

Emocje, które krzyczą w ciele: psychosomatyczne fenomeny według terapii Gestalt

Dlaczego moje oczy bolą? / Ponieważ nigdy ich nie używałeś.

Carmen Vázquez Bandín

Istnieje duża liczba obiektywnych zjawisk fizycznych, które wydają się pozbawione udziału woli człowieka. Sprawiają wrażenie wyzbytych świadomej intencji. Nie można ich też uznać za znaczące, obiektywne „działania” ani za żadną zrozumiałą ekspresję psychiczną. Następują one po pewnych wydarzeniach psychicznych lub występują równocześnie z nimi. [...]. Na początek nie są niczym innym, jak niepsychicznymi, obiektywnymi, somatycznymi faktami.

K. Jaspers, 1913

Wprowadzenie

W niniejszym artykule będziemy starali się wyjaśnić, w świetle teorii i praktyki terapii Gestalt, co to podejście ma do zaoferowania w odniesieniu do takiej formy cierpienia.

Część pierwsza

Podstawy dla hipotezy Gestalt

W całej historii nauki u podstaw każdej propozycji naukowej znajduje się kwestia, która była i nadal jest bardzo kontrowersyjna, mianowicie: czy duch i umysł są w istocie bytem materialnym, czy też nie. Zgodnie z naszą obecną wiedzą naukową ciało i umysł są nadal pojmowane jako dwa odrębne byty.

Ta koncepcja prowadzi nas do naszego Gestaltowskiego punktu widzenia oraz do zasad zaproponowanych przez naszych założycieli w książce „Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality”¹, w której twierdzą oni, że „ciało” i „umysł” są jedną z tych neurotycznych dychotomii, które należy rozwiązać. *Ten podział – twierdzą autorzy – jest nadal popularny, chociaż wśród najlepszych lekarzy jedność psychosomatyczna jest*

¹ Perls, F.S., Hefferline, R. and Goodman, P. (1951): Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality. Highland, NY: The Gestalt Journal Press Inc., (Dalej PHG).

uważana za oczywistość. [...] Ten ograniczający podział w sposób nieunikniony i niemal endemiczny powoduje, że nasza kultura jest pozbawiona radości i wdzięku (PHG, 1994, s. 17).

Podobnie postrzegają oni inne dychotomie: „self / świat zewnętrzny”, „emocjonalny (subiektywny) / realny (obiektywny)”, „biologiczny / kulturowy”, „osobisty / społeczny”, podkreślając w całej naszej książce założycielskiej nie tylko holistyczny charakter naszej istoty, ale także naszą przynależność do relacyjnej matrycy, którą zarówno współtworzymy, jak i która nas tworzy, i od której nie możemy się oddzielić ani jej zignorować, skoro: *doświadczenie pojawia się na granicy między organizmem a jego środowiskiem [ponieważ] każda funkcja ludzka działa w polu organizm/środowisko, socjokulturowym, zwierzęcym i fizycznym* (PHG, 1994, s. 5).

Jak zatem możemy pojmować istoty ludzkie? Jak możemy odczytać i zrozumieć ich cierpienie, aby dla nich być i je wspierać? Jak możemy to zrobić, szczególnie w przypadku tak zwanych chorób psychosomatycznych lub zaburzeń psychosomatycznych? W tym artykule zajmujemy się cierpieniem psychosomatycznym. Zostanie ono przedstawione w szerszym kontekście, w którym rozważamy człowieka jako holistyczną żyjącą istotę, która bierze udział w tworzeniu i odbieraniu tej współtworzonej rzeczywistości, która to rzeczywistość w równym stopniu przekształca i jest przekształcana. Rozważymy krótko² holistyczną perspektywę Kurta Goldsteina (1878-1965), która zbliża go do psychologii Gestalt. Przyjrzymy się również istotom ludzkim jako „ciałom odczuwanym” w ujęciu fenomenologów, takich jak Edmund Husserl (1859-1938) i Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Szczególny nacisk położymy na koncepcję psychopatologii i ludzkiego cierpienia w ujęciu Karla Jaspersa (1883-1969), Umberto Galimbertiego (1942-) i Eugenio Borgna (1930-).

Dygresja o holizmie

Szczególnie dwie doktryny zostały uznane przez PHG za „holistyczne” i pośrednio wpłynęły na teorię terapii Gestalt.

Ojcem pierwszej z tych doktryn jest Kurt Goldstein. W swojej pracy „The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man”, napisanej w 1934 roku, opisuje on pojedyncze organizmy jako byty „holistyczne”. W szczególności uważa on, że w każdym organizmie istnieje „holistyczna relacja działania”, co oznacza, że „działanie nie jest związane z określonymi połączeniami anatomicznymi”. Według Goldsteina *organizmy są systemami, które funkcjonują jako całość*, a zatem „dany bodziec musi wywołać zmiany w całym organizmie”. Ważną konsekwencją takiego podejścia jest to, że „w organizmie nie ma ani walki członków między sobą, ani walki całości z członkami”.

W rzeczywistości znaczną część witalistycznych i neowitalistycznych teorii biologicznych można uznać za holistyczne – choć holizm niekoniecznie jest witalistyczny

² Aby pogłębić rozważania na ten temat, warto zapoznać się z bibliografią zamieszczoną na końcu tego artykułu.

czy teleologiczny. Sam Goldstein odrzuca podejście witalistyczne i teleologiczne w biologii, ponieważ uważa, że jego rozumienie *holizmu* nie jest sprzeczne z myśleniem przyczynowym. Z tego powodu niektóre teorie, które nie są ani mechanistyczne, ani ściśle witalistyczne, często uznawane są za holistyczne. Holizm jest jednak w rzeczywistości bardziej związany z „organicyzmem” i „biologizmem”.

Jan Christiaan Smuts (1870-1950) również wspierał podejścia holistyczne, choć w znacznie bardziej ogólnym sensie niż Goldstein. W swojej pracy „Holism and Evolution” (1926) wykazał, że choć holizm nie jest sprzeczny z mechanizmem, to ten ostatni jest pojęciem o wiele mniej istotnym i we wszystkich porządkach jest przez holizm przekraczany i przewyższany. Według Smutsa, holizm jest odpowiedzią na pytanie, jak to możliwe, że różne elementy tworzą odrębną od nich całość; holizm jest raczej formą wyjaśnienia niż nazwą jakiejś określonej rzeczy. Stanowi on proces twórczej syntezy: całość jako wynik takiego procesu jest „dynamiczna, ewolucyjna i twórcza”. Tak więc holizm przejawia się w różnych fazach, od rzeczywistości materialnej lub syntezy ciał naturalnych do „idealnej całości”, „wartości absolutnych” lub „ideałów holistycznych”. „Małe jednostki muszą przekształcić się w większe całości, a te z kolei muszą urosnąć w coraz większe i większe struktury, i to bez przerwy. Tą drogą idzie postęp”³ – powiedział. We wszechświecie Smutsa holizm jest czynnikiem uniwersalnym, jest podstawową koncepcją.

Smuts wywarł wpływ na teorię terapii Gestalt będąc osobistym przyjacielem Perlsów podczas ich pobytu w Afryce Południowej (gdzie pracowali jako psychoanalicy)⁴. Podobnie wpływ wywarło myślenie Goldsteina – z wyraźnym śladem podejścia Merleau Ponty’ego. Jak zobaczymy poniżej, wiedza ta pozwala nam dokonać pewnych fundamentalnych spostrzeżeń dotyczących psychopatologii Gestalt. Przede wszystkim jednak nasza teoria Gestalt wydobywa z holizmu jego ostateczne konsekwencje: nie jesteśmy istotami niezależnymi od siebie ani nie jesteśmy związani ze sobą, nie tworzymy systemów; jesteśmy istotami, które są tworzone i kształtowane w polu, w relacyjnej matrycy, która nas tworzy, kształtuje i przekształca. Z kolei my sami jesteśmy aktywnymi podmiotami, które tworzą, kształtują i przekształcają innych oraz życie, w którym żyjemy. Jak mówi nasz tekst założycielski: „Pole jako całość ma tendencję do dopełniania się, do osiągnięcia najprostszej równowagi możliwej dla danego poziomu pola” (PHG, s. 151). „Kontaktowanie jest, w ogólności, wzrostem organizmu. [...] Kontakt jest dotykiem dotykającym czegoś, [dlatego] należy zarówno do środowiska, jak i do organizmu”. „[...] Jest spontaniczny, pośredni w trybie i zaangażowany w swoją sytuację (wykonuje i odbiera działanie). [...] Jest wybitnie twórczy” (s. 154).

