

# Laura Perls. Wsparcie i kontakt.

Ula Krasny

**Jako terapeuci Gestalt możemy korzystać z wielu map do orientowania się i przybliżania tego, co napotykamy w trakcie wspólnej podróży z osobą w terapii. Mapa wsparcia i kontaktu była ulubioną mapą Laury Perls (Parlett M., 1991). Tej mapy dotyczy artykuł.**

Mapa wsparcia/kontaktu to także jedna z moich ulubionych map. Znajduję w niej pełną wyrozumiałości, użyteczną perspektywę, która wspiera mnie w pracy z trwałymi tematami relacyjnymi moich klientów i własnymi. Nasza kultura jest kulturą ocen. Te oceny stają się pierwszym kontekstem, w którym osoba nadaje znaczenia własnym zachowaniom. Wielu naszych klientów przynosi znaczenia tkane wstydem. To znaczenia ze świata, gdzie jest "zdrowe" i "zaburzone", "właściwe" i "zepsute", "normalne" i "dziwne", a czasem "normalne" i "okropne", "wstrętne", "ohydne" itd. Klienci wzrastający w kulturze ocen przychodzą do gabinetów terapeutycznych z brzemieniem utrwalonych przekonań na swój temat: jestem toksyczna, nienormalna, należy mnie zabić, coś jest ze mną nie tak... Perspektywa wsparcia/kontaktu wspiera w odnajdywaniu odmiennych - przydatnych - znaczeń. Dzięki temu, że klienci i terapeuci mogą zobaczyć różne, także "trudne", zachowania jako bieżące metody wsparcia, wartościowanie w kategorii "dobre/złe" staje się zbędne. Uwaga kieruje się na wsparcie, z którego osoba korzysta oraz wsparcie z którego mogłaby skorzystać. To dotyczy wszystkiego, włączając w to interakcje pomiędzy terapeutą i klientem. "Každy opór jest pierwotnie nabywany jako wspomaganie czegoś" - wyjaśnia Laura Perls w rozmowie w Danielem Rosenblattem (Perls L., 1992, s. 9). "Opór" jest sposobem w jaki osoba wspiera alternatywną potrzebę. Klient nie "oporuje", klient się wspiera.

Perspektywa wsparcia/kontaktu pozwala wykonać kreatywny krok ku przyszłości, bo prowadzi ku pytaniu "jakie wsparcie jest potrzebne?". Ukierunkowuje na rozwój, który - jak mówi Laura - możliwy jest tylko w takim stopniu, w jakim w całej sytuacji dostępne jest odpowiednie dla niego wsparcie (s. 154).

Dla Laury Perls perspektywa wsparcia/kontaktu prowadzi przede wszystkim do pracy z ciałem, czyli tym niewidocznym tłem, dzięki któremu jakikolwiek kontakt jest możliwy.

W niniejszym tekście, korzystając z zachowanych artykułów i notatek Laury Perls (opublikowanych głównie w książce "Living at the Boundary") przywołuję podstawowe pojęcia związane z funkcjami wsparcia i kontaktu, analizuję ich znaczenie na przykładach, następnie opisuję pracę (z i nad) wsparciem podążając za artykułami i notatkami Laury i dzielę się własnymi spostrzeżeniami starając się unikać nadmiernego filozofowania. Na końcu artykułu przywołuję dwa obszerne przykłady pracy Laury Perls pochodzące z jej tekstu: "Two Instances of Gestalt Therapy".

## **Granica, wsparcie, kontakt**

Trzy najważniejsze pojęcia związane z mapą Laury Perls to granica, wsparcie i kontakt. Pojęcia te zostały zaprezentowane podczas mowy wygłoszonej na spotkaniu European

Association for Transactional Analysis w Seefeld w Austrii w 1977 r., a następnie opisane w artykule Voices, tom 14, numer 3 z 1978 r. W zbiorze esejów Laury Perls "Living at the Boundary" tekst ten został zatytułowany "Concepts and Misconceptions of Gestalt Therapy".

granica

*"Granica jest miejscem, w którym dotykamy i jednocześnie doświadczamy odrębności. To tam jest podniecenie, zainteresowanie, troska i ciekawość lub strach i wrogość, gdzie wcześniej nieuświadomione lub rozproszone doświadczenie wysuwa się na pierwszy plan jako wyraźny gestalt".*

*// Concepts and Misconceptions of Gestalt Therapy (s. 152)*

kontakt

*"Kontakt jest rozpoznawaniem i radzeniem sobie z innym, odmiennym, nowym, dziwnym. Nie jest to stan, w którym się znajdujemy lub z którego wychodzimy (co odpowiadałoby bardziej stanom konfluencji lub izolacji), ale działanie: nawiązując kontakt na granicy między mną a drugim".*

*// Concepts and Misconceptions of Gestalt Therapy (s. 152)*

W innym miejscu Laura pisze:

*"Kontakt - rozpoznanie "inności", świadomość różnicy, graniczne doświadczenie "ja i inny" - jest bardziej lub mniej czujną, konkretną, zaangażowaną świadomością i aktywnością".*

*// Two Instances of Gestalt Therapy (s. 94)*

W tym miejscu warto powtórzyć, że kontakt jest dla Laury nie tylko świadomością, ale i aktywnością. Kontakt jest działaniem, jest zaangażowany. Kontaktuję się z tym, czego doświadczam nadając temu znaczenie dla mnie. Postrzeganie (percypowanie) jest intencjonalną czynnością pomiędzy mną i odrębnością, którą postrzegam.

To w jakim zakresie jestem w stanie kontaktować się (postrzegać i przetwarzać) zależy od tego, jakie wsparcie jest dla mnie dostępne w procesie kontaktowania się. Laura podkreśla tę aktywną jakość w procesie kontaktowania, gdy oddziela bycie w kontakcie od nawiązywania kontaktu:

*"Odróżniłabym "bycie w kontakcie" od "nawiązywania kontaktu". Bycie w kontakcie wskazuje na ciągły stan, który stopniowo zmierza w kierunku obojętności (konfluencji). Nawiązywanie kontaktu jest funkcją pierwszoplanową, czujną, przytomną, itd. Wymaga to określonej świadomości kontaktu, np. z konkretnym przedmiotem, czynnością itp".*

*// Notes on Fundamental Support of the Contact Process (s. 83)*

wsparcie

*"Kontakt może być znaczący i twórczy tylko w takim stopniu, w jakim dostępne jest dla niego wsparcie. Przez wsparcie rozumiem tylko w minimalnym stopniu opiekę i bezpieczeństwo, którą ja jako terapeutka zapewniam poprzez swoją dostępność i zainteresowanie, ale głównie wsparcie własne, na którym pacjent (ale także terapeuta!) polega lub którego mu brakuje. Wsparcie uwzględnia pierwotną fizjologię, jak oddychanie, krążenie i trawienie, ale także jest związane z rozwojem kory mózgowej, wyrastaniem zębów, wyprostowaną postawą, koordynacją, wrażliwością i mobilnością, językiem i jego zastosowaniami, nawykami i zwyczajami, a nawet, a może szczególnie, zahamowaniami, które zostały uformowane jako wsparcie w czasie ich powstawania. Wszystkie doświadczenia i nauki, które zostały w pełni przyswojone i zintegrowane, budują tło osoby, które nadaje znaczenie*

*wyłaniającym się gestaltom i w ten sposób wspiera pewien sposób życia na granicy z ekscytacją. To, co nie zostało przyswojone, albo się gubi, albo pozostaje introjektem, blokadą w ciągłym rozwoju”.*

*// Concepts and Misconceptions of Gestalt Therapy (s. 152)*

Na granicy spotkania z odrębnością działamy: kontaktujemy się, czyli rozpoznajemy, radzimy sobie z, nawiązujemy (jakąś) relację. Tło osoby, czyli grunt na którym się wspiera, to pierwotna fizjologia, ucieleśnienie, historia socjalizacji i wszystkie kreatywne dostosowania. W zależności od tego tła osoba nadaje odmienne znaczenia wyłaniającym się w spotkaniu gestaltom. Kontakt może być znaczący i twórczy tylko w takim stopniu, w jakim dostępne jest dla niego wsparcie. Jeśli mam wsparcie, w zetknięciu z odmiennością:

1. Jestem w stanie rozpoznać odmiennność,
2. Reaguję zainteresowaniem i ekscytacją (Jestem otwarta na odmiennność)
3. Mogę ją asymilować (domknąć cykl).

Wsparcie stanowi całkowite tło formy figuralnej danego kontaktu. To, co daje mi wsparcie tła, to możliwość twórczego (otwartego, elastycznego) reagowania na to, co spotykam.

Wsparciem jest wszystko to, co ułatwia asymilację lub integrację tego, z czym się kontaktuje i co jest postrzegane jako inne (Wollants G., 2012, s. 65).

A co się dzieje, kiedy wsparcie jest niewystarczające?

