadenken of dagdromen of fantaseren. Er zijn vaak emoties als wanhoop, angst of diep verlangen gekoppeld aan de piekergedachten die lijfelijk ervaren worden tijdens het piekeren. Cliënten noemen vaak een knoop in hun maag of misselijkheid, gespannen spieren of hun hart dat te keer gaat als ze hun gepieker beschrijven. Het is in gedachten wórstelen, waarbij de energie van opkomende behoeften ingehouden wordt. Piekeraars hebben veelal fysieke klachten zoals rug- en nekklachten of hoofdpijn door verhoogde spierspanning en vaak ook slaaptkort. Via mijn cliënten kwam ik erachter dat ze in gedachten blijven hangen, ze ondernemen geen actie op hun gedachten of verlangens. Het piekeren lijkt in plaats van actie te komen.

Sandra vertelt in therapie hoe ze graag haar armen om haar vriend heen zou hebben geslagen bij een heftige ruzie, waarna hun relatie uit was gegaan. Hij verweet haar dat ze koud was. Ze had er spijt van dat ze het niet gedaan had. Ze piekerde nog steeds over dit moment, ze herleefde het keer op keer in haar gedachten.

Therapeut: *Wat hield je tegen?*

Sandra: *Ik wilde niet zwak overkomen.*

Therapeut: *Dus je wilde je armen om hem heen te slaan. Voordat je het deed, kwam er die gedachte in je op, waardoor je je inhield?*

Sandra: *Ja, ... en ze zucht.*

Therapeut: *Wat is die zucht?*

Sandra: *Ik heb er spijt van dat ik het niet gedaan heb. Het had nu anders kunnen zijn tussen ons. Ik denk er zo vaak aan.*

Therapeut: *Je zou hem erover kunnen vertellen, zoals je het nu aan mij verteld hebt?*

Sandra: *Nee, hij zit echt niet meer op mij te wachten.*

Therapeut: *Hoe weet je dat, heb je hem dat gevraagd?*

Sandra: *Nee, dat weet ik gewoon.*

Mijn aanname is dan ook dat een piekeraar óf gewaarzijn van zijn behoeften vermijdt óf zijn neiging onderdrukt om contact te zoeken met zijn omgeving om zijn behoeften te bevredigen.

Mijn definitie van piekeren is:

Het in gedachten worstelen met problemen, uitdagingen, angsten of verlangens uit het verleden, in het nu of van de toekomst, waarbij de natuurlijke neiging om zich te uiten of actie te ondernemen om aan de eigen behoeften te voldoen, wordt ingehouden.

In deze definitie doe ik verscheidene aannames. De eerste is dat het de natuurlijke neiging van de mens is om zich te uiten of actie te ondernemen om aan de eigen behoeften te voldoen. Mijn andere aanname is dat iemand, als hij zich niet uit of geen actie onderneemt om aan zijn behoeften te voldoen, kan gaan piekeren als een mogelijke vermijdingsstrategie. Deze aannames zal ik toelichten aan de hand van het proces van contactmaken waar de gestalttheorie van uit gaat. Ook zal ik de gestalttheorie en –therapie beschrijven om een kader te schetsen waarin ik gestalttherapie zelf en met betrekking tot piekeren kan bespreken. Dat zal mogelijk herhaling betekenen voor gestaltisten, echter hopelijk de leesbaarheid voor alle anderen vergroten. Allereerst zal ik beschrijven hoe de reguliere psychologie en sommige andere stromingen piekeren beschouwen, zodat ik het verschil kan laten zien tussen hoe de reguliere geesteszorg omgaat met piekerklachten en hoe mijns inziens gestalttherapeuten met piekeren om zouden kunnen gaan.

1.3 Gestalttheoretisch Belang

Naast mijn persoonlijke motivatie en het praktische belang van deze thesis voor gestalttherapeuten, zie ik ook een gestalttheoretisch belang van mijn centrale vraag. Adviezen in boeken en op websites om van het piekeren af te komen zijn ‘in’. Deze adviezen bieden mijns inziens geen of in het beste geval te weinig soelaas aan echte piekeraars. Veelal zijn de adviezen die gegeven worden slechts symptoombestrijders en bieden geen aanpak van de mogelijk onderliggende problematiek. Ik denk dat gestaltpsychotherapeuten zichzelf kunnen positioneren en bewijzen als aangewezen behandelaars van piekerproblematiek.

Zeker zal wat ik in deze thesis schrijf niet voor iedereen gelden. Mogelijk zal een echte piekeraar zich herkennen in de mechanismen die ik zal beschrijven. Niet alleen is herkenning prettig en helend tegen de eenzame gedachte dat je de enige bent die zich zo voelt. Piekeraars kunnen hiermee een andere manier van omgaan met hun problemen zien waardoor ze wellicht minder hoeven te piekeren. Daarbij hoop ik dat dit gestalt- en andere psychotherapeuten een alternatieve manier biedt om naar hun piekerende cliënten te kijken.

De namen van cliënten die hierna genoemd worden, zijn gefingeerd. Ik heb toestemming aan mijn cliënten gevraagd om onze therapiesessies te gebruiken als bron voor dit stuk. Zonder hen en hun vertrouwen in mij zou ik nooit therapeut kunnen worden, waarvoor ik hen wil danken. Verder gaat mijn dank uit naar de NSG en haar therapeuten die ons opleidden. Met gestalt is de kwaliteit van mijn leven aanzienlijk verbeterd. Mijn gedeelde ervaringen met mijn medestudenten hebben me veel inzicht gegeven in hoe iedereen anders en toch ook met vergelijkbare motieven om kan gaan met wat het leven brengt. Mijn dank gaat ook uit naar mijn leertherapeuten, Ella Mulders en Harm Siemens. En last but not least, dank aan de mensen in mijn omgeving die mij geholpen hebben bij het schrijven en herschrijven van mijn thesis.

Voor de eenvoud gebruik ik zoveel mogelijk de hij-vorm in mijn thesis, tenzij het nadrukkelijk over een vrouw gaat.

2 Piekeren als Psychische Stoornis en in de Volksmond

2.1 Inleiding

In 1987 schoof de American Psychiatric Association piekeren naar voren als hét kernsymptoom van de Gegeneraliseerde Angststoornis of GAS. Het was niet vanzelfsprekend om een ‘banaal’ psychologisch proces als het hoofdsymptoom te aanvaarden van een psychiatrische aandoening. Er blijkt geen verschil te bestaan in de aard van het piekeren tussen normale en pathologische piekeraars. Het verschil ligt hem in het overheersende karakter van het piekeren en het geringe vertrouwen van de persoon in zijn vermogen problemen doelmatig aan te pakken. ‘Gewone’ piekeraars zijn hoogstens een half uur aan het piekeren voordat ze actie ondernemen!

2.2 DSM-IV

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV), onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association, is een classificatie van psychische stoornissen, die ontwikkeld is voor gebruik bij hulpverlening, opleiding en onderzoek. Een van de belangrijkste kenmerken van de DSM-IV is het geven van diagnostische criteria om de betrouwbaarheid van de diagnose te vergroten. Het doel van de DSM-IV is het geven van heldere beschrijvingen van de diagnostische categorieën om het klinici en onderzoekers mogelijk te maken diagnoses te stellen, er over te communiceren, onderzoek te doen en de verschillende psychische stoornissen te behandelen.

Gegeneraliseerde Angststoornis volgens de DSM-IV:

- A. Buitensporige angst en bezorgdheid (bange voorgevoelens), gedurende 6 maanden vaker wel dan niet voorkomend, over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals werk of schoolprestaties).
- B. Betrokkene vindt het moeilijk de bezorgdheid in de hand te houden.
- C. De angst en bezorgdheid gaan samen met drie (of meer) van de volgende zes symptomen:
 - 1. rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn
 - 2. snel vermoeid zijn

3. zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren
4. prikkelbaarheid
5. spierspanning
6. slaapstoornis (moeilijkheden in slaap te vallen of door te slapen, of rusteloze, niet verkwikkende slaap)

D. Het onderwerp van de angst en bezorgdheid is niet beperkt tot de kenmerken van een As I stoornis, bijvoorbeeld 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.

E. 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.

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

2.3 Differentiaal Diagnostiek

Bij het stellen van een diagnose worden alle mogelijke andere stoornissen in overweging genomen. Een belangrijk klinisch verschil tussen een paniekstoornis (PS) en een GAS is dat iemand met een GAS vooral piekert over basale dagelijkse problemen, terwijl iemand met een PS met name piekert over het opnieuw krijgen van een paniekaanval. In tegenstelling tot mensen met agorafobie of een enkelvoudige fobie, vertoont iemand met een GAS wel vermijgend gedrag, maar deze heeft niet een specifieke focus. Veel mensen met GAS hebben ook last van depressieve klachten. Het onderscheid is niet eenvoudig. De patiënt met de stemmingstoornis is vaak angstig, de patiënt met GAS vaak gedeprimeerd. Een dwangstoornis komt ook in de buurt. Er zijn dwanggedachten, althans er is een proces van dwangdenken; de

inhoud verschilt wel steeds. De gedachten leiden echter niet tot dwanghandelingen of coverte mentale activiteiten.

GAS wordt vaak als een restgroep van de angststoornissen 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 (Vandereycken, Hoogduin en Emmelkamp 2000).

2.4 Piekeren in de Volksmond

Hoeveel mensen piekeren er eigenlijk? Veel piekeraars zijn niet bekend bij onderzoeken, omdat piekeren vaak als onderdeel van iemands persoonlijkheid wordt gezien. Piekeren is niet zo snel een probleem waarvoor je in therapie gaat. De GGZ geeft een indicatie van cliënten met piekerklachten, ook als onderdeel van de Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS). Ongeveer 350.000 Nederlanders lijden aan een GAS. Het begin van de GAS ligt meestal tussen de twintig en veertig jaar. In een groot Nederlands onderzoek onder volwassenen van 18-64 jaar bleek de lifetime-prevalentie 2,3% (proportie van mensen in een populatie die ooit een GAS hebben gehad). Bij vrouwen is dit 2,9%, bij mannen 1,6% (ggz.nl). Bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen lijden aan een GAS (Robins, Regier 1991)!

Er zijn boeken en websites waarin wordt beschreven wat piekeren is, hoe je kunt herkennen of je piekert en wat je er zelf aan kunt doen. Hoogstwaarschijnlijk is er bij het ontstaan van piekeren sprake van een samenspel van diverse factoren, zoals een bepaalde biologische gevoeligheid, bepaalde karaktereigenschappen, psychosociale factoren, vervelende gebeurtenissen in iemands leven en ervaringen in de vroege jeugd (www.piekertest.nl).