Wszystko to skłania nas do uwzględnienia w tym miejscu trzeciej teorii – tej, która jest „radikalnie” holistyczna i fundamentalna dla naszej teorii terapii Gestalt. Mam tu na myśli *teorię pola* zaproponowaną przez Kurta Lewina (1890-1947), która zastosowana w naszym podejściu ujmuje dwumian organizm/środowisko jako wynik nierozłącznego i

³ Spies, S. B. and Natrass, G. (eds): Jan Smuts -- Memoirs of the Boer War, Johannesburg, Jonathan Ball, 1994, Wprowadzenie, s.19 (za tłumaczeniem Carmen).

⁴ Shepard, M.: Fritz Perls/La Terapia Gestalt, B. Aires, Ed. Paidós, 1977.

twórczego działania pola.

Fenomenologia jako tło: *Körper* i *Leib*

[...] *Nasze ciało nie jest już naszym punktem widzenia świata, lecz obiektem tego świata. Jego zmysły nie są jego otwarciem na świat, jego szansą na zamieszkanie tego świata, lecz naukowo rozumianymi „organami” i „funkcjami”; jego terażniejszość nie jest jego zakotwiczeniem w czasie, lecz momentem czasu pośród wszystkich czasów.*

U. Galimberti, „Il corpo”, 1983 (s. 79)

Moje ciało jest nie tylko obiektem pośród wszystkich innych obiektów, splotem wrażliwych jakości pośród innych, ale obiektem, który jest wrażliwy na całą resztę, który rozbrzmiewa wszystkimi dźwiękami, wibruje wszystkimi kolorami i nadaje słowom ich pierwotne znaczenie poprzez sposób, w jaki je odbiera.

Merleau-Ponty, 1975 (s. 251)

W semantyce niemieckiej fenomenologia wskazuje dwa sposoby ujmowania ciała. Z jednej strony, ciało jest postrzegane jako ciało-przedmiot lub jako rzecz fizyczna (*Körper*). Z drugiej strony, ciało może być postrzegane jako własne ciało, żywe ciało, ciało fenomenalne, ciało ożywione (*Leib*). Podążając za podejściem Waldenfelsa⁵, należy jednak poczynić pewną uwagę odnośnie *Leib* i *Körper*, czy też, jak proponują niektórzy francuscy myśliciele: „bycia-ciałem” i „posiadania-ciała”; nie chodzi tu o dwa różne fenomeny, ale o dwa różne sposoby bycia samej cielesności.

Podobnie ciało dla Husserla⁶ konstytuuje się przede wszystkim na dwa sposoby. Z jednej strony, jest ono *Körper*. Jest rzeczą fizyczną, materią; posiada obszar, do którego odnoszą się jego realne właściwości: zabarwienie, gładkość, twardość, ciepło i tyle innych właściwości materialnych, ile istnieje. Z drugiej strony, jest *Leib*: „czuję” w nim spotyka się z „wewnątrz” niego, ciepło na grzbiecie dłoni, zimno w stopach, te odczucia dotyku na czubkach palców. Czuję ucisk i ciasnotę ubrania; kiedy poruszam palcami, mogę powiedzieć, że czuję ruch.

W fenomenologicznej teorii ciała konieczne jest pojęciowe rozróżnienie sposobów ekspresji ciała: ciała-przedmiotu, ciała fizycznego, naturalnego, ciała-rzeczy kierującego się prawami właściwymi dla *Körper*; oraz ciała fenomenalnego (*Leib*), ciała doświadczalnego, tego, które wszyscy odczuwamy i którym jesteśmy.

⁵ Wandenfels, B. (1997): De Husserl a Derrida. Introducción a la fenomenología, Barcelona, Ed. Paidós, 1997.

⁶ Husserl, E. (1952): Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy, Springer, 1989 [Libro Segundo. Investigaciones fenomenológicas sobre la constitución, Ideas II, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997, s. 185]

Od czasów Husserla rozwijana jest fenomenologiczna teoria ciała, która odwraca podrzędną rolę, jaką ciało pełniło w myśleniu kartezjańskim. Merleau-Ponty, który podejmuje Husserlowską ideę ciała, nadaje ciału ten teoretyczny „status”, którego wcześniej mu odmawiano. Zmiana Merleau-Ponty'ego polegała na przejściu od fenomenologii życia do fenomenologii ciała (*Chair*), pokazując, że świadomość ekspresyjna i refleksyjna jest jednocześnie cielesna i ziemską.

Dla Merleau-Ponty'ego pojęcie *ucieleśnienia* (korporalizacji) implikuje humanizację ciała, która może być również wykorzystana do analizy antropologicznej. Dla tego autora ucieleśnienie może oznaczać transcendencję w podwójnym sensie. Pojęcie ucieleśnienia w sensie fenomenologicznym nie zajmuje się więc ciałem jako postrzegalnym i przedmiotowym organizmem, czyli rzeczą, ale zajmuje się ciałem takim, jakie jest doświadczane; jest to raczej fenomenologiczna refleksja nad ciałem, nad samą podmiotowością.

Dla fenomenologii ciała, ciało *Leib* jest ciałem-podmiotem, odczuwającym, byciem-ciałem, to jest swoje własne ciało. W fenomenologii bycie-ciałem jest ontologicznie wyrażone przez fakt, że „jestem istotą ucieleśnioną”. Nie tylko istotą cielesną w sensie opisowym, ale ‘jestem’ z tą metafizyczną konotacją, że moje Ja ‘jest’ – istotą ludzką, dzięki swojej cielesności. „Jestem moim ciałem” oznacza: moje Ja jest ucieleśnione, a moje ucieleśnione bycie jest moim własnym istnieniem.

Co więcej, moje ciało jest doświadczane jako moje, ponieważ pociąga za sobą moje działania. Właśnie dlatego, że odczuwam moje ciało jako „moje”, zwłaszcza gdy działam, doświadczam jako swojego tylko tego konkretnego żywego organizmu – tego, który mnie ucieleśnia i zakotwicza w rzeczywistości świata.

W fenomenologii Sartre, Marcel i Merleau-Ponty zgodnie podkreślają egzystencjalny charakter związku między Ja a ciałem. W tym sensie fenomenologia ciała odczuwanego (*Leib*) jest uważana za alternatywne podejście, które pozwala zrozumieć człowieka-świat-ciało jako zmysłowe żywe ciało. Ciało jest tu centralnym punktem wytwarzania sensu, które prowadzi do eksplozji znaczeń, co niektórzy nazywają cielesnością.

Merleau-Ponty idzie dalej, ponieważ wrodzona jakość tego *Leib*, *intencjonalność*, pozwala nam pojmować te dualne relacje w kategoriach wzajemności, krzyżowania się, współzależności, komplementarności i wzajemnego odniesienia w stosunku do drugiego. Ta dualność jest zatem jednostką procesu, który w terapii Gestalt nazywany jest procesem kontaktu. Jest ona przeciwieństwem tych dychotomicznych, dualistycznych modeli, które pojmują relacje w kategoriach ekskluzywności, zewnętrżności, mechanicznej i linearnej przyczynowości, hierarchii i pierwszeństwa.

Chodzi o implikację, a nie o zestawienie. Z tej wrodzonej i autentycznej intencjonalności ciało nie wyłania się jako rzecz ani jako podmiotowość. W cielesnym

byciu-w-świecie istnieje raczej „miejsce wymiany”, „ziemia niczyja” (Francesetti, 2012), „granica kontaktu” (PHG, 1951, 1994, Spagnuolo-Lobb, 2013, 2014, Bloom, 2011, C. Vázquez Bandín, 2004, 2008, 2014), gdzie dochodzi do spotkania i tworzenia. W tym spotkaniu to, co naturalne, przekracza swoje obiektywne znaczenie pod wpływem ucieleśnionego podmiotu, a relacyjna matryca splata ludzkie życie, tworząc świat i rzeczywistość.

Ciało odczuwane (*Leib*) otwiera nas na świat

*Pośród ciał należących do tej „Natury” i wchodzących w skład mojej specyficznej własności, znajduję mój żywy organizm (*Leib*) jako wyjątkowo wyróżniony – mianowicie jako jedyny spośród nich, który nie jest tylko ciałem [*Körper*], lecz właśnie ożywionym organizmem [...]. Jedyny Obiekt, „w” którym bezpośrednio „władam i rządzę” [...].*

E. Husserl, 1931

*„Posiadanie świata” [oryg: *Having a world*] jest czymś więcej niż zwykłym „byciem w świecie”. Wszystkie rzeczy są w świecie, ale ciało jest tym, przez co świat jest nie tylko miejscem, które ciało zamieszkuje, ale także i przede wszystkim tworem, w którym jest ono projektowane.*

Galimberti, 1979

Ciało zakotwicza nas w świecie. Dzięki temu, że bycie-w-świecie jest przede wszystkim „cielesnym byciem-w-świecie”, ciało otwiera się na świat. W tej relacji zarówno świat nabiera znaczenia i zostaje „wyłobiony” w ciele (*funkcja osobowości self*), jak i podmiot, jako istota ucieleśniona, przekształca świat. Jest to relacja wymiany, ponieważ ciało jako nośnik bycia-w-świecie, znajduje się „pomiędzy” tym, który widzi, a tym, co widziane, pomiędzy tym, który dotyka, a tym, co dotykane, pomiędzy tym, który czuje, a tym, co odczuwane (PHG, 1951, 1994).