*“Swobodnie przebiegające tworzenie gestaltu jest identyczne z procesem wzrostu, twórczego rozwoju self i relacji. Jeśli to kontinuum zostanie zakłócone przez zewnętrzną ingerencję lub zablokowane przez sztywne gestaltowanie<sup>1</sup> pozbawionej elastyczności formacji charakteru albo obsesyjne myśli i działania, żaden nowy, silny gestalt nie może się wyłonić. Doświadczenie graniczne staje się niewyraźne, a nawet wymazane przez sztywne i niekompletne gestaltowanie. Podniecenie zmienia się w lęk i strach lub w obojętność i nudę. Zdolności różnicowania i rozróżniania są wypierane i projektowane: postawy, idee i zasady innych ludzi są zniekształcane i introjektowane: energia, która mogłaby być dostępna dla bezpośredniego i twórczego działania, jest deflektowana w działaniach pozorowanych lub retrofleksowana w samozakłócenia, wyrzuty sumienia, użalanie się nad sobą i autodestrukcję”.*

*// Concepts and Misconceptions of Gestalt Therapy (Perls L., 1992, s. 153)*

Odnosząc się do powyższego cytatu oraz do wymienionych wcześniej punktów związanych z kontaktem na granicy z adekwatnym (do swobody/wolności) wsparciem, w przypadku braku adekwatnego wsparcia:

1. Mogę nie być w stanie rozpoznać odmienności na granicy kontaktu. "Doświadczenie graniczne staje się niewyraźne, a nawet wymazane przez sztywne i niekompletne gestaltowanie". Bez wsparcia dzięki któremu jestem w stanie współtworzyć kontakt graniczny i figurę/tło, mogę w ogóle nie być świadoma spotkania (gdy np. jestem nieprzytomna), albo mogę być od niego "oderwana" (np. gdy znajduję się pod wpływem

---

<sup>1</sup> W angielskim tekście użyto niemieckiego słowa "gestalten", które pisane małą literą oznacza czasownik, a wielką rzeczownik. Jak rozumieć gestaltowanie? W "Refleksjach o Teorii Pola" M. Parlett sugeruje: "gestaltowanie czegoś (oryg. ang. to gestalt) oznacza kreowanie lub tworzenie konstelacji, wzorzystej całości, przekształcanie czegoś w konfigurację".

substancji zmieniających świadomość). Daan van Baalen tak opisuje podobne doświadczenie: "*Punkt*, w którym terapeuta doświadcza siebie w relacji z klientem jest niedopasowany. Klient postrzega coś, czego nie postrzega terapeuta, albo na odwrót; nie ma spójności, nie ma wzajemnej figury. Widzimy się nawzajem, ale nie jesteśmy 'w tym samym świecie'"<sup>2</sup>. (Baalen D. v., s. 14)

2. Gdy do głosu dochodzi "sztywne gestaltowanie pozbawionej elastyczności formacji charakteru albo obsesyjne myśli i działania, żaden nowy, silny kształt nie może się wyłonić". Nie zauważam różnorodności tego, co napotykam, ponieważ nie różnicuję. Różne spotkania z ludźmi kierują mnie do tego samego tematu, tej samej trudności. Postrzegam, interpretuję i reaguję w sztywny sposób. Być może jakiś niegestaltysta zdiagnozował mnie już jako klienta/pacjenta "z zaburzeniem osobowości". Mój sposób bycia z innymi wydaje się układać w pewien stały wzorzec, która utrudnia moje funkcjonowanie na różnych płaszczyznach życia.

3. Podniecenie zmienia się w lęk i strach lub w obojętność i nudę, w zależności od tego jak kontaktuję się na granicy z niewystarczającym wsparciem. I, dalej, również w zależności od tego, inaczej kieruję moją energię: "energia, która mogłaby być dostępna dla bezpośredniego i twórczego działania, jest deflektowana w działaniach pozorowanych lub retrofletowana w samozakłócenia, wyrzuty sumienia, uzalanie się nad sobą i autodestrukcję". W tym miejscu Laura Perls nawiązuje do mechanizmów unikania kontaktu, które dzisiaj rozumiemy jako dostosowania będące najlepszym możliwym sposobem bycia w danej sytuacji w danym momencie (mechanizmy kontaktu), biorąc pod uwagę dostępne wsparcie w polu (przyjmując perspektywę sytuacyjną, Wollants zauważa, że wsparcie to obejmuje historię relacyjną, umiejętności emocjonalne i utrwalone kształty zarówno terapeuty jak i pacjenta). (Wollants G., 2012, s. 60)

Wsparcie pozwala nam współtworzyć granicę kontaktu, rozpoznawać inność i kontaktować się z nią w sposób swobodny i otwarty.

Brak wsparcia może uniemożliwiać tworzenie granicy kontaktu, utrudniać dostrzeganie inności i usztywniać sposób, w jaki się z nią kontaktujemy.

W związku z tym, celem pracy terapeutycznej jest...

*"kontinuum świadomości, swobodny przepływ trwającego formowania gestaltów, który może trwać tylko wtedy, gdy udaje się utrzymać ekscytację i zainteresowanie"*.

// *Concepts and Misconceptions of Gestalt Therapy* (Perls L., 1992, s. 152)

Dysponując wsparciem możemy w swobodny i twórczy sposób kontaktować się z różnorodnością życia.

## **Praca ze wsparciem w kontakcie**

---

<sup>2</sup> Daan van Baalen zauważa dalej: "Doświadczenie 'kontaktu wstępnego' zachodzi na początku każdej relacji. Jak długo on ma miejsce i czy w tej relacji może dojść do dalszej organizacji, stanowi miarę 'kontaktu granicznego i zdolności do tworzenia figury/tła' w danej sytuacji. Kiedy jest on zmniejszony, DSM-IV i ICD-10 posługują się terminem schizofrenia i zaburzenia psychiatryczne. My - gestaltysty - mówimy o zmniejszonej zdolności do tworzenia kontaktu granicznego i figury/tła". (Baalen D. v., s. 14)

Cel terapii to osiągnięcie optymalnej koordynacji funkcji kontaktu i wsparcia. Dla Laury Perls wsparcie każdej osoby zaczyna się w jej ciele, a w związku z tym ciało jest pierwszym naturalnym planem eksploracji:

*“Funkcje kontaktu, za pośrednictwem specyficznego organu lub specyficznie ustrukturalizowanej czynności, odbywają się na tle funkcji organizmu, które zwykle nie są uświadamiane i uważane za oczywiste: te ostatnie stanowią jednak nieodzowne wsparcie dla pierwszoplanowej funkcji kontaktu. Składają się na nie czynniki dziedziczne i konstytucjonalne (fizjologia pierwotna itd.): nabyte nawyki, które stały się automatyczne i tym samym równoważne fizjologii pierwotnej (postawa, język, maniery, techniki itd.): oraz w pełni przyswojone doświadczenie wszelkiego rodzaju. Tylko to, co jest całkowicie przyswojone i zintegrowane z całością funkcjonowania organizmu, może stać się wsparciem”.*

*// Two Instances of Gestalt Therapy (s. 94)*

Ciało osoby jako “oczywiste” tło jest zawsze bezpośrednio dostępne w bieżącej, rzeczywistej, sytuacji. Zazwyczaj niezauważalne, pozwala pracować w tu-i-teraz bez spekulacji i interpretacji. Eksploracja w trakcie pracy terapeutycznej dotyczy zatem całego zachowania osoby, a nie tylko jej historii i wypowiedzi. Poprzez uwzględnienie wszystkich aspektów rzeczywistego zachowania (ciała, głosu, budowy zdań, używanych słów, wreszcie znaczeń tych słów), poprzez wysuwanie na pierwszy plan i tworzenie figur z tego, co zwykle pozostaje niezauważone, osoba uczy się zwracać uwagę na to, co jest bezpośrednio dostępne jej doświadczeniu.

Zdaniem Laury najistotniejszą funkcją wsparcia jest oddychanie (s. 84). Niezakłócone oddychanie wymaga ruchomej przepony. Oddychanie jest ważniejsze dla życia niż picie, jedzenie i trawienie. Kiedy ciało nie wspiera osoby oddechem, pojawia się lęk. Ta reakcja zachodzi również w drugą stronę. Zmniejszenie, a nawet wstrzymanie oddechu, a wraz z nim zmniejszenie ekscytacji i zainteresowania samo w sobie może stanowić odpowiedź na potencjalnie niebezpieczną sytuację lub być odpowiedzią na jakiś wymóg "samokontroli" (s. 154). Laura proponuje zatem koncentrować się podczas terapii na tym miejscu, w którym osoba zakłóca swój automatyczny proces oddychania<sup>3</sup>.

*“Pytania ‘Jak?’, ‘Co?’, ‘Gdzie?’ lub ‘Co to teraz dla ciebie robi?’ biorą górę nad ‘Dlaczego?’ lub ‘Po co?’: opis przeważa nad wyjaśnieniem, doświadczenie i eksperyment nad interpretacją. Pracując ściśle z powierzchnią, np. z aktualnej świadomości w danym momencie, unikamy błędu przedwczesnego kontaktu z głębokim materiałem, który w ogóle był i musiał być ‘wyparty’, ponieważ w pewnym momencie historii pacjenta nie miał wsparcia. Uczynienie go dostępnym poprzez interpretację snów czy działań symbolicznych nie oznacza uczynienia go bardziej użytecznym, ale często powoduje wzmocnienie mechanizmów obronnych, stratę czasu, lub co gorsza utratę materiału poprzez projekcję. ‘Negatywna reakcja na terapię’, podobnie jak negatywna reakcja na każde inne doświadczenie, jest wynikiem pozbawionego wsparcia kontaktu.*

---

<sup>3</sup> *“Dotkliwa świadomość rozbieżności pomiędzy funkcjami wsparcia i kontaktu jest przeżywana jako lęk. Brak tlenu, jako prototyp lęku, jest jednocześnie doświadczany jako zupełny brak niezbędnego wsparcia. Normalnie oddychanie jest mimowolne, odbywa się automatycznie. W terapii Gestalt zajmujemy się zakłóceniami i przerwami tego automatycznego procesu. Wolę skupić się tutaj na nawykowych zakłóceniach funkcji wsparcia, wyłączając braki konstytucyjne i choroby organiczne, jak również brak wsparcia społecznego” (s. 84)*

*Z drugiej strony, wzmocnienie i rozszerzenie funkcji wsparcia mobilizuje wyalienowane emocje i potencjały do kontaktu i sprawia, że wcześniej tłumiony materiał głębi staje się łatwo dostępny. Proces ten można porównać do tworzenia dzieła sztuki (najwyższej formy zintegrowanego i integrującego doświadczenia ludzkiego), w którym konflikt między wielością nieprzystających i niezależnych doświadczeń staje się widoczny dopiero w momencie, w którym dostępne stają się środki do jego interpretacji i transformacji”.*

*// Two Instances of Gestalt Therapy (s. 95-96)*

Jak można zauważyć w powyższym fragmencie, zaletą pracy "ściśle z powierzchni", pracy doświadczeniem i eksperymentem, jest to, że odbywa się ona tylko do tego miejsca i w taki sposób, na który osoba jest gotowa (do którego ma wsparcie), co chroni ją przed przytłoczeniem i "negatywną reakcją na terapię". Rozszerzając funkcje wsparcia terapeuta pomaga osobie rozszerzyć jej możliwości kontaktu, w tym kontaktu z trudnym dla niej materiałem, aż do momentu, gdy ten materiał - dzięki dojrzałości zasobów wsparcia - staje się łatwo dostępny do pracy.