Op de Nederlandse piekersite, waar een piekertest gedaan kan worden, wordt het piekeren ook als onderdeel van de Gegeneraliseerde Angststoornis beschouwd. Hier worden tips gegeven hoe om te gaan met 'overmatige bezorgdheid'. Tips, zoals het aanvaarden van de klachten; niet teveel energie besteden aan het vinden van de oorzaak van het piekeren; iemand in de

omgeving zoeken met wie de gevoelens besproken kunnen worden; geen troost zoeken in alcohol en drugs; het beperken van het gebruik van cafeïnehoudende dranken (koffie, cola); afleiding zoeken in bezigheden die ontspannend zijn en geen angstgevoelens oproepen; lichaamsbeweging; het bedenken dat angstgevoelens te behandelen zijn en dat er dan goed mee te leven valt. Volgens de GGZ heeft onderzoek uitgewezen dat de combinatie van medicatie, ontspanningsoefeningen en psychotherapie de beste resultaten geeft. Medicatie bestaat meestal uit een antidepressivum, soms wordt (tijdelijk) een benzodiazepine (spierontspanner) voorgeschreven. Een mix van therapieën, medicijnen en tips helpen piekeraars van hun probleem af.

De tip om iemand in de omgeving te zoeken met wie de gevoelens besproken kunnen worden, is mijns inziens een zeer waardevolle. Als je met iemand praat, maak je contact met je omgeving over je gevoelens. In plaats van het alleen te doen, breng je iets van je opgekropte energie naar buiten, waardoor er mogelijk ruimte ontstaat om anders naar je problemen te kijken. Echter wat is het nut van de volgende tip die gegeven wordt om met piekeren om te gaan, het inplannen van een piekermoment?

Maak piekermomenten: Creëer momenten waarop je je bezorgdheid even de vrije loop laat. Na een minuut of tien neem je een paar diepe ademhalingen en laat je je zorgen los. Ga niet met jezelf in conclaaf of je bezorgdheid goed of fout was. Als je dit een aantal keren per dag doet, leer je je zorgen niet alleen beter in perspectief te zien; op een gegeven moment wordt piekeren gewoon saai (JeEchteLeeftijd.nl 2005).

Sommige mensen geven al jarenlang nacht na nacht uren slaap op aan hun gepieker. Als zij overdag een paar keer wat tijd inruimen om te piekeren, zouden ze het dan écht het saai gaan vinden en het daardoor niet meer doen? De piekeraars die ik gesproken heb, hebben het veelal wel al geprobeerd.

Sandra: “Pfff, als dat hielp! Maar het maakt gewoon niets uit. Nu pieker ik niet alleen ’s avonds, maar overdag ook nog een paar keer. En als ik eenmaal goed begonnen ben, duurt het vaak uren voordat ik ermee ophouden kan.”

Het volgende is natuurlijk geen wetenschappelijk of betrouwbaar onderzoeksresultaat. Echter als ik aan vrouwen in mijn omgeving vraag of ze wel eens piekeren, is het antwoord bijna altijd een volmondig ja. Mannen lijken inderdaad minder te piekeren. Als je doorvraagt naar wat ze

dan doen met bepaalde twijfels of keuzes die ze te maken hebben, lijkt het of mannen hier toch anders mee omgaan dan vrouwen. Ze lijken er beter toe in staat om zich af te leiden. En als ze wel piekeren - volgens mijn definitie - noemen ze het geen piekeren. Ze nemen hun piekergedachten schijnbaar minder serieus, dichtten de gedachten minder waarde toe, waardoor ze ook minder lijken te lijden onder piekeren. Dat zou suggereren dat Byron Katie (Psychologie Magazine 2005), die irrationele gedachten relativeert, een mogelijk succesvolle methodiek hanteert. Zo schijnt zelfonderzoek, zoals zij dat voorstaat, enorm succesvol te zijn. Haar methode is, volgens haar zeggen, heel simpel. 'De basisgedachte is dat we niet overstuur raken van gebeurtenissen zelf, maar van onze *gedachten* over die gebeurtenissen. En die gedachten zijn vaak niet reëel.' Iemand onderwerpt zijn gedachten aan een onderzoek, waarna hij wel moet concluderen dat hij niet reëel denkt en hij zijn situatie zal kunnen accepteren. Deze methode heeft volgens het artikel veel weg van reguliere cognitieve therapie, met name van RET, de Rationeel Emotieve Therapie. Ook daar worden irrationele gedachten uitgedaagd en wordt met behulp van een paar stappen gezocht naar een alternatieve manier van denken.

Inderdaad, als je veel last hebt van irrationele gedachten waar je niets mee kunt, is relativeren een goede strategie. Soms heb je geen keuzes te maken in het leven. Als je grote liefde jou verlaat dan heb je geen keuze meer om aan je behoefte aan liefde van die ander te voldoen. Je kunt alleen nog maar je situatie accepteren en daar eventueel hulp bij zoeken. Maar voordat je een situatie accepteert, moet je niet éérst kijken of je gepieker misschien een valide alarmsignaal is dat er iets mis is in je leven en of je je behoeften wél zou kunnen vervullen, voordat je bij voorbaat de handdoek in de ring gooit en je situatie accepteert? Het is misschien wel gemakkelijker om jezelf te vertellen dat je toch niets aan een situatie kunt veranderen, dan een lang en vaak pijnlijk proces van soms langdurige therapie aan te gaan. Therapie waarbij je jezelf vele malen schrijnend eerlijk onder ogen moet komen en de verantwoordelijkheid voor je eigen daden niet meer op het verleden of op anderen in je omgeving kunt schuiven. Want dat is wel het uitgangspunt van gestalttherapie. Je gaat samen met je therapeut kijken naar hoe jij hier en nu met jezelf omgaat en wat jij zélf nu zou kunnen doen om je geluk uit dit leven te halen. Pas als je jezelf met je eigen unieke behoeften hebt leren accepteren zoals je bent, weet je of je huidige leven echt bij jou hoort of ga je er iets aan doen om het passender te maken bij je behoeften.

3 Piekeren volgens Gestalt

3.1 Inleiding

Het gevaar bij het uitgebreid beschrijven van piekeren, is dat het een erg beladen onderwerp wordt. Je zou bijna denken dat er iets mis is met je als je piekert. Echter nadenken, filosoferen, fantaseren en dagdromen zijn uitstekende contactfuncties om jezelf te leren kennen, je wensen en verlangens te onderzoeken en jezelf soms af te remmen in ondoordachte spontaniteit met alle mogelijke gevolgen van dien. In dit hoofdstuk beschrijf ik gezond en ongezond piekeren. Verder vertel ik over waar piekeren vandaan zou kunnen komen.

3.2 Gezond Piekeren

Iedereen piekert wel eens. In sommige situaties kun je niets doen en dan zul je je zorgen moeten accepteren. Dan is het alleen al prettig om je hart te luchten al kan die ander ook niets voor je doen. Een goed gesprek kan helpen om je gedachten op een rij te krijgen, om te relativieren wat je ondertussen levensgroot hebt bedacht. Zo nu en dan pieker je over een keuze die je maken moet. Des te groter het conflict dat je met je omgeving kan verwachten, des te spannender is het om de confrontatie aan te gaan. Je stelt het gesprek uit, je wacht op het juiste moment. In die periode spelen de mogelijke gevolgen van je keuze door je hoofd. Je maakt voorstellingen van het gesprek dat je moet voeren. Je oefent als het ware, of zoals Fritz Perls, de grondlegger van de gestalttherapie dit noemt, je hebt last van 'stage freight' (1969:50). Zo fungeert piekeren als een veilige oefenronde voordat je contact maakt met je omgeving met alle risico's van dien. Je bent je gewaar van een behoefte en je rolt je fantasieën door je hoofd om te proeven wat het precies is wat je wilt, voordat je actie onderneemt. Dit is gezond piekeren dat voorkomt dat je op iedere impuls ondoordachte beslissingen neemt en meer stuk maakt dan je lief is. Het zet je aan het denken over wat er mis is en het geeft je een denkpaauze. Piekeren staat het hier en nu genieten in de weg. Het gaat ten koste van kostbare slaap, gezonde eetlust en ongedwongen plezier. Allemaal goede redenen om niet te lang te blijven piekeren. Je gaat daarom uiteindelijk de confrontatie aan met je omgeving. Je opgekropte energie krijgt een uitweg, je hoeft niet meer te piekeren. Dit kan in allerlei situaties en momenten van je leven voorkomen. Kiezen is verliezen, maar keuzes zijn onderdeel van het leven. Kenmerkend van gezond piekeren is dat het naar aanleiding van een concrete gebeurtenis of situatie plaatsvindt,

dat je last hebt van je gepieker en dat je beseft dat je iets moet doen. Hetzij praten met je partner, naar de dokter gaan, van baan veranderen, minder geld uitgeven, etc. Je beseft wat het probleem is, je doet wat nodig is en je komt weer tot rust.

De vragen waar ik antwoorden op zoek, zijn onder meer de volgende. Wanneer wordt gezond piekeren ongezond? Hoe komt het dat iemand niet in contact treedt met zijn omgeving om ervoor te zorgen dat zijn behoeften worden vervuld? Wat weerhoudt iemand ervan om de benodigde actie te ondernemen om niet meer te hoeven piekeren? Hoe is dit vermijdende gedrag ontstaan? Hoe houdt iemand dit nu nog in stand? En voor de gestalttherapeut, hoe herken je ongezond piekeren bij je cliënten? Op welke contactvermijdingen moet je letten en hoe ga je vervolgens met de piekerklachten van je cliënt om?

3.3 Ongezond Piekeren

Het is belangrijk om gezond en ongezond te definiëren. Er lijkt een oordeel te zitten in dit onderscheid. Het zal mede van de cultuur of groepsnormen en -waarden afhankelijk zijn wat normaal of gezond wordt gevonden.

If the person's relation with the environment is such that the awareness and contact process is clear and forms a good Gestalt that accounts for what is present and what is needed in the person and environment, then this is psychological health (Yontef 1993:407).

Yontef beschrijft hier wat gezond is wanneer de gestaltpsychotherapeut een procesdiagnose stelt. Volgens de gestalttheorie ben je gezond als je relatie met je omgeving zodanig is dat je je gewaar bent van je behoeften en als je contact maakt met je omgeving om je behoeften te realiseren. Als je je niet gewaar bent van je behoeften of die van je omgeving, functioneer je ongezond. Of, als je je wel gewaar bent van de behoeften, functioneer je ongezond als je contact met je omgeving om je behoeften te realiseren, vermijdt.