Ciało jako kotwica w świecie, spełnia kilka funkcji:

Ciało jako centrum orientacji.

Ciało zawiera w sobie „punkt zerowy” (*tu i teraz*) wszystkich orientacji przestrzenno-czasowych. Wszystkie otaczające nas rzeczy są umiejscowione w odniesieniu do ciała. „Tak więc wszystkie rzeczy w otaczającym świecie posiadają orientację względem Ciała, podobnie jak wszystkie wyrażenia orientacji świadczą o istnieniu tej relacji. ‘Daleko’ oznacza daleko ode mnie, od mojego Ciała; ‘w prawo’ odnosi się do strony mojego Ciała, np. do mojej prawej ręki. Dzięki swojej zdolności do swobodnego poruszania się podmiot może teraz sterować przepływem tego jak się jawi, a wraz z tym i orientacji” (Husserl, 1997).

Co więcej, ruch własnego ciała (poruszanie się) nie jest przedmiotowy – nie chodzi o myślenie o ruchu, wyobrażone lub przedstawione. Dlatego „musimy unikać stwierdzenia, że nasze ciało znajduje się w przestrzeni lub w czasie. Ono zamieszkuje przestrzeń i czas” (Merleau-Ponty, 1975). Własne ciało ma strukturę przestrzenności i czasowości; my jesteśmy przestrzenią i czasem.

Ciało jako miejsce orientacji, może być tylko cieleśnie umiejscowionym podmiotem. Umiejscowienie gwarantuje jego tu i teraz; jeśli się przemieszczam, organizuję świat z innego tu i innego teraz, a jednocześnie zachowuję moje doświadczenie wtedy i tam. „Mam wszystkie rzeczy nad sobą i przeciwko sobie; wszystkie są ‘tam’ – z wyjątkiem tej jednej i jedynej, mianowicie Ciała, które jest zawsze ‘tu’” (Husserl, 1997).

Słowo ‘tu’, odnoszące się do mojego ciała, nie oznacza określonej pozycji w stosunku do innych pozycji lub w odniesieniu do jakichś zewnętrznych współrzędnych, ale raczej ustanawia pierwsze współrzędne, zakotwiczenie aktywnego ciała w przedmiocie, sytuację ciała względem jego zadań (Merleau-Ponty, 1975). Przestrzeń cielesna nie jest zatem przestrzenią obiektywną czy zewnętrzną; jest ona właśnie ciałem w sytuacji.

Ciało jako sposób ekspresji.

Tutaj *poruszanie się* nie jest postrzegane jako ruch, który po prostu oznacza zmianę miejsca, ale jako ruch, który wchodzi w relację z życiem, ruch związany z doświadczeniem, percepcją, emocją, nastrojem, cielesnym odczuwaniem, ucieleśnioną świadomością – czyli jest to ruch sam w sobie.

Ciało jako sposób ekspresji jest prowadzone przez intencjonalność cielesną, która jest świadomością ucieleśnioną (*embodied consciousness*). Oznacza to również, że przestrzeń nie jest definiowana w kategoriach obiektywnej lokalizacji, ale raczej mieści się w spektrum przeżywanej sytuacji, w której poruszające się ciało tworzy znaczenia. Ciało-które-się-porusza, można również zrozumieć poprzez gesty, ponieważ sens jest osadzony w samej ekspresji. Rozumienie gestów nie jest, według Merleau-Ponty'ego, ćwiczeniem świadomości związanej z intelektem. Jest to raczej rozumienie gestu na mocy rozumienia aktu lub zachowania, którego wymaga dana ekspresja; chodzi o interpretację gestu jako cielesnego tekstu. Co więcej, sens gestu nie kryje się za samym gestem, a raczej jest przez niego ukazywany. Cielesny gest w ruchu człowieka jest interpretowany jako ekspresja i to właśnie w tej ekspresji ciało zyskuje swoją otwartość. To właśnie w ekspresji ciało ukazuje się jako mniej organiczne i bardziej żywe; poprzez swoją ekspresję ciało manifestuje podmiotowość. Istota ludzka transponuje siebie w uporządkowany sens poprzez ruch i dlatego Merleau-Ponty nazywa to „ruchem transcendencji”, ponieważ wnosi to większy sens, gdyż gesty w pewien sposób ujawniają zachowanie, pewien stan umysłu.

Ciało staje się podmiotem percepcji.

Percepcja własnego ciała nie jest taka sama jak percepcja czegoś, co znajduje się przed nami. Czuję moje ciało, ponieważ to właśnie ono wyraża jedność. „Gdyby istota ludzka nie była taką jednością, nie miałyby możliwości bycia-w-świecie, co odróżnia ją od tych

zwykłych rzeczy, które są zwykłymi projekcjami tej jednej” (Rodríguez, 3003: 279).

Ciało jest jednostką znaczenia, ponieważ jedynym sposobem poznania ciała jest życie nim, doświadczanie go, a doświadczenie własnego ciała prowadzi nas do świata pełnego znaczeń. Spostrzeżenia są częścią przepływu doświadczeń. W rzeczywistości są one ekspresjami lub relacjami znaczenia ustanowionymi przez moje ciało w świecie. Własne ciało „nie jest już pojmowane jako obiekt w świecie, ale jako nasz środek komunikacji ze światem (...), jako horyzont ukryty we wszystkich naszych doświadczeniach” (Merleau-Ponty, 1975).

Nasze ciało jest przede wszystkim środkiem percepcji. „W widzeniu oczy są skierowane na to, co widziane i przebiegają po jego krawędziach, powierzchniach itp. Kiedy dotyka przedmiotów, ręka ślizga się po nich. Poruszając się, przybliżam ucho, aby usłyszeć.” (Husserl, 1997).

Moje ciało może dotykać i być dotykane, czuć dotykanie i czuć się dotykane. Jest to zmysłowe doświadczenie, w którym dotykane i bycie dotykane zachodzi jednocześnie. Jest to akt percepcji, w którym moje ciało odróżnia się od tych przedmiotów, o których mógłbym powiedzieć, że dotykają mojego ciała.

Akt postrzegania jest ekspresją przedrefleksyjną, ponieważ przed „myślę, że postrzegam” istnieje „ja-postrzegam”. Na przykład: „Boli mnie stopa” nie oznacza, że myślę, że moja stopa jest przyczyną tego bólu, ale raczej, że ból pochodzi z mojej stopy lub że moja stopa jest obolała. „Wiedza” percepcyjna lub świadomość przedrefleksyjna jest doświadczalna lub przeżywana i jest jedynie „uchwycona” przez ciało-przeżywane. „Kiedy spostrzegam jakąś rzecz (...), to nie zgodność jej różnych aspektów prowadzi mnie do przekonania o istnieniu tej rzeczy (...). Wręcz przeciwnie, postrzegam rzecz w jej własnej, oczywistej kompletności i to właśnie daje mi pewność, że w trakcie doświadczenia percepcyjnego będę miał do czynienia z nieokreślonym zbiorem zgodnych ze sobą oglądów.” (Merleau-Ponty, 1975). Oznacza to, że przedmiot opiera się na rozpoznaniu doświadczenia jego cielesnej obecności.

Ciało jest otwarciem na świat, a świat pozwala ciału odczuwać jego liczne możliwości. Pierwszą rzeczą, jaką przynosi nam doświadczenie, jest ciąg: spostrzeżeń, doznań, wspomnień, afektów, uczuć...

Przestrzenność i czasowość własnego ciała.

Fenomenologia uważa, że własne ciało – ciało w jego byciu-w-świecie – wymaga otwarcia ciała w oparciu o przestrzenność sytuacyjną, a nie pozycyjną – ponieważ nigdy nie mógłbym zobaczyć własnego ciała w taki sam sposób, w jaki obserwuję rzeczywistość z dala od siebie. Czasowość nie może być uznana za własność „obiektywną”, ale właśnie poprzez subiektywność ustanawia się w świecie. To właśnie ten subiektywny czas bycia-w-świecie nabiera różnych znaczeń w świecie życia (*Lebenswelt*). Głównym powodem, dla którego fenomenologia postuluje rozumienie przestrzeni i czasu jako wymiarów tego, co

„przeżywane”, a nie jako właściwości „obiektywnych”, jest fakt, że nasze ciało nie może być obserwowane w taki sam sposób, jak obiekty w otaczającym nas świecie.