Zaczynamy więc pracę od tego, co oczywiste i natychmiast dostępne dla świadomości terapeuty i klienta, i stamtąd podążamy małymi krokami, których również można od razu doświadczyć, a dzięki temu łatwiej je przyswoić. Tempo pracy jest wyznaczone przez to, co wydarza się na sesji i na co klient jest gotowy. Nie istnieje "zbyt wolno". Terapeuta nie jest agentem zmiany. Tempo eksploracji i rozszerzania możliwości własnych klienta jest zawsze właściwe<sup>4</sup>.

To, w jaki sposób terapeuta/ka wspomaga rozwój bardziej elastycznych funkcji wsparcia u swoich klientów, zależy od wsparcia, jakie ma w sobie i od jego/jej świadomości tego, co jest dostępne dla klienta. Według Laury dobry terapeuta nie używa technik; korzysta z siebie w i wobec sytuacji, z całą wiedzą, umiejętnościami i całkowitym doświadczeniem życiowym, jakie zostało zintegrowane w jego własne tło i w świadomość, jaką posiada w danym momencie.

## **W praktyce...**

W artykule "Two Instances of Gestalt Therapy" Laura Perls przedstawiła dwa opisy przypadków, które miały wyjaśnić sposób, w jaki koncepcje kontaktu i wsparcia są stosowane w terapii. Przytaczam te opisy w całości w dalszej części niniejszego tekstu tu zaś chciałabym skorzystać z nich jako bazy do zaproponowania prostego modelu pracy z wsparciem/kontaktem.

Laura koncentruje się na tym, co osoba robi, chwila po chwili, w kontakcie z terapeutą. Dopiero w dalszej części pracy "okazuje się" w jaki sposób łączy się to ze zgłaszanym przez nią problemem, z którym przyszła na terapię. Soczewka uwagi nie skupia się jednak na deklarowanej trudności (będącej w obu prezentowanych przez Laurę przypadkach

---

<sup>4</sup> *"Jest to czasochłonny proces, który czasami jest źle rozumiany przez ludzi żądnych szybkiej ekscytacji i magicznych rezultatów. Ale cuda są wynikiem nie tylko intuicji, ale i wycucia czasu. Jestem podejrzliwa w stosunku do cudotwórców i nieufna wobec błyskawicznych przełomów. Częściej skutkuje to negatywną reakcją terapeutyczną, nawrotem, a nawet załamaniem psychicznym. Świadczy to o braku szacunku dla egzystencjalnego położenia pacjenta, o nieakceptowaniu go takim, jakim jest w tej chwili, i o szybkim manipulowaniu nim, aby znalazł się tam, gdzie uważamy, że powinien się znaleźć. Nie przyczynia się to do rozwoju jego świadomości i autonomii, ani do rozwoju terapeuty". // Concepts and Misconceptions of Gestalt Therapy (Perls L., 1992, s. 155)*

konsekwencją rodzaju wsparcia z którego korzystali klienci), ale na tym, czym osoba wspiera się (i czym się nie wspiera) w kontakcie terapeutycznym.

Pamiętając, że każdy schemat jest uproszczeniem, proponuję następujący prosty model pracy ze wsparciem/kontaktem:

1. Co osoba robi?
2. Co mi robi to, jak ta osoba się wspiera? (Co czuję?) Co ta osoba robi sytuacji pomiędzy nami? Jakie znaczenie ma to, co ta osoba robi?
3. Czego osoba nie robi? (z jakiego wsparcia nie korzysta?)
4. Eksperymenty z nowym wsparciem.

W przytoczonym poniżej w całości przykładzie pracy z Claudią podczas pierwszej sesji z nią Laura zwróciła uwagę na sposób, w jaki klientka zwróciła się do niej o pomoc. W odbiorze Laury Claudia "rzuciła jej wyzwanie, stawiała żądania, próbowała przejąć kontrolę" (s. 98) nad sytuacją terapeutyczną i pracą swojej terapeutki. To wywołało w Laurze poczucie "bycia pomniejszaną i przymuszaną, i uczucie wrogości". Dzięki temu terapeutka mogła sobie uświadomić w jaki sposób klientka wpływała na ich wspólną sytuację: "Była to dla niej rywalizacja, w której musi się wypaść lepiej - kwestia zwycięstwa lub porażki, niemal życia lub śmierci". Od tej intuicji był już tylko krok do odkrycia jakie to ma znaczenie dla Claudii: "Kiedy nie jest w stanie kontrolować sytuacji, staje się dezorientowana, niespokojna i musi się wycofać". Rozumiejąc w jaki sposób zachowanie Claudii stanowiło dla niej wsparcie, Laura była ostrożna w konfrontowaniu jej z tym, co robi. Nie próbowała pozbawić Claudii tego, na czym klientka opierała swoje poczucie bezpieczeństwa, ale z sesji na sesję wspólnie pracowały nad zasobami Claudii, co z biegiem czasu wpłynęło na to, jak często klientka korzystała ze starych sposobów wspierania się w relacji ("*W istocie, kiedy tylko czuła, że w jakiś sposób ją przewyższam, wracała do swojego byłej analityczki i zwykle udawało jej się zmanipulować ją albo do przyjęcia jej na wizytę, albo przynajmniej do godzinnej rozmowy telefonicznej, aby uzyskać zapewnienie o własnej wyższości. Tak więc w pierwszych tygodniach pracy ze mną wracała do niej często i bez informowania mnie o tym. Na późniejszych etapach chodziła do niej sporadycznie i mówiła mi na następnej sesji, początkowo bezczelnie: "Byłam u doktor X... więc co pani ma na to do powiedzenia!", później coraz bardziej zawstydzona: "(uśmiech) wie pani, (skrzywienie) zadzwoniłam do doktor X. (rumieniec)!".*"). (s. 99)

Jak wyraźnie widać na tym przykładzie sens zdania Laury: "*każdy opór jest pierwotnie nabywany jako wspomaganie czegoś!*" (s. 9)

Zwrócenie uwagi na to, jak klient się wspiera wydaje się ważne nie tylko, po to by to wsparcie traktować (i postrzegać) z delikatnością i szacunkiem, ale również jako krok prowadzący ku spostrzeżeniu w jaki sposób klient się *nie* wspiera, z czego *nie* korzysta i by następnie móc pomagać w rozszerzaniu jego repertuaru dostępnego wsparcia. Gdy Laura zauważyła, że w kontakcie z nią Claudia szuka potwierdzenia i bezpieczeństwa wyłącznie w przesłankach z przeszłości (wsparcie z którego korzysta), zamiast odnosić się do tego, czego może doświadczać na bieżąco w teraźniejszości (wsparcie z którego nie korzysta) proponowała jej eksperymenty związane z nowymi formami wsparcia: "*kolejne tygodnie i miesiące zostały wykorzystane głównie na koncentrowaniu się na doświadczeniu 'tu i teraz'. Pacjentka była zniechęcana do zbytniego rozwodzenia się nad swoją historią i pochodzeniem rodzinnym*". Co ciekawe, chwilowe zawieszenie określonego sposobu, w

który klientka się wspierała, pozwoliło odkryć dodatkowe korzyści tego sposobu wsparcia, kolejne tematy: *“Szybko stawało się dla niej coraz bardziej oczywiste, że używała przeszłości jako wygodnej wymówki i usprawiedliwienia oraz że obarczała rodzinę całą odpowiedzialnością za to, jaka jest teraz, tak że nie musiała podejmować żadnego wysiłku w kierunku jakiegokolwiek istotnej zmiany teraz, w terażniejszości”* (s. 100). Czy to nie jest ekscytujące spostrzeżenie?

Ten sam prosty model wsparcia/kontaktu można przyjąć w odniesieniu do wsparcia ciała. W tym przypadku może czasem dojść do zamiany kolejności zaproponowanych w modelu punktów; rezonans terapeuty (Co mi robi to, jak ta osoba się *wspiera?*) może pomóc terapeutce zobaczyć to, co jest tak bardzo na powierzchni, że aż niewidoczne (Co osoba robi?). Przykładowo, zauważywszy, że się chowam się w oparciu mojego fotela, mogę zwrócić uwagę na to, jak bardzo mój klient jest wychylony w swoim fotelu do przodu z głową wypchniętą ku mnie, napiętymi oczami i delikatnie obnażonymi zębami (to oczywiście bardzo jaskrawy przykład). Inny przykład: mój dyskomfort może mi uświadomić jak klient cicho mówi.

Warto przyjrzeć się przykładowi Waltera z opisu przypadków zaprezentowanych przez Laurę i temu jak Walter mówiąc “Nie wiem” i “Nie umiem”, tak naprawdę wyraża “Nie chcę!": *“Nawet jeśli udawało mu się zmobilizować i zabrać głos we własnym imieniu, to głównie po to, by pozostać poza zasięgiem, uciec przed jakimś narzuconym obowiązkiem lub odpowiedzialnością, która mogłaby na niego spaść. Z największą stanowczością mówił: "Nie mogę!", "Nie jestem w stanie...", "Nie wiem!". Ton jego głosu nie pozostawiał wątpliwości, że to, co naprawdę wyrażał, brzmiało: "Nie zrobię tego!". Znalazł jednak technikę, dzięki której nie musiał zdawać sobie sprawy, a tym samym nie musiał czuć się winny z powodu własnej przekory. Stosunkowo łatwo było sensorycznie i intelektualnie uświadomić pacjentowi, co robi, po co to robi, że jego techniki wspierały wycofywanie się z niepożądanych i niemożliwych do kontrolowania doświadczeń w przeszłości, że teraz stanowiły blokadę i przeszkodę w pożądanym kontakcie”*. (s. 109)

W tym miejscu chcę zwrócić uwagę na to, że eksploracja i proces uwrażliwiania klienta na to, co robi, odbywa się przede wszystkim sensomotorycznie, czyli korzystając ze zmysłów i w ruchu. Rozumienie intelektualne stanowi opis i interpretację tego, co dzieje się w ciele w relacji. Ciało cały czas jest w interakcji ze światem i cały czas wyraża to, w jaki sposób osoba jest w świecie. Eksplorowanie elastyczności i blokad w ciele to zatem badanie elastyczności i blokad w spotkaniu ze światem. Ciało wyraża znaczenie na wiele więcej sposobów niż mówienie i na sposoby, które sięgają głębiej niż samo mówienie (Gendlin E., 1992).