Thomas Borkovec, psycholoog aan de Pennsylvania Universiteit, verrichte in 1983 baanbrekend werk. Hij kwam tot de vaststelling dat heel wat patiënten met slaapstoornissen last hadden van opdringerige gedachten. De variabiliteit van de hartslag blijkt te verminderen bij patiënten met angststoornissen. De onderzoekers hadden hier een verklaring voor: door zich in

negatieve gedachten te verliezen, wordt de emotionele verwerking onderdrukt en worden onze gevoelens als het ware gegijzeld. Door te concentreren op het gevaar zal piekeren uiteindelijk een verstarring van het denken teweegbrengen.

Wells onderscheidt drie soorten van piekeren:

1. Piekeren over sociale aangelegenheden: de relatie met partner of familie, geldzorgen of status.
2. Piekeren over gezondheid: ziekte, ouder worden, gevaar voor ongelukken.
3. Piekeren over piekeren, ook wel metapiekeren genoemd, zoals 'ik zou gek kunnen worden van het piekeren' (Van der Abeele 2002).

Volgens gestalt is er een vast patroon in hoe behoeften opkomen in het organisme. De contactcyclus begint met rust. Vanuit deze rust ontstaat een behoefte en gewaarzijn van deze behoefte. Je oriënteert je op wat je behoefte is en hoe je deze wilt gaan bevredigen. Bij het opkomen van behoeften komt er energie vrij. Deze energie heb je nodig om actie te ondernemen en contact te maken met je omgeving om bevrediging van je behoefte te verkrijgen. Als een behoefte bevredigd is, komt het organisme tot rust en kan er gewaarzijn komen van een volgende behoefte. Er kunnen korte of lange rustmomenten zijn tussen opkomende behoeften in, maar er komt altijd een volgende behoefte die om aandacht en bevrediging vraagt. Mogelijk conflicteert deze nieuwe behoefte met andere aanwezige behoeften. Soms is het niet eenvoudig om te weten welke behoefte het meest belangrijk is. Iedere keuze heeft consequenties. Liever dan de keuze onder ogen te komen, kan het gewaarzijn van de opgekomen behoefte worden vermeden of ontkend. Iedereen steekt wel eens zijn kop in het zand, maar normaliter komt het gewaarzijn van het probleem uiteindelijk toch. De behoefte zal om aandacht blijven vragen tot hij op een of andere manier bevredigd is. Echter niet altijd kunnen behoeften bevredigd worden. Idealiter treedt iemand desondanks met zijn omgeving in contact om op te komen voor zijn behoeften en doet zo toch iets met zijn energie. Echter, als iemand de behoeften van zijn omgeving voorrang verleent aan de zijne of hij de strijd niet durft aan te gaan uit angst voor mogelijke consequenties, zal hij niet opkomen voor zijn eigen behoeften. Misschien veroordeelt een piekeraar zichzelf voor zijn behoeften of gevoelens van onvrede. Hij denkt na over de mogelijke gevolgen van iedere keuze alsof hij in de toekomst zou kunnen kijken. Hij brengt zijn behoeften niet in contact met zijn omgeving, waardoor deze de kans misloopt om een rol te spelen in het proces waar hij doorheen gaat. Piekeren is dan een van de mogelijke contactvermijdende strategieën.

3.4 Hond Zoekt Staart

Soms piekeren mensen de hele dag door, meestal juist 's avonds als ze alleen zijn met hun gedachten en ze ontspannen. Piekeren gebeurt voornamelijk wanneer mensen alleen zijn en geen afleiding meer hebben van hun gedachten. Echter ook wanneer piekeraars niet alleen zijn, wordt er gepiekerd, eenzaam in gezelschap.

We're always alone when we worry. When worry has my ear, it's hard to hear anyone else (Hallowell 1997).

Het duurt soms uren voordat piekeraars eindelijk slapen. De dag erna staan ze uitgeput en vol zorgen op. 'Insomnia in most cases is not an illness, but a symptom of a long-range health policy of the organism in the service of holism' (Perls 1969:313). Je hebt behoefte aan rust en slaap, maar je bent nog niet klaar met je andere behoeften. Het organisme laat die niet zomaar los. De ingehouden behoeften en onafgemaakte zaken overheersen de behoefte aan slaap.

De meest belangrijke behoefte van het moment is idealiter te herkennen aan welke behoefte zich in het hier en nu het meest dominant aanbiedt. Ik kan het heel belangrijk vinden om deze thesis af te maken, maar op een gegeven moment wordt de behoefte aan eten groter en zal ik actie moeten ondernemen. Totdat ik iets gedaan heb om mijn honger te stillen, blijft deze onbevredigde behoefte mijn concentratie verstoren en om aandacht vragen. De kunst is al om te herkennen dat een behoefte om aandacht vraagt. Waar merk je dat aan? Honger is voor de meeste mensen gemakkelijk te herkennen. Maar hoe herken je de behoefte aan bijvoorbeeld het confronteren van je vriend met je woede en verdriet als hij je heeft afgewezen? Durf je het aan om die behoefte te herkennen? Want zodra je herkent en onderkent dat je die behoefte voelt, moet je actie ondernemen om hierdoor niet meer verstoord te worden. Het kan heel eng zijn om je te uiten. Je confronteert iemand met je woede, waardoor je kans hebt op nog meer afwijzing. Als dat te eng wordt, is het misschien wel een stuk rustiger om niet te (h)erkennen dat je iets anders wilt. Je verliest je mogelijk in je gedachten, waar je scènes keer op keer afspeelt, zonder een echt risico te lopen. De behoefte aan contact met die ander is er echter wel degelijk en zal om aandacht blijven vragen. Je komt in je gedachten wel voor jezelf op of je fantaseert over een ander leven. Maar je doet dit in gedachten, je blaft tegen de verkeerde boom. Je uit je niet, dus je blijft gefrustreerd. Een piekeraar is als een hond die in zijn eigen staart probeert te bijten;

een eindeloze cirkel van ingehouden energie waarmee mensen zichzelf in eenzaamheid afsnijden van de buitenwereld.

3.5 Aanleg tot Aanpassing

Het is voor een piekeraar schijnbaar gemakkelijker om zich zijn eigen verlangens te ontzeggen of ze te onderdrukken dan de strijd aan te gaan met de buitenwereld om voor zijn behoeften op te komen. In plaats daarvan maakt de piekeraar van zijn gedachtewereld de arena waar zijn behoeften met elkaar strijden. Behoeften aan acceptatie en veiligheid strijden met behoeften om uit te komen voor wat hij echt zou willen doen of zeggen. De natuurlijke neiging van de mens is om zich te uiten. Een klein kind komt spontaan voor al zijn behoeften uit, zonder zich eerst af te vragen of het wel een goed moment is en of het wel de behoefte is van zijn omgeving om aan zijn behoeften te voldoen. Dat spontane gedrag kan bij kleine kinderen al jong worden bestraft door een niet beschikbare of niet ondersteunende omgeving. Wat weerhoudt een volwassene, die niet meer voor zijn leven afhankelijk is van zijn omgeving, om het contact aan te gaan met zijn omgeving om te krijgen wat hij hebben wil? Wellicht is het de angst voor afwijzing, voor straf, om verlaten te worden of om af te gaan. Iemand kan worstelen met loyaliteit, met de wens om zich te houden aan eerder gemaakte beloften of de onwil om iemand te kwetsen. Misschien probeert iemand zich voor te bereiden op alle mogelijke consequenties van alle mogelijke situaties uit angst om verrast te worden of om niet adequaat te zullen kunnen reageren. Was het piekeren vroeger een creatieve overlevingsstrategie die het volop leven hier en nu in de weg is gaan staan? Heeft iemands moeder misschien gezegd dat ze een grote meid moet zijn en niet zeuren, of vertelde pappa dat jongens niet huilen? Of heeft iemand gewoonweg nooit geleerd om te delen – was er wellicht nooit iemand om mee te delen?

Mensen leren soms al heel jong om zich aan te passen aan hun omgeving. Om conflicten te voorkomen, zijn ze hun behoeften gaan vermijden of inhouden. Onderscheid tussen wat ze zelf willen en wat hun omgeving wil, is soms moeilijk te maken. Mensen met een beperkt gewaarzijn van hun eigen behoeften zijn niet per se mensen die niet veel voelen of doorhebben. Dit zijn juist vaak mensen met sterke voelsprietten voor hun omgeving. Ze weten precies wat er aan de hand is in een groep waar ze verkeren. Hun gevoeligheid wordt soms geprezen: “*Jij begrijpt me zo goed!*”

Deze aanleg tot aanpassing wordt nader uitgewerkt en vervolmaakt [...], zodat bij hen tenslotte een heel bijzondere gevoeligheid ontstaat voor onbewuste signalen van behoeften bij de ander (Miller 2002:14).

Cliënte spiegelt mijn lichaamshouding. Ze zit stil, linkerbeen over rechterbeen geslagen, alsof ik in de spiegel kijk. Haar ogen zijn strak op de mijne gericht. Ze verbreekt het oogcontact niet zomaar. Ze lijkt te wachten op mij. Ze glimlacht als ik het doe. Alleen haar linkervoet wiebelt en draait een heel klein beetje, nauwelijks waarneembaar. Die beweging is uniek in deze kamer. Ik vraag naar wat haar voet wil. Ze reageert verbaasd en bozig. “Mijn voet?! Hoezo? Niets...”

Vaak heeft een piekeraar geen gewaarzijn, of *awareness* van zijn opkomende behoeften.

Unawareness of verminderde awareness resulteert in een persoon die niet goed in contact is met zijn eigen opkomende (organische) behoeften. Hij wordt meer gestuurd door cognities dan door zijn ervaring. Bij deze vorm van unawareness wordt de zich voordoende ervaring ontkend en overheerst het denksysteem van de persoon. [...] Fantasie en denkwereld zijn te sterk ontwikkeld. De persoon denkt zijn wereld en probeert op deze wijze zijn gevoelens en belevenissen onder controle te houden.[...] De weg uit dit labyrint van gedachten en fantasieën is er een van meer awareness van het eigen lichaamsbeleven en met de awareness van de ander, in dit geval de therapeut (Van Praag 1998:136-137).

Sommige mensen weten of voelen dus niet goed wat ze zelf willen. Hun gewaarzijn of awareness van de eigen behoeften is onvoldoende aanwezig of wordt onderdrukt en soms wel zodanig dat ze zichzelf echt kunnen laten geloven dat ze dezelfde behoeften hebben als hun omgeving. Dat is niet voor niets, want dan hoeven ze ook niet de vaak pijnlijke en zware strijd te leveren over wiens behoefte ze zullen bevredigen of de consequenties te ervaren van een keuze. Het proces van contactmaken brengt onder meer het risico met zich mee dat je niet geaccepteerd wordt zoals je bent. Onbevredigde behoeften blijven echter om aandacht vragen. Een situatie waarbij een keuze maken tussen je verschillende behoeften onmogelijk lijkt, kan verschrikkelijk pijnlijk zijn.