Ciało jako intersubiektywność-intercielesność.

Podmiot znajduje w otaczającym go świecie nie tylko rzeczy, ale także inne podmioty postrzegane jako ludzie. Nie traktuje ich jak rzeczy, tylko dlatego, że są one częścią wspólnego otaczającego świata. Tutaj działania wyłaniają się jako zachowania członków splecionej całości⁷, którzy działają nie tylko indywidualnie, ale i wspólnie. Podsumowując, działają oni w powiązaniu osobistym, społecznym i kulturowym.

W konstytutywnym doświadczeniu ciała to relacja z innymi i ich współtwórczy wkład jest tym, co czyni świat obiektywny możliwym (Waldenfels, 1997). W ten sam sposób Waldenfels (1997:38) mówi, że „subiektywność przechodzi do pośredniej sfery intersubiektywności, do ‘pomiędzy’ (*Zwischen*), jak nazywa to Martin Buber, ‘pośredniego świata’ (*intermonde*), jak określa to Merleau-Ponty, ‘pośredniego królestwa’ (*Zwischenreich*), jak ja je nazwałem, które należy do wszystkich i do nikogo w szczególności.”. Terapeuci Gestalt określiliby to mianem granicy kontaktu.

W pewnym sensie ciało innego funkcjonuje jako pośrednik (cielesna intersubiektywność) w moim spotkaniu z Innym. W rzeczywistości Inny jest obecny w moim świecie poprzez swoje ciało i tak jak ja jestem w świecie, tak Inny musi uobecnić się (*make himself present*) w moim świecie, abym mógł go odnaleźć. Ciało Innego sprawia, że uczestniczę w jego świecie i pozwala mi wejść w jego świat.

Jestem sama w świecie i znajduję Innego w moim świecie. W tym spotkaniu Inny ujawnia się bezpośrednio jako Drugi i natychmiast odróżniam go od rzeczy przyziemnych. Dostrzegam w nim źródło sensu i znaczenia, inne istnienie – jako że jego ciało jest ucieleśnieniem jego podmiotowości. O ile przedmioty są wyczerpywalne, o tyle Inny nigdy taki nie jest, zawsze pozostaje Drugim. Postrzegam Innego jako postrzegającego mój świat. Międzycielesność pozwala nam odkryć i doświadczyć korelacji i wzajemności z Innym, jako drugim ciałem przeżywanym we współistnieniu. Uważa się, że nie ma świata bez Innego; jest to świat-z-innym (*world-with-the-other*).

Kiedy doświadczenie zostaje zastąpione ideami, a rzeczywistość wchłonięta przez model symulacyjny stworzony przez dyskurs naukowy, nasze życie nie jest już regulowane przez nasze doświadczenie, lecz zastępowane przez modele, które je generują. W tym przypadku nasze ciało zostanie zredukowane do fantomowej egzystencji w ramach organizmu biologicznego, który opisuje nauka.

⁷ Tej samej idei bronią amerykańscy pragmatyści, zwłaszcza G.H. Mead, gdy mówi on o „uogólnionym innym”. Zob. Vázquez Bandín, C. (2012): „Contigo aprendí: el nacimiento de la 'individualidad', un bosquejo desde la teoría de campo”, w: Sin ti no puedo ser yo, Madrid, Asociación cultural Los Libros del CTP, 2014, rozdz. 9.

Ból i cierpienie: dwa różne etapy tego samego procesu

*Jeśli nie możesz zmienić sytuacji, która sprawia ci ból,
zawsze możesz wybrać postawę, z jaką stawiasz czoła
cierpieniu.* V. Frankl

*Nie wiedzą nic ci, którzy nigdy nie cierpieli; nie znają
ani dobra, ani zła, są obcy dla ludzi, są obcy dla
samiych siebie.*
Fénelon

Na ogół niesłusznie uważamy ból i cierpienie za coś podobnego, a to rozróżnienie staje się jeszcze bardziej istotne w psychoterapii. Co więcej, wprowadzenie tego rozróżnienia jest dość istotne dla omawianego tematu, ponieważ w zaburzeniach psychosomatycznych ból zazwyczaj zastępuje cierpienie. Pilar, pacjentka dotknięta zaburzeniem psychosomatycznym, ma zwyczaj mówić: „Nie, nie, ja nie cierpię, mnie boli.”.

Nasz tekst założycielski mówi:

Ból jest przede wszystkim sygnałem; zwraca uwagę na bezpośrednio obecne niebezpieczeństwo, na przykład zagrożenie narządu. Spontaniczną reakcją na niego jest ucieczka lub - jeśli to się nie uda - unicestwienie tego, kto zagraża. Życie zwierząt nie rozwodzi się nad bólem i cierpieniem. (PHG, 1994, s. 139).

Ból i choroba odpowiadają sferze tego, co fizjologiczne, somatyczne, *Körper* – tej koncepcji opisywanej przez fenomenologów zajmujących się tym, co anatomiczne. Ból jest rzeczywistością subiektywną i – jeśli można tak powiedzieć – indywidualną. Ból jest identyfikowalny, wyraźny i wymaga uwagi.

Istnieje proces zainicjowany przez intencjonalność jednostki (*Leib*) postrzeganej jako żywa istota, w jej potrzebie i poszukiwaniu drugiego człowieka, zarówno po to, by czuć się żywym, jak i będąc częścią matrycy relacyjnej i współtworzonego świata. Tutaj dostosowanie konserwatywne (fizjologiczne) przekształca się w twórcze dostosowanie w fazie *prekontaktu* i w *kontakcie*. Ciało, które powinno być podłożem dla *zmniejszającego apetyt podniecenia* (PHG, 1994, s.182), poprzez ból staje się figurą.

Ból, który sprawia, że ciało lub jego część staje się figurą, przyciąga wszystkie nasze zmysły, aby nadać mu znaczenie, znaleźć wytłumaczenie i zapewnić lekarstwo. Jeśli nie da się przywrócić ciału zdrowia, można mu podać lekarstwo, które uśmierzy ból. Ból mobilizuje naszą uwagę i wzywa nas do działania, aktywizując nasze zmysły.

Inaczej jest w przypadku cierpienia. Cierpienie nie mobilizuje, ale unieruchamia. Nie wyostrza naszych zmysłów, ale je osłabia, zniechęca. Coś lepkiego i nieokreślonego pokrywa naszą duszę. Coś nas spowalnia lub paraliżuje. Mąci umysł. Odczuwamy jego skutki. Możemy zastanawiać się nad pochodzeniem cierpienia, ale nie możemy znaleźć żadnego

rozwiązania. Nie mamy energii, by iść naprzód. Żałoba jest najbardziej jaskrawym przykładem cierpienia w jego najczystszej postaci.

Cierpienie pochodzi od łacińskiego słowa *suffere*, które oznacza „znosić”, „wytrzymać”⁸. Sama definicja mówi o czymś, czego nie można się łatwo pozbyć.

Jeśli przyjmiemy interesującą i piękną propozycję Giannię Francesetti (Francesetti, 2012), cierpienie, ból emocjonalny, jest znakiem nieobecności.

Francesetti mówi⁹:

W medycynie przeciwieństwem dobrego samopoczucia jest złe samopoczucie (*ill-being*), gdzie przyrostek *ill* odnosi się do choroby fizycznej i bólu. Aby uniknąć bólu, chirurg operuje, podając środek znieczulający. Dentyści uczą nas, że jeśli boli ząb, to znaczy, że coś jest nie tak i trzeba się tym zająć. Taką funkcję pełni też ból w fizjologii: jest sygnałem, że potrzebna jest opieka. W psychoterapii, która jest zorientowana fenomenologicznie i egzystencjalnie, ból nie jest przeciwieństwem dobrego samopoczucia. Ból jest nieodłączną i niepodważalną częścią życia. Przeciwieństwem dobrego samopoczucia jest, ponownie, nieobecność (...). Coś radykalnego dzieje się, gdy przechodzimy z dziedziny medycyny do dziedziny psychopatologii: wraz z tym przejściem dokonujemy skoku kwantowego, który być może nie został jeszcze wystarczająco omówiony. Przechodzimy bowiem z wymiaru, w którym możemy (często z pożytkiem) rozumować w kategoriach jednostek i przedmiotów, do wymiaru, w którym niemożliwe jest wyabstrahowanie jednostki z pola relacyjnego, w którym jest ona ukonstytuowana. Nie wystarczy powiedzieć, że „jest w nim zanurzona”. Pole relacyjne jest w istocie tym, przez które „jest ona ukonstytuowana”.