Metodą badania w przykładach zaprezentowanych przez Laurę staje się np. porównanie tego, co łatwe i dostępne i tego, co usztywnione i trudne. Dzięki temu, że osoba uczy się różnicowania we własnym ciele, uczy się także *zauważania*. Claudia z pierwszego przykładu jest zachęcana do obserwowania i eksperymentowania ze swoim oddechem, ruchami przepony, wsłuchiwania się w swój głos i sposób, w jaki wydobywa z siebie dźwięki, odkrywania ruchomości swoich kończyn i kontrastującej z tym sztywności pleców. Terapeutka zaprasza ją do eksperymentów ze wsparciem ciała, które Claudia posiada i z tym, które jest zablokowane. Podobnie do eksploracji zapraszany jest Walter. Odnajdywane zasoby są stopniowo rozwijane. Badane są ich granice. Rozwijane są możliwości. Rozszerzając sposoby korzystania ze wsparcia ciała, zmienia się sposób bycia w świecie. *“Kiedy po kilku miesiącach eksperymentów i ćwiczeń świadomościowych udało mu się*



częściowo rozluźnić, jego posłuszne, szkolne nastawienie ("moja żona myśli... mój analityk mówi... wiem, że powinienem...") zmieniło się w prawdziwe zainteresowanie i ciekawość. Stał się łatwiejszy w kontaktach z ludźmi i dużo bardziej przyjazny" (Perls L., 1992, s. 109). Organizm ludzki jest cielesną i psychiczną całością. Fizyczne ekspresje są aktami fizycznymi, które wyłaniają się ze stanu umysłu osoby, która je wykonuje. Ciało dopełnia i wyraża reakcję psychiczną.

## W kontakcie z niepewnością

Wspomniałam, że dysponując wsparciem możemy w swobodny i twórczy sposób kontaktować się z różnorodnością życia. To jeden z celów terapii: potrafić wytrwać w niepewności. Oczywiście u osoby, która nie ma wystarczającego wsparcia w sobie, brak wsparcia w pewności (przewidywalności świata utrwalonych figur) może wywoływać lęk. Ten lęk sygnalizuje wyjątkowo ważny moment. Moment potencjalnego rozwoju. Nie ma rozwoju bez niepewności, ponieważ być otwartym to zarazem nie mieć pewności. W obliczu nieznanego możemy doświadczać własnego pobudzenia na różne sposoby: ekscytacji, ostrożności, niezręczności, zakłopotania, zawstydzenia, lęku, paniki itd. A zatem zdolność tolerowania swojej niepewności (wsparcie, które pozwala jej doświadczać i nie uciekać, i nie zamykać się) jest podstawowym zasobem dla rozwoju, ponieważ ta niepewność pojawia się zawsze na granicy kontaktu z nieznanym.

*"Chcę podkreślić tylko jeden punkt: niezręczność i zakłopotanie to potencjalnie twórcze stany, chwilowy brak równowagi, którego doświadczamy w miejscu naszego wzrostu, gdzie jedną nogą stoimy na znanym, a drugą na nieznanym gruncie, samo w sobie to bardzo graniczne doświadczenie. Jeśli mamy mobilność i pozwalamy sobie na chwanie się, możemy utrzymać ekscytację, zignorować, a nawet zapomnieć o niezręczności, zdobyć nowy grunt, a wraz z nim więcej wsparcia. Możemy zaobserwować tę pełną gracji niezręczność u każdego małego dziecka, zanim zostanie ono uspołecznione i skrzepowane przez cywilizowany wymóg 'zachowywania zimnej krwi'. Z własnego doświadczenia wiem, jak trudno jest pozbyć się introjektów, którymi byliśmy obciążeni przez większość naszego życia. W tym momencie prawie zawsze czuję się trochę niezręcznie i zawstydzona. W tej chwili czuję się trochę nieswojo, nie do końca wiedząc, do kogo mówię, a raczej mówiąc do ciebie. Ale wiem też, że to przetrwam. Nauczyłam się żyć z niepewnością bez lęku"* (s. 155).

Pragnę zwrócić uwagę, że choć Laura nauczyła się żyć z niepewnością bez lęku, wciąż towarzyszy jej poczucie lekkiej niezręczności i zawstydzenia. Każde spotkanie z nieznanym wywołuje uczucia. Uczucia informują nas o tym co się dzieje w danym momencie w naszej relacji ze światem. Doświadczenie lęku w spotkaniu z nieznanym sygnalizuje nam to, jak przeżywamy siebie (i swoje zasoby) w zetknięciu z potencjalnymi wymogami nieznannej sytuacji. Angażowanie się w nową sytuację pomimo lęku, niezręczności, zakłopotania, zawstydzenia itd., pozwala "zdożyć nowy grunt, a wraz z nim więcej wsparcia", gdzie ważną częścią tego nowego gruntu jest wiedza o tym, że da się "przeżyć" własne doświadczenie związane z niepewnością (PHG nazywają podobne doświadczenie "bezpieczną sytuacją awaryjną" [safe emergency]<sup>5</sup>). Dlatego w zaprezentowanych przez Laurę opisach przypadków tak ważne jest, że Walter nauczył się przyznawać się i wyrażać zakłopotanie w sytuacji niepewności, zamiast wycofywać się z doświadczania, a Claudia zamieniła "dawną

---

<sup>5</sup> por. Perls, F., Hefferline, R. and Goodman, P., Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. The Gestalt Journal Press, 1994, s. 64-65

bezczelność" i "udawanie siły, która nie miała wsparcia z centrum" na autentyczne zakłopotanie, "niepewność, ciekawość pomieszana z niechęcią, odrobinę niepokoju i dużą dozę ekscytacji". Jak zauważa Laura: *"Jeśli człowiek potrafi wytrwać w sytuacji pomimo lub lepiej z zakłopotaniem, ma szansę, poprzez odkrycie i rozwinięcie nowych postaw wsparcia, nawiązać bardziej udany kontakt z nowym doświadczeniem, a tym samym pokonać zakłopotanie. Jeśli natomiast ktoś unika zakłopotania, wycofując się z potencjalnie krępujących sytuacji (jak Walter) lub broniąc ich z udawaną odwagą (jak Claudia), to nigdy nie przyswoi sobie nowych, ważnych technik wsparcia, tzn. będzie musiał ograniczyć swoje doświadczenia kontaktu albo w faktach (jak Walter), albo we wrażliwości i konsekwencjach (jak Claudia)"* (s. 110).

Otwartość na nieznanne, czyli kontakt z niepewnością - zauważanie odrębności, poznawanie jej i asymilacja, dzięki której następuje rozwój - wymaga tolerowania własnej bezbronności, a ograniczającym otwartość przeciwieństwem bezbronności jest defensywność. Laura podsumowuje to następująco: *'Funkcje kontaktu stają się funkcjami wsparcia, jeśli ułatwiają, lub funkcjami oporu, jeśli blokują pożądaną lub konieczny kontakt'*. (s. 85)

## **Znaczenie perspektywy wsparcia/kontaktu dla mnie**

Pierwszy raz z uważnością poznawałam perspektywę wsparcia/kontaktu na grupie Klubu Gestalt, gdzie w ramach grupy edukacyjnej czytaliśmy wspólnie "Living at the Boundary". Ta perspektywa zmieniła mój sposób bycia w świecie. Uwolniła mnie z postrzegania i myślenia kategoriami zaburzeń, przerw i deficytów. To, co wcześniej mogło być przedmiotem oceny (choćby ubranej w formę zatroskanej klasyfikacji: och, ta biedna osoba z obsesyjno-kompulsywną adaptacją!) z perspektywą wsparcia/kontaktu wywołuje moje zaciekawienie, szacunek i bardzo często czułość. Szczerze zachwycam się: jakimi jesteśmy wspaniałymi, dzielnymi i zaangażowanymi w życie istotami!

Wydaje mi się, że w tej części artykułu wiele charakterystycznych i wartościowych cech tej perspektywy jest już oczywistych: jest to praca z tym, co znajduje się na powierzchni, korzystając ze wsparcia dostępnego osobie w terapii i ku innym, nowym sposobom wspierania się, które rozszerzają możliwości kontaktu, a dzięki temu umożliwiają swobodne i twórcze spotkania z wielowymiarowym, różnobarwnym, zaskakującym światem.

W tym miejscu chciałabym rozwinąć to, co perspektywa wsparcia/kontaktu wnosi dla mnie w kontakt między terapeutą i klientem, i w to, jak klient postrzega samego siebie.

### **Kontakt między terapeutą i klientem**

Jedna ze szkół psychoterapii opublikowała ostatnio cytaty I. Yaloma: "Bycie obecnym jest ważniejsze, niż wszystkie teorie". Rozumiem jednak, że teorie które wnosimy do gabinetu, wpływają na to, jak jesteśmy obecni z klientami, ponieważ kontekst teoretyczny jest tłem percepcji, a percepcja jest aktem przyjmowania z otoczenia tego, co jest w nim dla nas istotne (Wollants G., 2012, s. 75)<sup>6</sup>. Nasza orientacja teoretyczna uwrażliwia nas na to, co

---

<sup>6</sup> Van den Berg twierdzi: "Człowiek (...) rzadko widzi przedmioty, rzeczy jako takie, widzi znaczenia" (Van Den Berg J.H., 1955, s. 311). Wollants przedstawia następującą historię opisaną przez Van den Berga: "Pewien mieszkaniec Malakki, który nigdy nie widział niczego poza swoją wioską i dżunglą, został zabrany do Singapuru i pokazano mu dużą część tej metropolii. Kiedy na koniec wycieczki zapytano go, co go uderzyło, nie wspominał, jak się spodziewano, o brukowanych ulicach,

jest dla nas istotne. Mówiąc bardziej obrazowo: uwypukla to dla nas z tła. Nasze poznanie jest zaangażowane i osadzone w całym naszym byciu w świecie, w tym w przyjmowanych przez nas założeniach teoretycznych. Uznając teorię figury i tła mamy świadomość, jak istotne jest tło. Terapeuta zanurzony w tle "zaburzeń psychicznych" albo "przerw w kontakcie" tak będzie przeżywał swoich klientów i w konsekwencji będzie obecny z "zaburzonymi" lub "przerwywającymi kontakt" klientami<sup>7</sup>.