Judith: *Ik word er gek van, ik krijg hem niet uit mijn hoofd.*

Therapeut: *Waar denk je dan aan?*

Judith: *Dat ik met hem samen wil zijn. Ik mis hem gewoon.*

Therapeut: *Heb je hem dat verteld?*

- Judith: *Wel dat ik hem mis. Maar, en dan? Ik kan niet bij mijn kinderen weggaan. Ze zouden er zo onder lijden.*
- Therapeut: *Maar je hebt het toch niet over je relatie met je kinderen, maar met je partner? Dat lijkt me de relatie die niet meer bevredigt.*
- Judith: *Dat is ook zo. En als dat mijn enige verantwoordelijkheid was, dat wist ik het misschien wel. Maar mijn kinderen hebben mij nodig, en ik heb hun nodig.*
- Therapeut: *En je minnaar, heb je die ook nodig?*
- Judith: *...zucht. Ja. Maar dan had ik er maar niet aan moeten beginnen. Ik wist dat het niet kon.*
- Therapeut: *Het lijkt me heel zwaar om iemand gevonden te hebben bij wie je je gelukkig voelt en door wie je zo wordt aangetrokken, terwijl je thuis geconfronteerd wordt met wat je mist in je relatie en wat je niet wilt kwijtraken met je kinderen.*
- Judith: *Het is mijn eigen schuld, ik moet niet zeuren.*
- Therapeut: *Dat klinkt wel alsof je erg hard bent voor jezelf. En het klinkt voor mij alsof je je verplichtingen aan je omgeving boven je eigen behoeften plaatst. Het lijkt me zo een bijna onmogelijk te maken keuze. Hoe voel je je terwijl je dit aan me vertelt?*
- Judith: *Ik word wel iets rustiger. Tegelijkertijd voel ik me steeds verdrietiger worden.*

Het volgende stadium van vermijding van de behoeften is het onderdrukken van de neiging om actie te ondernemen om aan behoeften te voldoen. Het gewaarzijn van de behoefte is er op een zeker niveau, iemand voelt ontevredenheid en rusteloosheid, maar deze worden omgezet in piekergedachten in plaats van in actie. Het alarmsignaal gaat af dat er iets gedaan moet worden. Piekeeraars weten ergens wel wat ze willen, als je kijkt naar de inhoud van hun gepieker. Maar de stap van gewaarzijn van innerlijke behoeften naar oriëntatie op de buitenwereld om actie te nemen en contact te maken met de omgeving om te krijgen wat nodig is, wordt niet gezet.

Een piekeraar kijkt veelal niet naar zijn gedachten als een kans om erachter te komen wat hij wil. Piekeren lijkt bijna als een onafhankelijk fenomeen te bestaan, als iets dat bij iemand hoort. De optie om het gefantaseerde in praktijk te brengen, wordt niet overwogen. Een piekeraar gelooft niet dat hij zijn situatie zodanig kan beïnvloeden dat het zin heeft om actie te ondernemen. De typische gestaltvraag “*Hoe is het om dit tegen mij te zeggen?*” gevolgd door de vraag “*Hoe zou het zijn om dit tegen je partner te zeggen?*” leidt allereerst veelal tot verbazing, want de gedachte leidt niet meer automatisch tot actie.

Een piekeraar leeft, zonder hierover contact te maken met zijn omgeving, in het verleden of in de toekomst en het hier en nu wordt benut om het verleden of de toekomst te vormen tot iets anders dan wat het is.

4 Gestaltpsychotherapie

4.1 Inleiding

Gestaltpsychotherapie is een holistische, fenomenologisch en procesmatig georiënteerde vorm van therapie die ook wel de psychotherapie van het contact wordt genoemd. In mijn vraagstelling over piekeren doe ik de aanname dat piekeren een vermijdingsstrategie is om geen contact te hoeven maken met alle mogelijke risico's van dien. In dit hoofdstuk zal ik meer vertellen over de uitgangspunten van gestalt.

4.2 Gestalt en Theorie

Gestalttherapeuten maken niet een vaststaande diagnose, maar maken meerdere keren gedurende de therapie een procesdiagnose, want met de tijd verandert alles. Heraclites, een klassieke filosoof die leefde van 536 tot 470 voor Christus, ging hier al van uit. 'Panta Rei,' letterlijk 'alles stroomt,' was zijn uitgangspunt. Geen moment in het leven is hetzelfde. Je omgeving, je ervaring, de tijd, je stemming, je lichaam, alles verandert met de tijd. Daarom is het maken van een onveranderlijke diagnose ondoenlijk en ook onjuist. Beter is het om de diagnose met de tijd en veranderingen mee opnieuw te stellen. Gestalt heeft een wezenlijk andere benadering van diagnosticeren dan de reguliere psychopathologie. Gestalt zet de problematiek van de cliënt altijd ook af tegen de omgeving van de cliënt en zijn manier van en mogelijkheden om voldoende contact te maken met die omgeving. Gestalt gaat er van uit dat een gezond verloopend proces van contactmaken met de omgeving cruciaal is om aan de eigen behoeften te voldoen en toch onderdeel van de groep te zijn, twee voorwaarden om gezond en gelukkig te leven.

Het veldtheoretische uitgangspunt van de gestalttherapie maakt dat we psychopathologie als een interactioneel probleem zullen benoemen. [...] De persoon probeert in toenemende mate op eigen benen te staan, meer vanuit zichzelf contact te maken [...] Het belangrijkste van de (reguliere) psychopathologie is dat er wordt uitgegaan van een afwijking in de persoon, waarbij hij wordt gezien als losstaand van zijn omgeving. [...] (Van Praag 1998:134).

Wat is eigenlijk 'contact' volgens gestalt?

Your sense of the unitary interfunctioning of you and your environment is contact, and the process of contacting is the forming and sharpening of the figure/ground contrast, which is, as we have seen, the work of spontaneous attention and mounting excitement. For you as a living being contact is, then, ultimate reality (Perls, Hefferline and Goodman 1951:73).

Oftewel, je besef van verweven zijn met je omgeving is contact. Het proces van contactmaken bestaat uit je concentratie hierop en de hierbij vrijkomende energie. Het uitgangspunt van gestalttherapie is dat ieder mens een onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van zijn omgeving: gezin, werk, vrienden en de rest van de wereld. De mens zoekt naar een optimale bevrediging van zijn behoeften. Zoals Aristoteles al zei 'In our various ways we are combinations of the potential and the actual (Woodfin and Groves 2001:73).' Wanneer iemand er niet naar streeft om zijn volle potentieel te realiseren, houdt hij zichzelf kennelijk op een of andere manier tegen.

Volgens de gestaltbenadering ervaren mensen psychische problemen wanneer het contact met hun omgeving verstoord is en ze niet in staat zijn om het nodige contact te herstellen. Bijvoorbeeld wanneer je beseft hoeveel iemand voor je betekent, maar je durft je niet te uiten. Je bent zo bang dat je wordt afgewezen, dat je het contact dat je zo hard nodig hebt niet eens aangaat. Je prefereert de relatief veilige eenzaamheid. Liever dat dan iemand de kans gunnen om je wel of níét af te wijzen. Wat het had kunnen zijn, zul je nooit weten.

Therapeutisch gezien is het herstel van de contactfunctie van eminent belang omdat deze onontbeerlijk is in het proces van creatieve aanpassing (Van Praag 1998:61).

Wat is contact in de therapeutische relatie?

We think of the therapy relationship as relating to the unique person of the patient with the manifest unique presence of the therapist (Yontef 1993:408).

Iedere relatie is anders, door de verschillen en overeenkomsten in persoonlijkheden, maar ook door de verschillende situaties, momenten en kwaliteit van contact waarvoor aanwezigheid en aandacht vereist zijn. Zo ook is iedere relatie tussen therapeut en cliënt weer anders.

Het doel van gestalttherapie is de existentiële ontmoeting waarbij er contact ontstaat tussen cliënt en therapeut. In deze existentiële ontmoeting ligt het creatieve moment besloten, waarin het tot dan toe incomplete Gestaltformatieproces een kans krijgt en er een nieuwe ervaring geïntegreerd kan worden (Van Praag 1998:91).

Gestalttherapie is een ervaringsgerichte therapie waarbij de therapeut samen met de cliënt het evenwicht herstelt tussen denken, voelen en doen. De therapeut staat niet zozeer stil bij de inhoud van de problemen van de cliënt, maar legt meer de nadruk op de manier waarop hij met ze omgaat en ze ervaart. Het belang is erachter te komen welke betekenis die problemen hebben in het leven van de cliënt en hoe hij ermee om zou kunnen gaan.

4.3 Gestalt en Therapie

Hoe werkt gestalttherapie in de praktijk? De therapeut en cliënt leren elkaar kennen en bouwen wederzijds vertrouwen op zodat contact kan ontstaan. In dit wederzijdse vertrouwen durft de cliënt zichzelf meer te zien en te laten zien in zijn kwetsbaarheid.

Een Gestalttherapeut gebruikt geen technieken; hij past *zichzelf* toe in en op een situatie met om het even welke beroepsvaardigheid of levenservaring die hij verworven of geïntegreerd heeft, volgens Laura Perls (Lambrechts 2001:110).

Gestalttherapie is dus niet een techniek. De levenservaring van de therapeut en zijn manier van contactmaken zijn onlosmakelijk verbonden met zijn manier van therapie geven. De therapeut is in staat om het impliciete te expliciteren op zodanige wijze dat de cliënt zich niet gekwetst of beledigd voelt, maar zich in het contact met de therapeut gezien en erkend zal voelen.

Hiertoe gebruikt de therapeut zijn fenomenologie. Het woord stemt af van het Griekse woord ‘fenomenon’ en betekent ‘dat wat zichtbaar en duidelijk is’.

Practising contact as a phenomenological approach is a contact process which is a very delicate process done with precision. [...] Looking through the eyes of the clients’ world at each moment would give a phenomenological description of the client in a way that the therapist becomes more involved in the world of the client. The therapist may then move along in the world of the experience of the client and can begin to make a dialogue of what the therapist becomes aware of (Siemens 2004).

De therapeut past soms inclusie toe en kijkt door de ogen van de cliënt mee in zijn wereld, maar blijft zich zijn eigen fenomenologie gewaar, terwijl hij ‘meereist’ met de cliënt. Zo kan hij zien wat de cliënt meemaakt en doet met zijn ervaringen, zonder zichzelf te verliezen in empathie of medeleven. Dit is een belangrijk verschil tussen empathie voelen en inclusie toepassen dat de therapeut in staat stelt om de cliënt in het hier en nu terug te geven wat hem opvalt en wat het met hem doet als hij de cliënt op een bepaalde manier ziet laveren in zijn veld.