Cierpienie jest nieobecnością, ale nie chodzi tu o brak zdrowia, lecz o brak znaczącej drugiej osoby. To absolutna samotność istnienia, która tworzy otchłań między ludzkością a cierpiącym. To zawrót głowy spowodowany poczuciem izolacji i przekonaniem, że nikt i nic nie jest w stanie zająć tej pustki.

Cierpienie jest drogą w bezgwiezdnej, przemierzanej w pojedynkę nocy, w której możemy zrobić tylko jedno: osłonić nasze zmysły, aby nic nie było w stanie nas zaskoczyć. To poczucie bezradności sygnalizuje naszą samotność. Jest to, jak powiedziała by św. Jan od Krzyża (1542-1591)¹⁰, „ciemna noc duszy”.

Ból szuka ulgi, cierpienie – towarzystwa.

⁸ Corominas, J.: Breve diccionario etimológico de la lengua castellana, Madrid, Ed. Gredos, 1961, 1973, pág. 547, s.v.

⁹ Francesetti, G.: Pain and beauty: from the psychopathology to the aesthetics of contact, in *British Gestalt Journal* 2012, Vol. 21, No. 2, s. 8.

¹⁰ John of the Cross: The Collected Works of St. John of the Cross, ICS PUBN, 1991. [Juan de la Cruz, San, Obras completas, Madrid, Editorial de Espiritualidad, 1992, s.73, 484 y passim]

Ciemna noc duszy

*Zamykając w sobie własne cierpienie
ryzykujesz, że pożre Cię ono od środka.*

Frida Kahlo

*Dorosły rozumiejący sytuację
może trwać w cierpieniu, jednak
dziecko z konieczności rezygnuje.*

PGH, 1994 str. 140

Urodziliśmy się, aby być kochanymi, akceptowanymi i rozpoznawanymi. Spojrzenie i ekstatyczny wyraz twarzy matki, gdy patrzy na swoje nowo narodzone dziecko, jest zaproszeniem do życia, jest zaproszeniem do przynależności do Ludzkości – czymś, czego absolutnie nic i nikt nie może zastąpić. Być może, czasem, inny opiekun jest w stanie to uzupełnić. Ramiona i kochające ciało matki wraz z wyrazem jej twarzy otulają noworodka, dają ciepło, wsparcie i potwierdzenie. To właśnie podczas tego pierwszego spotkania spojrzeń i ciał, akceptacji i uznania, *intencjonalność* obojga się uruchamia i krzyżuje. Nowy członek jest przyjęty do tej matrycy relacyjnej, która jest tworzona i współtworzy, która jest formowana i nadaje kształt, która ewoluuje i sprawia, że ludzie ewoluują.

Ten „rytuał” inicjacji i powitania to dopiero początek wielu innych codziennych interakcji, które pozwalają, najpierw niemowlakowi, a później dziecku, rozwijać i praktykować te potencjały i zdolności, które są częścią dojrzewania. W międzyczasie dziecko daje matce możliwość spełnienia się w roli matki i kobiety.

Pozostali ludzie wchodzą w interakcję ze środowiskiem dziecka, a następnie z dzieckiem, oferując mu „miniaturowy” świat, z którego może uczyć się znaczeń i umiejętności poprzez gry oporu¹¹ i procesy kontaktu. W kolejnych momentach życia i przez całe nasze życie te pola interakcji rozszerzają się i stają się bardziej złożone. Jednak generalnie rezygnujemy z elastyczności tych pierwszych kontaktów, by usztywniać nasze struktury, kontaktować się poprzez stałe konfiguracje – tracąc w ten sposób spontaniczność w naszych interakcjach i utykając w naturalnym zestrojeniu naszych relacji ze światem.

Proces kontaktu

*Równość jest ważną
potrzebą ludzkiej duszy.
Każdemu człowiekowi*

¹¹ Zob., Vázquez Bandín, C. (2011): Towards a Notion of Resistance in Gestalt Therapy, in Gestalt Review 21(3): 242-258, 2017. [wyd. polskie: <http://bibliotekagestalt.pl/2022/02/06/vazquez-bandin-carmen-w-strone-rozumienia-oporu-w-terapii-gestalt-tekst/>]

*należy się taki sam szacunek i troska,
ponieważ szacunek ten nie podlega
gradacji.*

S. Weil

W ostatnim rozdziale tego długiego wprowadzenia do zjawisk psychosomatycznych rozpatrywanych z perspektywy Gestalt, chcę omówić kolejność kontaktu – zgodnie z tym, jak przedstawili ją autorzy naszej książki założycielskiej¹².

Intencjonalność kontaktu aktywuje obecność drugiej osoby. Tutaj ma swój początek to, co w Gestalcie nazywa się *procesem kontaktu* lub *self-w-działaniu*. Ekscytacja zaczyna swoją podróż w tzw. *pre-kontakcie*, w którym świadomość skupia się na id sytuacji. Kiedy podstawy sytuacji dochodzą do punktu „wrzenia”, fragmenty percepcji odrywają się od pola i rozpraszają tę „mgłę”, która panowała w polu w wyniku konfluencji tła; te mikro- i makro-ruchy osób zaangażowanych w to pole, w tu i teraz bieżącej sytuacji, starają się dostroić i znaleźć sens. Jest niepewność i niejasność; wiara i zdolność do podejmowania ryzyka są zaangażowane do momentu aż percepcja zmysłowa stanie się doznaniem. *Pre-kontakt* jest z definicji częścią somatyczną.

Kontaktowanie się oznacza przejście z wymiaru fizjologicznego do psychologicznego. W tym etapie świadomość doznaniowa (bezpośrednia świadomość) staje się bardziej złożona. Sygnały nie mają już tła możliwości, są one bardziej konkretne i ujednoczone. Z początku doznanie staje się emocją – w pewnego rodzaju afektywnej magmie, której nie da się nazwać. Kiedy ekscytacja narasta poprzez aktywność *self-w-działaniu*, emocja staje się uczuciem, które z definicji zabarwia pole – nadając konkretne znaczenie *tu-i-teraz* danej sytuacji. Teraz figura jest wyraźna: brak lub potrzeba, którą trzeba zaspokoić w konkretnym *tu-i-teraz*. Istnieje pewne dostrojenie, które tworzy „nas” i aktywuje następny etap.

Kontakt finalny to faza szczytowa w procesie kontaktu i ta, w której ta cała ekscytacja w zgodzie i harmonii została zmobilizowana w poprzedzających etapach tej sekwencji. To tutaj następuje pełne spotkanie, doświadczenie rzeczywistości, która odżywia, wzbogaca i aktualizuje osoby biorące udział w tym procesie. W tym spotkaniu istnieje spontaniczne, bezinteresowne wzajemne zainteresowanie i zaangażowanie w tę figurę, która została wyłoniona.

Spełnienie tej konkretnej potrzeby, ludzkie spotkanie i realizowanie potencjałów pozwalają odróżnić zaktualizowanego i odnowionego mnie od ciebie. Umożliwia i wspiera wzajemne wzbogacanie i różnicowanie.

W tym procesie realizują się doświadczenia, co powoduje rozwój w każdej możliwej formie.

¹² PHG, 1994, s. 209.

Każde zaburzenie tego procesu kontaktu między organizmem a jego otoczeniem powoduje konkretną formę cierpienia, dając początek temu, co zwykle nazywamy psychopatologią.

Psychopatologia nie jest więc intrapsychicznym czy indywidualnym sposobem bycia, ale raczej rodzajem cierpienia wywołanego przez zaburzony sposób kontaktowania; taki, który uniemożliwia kontakt z drugim, a tym samym rozwój i aktualizację doświadczenia. Jest to specyficzny rodzaj niemożności wzajemnego dostrojenia się z powodu powtarzania określonego wzorca kontaktu, a ta niezdolność generuje cierpienie. Jednak cierpienie dzieje się w kontakcie granicznym, w „pomiędzy”; nie powinniśmy zapominać, że cierpi zarówno organizm, jak i jego środowisko. Cierpienie nie jest intrapsychiczne, ale relacyjne.