Perspektywa wsparcia/kontaktu rozpatrywana w kontekście współczesnej teorii Gestalt (z fundamentem w postaci Teorii Pola), zwraca uwagę na intencjonalność działań i oferuje spójną, a jednocześnie pełną wyrozumiałości optykę. Inaczej mówiąc: jeśli rozumiemy, że wszystko co klient robi, robi po to, aby się wspierać/kontaktować, nie mamy powodu by go klasyfikować, ani oceniać (choć oczywiście możemy czuć różne rzeczy i z pewnością będziemy, jeśli np. w wyniku tego wsparcia/kontaktu cierpimy my sami, albo cierpi tzw. trzecia strona (Francesetti, Gecele, Roubal, 2017, s. 83-84)). Postrzeganie tego, co klient robi w kategoriach funkcji wsparcia/kontaktu, zrozumienie dla jego potrzeby wsparcia, jest zbliżające i może być wspierające dla klienta potwierdzając, że jest akceptowany i szerzej: akceptowalny. Samego terapeuta może to z kolei wspierać w utrzymywaniu własnej postawy wrażliwości i podatności na zmianę. W swobodnej, twórczej i bezbronnej postawie terapeuty klient ma szansę znaleźć relacyjne wsparcie dla własnego swobodnego, twórczego i bezbronnego kontaktu (Hycner R., Jacobs L., 2020).

### **Relacja klienta z samym sobą**

Kiedy konsultowałam fragment niniejszego artykułu z moją koleżanką Urszulą Dziekońską-Matusik, także terapeutką Gestalt, zareagowała spontanicznie: "Ach, jakie to uwalniające przestać bać się uczuć i przyjmować je jak listy do przeczytania; o nas i dla nas, a nie przeciwko nam". W tym zdaniu Ula uchwyciła dla mnie to, w jaki sposób nasza perspektywa - znaczenia, które nadajemy - wpływa na nasz sposób przeżywania. Znaczenia wielu naszych klientów są nadawane przez wstyd i różne brutalne samokrytyczne trwałe tematy relacyjne (Jacobs L., 2017), dlatego perspektywa wsparcia/kontaktu może być dla tych klientów wspierająca, ponieważ również im pozwala patrzeć na samych siebie w bardziej wyrozumiały i klarowny sposób. Dzielenie się tą perspektywą w odniesieniu do różnych sytuacji bywa potężną interwencją terapeutyczną mającą konsekwencje w tym, jak klient samego siebie postrzega (funkcjonowanie osobowości). Np. osoba przeżywająca się jako toksyczna i destrukcyjna może zauważyć, że w danej sytuacji zabrakło jej wsparcia w postaci umiejętności wcześniejszej samoregulacji lub innych zasobów, dlatego wsparła się wybuchem. Jeśli w określonej sytuacji doświadczam sztywności mojego ciała, to rozumiem, że moje ciało wspiera mnie znieczulając dotknięcia świata w zagrażających warunkach. I że z innym wsparciem te same warunki mogłyby dla mnie nie być zagrażające.

Perspektywa wsparcia/kontaktu nie feruje wyroków. Zamiast tego oferuje soczewkę uwagi na wsparcie, które jest dostępne i wsparcie, które może stać się dostępne. To wsparcie zmienia wszystko.

---

*kamiennych domach, samochodach, tramwajach i pociągach; powiedział raczej, że zaskoczyło go, iż jeden człowiek może nosić tyle bananów. Wydawało się, że to co przede wszystkim zobaczył to sprzedawca bananów, zdolny do przewiezienia tak wielu kiści na swoim wózku. Co do reszty, prawie niczego nie zauważył: ponieważ samochody i domy nie mogły nabrać dla niego żadnego znaczenia, zauważał je bardzo słabo lub wcale" (Van Den Berg J.H., 1955, s. 33 za: Wollants G., 2012, s. 76)*

<sup>7</sup> Sam I. Yalom zauważył, że jego perspektywa teoretyczna szczególnie uwrażliwia go na tematy egzystencjalne i łatwo to zauważyć w interpretacjach, które proponuje pacjentom (np. Yalom I., 2008, s. 210-211).

Związaną z tym korzyścią jest możliwość nadawania odmiennych, być może bardziej konstruktywnych, sensów różnym sytuacjom. Przykładowo to, co mogłoby być historią "Znowu TO zrobiłam", może stać się opowieścią o sytuacji, kiedy "TO" posłużyło mi za wsparcie zamiast czegoś INNEGO. Dzięki temu sytuacja, której wcześniej doświadczałam jako swojej porażki, a być może także dowodu na moją nieadekwatność, może mnie teraz wzbogacić. Znajduję w niej korzyść i wsparcie na przyszłość, dlatego łatwiej jest mi ją zaakceptować.

## **Podsumowując**

Cenię perspektywę wsparcia/kontakt, ponieważ rozwija wrażliwość emocjonalną i poszerza rozumienie intelektualne. Jest pracą z tym, co oczywiste i natychmiast dostępne dla świadomości. Pozwala z wyrozumiałością kontaktować się z przeszłością, a jednocześnie ukierunkowuje na przyszłość. Wspiera w akceptacji i bezbronności wobec drugiego i wobec siebie. Cenię ją, a ona uczy mnie cenić.

\*\*\*

## **Dwa przypadki Laury Perls**

Dwa opisywane przypadki stanowią trzon artykułu "Two Instances of Gestalt Therapy". Przynajmniej je tu w całości.

### **"Przypadek Claudii**

Claudia, 25-letnia czarnoskóra kobieta, wywodzi się z zachodnioindyjskiej klasy średniej. Jej rodzina charakteryzuje się wiktoriańskim rodzajem ambicji: stara się naśladować białe społeczeństwo i oddzielić od "czarnych śmieci" surowością obyczajów i manier, które w rzeczywistości białego społeczeństwa już nie obowiązują. Członkowie rodziny są religijni w obsesyjno-konwencjonalny sposób.

Ojciec Claudii był dominujący i raczej brutalny: opuścił rodzinę, gdy Claudia miała około 12 lat, by pójść za Ojcem Świętym. Teraz nie ma z nim kontaktu. Kiedyś Claudia się go bała, teraz czuje do niego tylko pogardę. Jej matka jest cicha i uległa, ofiarna, religijnie moralizująca. Jej młodsza siostra jest ładna, kobieca, miękka, matczyno-opiekuńcza. Młodszy brat popełnił samobójstwo przebywając w więzieniu za rzekome i prawdopodobne aktywności homoseksualne.

Pacjentka uważa się za wyemancypowaną. Jest bardzo inteligentna, ukończyła studia z zakresu nauk społecznych, jest pracownikiem agencji miejskiej. Jest koloru kawy, wysoka i szczupła, dość atrakcyjna, ale obojętnie ubrana i umalowana. Jest dobrze wychowana, używa "wyrafinowanego" języka, jest pryncypialna w kwestii "co młoda dama może, a czego nie może robić". Motorycznie jest raczej nerwowa: jej głos ma twardą krawędź. Jest koścista i raczej płaska w klatce piersiowej, jej głowa jest agresywnie wyrzucona do przodu, mięśnie jej szerokiej, chłopięcej szyi napięte. Mieszka w domu z matką, siostrą i ciotkami, które przeraża i terroryzuje, oraz z praworządnym, religijnym wujkiem, którym gardzi i którego się boi.

Przychodzi na terapię, ponieważ "w niczym nie jest wystarczająco dobra". Nie jest