Cliënte Sandra lijdt aan boulimia en snijdt zichzelf soms, al gaat het volgens haar zeggen al een hele tijd goed. Ze vertelde me in een sessie dat ze een afspraak met haar vriend had gehad om zaterdag uit te gaan. Ze had speciaal geen andere plannen gemaakt. Zaterdag hoorde ze eerst niets van hem. Toen ze hem die dag eindelijk sprak, was hij een beetje vaag over hun afspraak. Hij zei dat hij ging eten met een vriend van hem en misschien daarna nog wel bij haar langs zou komen. Sandra vertelde me dit allemaal behoorlijk onbewogen. Ik stelde me voor hoe ik me zou voelen in haar geval. Ik stelde me voor hoe ze alleen thuis was gebleven, terwijl hij niet meer langs was gekomen die avond. Ik vroeg haar wat ze tegen hem gezegd had. Niets, zei ze. Ze had wel wat gepiekerd, zei ze. Maar ik geloofde niet dat dit alles was. Ik verplaatste me in haar situatie van die avond en kon me voorstellen dat ze zich ontzettend woedend en teleurgesteld had gevoeld. En ik wist hoe zij met dit soort emoties omging. Ik vertelde haar mijn gedachten hierover. Ik vroeg haar of ze gesneden had. Toen welden de tranen op in haar ogen. Ze had zich die avond inderdaad gesneden en meerdere malen overgegeven.

In de dialoog brengt de therapeut zijn ervaringen in contact met de cliënt. Als de cliënt zich voldoende geaccepteerd en ondersteund voelt door de therapeut, zal hij wellicht met een opener blik naar zichzelf kunnen kijken.

Cliënte: *“Als ik bij jou ben, is het altijd net alsof ik in de spiegel zit te kijken!”*

De gestalttherapeut zal tijdens de therapie de cliënt attenderen op zijn lichamelijke ervaring op dat moment. Hierdoor leert de cliënt zijn gewaarzijn te scherpen en te richten, opdat hij zelf zijn fenomenologie steeds beter zal leren kennen. Zo komen cliënt en therapeut er samen achter hoe de cliënt zijn leven ervaart en organiseert. Door meer en meer te erkennen welke rol hij zelf speelt in zijn eigen leven, kan de cliënt verantwoordelijkheid gaan nemen voor wat hem overkomt.

Dat is hard nodig voor de piekeraar, want als hij blijft geloven in zijn drogredenen om geen actie te ondernemen, zal hij niets doen om zijn situatie te veranderen. Ongeloof in de eigen effectiviteit is een goed werkende projectie waardoor iemand in zijn eigen gedachten kan blijven ronddolen.

The neurotic's problem is not that he cannot manipulate, but that his manipulations are directed towards preserving and cherishing his handicap, rather than getting rid of it (Perls 1973:47).

4.4 Ingesleten Mechanismen

Piekeraars hebben zichzelf een beperkende manier van leven aangeleerd die zo vertrouwd en ingesleten is dat deze niet zo zomaar te veranderen is. Wat doét iemand die piekert eigenlijk? Of misschien is het belangrijker om te vragen, wat doet een piekeraar niét? Bij onophoudelijk piekeren is er sprake van ongezond ingehouden gedrag. Een piekeraar is zich niet continue bewust dat hij eigenlijk iets van of met een ander wil. Hij is gewend aan zijn vermijdende gedrag van het piekeren en bezorgd zijn in plaats van actie ondernemen om de eigen behoeften te bevredigen.

Een piekeraar leeft in zijn eigen gedachtewereld en overweegt vaak niet eens meer om dit te delen met een ander.

Clïente Maaïke in tussenslag over de therapie: *“Ik ben er altijd van uit gegaan dat ik puur leefde vanuit mijn emoties, maar het is me nu duidelijk geworden dat ik juist altijd veel meer vanuit mijn denken handel en in de war raak van mijn emoties die ik niét kan controleren. Door de therapie ben ik meer gaan luisteren naar wat ik voel en heb ik al een paar stappen gezet, die voor mij goed voelen al heb ik er wel ook verdriet van. [...] Ik raak nog in paniek als het verdriet me overspoelt, maar probeer het nu te ondergaan, naar het gevoel en de signalen van mijn lichaam te luisteren (en probeer daarbij niet te streng en veroordelend voor mezelf te zijn).”*

Bij een piekeraar gaat het ergens in het proces van contactmaken mis. Er is wel gewaarzijn van het gevoel, van behoeften. Uit angst echter voor de gevolgen van het contactmaken, denkt de piekeraar na over actie om zijn behoeften te bevredigen, maar onderneemt niets. Hij blijft gevangen in zijn herinneringen uit het verleden of zijn ideeën over de toekomst. Vermijding van actie komt centraal te staan. Doordat het nieuwe onbekend blijft en er geen contact ontstaat, resteert alleen escapisme. Hij raakt gevangen in het denken.

4.5 Contactfuncties en Contactvermijdingen

Contactfuncties en –vermijdingen zijn in principe gezonde mechanismen waarmee we onze basisbehoeften van samensmelting tot zelfontplooiing bevredigen, terwijl we ons toch aan de groep aanpassen om niet uitgestoten te worden. Echter, als we ons in de contactvermijdingen verliezen en star en eenzijdig gaan functioneren, kunnen dit ongezonde mechanismen worden, die ons hier en nu verhinderen om ons in verschillende situaties flexibel en creatief te bewegen en onze behoeften te bevredigen. Wat gebeurt er waardoor gezonde contactfuncties en –vermijdingen zelfdestructief worden in plaats van dat die noodzakelijke agressie aangewend wordt om uit de omgeving te halen wat nodig is?

Angst is de onderbreking van de creatieve opwinding (Perls, Hefferline, Goodman 1951:448).

Ouders zijn letterlijk van levensbelang voor een baby. Zij zijn het die de broodnodige bevestiging moeten verzorgen. Maar soms zijn de ouders zich niet gewaar van hun behoeften. Zo kan het gebeuren dat ze onbewust hun behoeften aan samenzijn en bevestiging halen uit de onvoorwaardelijke liefde van hun kind. Een kind wordt als een gevoelig wezen geboren en voelt dit vrijwel vanaf de geboorte aan. Zo kan een baby overleven door zijn eigen behoeften te onderdrukken of zelfs het bestaan ervan voor zichzelf te ontkennen.

In elk geval zorgt deze vroegtijdige aanpassing ervoor dat de narcistische behoeften van het kind aan respect, weerklank, begrip, medeleven en weerspiegeling een heel specifiek lot ondergaan. Een belangrijk gevolg van de aanpassing is dat het *onmogelijk* wordt bepaalde eigen gevoelens (*bijvoorbeeld jaloezie, afgunst, woede, eenzaamheid, machteloosheid, angst*) in de kinderjaren en vervolgens als volwassene *bewust te ervaren* (Miller 1988:17).

In een gezonde relatie moet je afstand kunnen nemen, nabij kunnen zijn en kunnen bewegen tussen beide toestanden. Iedereen heeft van oorsprong behoefte aan een relatie waarin je je samen kunt voelen met die ander. Maar hoeveel je ook van die ander houdt, je hebt ook je eigen leven nodig, waarin je je unieke zelf kunt ontplooiën en ontwikkelen. Dat betekent dat je flexibel op de contactgrens moet kunnen bewegen tussen samenzijn en alleenzijn, tussen hetzelfde zijn en uniekzijn. De gestalttheorie benoemt confluentie, retroreflectie, introjectie en projectie als contactfuncties en –vermijdingen, die ik hierna zal beschrijven.

4.5.1 Confluentie

Confluentie kennen we van onze tijd in de baarmoeder. We komen samen in de wereld en als de moeder beschikbaar is, zal de eerste tijd ook als samen ervaren kunnen worden. Als baby weet je eerst niet waar jij ophoudt en de rest van de wereld begint. De ontdekking dat je een apart afgescheiden wezen bent, is ook de ontdekking dat je eigenlijk alleen bent. De paradijselijke staat van confluentie, van samenvloeiing kan namelijk niet in stand gehouden worden. Je bent nu eenmaal een apart wezen met je eigen unieke karakter en behoeften. De behoeften van moeder en kind zullen dus niet altijd dezelfde zijn en dan kom je erachter dat je toch alleen bent. De behoefte aan samenvloeien blijft echter altijd bestaan. In de confluentie is er geen verschil. Je bent je niet gewaar op dat moment van je eigen behoeften, alleen het samenzijn telt. Zoals in de periode van verliefdheid. Liefde maakt blind. Je wilt niet zien hoe anders die ander is, maar genieten van hoeveel je met elkaar gemeen hebt. Confluentie is de bevestiging van de band die je samen hebt en beschermt jou en jouwen tegen de buitenwereld.

Gezonde confluentie kan ongezond worden wanneer we onze eigen behoeften gaan vermijden om de ander niet kwijt te raken. We doorbreken de aanwezige confluentie niet. Zo zijn er groepen mensen die het altijd met elkaar eens zijn. In zo'n groep kan het heel moeilijk zijn om het anders te doen of om kritiek te leveren. Je voldoet dan niet aan de groepsregels en loopt kans op uitsluiting door de groep. Er zijn ongezond confluyente maatschappijen waar een eigen mening de doodstraf oplevert. Sommige mensen gaan zelfs geloven in de ideeën van de machthebber om niet steeds verscheurd te worden en om te overleven. Door in de confluentie te vluchten, vermijd je de confrontatie met de verschillen, die soms onoverkomelijk blijken te zijn. Dit besef van existentiële eenzaamheid kan heel pijnlijk zijn. Wie wil echt weten dat we alleen geboren worden en alleen doodgaan? Dat kan voor mensen reden zijn om zich tegen deze realiteit te verzetten. Dat worden vaak claimende en veeleisende partners voor wie het te bedreigend is om die ander als authentiek te zien.