Część druga

Psychosomatyka w świetle terapii Gestalt

Teraz jesteśmy gotowi przyjrzeć się psychosomatyce przez pryzmat terapii Gestalt. Jaki rodzaj zaburzenia występuje w procesie kontaktu? Jeśli uważnie przeczytamy naszą księgę założycielską, znajdziemy gotową odpowiedź – retrofleksję, która moim zdaniem wymaga pewnego dalszego omówienia. Takie podejście ma również G. Iaculo (2001) w swoim artykule „Retrofleksje ciała i objawy psychosomatyczne”¹³. PHG stwierdza:

[...] Niezmiennie jest to mniej lub bardziej poważna dysfunkcja psychosomatyczna. Większość objawów psychosomatycznych to zretrofletowany ruch ciała. Powstają one na skutek napinania mięśni wobec narastającego impulsu. (PHG, 1994, str. 407)

Ale dodaje też:

[...] Jednak poza medycyną, cel Terapii, norma zdrowia i „natury”, podlega dyskusji i staje się kwestią opinii. Pacjent jest chorym człowiekiem, a człowiek nie jest ostatecznie poznany, ponieważ nieustannie zmienia siebie i swoje stany. Jego natura jest zaskakująco plastyczna. Ale jednocześnie nie jest tak całkowicie plastyczna, aby zlekceważyć jego naturę, w co zdają się wierzyć niektórzy socjologowie i faszystowscy politycy. (PHG, 1994, str.86)

Jeśli zwrócimy uwagę na wspomnianą „kwestię opinii” i „plastyczny” charakter ludzkiej natury, zgodnie z sugestią naszych założycieli, nasze spojrzenie na retrofleksję wymaga bardziej szczegółowego doprecyzowania.

Ogólnie rzecz biorąc, PHG definiuje retrofleksję jako:

¹³ Iaculo, G. (2001): Bodily retroreflections and psychosomatic symptoms, mini-lecture in 7th European Conference of Gestalt Therapy, Wrzesień, 2001, Stockholm

Retrofleksja to proces korygowania siebie, np. modyfikowania niepraktycznego podejścia lub ponownego rozważenia możliwości emocji, dokonania korekty jako podstawy do dalszych działań (PHG, 1994, str. 235)

Autorzy odnoszą się do mięśni ciała jako pierwszego kroku do powstrzymania impulsu:

[...] Ruchy mięśni, którymi to robisz, mogą zachować swój kształt lub być modyfikowane w celu dostosowania... [...] Retrofleksja [...] jest ciągle utrzymywanym działaniem przeciwnym. (PHG, 1994, s. 396)

Podtrzymywanie tego przeciwdziałania, tego skurczu mięśni zapoczątkowanego w świadomości, daje się we znaki osobie, która, nie wiedząc, jak i dlaczego, odczuwa ból w jakiejś części swojego ciała lub *skutkiem końcowym takiego cenzurowania jest niezmiennie mniej lub bardziej poważna dysfunkcja psychosomatyczna* (PHG, 1994, s. 407).

Chcę jednak wyjaśnić, że chociaż każdy stan psychosomatyczny ma swoje źródło w utrzymywaniu retrofleksji, czy to tymczasowym, czy chronicznym, nie wszystkie retrofleksje będą powodować zmiany psychosomatyczne. Tak jest na przykład w przypadku obsesji.

Somatyzacje, choroby psychosomatyczne i hipochondria

Gestaltowskie wyjaśnienie każdego z zaburzeń opisanych w DSM V wykracza poza cel tego artykułu, który jest już wystarczająco długi. Chcąc, aby był interesujący i użyteczny dla każdej formy somatyzacji, podzieliłam zaburzenia psychosomatyczne na trzy bloki. Chociaż nie obejmują wszystkich chorób, mogą zapewnić ogólną perspektywę.

W tych blokach nie brałam pod uwagę ich symptomatologii, ale czas ich trwania. Oznacza to stopień sztywności i utrwalenia retrofleksji w życiu człowieka, a także określony sposób pojawiania się objawów.

Kolejnym czynnikiem, który należy dodatkowo wziąć pod uwagę, jest wpływ stresu na pojawienie się lub nasilenie objawów. Nerwica, jak każda psychosomatyzacja, to przedwczesne uspokojenie konfliktu (PHG) zachodzącego pomiędzy organizmem a jego otoczeniem, między człowiekiem a jego światem. Jeśli istnieje ryzyko, że nie dojdzie do wyciszenia konfliktu, czy to przez organizm, czy środowisko, to napięcie, ten wzrost presji wymusi większą kontrolę, ponieważ granica albo *stanie się nieznośnie przeciążona [...], albo pojawi się frustracja, głód i choroby* (PHG, 1994, s. 37).

Ogólną cechą, oprócz zaburzenia kontaktowania w fazie pre-kontaktu, jest to, że ból pojawia się jako sposób na unikanie cierpienia. Podniecenie, energia i intencjonalność są uruchamiane, aby podążać za przebiegiem interakcji z otoczeniem, ale są one zaburzane przez „działanie/przeciwdziałanie” układu mięśniowego. To „dławienie” podniecenia sprawia, że ono kieruje się do wewnątrz i wywiera wpływ na organizm.

Retrofleksja może być okazjonalna lub tymczasowa, związana z konkretną sytuacją w danym momencie – powodując ból głowy, ból pleców lub tymczasowy ból brzucha, który ustępuje w ciągu kilku godzin lub dni. Jeśli ten sposób reagowania powtarza się bardzo często, staje się wymykającym się świadomości automatyzmem, a usztywniony staje się stylem lub wzorcem kontaktu.

Ten styl kontaktu, jak każdy inny, jest twórczym przystosowaniem wyuczonym na ogół w dzieciństwie – gdy najbliższe otoczenie (rodzina) nie nauczyło dziecka radzenia sobie z jakąś (lub żadną) emocją i nie znalazło wystarczającego wsparcia dla jego szczególnej potrzeby.

Jak zapowiedziałam w tytule tej części, przyjrzymy się teraz bliżej trzem różnym typom zaburzeń psychosomatycznych: somatyzacji, chorobom psychosomatycznym i hipochondrii.

Somatyzacje

Można by uznać, że somatyzacje są specyficznym i tymczasowym odwróceniem energii pierwotnie skierowanej na kontakt z najbliższym otoczeniem.

Z każdym problemem psychosomatycznym wiąże się trudność, zaburzenie w procesie kontaktu, która następuje w przejściu od aspektu fizjologicznego do psychologicznego – przejściu z pre-kontaktowania do kontaktowania. Kiedy działanie, czyli interakcja z otoczeniem jest zaniechane, przerwane na etapie emocji (na początku kontaktowania), podniecenie, czyli energia, która powinna iść swoim torem, zostaje zatrzymana przez jakiś introjekt. To przerwanie nie eliminuje podekscytowania, ale sprawia, że powraca on do poprzedniego etapu z ciężarem trudnym do udźwignięcia.

Działanie fenomenologiczne, które zamyka to przejście z fizjologicznego do psychologicznego, to skurcz mięśni lub rodzaj „zwarcia” dwóch przeciwstawnych ruchów mięśni: rozciągania (aby przejść do działania) i kurczenia (aby uniemożliwić jego osiągnięcie). Wynikiem tego działania jest ból, a nasza świadomość reaguje i skupia się na tym bólu. Osoba staje się świadoma, gdy zwraca uwagę na ból, ale nie jest świadoma swoich emocji ani uczuć, jakie ta interakcja wywołuje w tu-i-teraz bieżącej sytuacji. W każdym razie, jeśli interakcja trwa, umiejętności danej osoby są „zabarykadowane”, energia tej osoby jest zredukowana, a jej świadomość podzielona. Ta osoba nie jest już sobą, nie jest już odpowiedzialna, nie jest więc zdolna odpowiadać na sytuację.

Tak więc mamy bóle głowy, brzucha, pleców itp. *Mięśnie oka, gardło, przepona są unieruchomione, aby uniemożliwić nadchodzącą ekspresję i świadomość* (PHG, 1994, s. 45) tego, co będzie dalej.

Jakie leczenie psychoterapeutyczne byłoby odpowiednie dla tego typu objawów? Perls daje nam kilka wskazówek, a my dodamy kilka innych konkretnych opcji

terapeutycznych, które nie skupiają się na indywidualności pacjenta, ale na procesie kontaktu między pacjentem a terapeutą, sesja po sesji.

1°.- Ponowne odkrycie naszej cielesnej egzystencji, faktu, że jesteśmy ciałem; oraz uświadomienie sobie naszych napięć i „*ich znaczeń charakterologicznych i interpersonalnych*” (PHG, 1994, s.411).

2°.- Kolejnym krokiem do rozwiązania problemu chronicznych napięć (i somatyzacji) byłoby pełniejsze uświadomienie objawów i uzmysłowienie sobie, że są one związane z naszymi własnymi napięciami. *Lek tymczasowo uśmierza ból, ale nie rozwiązuje problemu. Tylko Ty możesz to zrobić* (PHG, 1994, s.411). Niezbędna jest świadomość tego, jak i kiedy to kurczenie i napięcia mięśni pojawiają się w każdym tu i teraz podczas sesji terapeutycznej.