wystarczająco zainteresowana swoją pracą: boi się i czuje pogardę dla swoich klientów. Ma zaległości w swoich sprawach zawodowych. Nie może się skoncentrować na nauce i musiała powtarzać kilka egzaminów. Społecznie jest wyobcowana i nieszczęśliwa. Ludzie jej nie lubią, wydają się jej bać. Nie potrafi nawiązać kontaktu z "właściwymi" ludźmi, nie potrafi też być sama. Diagnozuje siebie jako paranoiczkę i boi się szaleństwa. Od czasu do czasu pojawiają się fantazje samobójcze, których ona sama nie traktuje zbyt poważnie. Poważniejsze są bóle głowy, które dokuczają jej czasami przez kilka dni. Skarży się, że nie może nosić kobiecych ubrań i że boi się chodzić na tańce i przyjęcia, gdzie wygląda głupio w falbaniastych sukienkach. Mimo to idzie, cierpiąc męki. Pacjentka nie prowadzi życia seksualnego, odczuwa niejasne podniecenie i pociąg do obu płci. Potępia obie te skłonności, w jednej czuje się lubieżna i grzeszna, w drugiej dziwna i zboczona. Ulega też licznym obsesyjnym rytuałom i nawykom, wśród których jest silny przymus mycia rąk, o którym początkowo nawet nie wspomina. Ponieważ te nawyki są jej zabezpieczeniami, jej postawami wsparcia, są one automatyczne i uważane za oczywiste. Pomimo nacisku na to jak bardzo chora, słaba i zdezorientowana się czuje i jak cierpi, pacjentka sprawia wrażenie kompetentnej, elokwentnej i bardzo silnej. Od 1949 roku pacjentka była przyjmowana raz w tygodniu przez trzy oddzielne okresy trwające od siedmiu do ośmiu miesięcy. Przerwy były spowodowane częściowo ograniczeniami czasowymi i pieniężnymi, ale bardziej jeszcze przez jej niezdolność do ponownego rozpoczęcia pracy po długich wakacjach lub nawet po tygodniowej przerwie. W latach 1952-3, po osiągnięciu przez nią pewnego poziomu funkcjonowania, nie widywałam jej, dopóki nie wróciła, dobrowolnie, pod koniec lat '53, aby przepracować pewne trudności, z których zdała sobie sprawę w międzyczasie. Od tego czasu pracuje stale, coraz bardziej skoncentrowana i odnosząca sukcesy, i szybko zbliża się do końca leczenia. Ale wróćmy do początku. Jej pierwsze zdanie, gdy już usiadła na kanapie, brzmiało: "Jestem w złym stanie, pani doktor. Będzie pani musiała mi pomóc. Wątpię, czy pani może. Nie będzie pani pewnie lepsza niż Dr X. (psychiatra, z którą pracowała przez krótki czas i która przysłała ją do mnie). Ona nic nie mogła ze mną zrobić, itd. itp.". Było oczywiste, że pacjentka rzucała mi wyzwanie i zaczepiała mnie. Stawiała żądania, mówiła mi, jak mam się z nią obchodzić, próbowała dominować i kontrolować sytuację. Z historii jej rodziny wynikało, że identyfikowała się z tyranizującym ją ojcem i próbowała wmanewrować mnie w rolę uległej, pracowitej, pogardzanej matki. Ale w ciągu pierwszych kilku minut pierwszej rozmowy nie miałam tych informacji i nie były mi one potrzebne. Wystarczyły mi moje własne reakcje na zachowanie pacjentki, świadomość bycia pomniejszaną i przymuszaną, i uczucie wrogości, które we mnie wywołała, co pozwoliło mi uświadomić sobie specyficzny wzorzec, który pacjentka odgrywała zarówno w tym spotkaniu, jak i w każdej innej sytuacji kontaktu. Była to dla niej rywalizacja, w której musi się wypaść lepiej - kwestia zwycięstwa lub porażki, niemal życia lub śmierci. Kiedy nie jest w stanie kontrolować sytuacji, staje się zdezorientowana, niespokojna i musi się wycofać. Gdybym pozwoliła jej mówić dalej w tym samym duchu, poczułaby tylko, że znowu jej się upiekło, np. zwiększyłoby to i umocniło jej pogardę dla płci żeńskiej, a wraz z nią jej własne podstawowe poczucie niższości. Gdybym zwróciła uwagę, że mówi mi jak mam pracować, gdy to ja jestem lekarzem i prowadzę terapię, wywołałabym tylko zaostrzoną rywalizację, ponieważ nie byłaby w stanie poradzić sobie z powstałym zamieszaniem. W istocie, kiedy tylko czuła, że w jakiś sposób ją przewyższam, wracała do swojego byłej analityczki i zwykle udawało jej się zmanipulować ją albo do przyjęcia jej na wizytę, albo przynajmniej do godzinnej rozmowy telefonicznej, aby uzyskać zapewnienie o własnej wyższości. Tak więc w pierwszych tygodniach pracy ze mną wracała do niej często i bez informowania mnie o tym.

Na późniejszych etapach chodziła do niej sporadycznie i mówiła mi na następnej sesji, początkowo bezczelnie: "Byłam u doktor X... więc co pani ma na to do powiedzenia!", później coraz bardziej zawstydzona: "(uśmiech) wie pani, (skrzywienie) zadzwoniłam do doktor X. (rumieniec)!".

Na pierwszej sesji, ani nie wycofując się, ani nie wchodząc w schemat rywalizacji, który pacjentka próbowała narzucić sytuacji, zapytałam ją, czy naprawdę chce pomocy. "Tak, oczywiście, po to właśnie przychodzę". Zwróciłam uwagę na to, że prosi o pomoc w dość osobliwy sposób, nie prosząc tak naprawdę o coś, czego w danych okolicznościach mogłaby rozsądnie oczekiwać, ale domagając się tego, jakbym próbowała coś przed nią ukryć, a ona musiała dochodzić swoich praw, aby to otrzymać: "Lepiej to zrób, bo inaczej!". Tak naprawdę nie знаła mnie, a jednak próbowała mnie zaszufładować, przykleić mi etykietkę ze swojego zasobu przeszłych doświadczeń i fantazjować, co zamierzam lub nie zamierzam zrobić w przyszłości. Jedyne, czego nie zrobiła, to nie wzięła mnie pod uwagę tu i teraz (twarzą w twarz), nie spojrzała na mnie i nie posłuchała mnie, nie nawiązała ze mną kontaktu i nie dowiedziała się o mnie w obecnej, rzeczywistej sytuacji. Przez chwilę zabrakło jej wiatru w żaglach: została pozbawiona swojego zwyczajowego wsparcia. Trochę się zmieszała i zawstydziła, ale szybko się pozbierała, wysunęła głowę do przodu i wykrzyczała: "Nic nie wiem o twoich kwalifikacjach. A czy ty masz jakieś? Z tego, co wiem, może pani być znachorką!". Zaspokoiliam jej ciekawość w tym względzie, ale potem zwróciłam uwagę, że znowu szukała zapewnienia z przeszłości (tym razem mojego poprzedniego doświadczenia i treningu), zamiast poprzez ocenę tego, czego mogła doświadczyć ode mnie i przeze mnie w teraźniejszości.

Kolejne tygodnie i miesiące zostały wykorzystane głównie na koncentrowaniu się na doświadczeniu "tu i teraz". Pacjentka była zniechęcana do zbytniego rozwodzenia się nad swoją historią i pochodzeniem rodzinnym. Szybko stawało się dla niej coraz bardziej oczywiste, że używała przeszłości jako wygodnej wymówki i usprawiedliwienia oraz że obarczała rodzinę całą odpowiedzialnością za to, jaka jest teraz, tak że nie musiała podejmować żadnego wysiłku w kierunku jakiegokolwiek istotnej zmiany teraz, w teraźniejszości. Pytania: "Jaki wysiłek?" lub "Wysiłek wobec czego?" mobilizowały do intensywnej pracy nad jej tzw. lenistwem, brakiem koncentracji i kontaktu. Jak zwróciłam uwagę, kontakt może być nawiązany łatwo i adekwatnie tylko wtedy, gdy wsparcie jest wystarczające i ciągłe. Oczywiście nieciągłości w zachowaniu Claudii, jej szarpane ruchy, łamanie się głosu, płytki, arytmiczny oddech, oddzielenie głowy (umysłu) od ciała (zwierzęcia), jej podwójne standardy moralne, jej fantazje o męskiej wyższości wobec rzeczywistości jej kobiecości - żeby wymienić tylko kilka - wszystko to zostało z kolei wysunięte na pierwszy plan do tego stopnia świadomości, że - jeśli nie natychmiastowa zmiana, to przynajmniej eksperymentalne podejście, fantazja lub homeopatyczna gra z różnymi zachowaniami - stały się możliwe.

Niemożność skoncentrowania się przez dłuższy czas stanowiła pierwszą okazję do coraz bardziej szczegółowego uświadamiania jej sposobów samosabotażu. Przyszła na terapię pozornie z wielkim zainteresowaniem, aby sobie pomóc, ale na każdej sesji bardzo szybko stawała się albo znudzona i nieco zamroczone, albo niekonsekwentna i rozproszona przez przypadkowe zdarzenia. Powiedziała: "Mogę zrobić jakiś początek" (jej głowa wysunięta do przodu, podniesiony głos, przeszywające oczy), "ale potem..." (głowa opadła, wyglądała na zgniecioną, głos zgasł, zdanie pozostało niedokończone). Cała seria eksperymentów została przeprowadzona wokół każdego szczegółu tego "pół-doświadczenia". Nauczyła się zwracać uwagę na brzmienie swojego głosu i na to, jak go wydobywa. Głos nie przenosił się, ponieważ nie dawała sobie szansy na ponowny wdech podczas aktu mówienia. Rytm

oddechu został zatrzymany, przepona utknęła w dolnej części wydechu, a głos musiał być wypychany z gardła z wielkim napięciem mięśni szyi, twarzy i gardła. Odkryła, że jej mowa nie była tak naprawdę ekspresją, nie pochodziła z centrum (np. ze zrównoważonej postawy i ciągłości rytmicznego oddychania, niezbędnego wsparcia dla optymalnego funkcjonowania), ale była "napięciem" w dosłownym tego słowa znaczeniu (pochodziła tylko z głowy i szyi). Wsłuchując się w swój głos, rozpoznała spontanicznie, z szokiem: "Brzmie jak mój ojciec, rozwydrzony, naburmuszony". Potem dodała, bez mojej pomocy "A zamykam się jak moja matka, zmieszana, głupia". Jej oddech stał się głębszy, bardziej rytmiczny, poczuła, że jej "żołądek robi się ciepły. Teraz trzepocze się i drga". I zaczęła płakać. W ten sposób, z rosnącej samoświadomości w rzeczywistej sytuacji terapeutycznej, bez drażenia wspomnień i bez interpretacji, pacjentka uświadomiła sobie podwójną identyfikację z obojgiem rodziców i wynikający z tego konflikt wewnętrzny wraz ze sposobami jego rozwiązania.

Jej ruchowa dziwaczność i szarpanie również ujawniły się jako część pozorowania męskości. Tak jak w rozmowie i kłótni tylko głowa i głos wysuwały się do przodu, tak w rzeczywistym ruchu w jakimkolwiek kierunku lub w stronę jakiegokolwiek obiektu tylko kończyny poruszały się, czy raczej szarpały, podczas gdy tułów pozostawał sztywny, a środek ciężkości (obszar miednicy) był schowany. Stawy były napięte: w jej ruchach nie było żadnej sprężystości ani kołysania. Ponieważ jest wysoka i szczupła, wyglądała i czuła się nie tylko niezręcznie, ale wręcz groteskowo. Wraz z rosnącą świadomością i z pomocą szczegółowych ćwiczeń stopniowo zyskiwała coraz większą mobilność, większą ciągłość oddechu, większą płynność ruchu. Poczuła "więcej energii, więcej pewności siebie, więcej rozmachu, więcej kroku, więcej podniecenia". Zaczęła grać w tenisa i wkrótce stała się w tym całkiem biegła. Łatwiej i z większym zainteresowaniem pracowała i nawiązywała nowe kontakty towarzyskie.