4.5.2 Retroflectie

Bij retroflectie richt je de energie die onder andere vrijkomt bij het ontstaan en gewaarworden van behoeften op jezelf in plaats van op anderen. Het is hard nodig om jezelf in te kunnen houden, want als je al je instincten en behoeften zou uitleven zou je een sociaal onaanvaardbaar wezen kunnen zijn. Retroflectie is nodig om jezelf te kunnen zien en ervaren. Je kunnen inhouden, is wat je aangepast maakt. Het vermogen om te retroflecteren wordt voor het eerst getraind wanneer een kind zindelijk wordt. Een baby's eerste stap naar zelfstandigheid is wanneer hij zelf kan bepalen wanneer hij zijn behoefte doet. Erik Erikson, belangrijk voor de ontwikkelingspsychologie, verdeelde de ontwikkeling van de mens in fasen van identiteitsontwikkeling. Volgens hem leer je retroflecteren als je ongeveer twee jaar oud bent:

In het tweede levensjaar is het kind meer en meer in staat zijn sluitspieren te beheersen; de instinctieve energie verplaatst zich naar de anale erogene zone met zijn psychosexuele functies van 'ophouden en ontlasten'. [...] Daarbij bereikt het kind de leeftijd waarop het zelfstandig leert voortbewegen. Dit alles resulteert in een gevoel van macht tegenover de omgeving, waarbij het kind tot de ontdekking komt een eigen wil te hebben die soms scherp verschilt van de verlangens van de ouders. [...] De betekenis van deze fase voor de identiteitsontwikkeling is zeer groot. (Verhofstadt-Denève, Van Geert, Vyt 2003:311-312)

Als retroflectie ongezonde vormen aanneemt, geef je aan jezelf wat je eigenlijk van een ander nodig hebt. Je slaat je armen om jezelf heen bij behoefte aan warmte. Je slaat jezelf letterlijk voor je kop in plaats van die ander een stomp voor zijn hoofd te geven. Je praat in gedachten

met jezelf in plaats van met die ander met wie je zo graag je gedachten zou delen. Zo komt er geen contact tot stand met de ander en onze echte behoeften blijven onbevredigd.

4.5.3 Introjectie

Als kind leer je met name door het gedrag van volwassenen na te apen. Je introjecteert als het ware andermans regels zonder ze echt eigen te maken. Het is de beste en meest efficiënte manier van leren. Zo leer je deels de taal en het rekenen. Maar ook leer je de mores van de groep waar je onderdeel van uitmaakt. Je leert dat het niet netjes is om de ander te onderbreken of dat grote jongens niet huilen. Naarmate je ouder wordt, kijk je kritischer naar wat je voorgeschoteld krijgt en hebt gekregen. Je gaat evalueren wat je geïntrojecteerd hebt. Ben je het er wel mee eens? Je maakt eigen wat bij jou past en de rest laat je voor wat het is. Niet altijd is er ruimte voor het individu en voor eigen meningen. En niet altijd lukt het iemand om zich te verzetten tegen de geldende regels van de groep of de overheersende mening van zijn ouders. Iedereen heeft nog introjecten. Zoals wanneer je met iets wilt stoppen en je hoort dat stemmetje dat zegt ‘dat als je ergens voor kiest, je het ook af moet maken.’ Die stem die je vertelt dat ‘alleen zwakkelingen hun kwetsbaarheid laten zien.’ Veelal gaan deze gedachten vergezeld door schuldgevoel of een gevoel van falen. De interessante vraag is dan: ‘Van wie moet ik dat eigenlijk en ben ik het er wel mee eens?’ Een introject is vaak te herkennen aan het woord ‘moeten’. De cliënt die nog van alles ‘moet’, heeft mogelijk veel introjecten die hij nog eens goed kan onderzoeken. Soms heeft iemand niet door dat dit eigenlijk niet zijn eigen regels zijn, maar laat hij zijn leven er nog wel door bepalen. Met als gevolg dat hij naar iemand anders zijn regels leeft en zijn eigen behoeften veronachtzaamt.

4.5.4 Projectie

Door te projecteren, kun je jezelf uitdrukken aan de buitenwereld en deze ervaren zoals je dat wenst. Je projecteert om de wereld te leren kennen en zo maak je hem eigen. Je ziet door je eigen unieke bril. Gekleurd door je eigen emoties, wensen, angsten en gedachten interpreteer je situaties, kunst, je vrienden, je vijanden. Je identificeert je met idolen, waar je jezelf in wilt herkennen. Door slechte ervaringen kan je echter ook argwanend worden. Je projecties bezorgen je teveel angst om nog contact te durven maken.

‘Once bitten, twice shy.’ Je denkt toch al te weten dat je gekwetst of teleurgesteld zal worden.

Niet de dingen zelf verontrusten mensen, maar de voorstelling die ze van dingen hebben (Epictetus ca 100 AD).

4.6 Piekeren als Ongezonde Contactvermijding

Iemand die piekert, kan dit vanuit allerlei ongezond geworden contactvermijdingen doen. Ongezond, omdat zo’n contactvermijding het zelfregulerende proces van het organisme in de weg staat. We worden er niet beter van als we zo leven. De gaandeweg ongezond geworden contactvermijdingen staan het bevredigen van de eigen behoeften in het hier en nu in de weg. Maar waarom iemand het ook doet, wat iemand ook probeert te vermijden, wat iemand in al die gevallen niét doet, is in contact treden met zijn omgeving. Hij onderdrukt of retroflecteert zijn natuurlijke neiging om contact te maken.

Maaïke is een cliënte met zware piekerklachten. Ze weet dat ze piekert, ze heeft er veel last van. Het is een van de belangrijkste redenen voor haar om in therapie te komen. Ze begint meestal ’s nachts met piekeren, zodra ze in bed gaat liggen. Ze kan uren liggen te malen. Haar verstoorde nachtrust en het bezorgd zijn, maken haar erg moe. Maaïke piekert over de problemen van mensen om zich heen. Over hoe zij een beroep op haar doen en ze zichzelf onvoldoende beschikbaar vindt (introject: ‘ik moet altijd beschikbaar zijn’). Verder piekert ze over haar relatie. Haar vriend is niet geheel beschikbaar, met name door zijn emotionele afstandelijkheid. Daardoor durft Maaïke nooit haar ei kwijt bij hem (retroreflectie). Maaïke zou ook wel eens kwetsbaar willen zijn, maar denkt dat de buitenwereld haar dan een sukkel zou vinden (projectie: ‘de ander zal me een sukkel vinden, want eigenlijk vind ik mezelf een sukkel als ik me kwetsbaar opstel’). Verder heeft ze geleerd dat ze sterk moet zijn en niet moet zeuren (introjecten: ‘ik moet sterk zijn’, ‘ik mag niet zeuren’). Behalve vermoeidheid heeft Maaïke last van verminderd concentratievermogen en last van haar rug, waar ‘het geregeld in schiet’. Maaïke’s neiging tot retroreflectie gaat zo ver dat ze er wel eens over fantaseert om een ongeluk te krijgen en er niet meer te zijn. “Wat zou je dan wel hebben?” “Rust”.

5 De Praktijk

5.1 Inleiding

Een gestalttherapeut kijkt minder naar het waarom van een probleem van een cliënt, maar meer naar het hoe en wat. Hoe houdt de cliënt de klacht in stand? Wat vermijdt de cliënt? Wat levert dit gedrag hem op? De gestalttherapeut kijkt naar de contactvermijdingen van de cliënt in het hier en nu. Het piekeren was een creatieve manier om met de tegengestelde behoeften van hem en zijn omgeving om te kunnen gaan toen hij nog kind was. De piekeraar is echter geen kind meer. Zijn ondertussen ingesleten contactvermijdingen zijn wellicht niet meer nodig. Ze weerhouden hem er wel van om in het hier en nu op een gezonde manier contact te maken met zijn omgeving.

The environment – mostly other persons – proved hostile to his efforts to satisfy his needs. They frustrated and punished him. In such an unequal contest – he was a child – he was sure to lose. Consequently, to avoid the pain and danger entailed in renewed attempts, he gave up. [...] But the situation has changed! We are not children [...] it is worth having another try at getting what we need from the environment. (Perls, Hefferline en Goodman 1951:146)

5.2 Mijn Pieker Praktijk

Ik heb drie cliënten in therapie gehad die naast hun aanleiding om in therapie te komen ook last bleken te hebben van piekerklachten. Hun aanleiding om in therapie te komen, was:

Maaïke: *Mijn hoofd zit zo vol, dat ik er gek van word.*

Robert: *Soms heb ik helemaal geen zin meer in het leven.*

Sandra: *Ik word geleefd door mijn agenda en vrienden en ik ben overspannen.*

Drie geheel verschillende en unieke mensen wiens problemen op het eerste gezicht geen overeenkomsten lijken te hebben. Alledrie intelligente, communicatieve, sociale mensen. Ogenscheinlijk niet eenzaam, met veel mensen om zich heen. Mensen om hen heen weten veelal niet dat ze in therapie zijn of problemen hebben. In de eerste sessies, waarbij we elkaar leerden kennen en elkaar leerden vertrouwen, kwam het woord piekeren bij een van de drie

naar voren. Als gevolg van problemen, zo werd het piekeren gezien. Veel later werd piekeren een vast onderdeel van de sessies, met alledrie. Hoewel de man vond dat hij niet piekerde: *“Ik denk wel veel. Soms lig ik er wakker van. Maar ik zou het geen piekeren willen noemen.”* Piekeren, of denken in zijn geval, was pijnlijk, vermoeiend en stressvol. Piekeren was volgens mijn cliënten het gevolg van hun problemen, het gevolg van hoe hun omgeving met ze omging. Piekeren werd in mijn ogen steeds meer een creatieve oplossing van mijn cliënten om niet het echte contact aan te gaan met hun omgeving. Hun behoeften werden wel geëxpliciteerd in hun fantasieën en gepieker. Het zwaarst werd gepiekerd over hun relaties. Over wat ze te weinig aan aandacht of bevestiging kregen. Over waarom die ander niet belde, maar ze overwogen niet om zelf te bellen. Nee, piekeren deden ze in plaats daarvan. Een stap naar actie om hun behoeften te bevredigen, werd gewoonweg niet overwogen. Ze hadden niet eens door dat ze in hun eentje een situatie probeerden op te lossen die bijna altijd met het contact of gebrek aan contact tussen hen en hun omgeving te maken had.

Opvallend vind ik van mijn cliënten dat ze de inhoud van hun gepieker en hun problemen los zien van elkaar. De een noemde het piekeren pas nadat ik er nadrukkelijk naar gevraagd had, zij sprak daarvoor in de therapie alleen maar over haar problemen zoals ‘ongelukkig zijn, overwerkt zijn, het te druk hebben’. Zij bleek soms uren per dag aan piekeren kwijt te zijn. Dan kon ze niets anders. Ze zat alleen maar te piekeren. Ze had dan last van hartkloppingen en buikpijn. De ander kwam met haar piekerklachten als aanleiding voor de therapie. Ze piekerde ‘gewoon’ iedere avond, voor het slapen gaan.

Volgens gestalt kun je eenvoudig gezegd de Id-functie vertaald zien in de lichamelijke uitingen van het organisme. De Personality-functie staat voor wat voor persoon iemand zichzelf ziet. Wat voor echtgenoot of collega is iemand. De Ego-functie treedt op de contactgrens op en haalt uit de omgeving wat de beide functies nodig hebben. Deze is te herkennen aan wat iemand wil. Ik zag bij mijn cliënten verstoringen in de Id-functie en de Personality-functie, waardoor er verlies van sommige Ego-functies optrad.