3°.- Na tym etapie eksperyment (na przykład oparty na wzorcach ruchowych) zaproponowany przez terapeutę pozwoli na przejście od sfery fizjologicznej do psychologicznej, uwalniając emocje i uczucia – i nadając sens temu, co dzieje się w tej konkretnej sytuacji.

4°.- *Przez chwilę pozwól, aby twoje moralne osądy na twój temat pozostały w zawieszaniu* (PHG, 1994, s.411). Podczas sesji możemy skorzystać z sugestii Perlsa, wspierając swobodne wyrażanie uczuć i będąc samemu wspierającym środowiskiem dla procesu. Ważne jest, aby unikać konfluencji z introjektami – co jest kolejnym sposobem na zaburzenie sekwencji kontaktów.

5°.- Odkrywanie, które emocje i uczucia „trzymają” ból. *Ból, obrzydzenie, wstręt są nieprzyjemne, ale wszystkie są funkcjami organizmu* (PHG, 1994, s.411). Zwykle blokujemy uczucia, które nauczyliśmy się cenzurować w pierwszych latach życia. *Kara nie skutkuje unicestwieniem potrzeby zachowywania się w dany sposób, kara uczy organizm [dziecko] przytrzymywać karalne doświadczenie*, mówi Perls (PHG, 1994, s.391). Musimy nauczyć się wyrażać swoje uczucia we właściwy sposób, a nie próbować im zaprzeczać i je tłumić.

Blokowanie naszych emocji i uczuć może być świadomym lub nieświadomym działaniem. W obu przypadkach działania muszą być kontrolowane poprzez skurcze niektórych mięśni lub grup mięśni, które nieuchronnie wywołają ból. Konieczne jest nie tylko odkrycie i uznanie danego uczucia, ale także nauczenie się, jak wyrażać je w odpowiedni sposób.

Wszyscy nauczyliśmy się blokować uczucia, które nie były dobrze przyjmowane lub wspierane w dzieciństwie, i tak powstały uczucia nieadekwatności, wstydu, odrzucenia, bezradności itp. Dlatego blokujemy nie tylko złość, frustrację itp., ale także miłość, czułość, wrażliwość itp.

Jeśli spojrzymy na somatyzację z perspektywy funkcji *self*, możemy zdać sobie sprawę, że w tych przejściowych sytuacjach funkcja id jest wyostrzona i ego nie funkcjonuje.

Znaczenie uczucia nadane przez funkcję osobowości jest błędne lub mylące. Czucie, czyli orientacja i manipulacja, zwracają się ku sobie, a rezultatem jest ból.

Choroby psychosomatyczne

Są to przewlekłe fizyczne zahamowania danego układu fizjologicznego, np. układu oddechowego, pokarmowego, sercowo-naczyniowego itp., spowodowane emocjonalną retrorefleksją, która prowadzi do choroby fizycznej, a której podłoże psychogenne zostało usunięte ze świadomości.

Borgna¹⁴ stwierdza:

Medycyna psychosomatyczna bada i ukazuje (możliwe) związki między emocjami a chorobą, które wykraczają poza obszar tematyczny, obecnie o dużym znaczeniu klinicznym, psychiatrii konsultacyjnej: skupionej na multidyscyplinarnym konfrontowaniu z psychologicznymi wymiarami choroby, a nawet poza kręgiem chorób psychosomatycznych. (Borgna, 1997, 2011, s.70)

I dodaje:

Jakie choroby można uznać za psychosomatyczne? Istnieją oczywiście różne interpretacje, ale za psychosomatyczne możemy uznać te choroby, w których występują organiczne lub funkcjonalne modyfikacje korelujące z pojawieniem się zaburzeń w życiu psychicznym. Wśród schorzeń psychosomatycznych w wąskim znaczeniu, a także wśród tych, których dekompensacja emocjonalna powoduje somatyczne konsekwencje natury *organicznej*, chciałbym wskazać w szczególności: wrzody żołądka, astmę oskrzelową, niektóre formy zapalenia skóry, niektóre dysfunkcje tarczycy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Do obszaru chorób psychosomatycznych możemy również zaliczyć te postacie kliniczne, w których dekompensacja emocjonalna prowadzi do pojawienia się zmian somatycznych o charakterze *funkcjonalnym*: brak występowania zmian organicznych. Dotyczy to w tym przypadku zaburzeń czynności serca¹⁵ i oddychania, bólów głowy, zmian żołądkowo-jelitowych oraz złożonych przejawów symptomatologicznych, takich jak anoreksja¹⁶, „bulimia” (nieokielznana żądza jedzenia) i otyłość. (Borgna, 1997, 2011, s.70, tłumaczenie własne).

W 1956 Coleman ustalił dziesięć rodzajów chorób psychosomatycznych, w zależności od dotkniętej części ciała. Są to:

1. Skórne: pokrzywka, trądzik, a także niektóre skórne zaburzenia krążenia.
2. Szkieletowe: bóle pleców, bóle reumatyczne, skurcze i niektóre przypadki artretyzmu.
3. Z układu oddechowego: zapalenie oskrzeli, ataki astmy, nieżyt nosa.
4. Z układu krążenia: nadciśnienie, bóle głowy, zaburzenia sercowo-naczyniowe, niewydolność serca spowodowana przeciążeniem mięśnia sercowego.

¹⁴ Borgna, E. (1997): *Le figure dell'ansia*, Milano, Ed. Feltrinelli, 2011, s. 70. (Tłumaczenie własne).

¹⁵ Dla pogłębienia wiedzy w temacie, zob Melis, R. y Rosas, E. (2011): "Taquicardia: ¿es siempre ansiedad?: Una contribución para un correcto diagnóstico diferencial entre un ataque de pánico y las patologías cardíacas", revista Cuadernos Gestalt no 3, 2013, s. 42-51.

¹⁶ Dla pogłębienia wiedzy w temacie, zob. Conte, E. and Mione, M. (2013): Anorexic, Bulimic and Hyperphagic Existences: Dramatic Forms of Female Creativity, in Francesetti, G., Gecele, M. and Roubal, J.: *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, FrancoAngeli, Gestalt Therapy Book Series, 2013, s. 537-560.

5. Zmiany krwi i układu limfatycznego: można je wykazać za pomocą analizy hematologicznej i innych technik.
6. Układu pokarmowego: zapalenie okrężnicy, nudności, wymioty, nadkwaśność żołądka, zaparcia i utrata apetytu, wrzody dwunastnicy.
7. Endokrynologiczne: przerost tarczycy, otyłość.
8. Układu moczowo-płciowego: zaburzenia miesiączkowania, bolesne skurcze pochwy, utrudnione oddawanie moczu i niektóre przypadki dysfunkcji seksualnych.
9. Układu nerwowego: osłabienie, zapalenie nerwu, nadmierna senność lub nadmierna bezsenność, przewlekłe uczucie zmęczenia, neurastenii.
10. Ze zmysłów: zapalenie spojówek, zaburzenia czucia, uczucie pieczenia oczu.

Ostatnio do tych dziesięciu kategorii dodano raka.

Jak już wcześniej wspomniałam, należy zdać sobie sprawę, że sposób, w jaki radzimy sobie w sytuacjach stresowych, zależy od zdolności adaptacyjnych naszego organizmu, a także od naszej zdolności do zaspokajania własnych potrzeb i oczekiwań. Na przykład Seyle¹⁷ zwraca uwagę, że osoba w stanie pozytywnego napięcia (na przykład osoba, która wygrała los na loterii wart miliony euro) przeżywa silne emocje. W takiej sytuacji hormony działają tak, jakby to był negatywny stres – jakby to była np. wiadomość o utracie bliskiej osoby, pracy itp. W takich przypadkach, jeśli nasz organizm nie reaguje w odpowiedni sposób, to zachodzi ryzyko zachorowania z powodu zmniejszenia odporności na choroby. To tak, jakbyśmy w obliczu stresujących sytuacji poddali się przed walką.

W odniesieniu do analizy różnicowej należy odróżnić zaburzenie psychosomatyczne od histerycznego zaburzenia somatycznego¹⁸. W tym celu E. Borgna pisze:

Jak można odróżnić zmianę somatyczną, zrodzoną w wyniku burzy emocjonalnej, kojarzącej się z chorobą psychosomatyczną, od zmiany somatycznej zrodzonej w wyniku histerycznego doświadczenia? Z pewnością intuicja kliniczna pozwala nam od razu rozpoznać sposób bycia i funkcjonowania osobowości „histerycznej” („histeria” jest terminem niejednoznacznym, skłaniającym do myślenia, ale nie w „symulacji”; to samo z bardziej współczesnym terminem „nerwicy histerycznej”, który nie ma tego samego wybrzmienia semantycznego) z jej nieokielśnianą tendencją do nieautentycznego wartościowania siebie; podczas gdy sposób bycia osobowości „psychosomatycznej” nie ma tendencji do oblekania w tajemnicę ani teatralnego upiększania a towarzyszy mu radykalne wewnętrzne cierpienie. [...]