Na tym etapie przechodziła intensywną fazę homoseksualną. Nadal utrzymywała w przeważającej mierze negatywną koncepcję kobiecości, czemu odpowiadała sztywność i niewrażliwość okolic miednicy.

W ciągu ostatnich kilku miesięcy - po tym, jak przepracowaliśmy jej początkową barierę obrzydzenia (co z kolei doprowadziło nas do pracy nad jej nawykami żywieniowymi i naukowymi - jej bezkrytycznym napychaniem się, przeżuwaniami i połykaniem jedzenia, jak również informacji i zasad oraz jej poczuciem "dość") - rozwinęła coraz większą wrażliwość i elastyczność w środkowym obszarze swojego ciała, a wraz z tym większą akceptację siebie i swoich możliwości jako kobiety. Zaczęła interesować się mężczyznami i podniecać się nimi, a ostatnio miała kilka intymnych doświadczeń heteroseksualnych. Nie czuje się jeszcze zbyt pewna siebie i trochę czasu zajmie jej wypracowanie bardziej pozytywnych kobiecych "sposobów".

Jej dawna bezczelność, udawanie siły, która nie miała wsparcia z centrum, ustąpiła miejsca autentycznemu zakłopotaniu, świadomości chwilowego braku koordynacji funkcji kontaktu i wsparcia, co wiąże się z niepewnością, ciekawością pomieszaną z niechęcią, odrobiną niepokoju i dużą dozą ekscytacji. Wygląd fizyczny pacjentki uległ znacznym zmianom, nie tylko w zakresie postawy i koordynacji. Jej układ kostny jest oczywiście taki sam, ale biust jest bardziej rozwinięty, uda cięższe, twarz bardziej wypoczęta i okrąglejsza. Jej miesiączka, która zwykle była wczesna (23 dni), stała się najpierw opóźniona (33-35 dni), a teraz bardziej normalna (28-30 dni). Znalazła swój własny styl ubierania się, który jest kobiecy w sportowym stylu, bez falbanek, dość elegancki. Zrezygnowała, przynajmniej na razie, z pracy jako pracownik socjalny i zajęła się pracą w bibliotece. Czuje, że daje jej to więcej wsparcia w procesie uczenia się radzenia sobie z własnymi problemami, niż wcześniejsze próby manipulowania innymi ludźmi w ich trudnościach. Opuściła dom rodzinny i

zamieszkała w pensjonacie w pobliżu miejsca, w którym pracuje. Rozważa teraz możliwość dzielenia mieszkania z przyjaciółką. Claudia stała się w rzeczywistości tym, co wcześniej tylko sobie wyobrażała, ale w jakiś sposób zawsze chciała być: wyemancypowaną kobietą.

### **Przypadek Waltera**

Walter, 47-letni mężczyzna, jest żydowskim uchodźcą z Europy Środkowej. Pochodzi z niezamożnej rodziny z klasy średniej, której udało się zapewnić mu wyższe wykształcenie. Został prawnikiem, ale z dyplomami nieważnymi w kolejnych krajach emigracji, musiał rozpocząć działalność handlową. Jego ojciec był pozbawionym sukcesów biznesmenem, bezbarwnym, cichym i łagodnym, bez inicjatywy. Matka była ambitna i dominująca, rozgoryczona niepowodzeniami ojca. Była drażliwa, niekonsekwentna w swych żądaniach, miłsza, gdy syn osiągnął wreszcie jakiś status zawodowy i społeczny. Zmarła w przytłoku po kompletnym załamaniu paranoicznym na emigracji. Młodszy brat jest radosny, szczęśliwy, pozornie nie dotknięty sytuacją rodzinną.

Pacjent jest żonaty z inteligentną, subtelnie manipulującą kobietą. Mają dwoje dzieci, z których jedno jest lekko spastyczne. Pacjent bardzo lubi dzieci, ale czuje, że nie radzi sobie z nimi dobrze: jest zbyt niespokojny, zbyt ograniczający. Początkowo spokojne małżeństwo wydaje się ostatnio nieco niepewne. Jego żona, zainteresowana psychologią z powodu niepełnosprawności dziecka, sama poddaje się terapii i odkrywa coraz większe niezadowolenie z ich związku, głównie z powodu jego obojętności wobec jej zainteresowań. Pacjent wygląda na zmęczonego, zrezygnowanego i starego. Chodzi lekko pochylony, łokcie ma przyciśnięte do ciała, stopy chwiejne. Ma inteligentny, ale zatroskany wyraz twarzy. Oczy rozbiegają się w poszukiwaniu "wyjścia", usta układają się w przepraszający uśmiech. Jego mowa jest niepewna, mówi tylko wtedy, "kiedy się do niego mówi". Głos jest monotony, ma jakość zawodzenia.

Jest niezadowolony i w pewien przytępiony sposób nieszczęśliwy ze względu na niemal wszystko w swoim życiu. Nie tyle narzeka, co obwinia się o to, że nie radzi sobie w biznesie, w kontaktach towarzyskich, w życiu rodzinnym. Odkłada na później wszystko, co nie jest ściśle rutynowe, zarówno drobne służbowe rozmowy telefoniczne, jak i poważne decyzje. Boi się spotkań z ludźmi, musi łamać sobie głowę, żeby coś powiedzieć, czuje się niezręcznie i niepewnie. Boi się utraty starych kontaktów biznesowych i jest przekonany o swojej niezdolności do nawiązywania nowych. Pomimo tych wszystkich oczywistych ograniczeń i samooskarżeń, pacjent nie jest pozbawiony sukcesów w biznesie, zarabia na wygodne życie jako agent dla kilku zagranicznych koncernów, prowadzi te same rachunki od wielu lat i jest ceniony za swoją rzetelność i dalekowzroczność. Jego dzieci go kochają. Ma też kilku dobrych przyjaciół. Wielką radość sprawia mu przebywanie na świeżym powietrzu, w kontakcie z naturą. Ale te bardziej pozytywne informacje nie są dostępne na początku terapii.

Spotykałam się z tym pacjentem dwa razy w tygodniu przez około cztery miesiące (od marca do czerwca 1953), a następnie raz w tygodniu z dodatkową cotygodniową sesją grupową, przez dziesięć miesięcy.

Terapia grupowa okazała się w tym przypadku szczególnie skuteczna i pacjent nadal jest członkiem grupy terapeutycznej, podczas gdy jego indywidualne leczenie zostało zakończone.

Podczas pierwszej rozmowy pacjent wpadł do pokoju, nie patrząc ani w prawo, ani w lewo, jakby miał klapki na oczach. Usiadł na brzegu krzesła, dosłownie "na krawędzi", wiercił się, przez kilka minut nic nie mówił. Na moje pytanie: "Co cię tu sprowadza?", zacisnął mocno ręce, wzruszył ramionami, w końcu niepewnie, z lekkim odzieniem irytacji i zrzędzenia



powiedział: "Nie wiem, po co przychodzę... żona uważa, że powinienem... Ja myślę, że to nie ma żadnego sensu... Nie wiem, co powiedzieć... żona mówi..." itd. (wzruszenie ramionami, opadnięcie).

Ja też czułam się trochę ściśnięta i trochę znudzona. Pacjent, przynajmniej na razie, osiągnął swój neurotyczny cel: odrzucił mnie, znudził swoim monotonnym zawodzeniem i powtarzalnością, właściwie zrobił wszystko, żeby mnie zniechęcić do zainteresowania się nim. Najwyraźniej uważał całą sytuację za kłopotliwą i chciał, żeby go zostawić w spokoju. Ale prezentując ten całkowicie negatywny obraz, ujawnił również szczegółowo techniki, które wspierały jego schemat wycofywania się i w ten sposób, całkiem niechcący, dostarczył mi dokładnie tego, co tak desperacko starał się ukryć, tej samej "klamki", za pomocą której można go było osiągnąć.

Podobnie, jak w przypadku Claudii, zwróciłam uwagę pacjentowi, że jego sposób proszenia o pomoc nie był zbyt dobrze dobrany do tego, aby ją faktycznie uzyskać, a wręcz przeciwnie, osłabiał wszelkie zainteresowanie, jakie można by rozwinąć w robieniu czegokolwiek dla niego. "Tak," jego głos brzmiał teraz znacznie mocniej, niemal wyzywająco, "Wiem, że jestem nudny. Nigdy nie wiem, co powiedzieć. Nie lubię prosić ludzi o cokolwiek. Zawsze martwię się, czego ode mnie oczekują. Muszę sam wymyślać, co powinienem powiedzieć: zajmuje mi to zbyt wiele czasu i dopiero potem wiem, co powinienem być powiedzieć".

Rozważając to, jak to wszystko ma się do rzeczywistej sytuacji terapeutycznej, pacjent odkrył, że zawsze był tak zajęty przewidywaniem potrzeb i żądań innych ludzi lub użalaniem się nad sobą, że coś mu umknęło w przeszłości, że nie miał szansy uświadomić sobie własnych potrzeb, zainteresowań i działań w jakiegokolwiek aktualnej sytuacji, nawet jeśli była ona specjalnie zaprojektowana w tym celu, aby mógł spełnić swoje potrzeby.

Trzeba było kilku miesięcy, aby uświadomił sobie, że to, co czuł, nie było, jak utrzymywał, "niczym", ale raczej dyskomfortem, napięciem, niecierpliwością, irytacją, nieufnością, obawą: że to, co robił, również nie było "niczym", ale raczej braniem się w garść, zawieszaniem aktywności, czekaniem na zakończenie czegoś, co mogło być spotkaniem biznesowym, kłótnią z żoną lub sesją terapeutyczną.

Wsluchując się w swój głos, pacjent odkrył ku swojemu zaskoczeniu, że nie tylko brzmiał jak jego ojciec (o czym zawsze wiedział), ale także, szczególnie gdy się wyzywał i umniejszał, że brzmiał jak jego matka, która kłóciła się z jego ojcem. Zawieszona aktywność okazała się więc dla dziecka najodpowiedniejszym wsparciem, aby uchronić się przed nieuchronnym i nierozwiązywalnym konfliktem. Wynikająca z tego desensytyzacja doprowadziła do introjekcji i identyfikacji z tym właśnie konfliktem, a w konsekwencji do eksternalizacji, która przekształcała każdą sytuację kontaktu w potencjalne zagrożenie.