Door voornamelijk met mijn cliënten te werken aan het vergroten van hun gewaarzijn van hun behoeften (Id-functie) en van hoe ze wilden zijn (Personality-functie), werd het mijn cliënten duidelijker wat ze wilden en werden sommige Ego-functies hersteld. Ook mijn acceptatie van hen zoals ze zijn met hun behoeften, speelde mijns inziens een rol in hun vermogen om

zichzelf steeds meer onder ogen te komen. Verder speelde het opbouwen van meer zelfondersteuning een belangrijke rol om voor zichzelf op te durven komen.

5.3 Casus

Maaïke heeft mijn brochure gelezen en meldt zich bij me aan. Ze wil wat er in de brochure staat: zichzelf beter kunnen ondersteunen. Ze is eind 40, verzorgd gekleed, levendig en gemotiveerd om aan zichzelf te werken. Ze piekert. Vooral 's nachts kan ze uren liggen te malen. Maaïke voelt zich verantwoordelijk voor het levensgeluk van de mensen om haar heen; haar kinderen, haar zussen, haar ouders en vrienden. Ze heeft een druk sociaal leven. Maaïke heeft er moeite mee om haar grenzen te beschermen. Ze denkt dat ze alles moet kunnen en straalt dit ook uit. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf en veroordeelt zichzelf hard als ze het niet goed genoeg doet. Maaïke lijkt zich nog niet erg bewust van wat ze precies zelf wil, maar het vervullen van andermans behoeften valt haar steeds zwaarder. Maaïke had een veeleisende, dominante en emotioneel onbeschikbare moeder. Als Maaïke zich niet aanpaste, volgden er laaiende ruzies en veel emotionele chantage van de moeder. Haar vader stond altijd aan de kant van haar moeder. Ze mocht zich ook niet terugtrekken op haar kamer, ze moest gezellig zijn. Maaïke had last van veel introjecten, er was veel wat ze moest. Maaïke verwachtte niet anders dan ongelukkig te zijn. Haar opluchting om eindelijk eens met iemand te kunnen praten en te vertellen over haar problemen was bijna voelbaar.

Vandaag vermeden teveel op de inhoud in te gaan van wat Maaïke te vertellen had. Geprobeerd haar te laten ontspannen door haar te vragen haar spierspanning en ademhaling te ervaren en te beschrijven. Ze stuitte op weerstand bij haar ademhaling. Ze meldde “de controle niet op te willen geven”. Functie van het controle houden geëxploreerd. Maaïke vertelde “dat vroeger al haar spontane negatieve uitbarstingen hard werden afgestraft door haar moeder”. Haar ervaring is dat als ze geen controle houdt, er dan altijd wel iets gebeurt waarvoor ze gestraft wordt. Als ze piekert bestaan haar piekergedachten uit het herhaaldelijk overdoen van situaties en catastrofaal fantaseren over komende situaties. Daar verliest ze bijna iedere avond een paar uur slaap aan. Behalve de avond dat ze therapie heeft. Dan slaapt ze.

Wat weerhoudt haar ervan om gebruik te maken van al die mensen om haar heen? Het blijkt dat ze eigenlijk nooit aan iemand vertelt wat ze van ze zou willen, maar zich wel vaak teleurgesteld voelt door haar omgeving. Ik heb altijd gedacht dat wéten waar bepaald gedrag vandaan komt al helend zou werken. Maar dat bleek niet helemaal het geval. Maaïke kon precies vertellen wanneer ze begonnen was met piekeren. Ik vond dat een enorm belangwekkende ontdekking. Ze vertelde dat ze samen met haar man een duurder huis kocht, zwaardere verantwoordelijkheden kreeg en toen startte met piekeren. Op de vraag of ze erover praatte met haar man, antwoordde ze dat ze zich in zichzelf had teruggetrokken. Een mooie bevestiging van mijn theorie, dacht ik. Echter, die wetenschap veranderde voor haar helemaal niets! Ze heeft hier en nu last van haar piekerproblematiek en het alleen doen en dat verandert niet door te weten waar en waarom het begonnen was.

Maaïke wil gezien worden zoals ze is, maar laat zich niet zien uit angst voor afwijzing, veroordeling of verwijten. Ze maakte zichzelf eenzaam door haar echte behoeften niet te tonen aan haar omgeving. In haar relaties spreekt ze haar gevoelens niet uit. In haar hoofd voert ze wel de gesprekken waarin ze haar eigen behoeften verdedigt. Ze praatte in de sessies tegen me over alles waar ze last van had, maar verzuchtte desondanks herhaaldelijk: “Ik wéét niet wat ik wil?!”

Verminderde awareness resulteert in een persoon die niet goed in contact is met zijn eigen opkomende (organismische) behoeften. Hij wordt meer gestuurd door zijn cognities dan door zijn ervaring (Van Praag 1998:136).

Maaïke was in het begin vaak verward over de signalen die ze van haar lichaam kreeg. Door haar diepe ademhaling te blokkeren, voorkwam ze gewaarzijn van haar behoeften. Ik heb haar steeds geattendeerd op haar ademhaling en haar gevraagd haar fysieke ervaring bij het bespreken van haar behoeften te beschrijven. We werkten aan het vergroten van gewaarzijn van haar behoeften, haar uitingen aan haar omgeving hierover en de discrepantie tussen wat ze wilde en wat ze er aan deed om het te krijgen.

Maaïke: *Op kantoor zeggen ze altijd dat ik naar huis moet als ik zeg dat ik hoofdpijn heb!*
Therapeut: *Wat zou jij dan willen van ze als je zegt dat je hoofdpijn hebt?*
Maaïke: *Gewoon een aai over mijn bol en een aspirientje. Moet ik dan soms vragen om een aspirientje en een aai over mijn bol?!...Anders weten ze niet wat ik bedoel, hè?*

Ik ben met Maaïke gaan exploreren wat ze precies deed om van haar problemen af te komen. Ik was soms geneigd om met haar oplossingen te gaan zoeken voor haar problemen. Ik besepte echter, mede door het in te brengen in supervisie, dat ze zelf verantwoordelijkheid moet dragen voor hoe ze nu leeft en zichzelf bewust moest gaan worden van haar ontwijkende gedrag, voordat ze een en ander kan gaan veranderen. Als ik oplossingsgericht zou gaan denken voor haar, zou zij het zelf niet doen. In het begin van de therapie voelde ze zich een slachtoffer van alles wat haar overkwam. Na bijna een jaar therapie hoorde ik haar voor het eerst echt anders praten en ze schrok er zelf een beetje van: *“Ik weet namelijk dat ik het zelf moet en kan oplossen!”* Kort daarop werd ze depressiever dan ze in lange tijd was geweest. Ze piekerde meer dan ooit. Ze overwoog zelfs om weer aan de antidepressiva te gaan. De gewaarwording van de eigen verantwoordelijkheid maakte haar angstiger dan ooit en ze hield nu met geweld al haar energie opgekropt. Ik zocht naar een manier om haar retroflecties ongedaan te maken zonder aan de medicijnen te hoeven. Ik heb haar voorgesteld dat ze eerst zou gaan sporten, niet alleen, maar met vrienden. Sport kan een vergelijkbaar effect hebben als antidepressiva en het retroflecterende gedrag wordt op organismische niveau ongedaan gemaakt. Ze nam mijn voorstel serieus, want ze wilde niet aan de medicijnen. Ze vroeg hulp aan haar vrienden, voor het eerst van haar leven deed ze het niet alleen. En ze werd niet teleurgesteld. Ze is twee keer per week gaan fitnesssen en een keer gaan dansen.

Maaïke straalde. Ze oogde heel levendig, haar ogen glinsterden, ze was beweeglijk. Ze fitnessst nu twee keer per week met een goede vriend en ze gaat een keer per week naar jazzballet. Ze vertelt dat als ze nu terugkijkt het voor haar voelde alsof ze onder berg aarde vastzat. Ze had zich zwaar, verstikt en onbeweeglijk gevoeld. Het sporten geeft haar een heel lekker gevoel, alsof ze weer leeft. En het was zo leuk om meer contact te hebben met haar vrienden. Ze was zelfs begonnen met Internet daten en kreeg allerlei leuke reacties.

Nu zit er een heel andere Maaïke voor me dan een jaar geleden. Ze voelt zich thuis in haar eigen huis. Ze hoort het van zichzelf als ze weer eens iets moet of zichzelf veroordeelt. Haar grootste angst en eerste belemmering in haar relaties met mannen was om zelf contact op te nemen. De ander had hier echter geen idee van en kreeg nooit sjoerge van Maaïke. Als Maaïke even niet hoorde van iemand, ging ze er per definitie van uit dat hij haar niet meer wilde zien. Ze piekerde zich dan wel gek over waarom iemand niet belde, maar zou het nooit zelf vragen. Ze zag niet in dat zij ook afwees door nooit zelf initiatief te nemen of contact te zoeken. Nadat we alternatieve redenen hadden bekeken waarom iemand niet belt en ze in staat werd om die te overwegen, kwamen we tot het punt dat ze zelf contact ging opnemen. Ze wilde in staat zijn om zelf contact op te nemen, want het gepieker kostte nog steeds veel energie. Haar angst was heel erg groot. Alleen al het intypen van een sms zonder hem te versturen maakte haar al paniekerig. Maar er was iemand die ze heel graag wilde spreken. Hij had een afspraak met Maaïke had afgezegd en haar daarna niet meer gebeld.

Maaïke: *Ik voel me nu zo ontspannen. Het was wel een zware week. Ik had nog steeds niets van Mark gehoord. Ik had wel 5 of 6 sms-jes geschreven, maar nooit verzonden. Vaak zat ik met mijn duim boven het zend knopje, maar ik kon het gewoon niet! Vrijdag heb ik 3 bierjes gedronken en het sms-je verzonden.*

Therapeut: *Kun je het gevoel omschrijven dat je had als je met je duim boven de verzendknop zweefde?*

Maaïke: *Mijn vader heeft een schilderij gemaakt. Een heel klein figuurtje zit op een berg en boven zijn hoofd zweeft een enorm rotsblok. Zo voelde ik me.*

Therapeut: *Wanneer voelde je jezelf ontspannen? Na het verzenden van het smsje al of pas nadat hij antwoordde?*

Maaïke: *Dat was het rare. Ik ontspande direct. Eigenlijk maakte zijn antwoord al niet meer zoveel uit.*

Therapeut: *Dus je hebt voor het eerst zelf contact opgenomen terwijl je de kans liep dat hij je zou afwijzen! Ik voel me trots op je. Ben je trots op jezelf?*

Maaïke: *Ja!*

Therapeut: *Heeft hij trouwens geantwoord?*

Maaïke: *Ja. Dat hij niet belde, had niets met mij te maken, hij was gewoon ziek. Stom, hè?*

Initieel dacht ik dat piekeraars van hun gepieker af moeten. Daar ben ik wel voor een deel van teruggekomen. Het volgende bewijst mijns inziens dat ik niet moet proberen een cliënt te ‘genezen’ van zijn jarenlange opgebouwde mechanismen, want die kan toch in het hier en nu nog een belangrijke behoefte bevredigen:

“Ik pieker nog wel een beetje, niet zo erg als eerst, gewoon even voor het slapengaan. Ik ga er zelfs eerder voor naar bed, zodat ik genoeg slaap krijg. Eigenlijk hoort het piekeren wel bij mij, ik vind dit soort piekeren wel lekker. Even een moment voor mezelf na een drukke dag. En daarna val ik lekker in slaap.”