Nawet jeśli udawało mu się zmobilizować i zabrać głos we własnym imieniu, to głównie po to, by pozostać poza zasięgiem, uciec przed jakimś narzuconym obowiązkiem lub odpowiedzialnością, która mogłaby na niego spaść. Z największą stanowczością mówił: "Nie mogę!", "Nie jestem w stanie...", "Nie wiem!". Ton jego głosu nie pozostawiał wątpliwości, że to, co naprawdę wyrażał, brzmiało: "Nie zrobię tego!". Znalazł jednak technikę, dzięki której nie musiał zdawać sobie sprawy, a tym samym nie musiał czuć się winny z powodu własnej przekory. Stosunkowo łatwo było sensorycznie i intelektualnie uświadomić pacjentowi, co robi, po co to robi, że jego techniki wspierały wycofywanie się z niepożądanych i niemożliwych do kontrolowania doświadczeń w przeszłości, że teraz stanowiły blokadę i przeszkodę w pożądanym kontakcie. Było to bardzo pracochłonne i wymagało wielu miesięcy koncentracji oraz wielu eksperymentów i ćwiczeń wokół każdego szczegółu jego technik wycofywania się, aby doprowadzić pacjenta do takiego stopnia świadomości

motorycznej, w którym stał się on zdolny do dokonania istotnej zmiany.

O ile w przypadku Claudii stwierdziliśmy pewną ruchomość kończyn nie wspartą bardziej centralną koordynacją postawy i oddychania, o tyle u Waltera nie zauważyliśmy prawie żadnej ruchomości. Był cały jednym kawałkiem. Claudia miała możliwość porównania sztywności swoich pleców, klatki piersiowej i miednicy z szarpaniem kończyn, a co za tym idzie, mogła eksperymentować z rozszerzaniem obu sposobów poruszania się w dowolnym kierunku, aż do osiągnięcia pewnej ciągłości koordynacji i elastyczności. Walter nie miał jednak nic do porównania, tzn. w jego doświadczeniu ruchowym nie było wystarczającej różnicy, by uczynić z jakiegoś konkretnego ruchu lub napięcia figurę pierwszoplanową, nic poza wzruszeniem ramion. Analiza rozszerzała się więc od świadomości wzruszenia ramion. Pacjent doświadczył porównywalnej mobilności barków w porównaniu ze sztywnością sąsiednich obszarów, szyi, ramion, klatki piersiowej. Spontanicznie uświadomił sobie wzruszenie ramion nie tylko jako symboliczny gest, ale jako rzeczywisty motoryczny wyraz "Nie mogę!", "Nie wiem!", początek ruchu bez zasięgu, bez kierunku, bez ciągłości.

Ekspertymując z zasięgiem, ciągłością i kierunkiem, pacjent zdał sobie sprawę, że w ogóle nie wykonuje żadnych ruchów wychodzących, że jest całkowicie ściągnięty w pionie i nie ma żadnej ekspansji w kierunku poziomym, nie ma elastyczności szyi, nie ma wymachu ani uniesienia ramion, nie ma sprężystości, nie ma postawy, nie ma kroku.

Kiedy po kilku miesiącach eksperymentów i ćwiczeń świadomościowych udało mu się częściowo rozluźnić, jego posłuszne, szkolne nastawienie ("moja żona myśli... mój analityk mówi... wiem, że powinienem...") zmieniło się w prawdziwe zainteresowanie i ciekawość. Stał się łatwiejszy w kontaktach z ludźmi i dużo bardziej przyjazny. Na tym etapie przeszedł przez okres silnego zakłopotania. Zachęcano go do przyznania się i wyrażenia zakłopotania, a nie do wycofania się z krępujących sytuacji lub, co gorsza, do trzymania się ich z ponurą determinacją. Zauważono, że zakłopotanie jest nieuniknioną świadomością braku wsparcia, która towarzyszy początkowemu ekscytującemu kontaktowi z każdym nowym doświadczeniem. Jest to więc stan emocjonalny odnoszący się do wszystkich etapów szybkiego wzrostu i rozwoju. Jest typowy zarówno dla małego dziecka na pewnym etapie, jak i dla nastolatka. Wynika on z braku lub nieświadomości odpowiednich technik radzenia sobie z nowym doświadczeniem. Jeśli człowiek potrafi wytrwać w sytuacji pomimo lub lepiej z zakłopotaniem, ma szansę, poprzez odkrycie i rozwinięcie nowych postaw wsparcia, nawiązać bardziej udany kontakt z nowym doświadczeniem, a tym samym pokonać zakłopotanie. Jeśli natomiast ktoś unika zakłopotania, wycofując się z potencjalnie krępujących sytuacji (jak Walter) lub broniąc ich z udawaną odwagą (jak Claudia), to nigdy nie przyswoi sobie nowych, ważnych technik wsparcia, tzn. będzie musiał ograniczyć swoje doświadczenia kontaktu albo w faktach (jak Walter), albo we wrażliwości i konsekwencjach (jak Claudia).

Przez kilka tygodni Walter czuł się i zachowywał jak nastolatek: rumienił się i chichotał, a jego głos się zmieniał. W kilku przypadkach, gdy rozbieżność między nowym zaangażowaniem a brakiem wsparcia, głównie sztywnością przepony i ramion, stała się zbyt przytłaczająca, ocierał się o histerię, śmiał się, płakał i dziko gestykulował. Później był w stanie rozpoznać atak jako spontaniczną mobilizację tych najbardziej nieelastycznych i niewrażliwych części swojego organizmu (atak histeryczny jest prawdopodobnie motoryczną reakcją awaryjną całego organizmu, tak jak ziewanie w przypadku niedoboru tlenu). W konsekwencji mógł on rozszerzyć tę świadomość na coraz bardziej skoordynowaną mobilność.

Na tym etapie terapia grupowa stała się najskuteczniejszym czynnikiem rozwoju pacjenta.

Początkowo wzbierał się on nawet przed rozważeniem możliwości uczestniczenia w grupie. Stopniowo jednak zgodził się, przynajmniej intelektualnie, że może to być pożądanym krokiem. W końcu dołączył, początkowo bardzo nieśmiało, siedząc na uboczu, jako milczący obserwator. Odmówił nawet wzięcia najmniejszego udziału w jakimkolwiek eksperymencie psycho-dramatycznym. Ale wkrótce, zachęcany obserwacją innych członków grupy, zaczął uznawać i wyrażać swój niepokój i zakłopotanie.

To właśnie w sytuacji grupowej zdał sobie w pełni sprawę z tego, jak energicznie i dobitnie upierał się, że jest ignorantem i osobą pozbawioną zdolności. Uznał to za dość sprytną i na swój sposób wymagającą zdolności technikę unikania. Od tego momentu było już tylko kilka kroków, poprzez eksperymenty z bezpośrednią wzajemną krytyką wśród członków grupy i ekscytujące doświadczenie psychodramatyczne, w którym odgrywał swoją matkę krzyczącą, besztającą i policzkującą małego chłopca, do większego uświadomienia sobie własnego dzisiejszego kontaktu z ludźmi, własnych zainteresowań, opinii, krytyki, potrzeb, żądań. Wraz z rosnącą samoświadomością stał się jednocześnie bardziej autentycznie świadomy innych. Nie musi się już domyślać, czego się od niego oczekuje, reaguje natychmiast na sytuację i stawia zdecydowany opór, gdy czuje, że coś mu się narzuca. Jest pomocny w inteligentny sposób dla każdego, kto jest w potrzebie: ku wielkiemu zaskoczeniu wszystkich był jedynym, który, gdy jedna z członkiń grupy w przypiływie złości i płaczu wyszła z pokoju, poszedł następnego dnia odwiedzić ją, aby dowiedzieć się, czy wszystko w porządku. Dziś jest "ojcem" grupy, życzliwym, nieco powściągliwym, ale nie nieśmiałym, dostojnym bez nadęcia, krytycznym bez zrzędzenia, dość gejojskim z żywym poczuciem humoru. Poprawiły się jego relacje rodzinne: cieszy się dziećmi (terapeuta dziecięcy jest zachwycony jego cierpliwością i wyrozumiałością): z żoną dzieli więcej zainteresowań i doświadczeń. Jego kontakty biznesowe są o wiele łatwiejsze: czuje się bardziej pewny siebie i mniej bojaźliwy: jego dochody w ciągu ostatniego roku znacznie wzrosły. Obecnie przebywa za granicą, jest honorowym gościem u kogoś, kogo wcześniej bał się jako swojego szefa, a teraz ceni jako swojego klienta. Zachowuje się jak na swój wiek, a wygląda o dziesięć lat młodziej".

Tekst "Two Instances of Gestalt Therapy" pierwotnie ukazał się w III tomie (1956) "Case Reports in Clinical Psychology".

## **Bibliografia**

Baalen D. v., Diagnostyka w Gestaltcie, Gestalt. – 2004, nr 1

Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (red.), Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu., Harmonia Universalis, 2016

Gendlin E., The Primacy of the Body, Not the Primacy of Perception: How the Body Knows the Situation and Philosophy, Fragment z: Man and World, 25 (3-4), 1992, s. 341-353

Hycner R., Jacobs L., Terapia w dialogu, Oficyna Związek Otwarty, 2020

Jacobs L., Hopes, fears, and enduring relational themes, British Gestalt Journal 2017, Vol.

26, No 1, s. 7-16

Parlett M., <http://bibliotekagestalt.pl/dokumenty/Refleksje-o-Teorii-Pola.pdf> ory: Reflections on Field Theory, British Gestalt Journal, 1991, 1, s. 68-91

Perls. F., Hefferline, R. and Goodman, P., Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality, The Gestalt Journal Press, 1994

Perls, L., Living at the Boundary, The Gestalt Journal Press, 1992

Van den Berg, J. H., The Phenomenological Approach to Psychiatry: An Introduction to Recent Phenomenological Psychopathology, 1955

Wollants G., Gestalt Therapy, Therapy of the Situation, Sage, 2012

Yalom I., Psychoterapia egzystencjalna, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2008