Nadat Maaïke voldoende zelfondersteuning had opgebouwd om zichzelf te zien zoals ze is en zichzelf te accepteren met haar behoeften, zijn we pas gaan werken aan het piekeren zelf. Ik heb haar uitgelegd dat ze mijns inziens gaat piekeren als ze niet praat over wat haar dwars zit of opkomt voor haar behoeften. Ze herkende wel dat dit mogelijk waar was, maar het deed haar niet heel veel. Toen heb ik haar gepieker van dat moment nadrukkelijk gekoppeld aan de twee conflicten die ze die week had gehad. De eerste met haar zoon, op wie ze flink boos is geworden. De andere met haar vriend. Hem had ze niets verteld over haar ergernissen en ze had hem over haar grenzen laten gaan. Over hem piekerde ze, over haar zoon niet. Het was een perfect voorbeeld van wat niet voor jezelf opkomen voor een piekeraar voor gevolgen heeft. Het was toen net of bij haar het kwartje viel, ze had een Aha-erlebnis. Ze keek me met grote ogen aan en vertelde me dat ze het nooit eerder zo duidelijk gezien had. Ik heb haar die sessie een opdracht meegegeven: *“Schrijf iedere avond op tijdens het piekeren wat je die dag niét gezegd hebt tegen iemand, waar je nu over piekert.”* Ze werd er hierdoor steeds beter in staat om de connectie te leggen tussen wat ze niét had gedaan die dag door te kijken naar wat diezelfde avond terugkwam in haar gepieker. Haar gewaarzijn van haar eigen contactvermijdingen werd vergroot. Het doel is om haar gewaarzijn van haar retroflecterend gedrag uiteindelijk zo te vergroten dat ze op het moment van retroreflectie zélf de keus zal hebben om wel of niet uit te spreken wat ze op dat moment inhoudt.

Het eerste wat ze echter al bereikte met deze oefening was dat ze direct minder ging piekeren:

“Ik heb na twee weken al een heel dagboek vol. Maar het werkt wel. Soms schrijf ik 's avonds al op waarover ik denk dat ik straks ga piekeren. En dan gebeurt het niet! Tenzij ik heel erg met iets zit. Ik ben voor het eerst veel bewuster bezig met wat al die tijd al in mijn hoofd zit. Het valt me op hoeveel vragen ik eigenlijk wil stellen aan mensen om me heen. Ik pieker nu al minder!”

De stap naar het contactmaken blijft een hele moeilijke, ze ervaart hierbij veel angst. Ze wil echter graag van het piekeren af. Ze gaat zich stukje bij beetje steeds meer uiten en haar gepieker wordt daadwerkelijk minder. Zoals ze zelf zegt: *“Dat betekent dat ik écht voor mezelf moet kiezen.”*

6 Conclusie

Piekeren is het in gedachten worstelen met verlangens zonder actie te ondernemen om aan die verlangens tegemoet te komen. De natuurlijke neiging om actie te ondernemen om te voldoen aan de eigen behoeften wordt onderdrukt. Er zijn allerlei redenen waarom iemand dat doet. Slechte eerdere ervaringen bezorgen iemand angst om weer gekwetst of gestraft te worden. Ook de angst om uitgesloten te worden door de groep is reden om geen contact met de omgeving te maken over de behoeften die conflicteren met die van de anderen. Het schrijnende gevolg hiervan is dat een piekeraar die niet opkomt voor zijn behoeften in zijn gedachten verstrikt raakt en er toch alleen voorstaat.

Het is opvallend hoeveel mensen er piekeren. Iedereen piekert op zijn eigen manier over zijn conflicten, verlangens en angsten. Maar er lijkt wel een gemene deler te zijn van het onderdrukken van de natuurlijke neiging om voor zichzelf op te komen tegen de groepsnormen of de behoeften van de naaste omgeving in. Het is een heel bescheiden en niet verstorende aanpassingsmethodiek, want de omgeving heeft er niet snel last van als iemand piekert. Als therapeut moet je proactief letten op deze contactvermijding, die niet vanzelfsprekend aan het licht komt in de therapie. De cliënt ervaart het vaak niet als iets dat ooit kan veranderen en zal meestal alleen over de inhoud van zijn problemen praten.

Als je piekert, ben je niet hier en nu bewust aan het leven. Je denkt aan het verleden of je fantaseert over de toekomst, maar je ogen zijn naar binnen gericht. Gewaarzijn is de eerste vereiste om uit de neergaande spiraal van het piekeren te komen. Iemand die gezond functioneert in het contactmaken en zichzelf niet steeds inhoudt, hoeft niet meer zoveel te piekeren. Jezelf onder ogen komen is soms teveel gevraagd van iemand die niet voldoende zelfondersteuning heeft of zichzelf niet accepteert zoals hij is. Als je jezelf veroordeelt voor je eigen behoeften, is het zeker niet gemakkelijk om toe te geven dat je toch zo in elkaar zit. Er zijn verscheidene manieren om je gewaarzijn te vergroten. Dat kan met bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, yoga of zen. Echter, als de onderliggende problematiek gecompliceerder is dan alleen maar een gebrekkig gewaarzijn, kan gestaltpsychotherapie een uitstekende behandeling met voldoende ondersteuning en acceptatie bieden aan mensen met piekerproblematiek.

Gewaarzijn is cruciaal. Gewaarzijn van het eigen contactvermijdende gedrag, van strijdende behoeften en van alternatieve creatieve oplossingen én gewaarzijn van het hier en nu faciliteren een gezond proces van contactmaken. Want wie zich hier en nu gewaar is van zijn gevoelens, emoties en verlangens is per definitie nu even niét aan het piekeren.

Bibliografie

Boeken

American Psychiatric Association: Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. Koster van Groos, G.A.S. 1^e druk. Lisse, 2003, Swets & Zeitlinger B.V.

Roeck, de, B.P.: Gras onder mijn Voeten. 14^e druk. Haarlem, 1975, De Toorts.

Roeck, de, B.P.: Wat is Goed, wat is Kwaad, Ethiek van Gestalt. 4^e druk. Haarlem, 1979, De Toorts.

Epstein, M.: Gedachten zonder Denker, Psychotherapie vanuit Boeddhistisch Perspectief. 3^e druk. Nieuwerkerk a/d IJssel, 1995, Asoka.

Kepner, J. I.: Body Process, A Gestalt Approach to Working With The Body in Psychotherapy. Cambridge, USA, 2001, Gestalt Press.

Köhler, W.: Gestalt Psychology, the Definitive Statement of the Gestalt Theory. Köhler, L. Liveright, 1975, New York, USA.

Lambrechts, G.: De Gestalttherapie, Tussen Toen en Straks. Berchem, 2001, EPO.

Miller, A.: Het Drama van het Begaafde Kind, een Studie over het Narcisme. 11^e druk. Houten, 1988, Het Wereldvenster.

Miller, A.: Het Drama van het Begaafde Kind, Op Zoek naar het Ware Zelf. 25^e druk. Houten, 2002, Van Holkema & Warendorf.

Nevis, E.C.: Organizational Consulting, A Gestalt Approach. 2^e druk. Cambridge, USA, 1998, GICPress.

Perls, F.: Ego, Hunger and Aggression, a Revision of Freud's Theory and Method. Highland, USA, 1992, Gestalt Journal Press.

Perls, F.: Gestalt Therapy Verbatim. Wysong, J. 3^e druk. New York, USA, 1969, Center for Gestalt Development.

Perls, F.: In and Out the Garbage Pail. 8e druk. Utah, USA, 1972, Real People Press.

Perls, F.: The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy. USA, 1973, Science and Behaviour Books.

Perls, F., Goodman P. & Hefferline R.F.: Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality. 19^e druk. New York, USA, 1951, Dell Publishing.

Polster, E., Goodman, P., Dusen, W. van, Perls, L., Kempler, W., Schlichter, J.: Recognitions in Gestalt Therapy. Pursglove, P.D. New York, USA, 1968, Funk & Wagnalls.

Praag, D. van: Gestalttherapie, Veld en Existentie, Leusden, 1998, De Tijdstroom.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.: Handboek Psychopathologie, deel 1, Basisbegrippen. 3^e druk. Houten, 2001, Bohn Stafleu Van Loghum.

Verhofstadt-Denève, L., Geert, P. van, Vyt, A.: Handboek Ontwikkelingspsychologie, Grondslagen en Theorieën. 5^e druk. Houten, 2003, Bohn Stafleu Van Loghum.

Woodfin, R., Groves, J.: Introducing Aristotle. Appignanesi, R. Cambridge, UK, 2001, Totem Books.

Yontef, G. M.: Awareness, Dialogue & Process, Essays on Gestalt Therapy. Highland, USA, 1993, The Gestalt Journal Press.

Zinker, J.: Creative Process in Gestalt Therapy. New York, USA, 1978, Vintage Books.

Artikelen

Peverelli, H.: 'Is het Waar? Zelfonderzoek volgens Byron Katie'. In: Psychologie Magazine juli/augustus (2005), 72-73.

Nijboer, S.: 'Luisteren Naar de Zingende Merel'. In: Psychologie Magazine december (2005), 24-25.

Hallowell, E.H.: 'Worry'. In: Psychology Magazine, november/december (1997).

Siemens, H.: 'Phenomenology and The Therapeutic Relationship'. Praag (2004).

Abeelen, dr. G. van der.: 'Je Gaat Ermee Naar Bed' In: Focus (2002) op www.azstlucas.be

Robins, L.N., Regier, D.A.: 'Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study'. The Free Press (1991), New York.

Websites

InnerNed: www.innerned.org/pieker.html: 'Piekeren, Piekeren Geeft aan Kleine Dingen Grote Schaduwen'.

Singel 54 Praktijk voor Psychotherapie: www.singel54.nl/therapie/private/piekeren.php: 'Piekeren, Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS)'.

GGZ: www.hulpgids.nl/ziektebeelden/angststoornis.htm

National Institute of Mental Health: [www.nimh.nih.gov/publicat.adfacts.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/adfacts.cfm)

Piekersite: www.piekersite.nl

Je echte leef tijd: www.jeechteleeftijd.nl