Symptomatologia kliniczna choroby psychosomatycznej jest osadzona w jej pojawieniu się w świetle przeżytych doświadczeń (z silnymi emocjami); jednak przejawy somatyczne stają się zautomatyzowane (stają się niezależne) w odniesieniu do sposobu, w jaki działają i się rozwijają: w tym sensie, że pomijają jakąkolwiek (tematyczną) korelację znaczenia i jego pierwotnych motywów psychologicznych.

¹⁷ Selye, H. (1956): *The stress of life*, New York, McGraw-Hill, 1956. He discovered the General Adaptation Syndrome (G.A.S.)

¹⁸ Dla pogłębienia wiedzy w temacie, zob. La Rosa, S. (2013): *Hysteria: Formal Definition and New Approach to a Phenomenological Understanding*, in Francesetti, G., Gecele, M. and Roubal, J., *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, FrancoAngeli, Gestalt Therapy Book Series, 2013, s. 537-560.

[...] Objawy psychosomatyczne są wyrazem napięć emocjonalnych, które przekształciły się w somatyczne cierpienie pozbawione sensu i są całkowicie autonomiczne: tak jakby połączenie, które początkowo wiązało je z napięciami emocjonalnymi, zostało przerwane (Borgna, 1997). 2011, s.71, tłumaczenie własne).

W liście, który Groddeck napisał do Freuda (27 maja 1917 r.) na temat chorób i psychoanalizy (dopiero wyłaniającej się), autor twierdzi:

Od początku odrzucałem potrzebę rozdzielania chorób cielesnych i psychicznych, starałem się leczyć każdego pacjenta, jego id, i szukałem drogi do niezbadanych i niedostępnych obszarów. Id [...] objawia się jako zapalenie płuc lub nowotwór, lub jako kompulsywna nerwica czy histeria. I tak jak aktywność id, która przejawia się w nerwicy i histerii jako obiekt leczenia [psychoterapeutycznego], tak samo należy traktować raka czy niewydolność serca. (Groddeck, 1917, tłumaczenie własne)

Widzimy już, że retrofleksja, w ogólnym sensie, może być przyczyną choroby psychosomatycznej, ale..., dlaczego dzieje się to w określonym układzie fizjologicznym lub określonym narządzie, a nie w innych?

Nie mamy jasnej odpowiedzi na to pytanie. Medycyna klasyczna wskazuje na słabość narządu lub układu. W Gestalcie dr Schnake od wielu lat pracuje nad symbolicznym aspektem chorób psychosomatycznych. Jest założycielką „Holistycznego podejścia do zdrowia i choroby” i mówi o symbolicznym charakterze każdego układu fizjologicznego człowieka w odniesieniu do relacji międzyludzkich i świata w ogóle.

Adriana Schnake¹⁹ twierdzi:

Medycyna psychosomatyczna nigdy nie była w stanie rozwiązać zagadki wyboru narządów przez różne choroby. Teoria medycyny klasycznej „locus minoris resistanceentiae” nigdy nie została zaakceptowana. Nawet najbardziej oczywista analogia nie umożliwiła nam powiązania np. jajników i jąder z płucami. Choć każdy zdaje sobie sprawę, że te ostatnie są największym narządem kontaktowym, jaki mamy w naszym ciele, a jajniki i jądra wytwarzają te komórki zdolne do nawiązania najbardziej intymnego i szczytowego kontaktu. Organy również zostały zdepersonalizowane, nie pozostał nawet ślad podziwu dla tego, jak doskonale są zaprojektowane i zorganizowane, aby spełniać swoje funkcje, a najwyższa harmonia, w jakiej się utrzymują, pozwoliła nam zrozumieć te globalne przesłania, które ujawniają przyczynę, dla której dana choroba lub objaw nie może wyrazić się wyraźniej w innym organie niż w tym, którym to robi. (A. Schnake, 1995, tłumaczenie własne)

Każdy narząd czy układ ma swoje symboliczne znaczenie na mapie relacji międzyludzkich. Jest to tło informacyjne, o którym psychoterapeuci powinni wiedzieć i umieć się zająć. Nasze zadanie polega na indywidualizacji każdego konkretnego przypadku, każdego pacjenta, który potrzebuje wsparcia, aby ponownie zintegrował te części siebie, które zostały wyobcowane, które zostały wycofane ze świadomości i ostatecznie odrzucone.

A. Schnake²⁰ pisze dalej:

¹⁹ Schnake, A. (1995): Los diálogos del cuerpo, S. de Chile, Ed. Cuatro Vientos, 1995, s. 56-57.

²⁰ Schnake, A.: Enfermedad, síntoma y carácter, S. de Chile, Ed. Cuatro Vientos, 2007, s. 25.

Ta wiedza o organizmie jest fundamentalna dla żywych organizmów i odpowiada procesowi, który Humberto Maturana i Francisco Varela nazwali „autopoiesis” (z greckiego: automatyzacja - przyp. tłum.).

Jeśli relacja figura-tło nie zostanie ochroniona przed chaotyczną ilością informacji, które do nas docierają, nasze postrzeganie przestaje się organizować i zarówno wymiana, jak i relacje jednostki z otoczeniem zostają zakłócone.

Ta dynamiczna całość, która uwidacznia się w procesie jej pełni, jest tym, do czego odnosimy się, gdy mówimy o *gestalten* lub gestaltach. Jeśli proces nie jest zakończony, jeśli cykl jest systematycznie przerywany, organizm nie może przejść do innej sytuacji, a nawet jeśli to zrobi, to niedokończona sytuacja nadal go absorbuje, uniemożliwiając mu samo dostrzeżenie najbardziej podstawowych niedokończonych sytuacji, które organizm zazwyczaj dopełnia dla odzyskania homeostazy.

Schnake proponuje model roboczy, który obejmuje pewne informacje na temat symboliki chorego narządu i specyficznego znaczenia, jakie każda osoba mu nadaje z pomocą terapeuty – czyli przypisanie „informacji” od narządu dla osoby, która ma tę informację wnosić i aktualizować w swoim codziennym życiu. Chociaż w tym artykule sugerujemy pracę z perspektywy teorii self (gdzie proces kontaktu między terapeutą a pacjentem jest głównym celem), model Schnake ma kilka interesujących aspektów dla rodzaju wykonywanej przez nas pracy terapeutycznej.

Przede wszystkim, ponieważ każdy narząd czy układ fizjologiczny pełni w organizmie określoną funkcję, funkcja ta powinna być poznana. Wielu autorów określiło specyfikę poszczególnych narządów i ich psychologiczne znaczenie. Jeśli mikro/makro-ruchy prowadzą nas do doznań, a te do emocji, uczuć i znaczeń tego, co dzieje się w polu, to poprzez poznanie specyficznej funkcji, jaką pełni dotknięty narząd, można w pewnym sensie wesprzeć proces kontaktowania z klientem.

Inną kwestią, którą należy wziąć pod uwagę, jest umożliwienie pacjentowi bycia aktywną stroną w procesie swojej choroby – nie jako osoba odpowiedzialna (ponieważ może to generować poczucie winy i/lub wstydu), ale jako pełnego i jednolitego istnienia. Nie chodzi o rezygnację z odpowiedniego leczenia, ale o dbanie o własne zdrowie i zwracanie uwagi na wszelkie dolegliwości.

Niemiecki biolog Hamer postawił hipotezę, poza Gestalem, ale nadal w podejściu psychologicznym, odnoszącą się konkretnie do raka. Twierdzi, że każdy konflikt psychologiczny lub społeczny pozostawia ślad w mózgu. Jeśli ten konflikt nie zostanie rozwiązany, może z czasem doprowadzić do raka. Jego hipotezy pozwalają na zrozumienie korelacji między mózgiem a określonym narządem w ciele i dają pewne wskazówki dotyczące reakcji i leczenia.

Jak pracować z pacjentem cierpiącym na chorobę psychosomatyczną?

Jedną z propozycji Gestalt dotyczącą pracy z chorobami psychosomatycznymi lub jakimikolwiek chorobami jest sposób pracy opracowany przez Adrianę Schnake – nazwała ją

Holistycznym podejściem do zdrowia i choroby. Dla zgłębienia tematu odsyłam chętnych do jej książek (patrz bibliografia). Tutaj przyjrzymy się tylko podstawowym elementom jej techniki i podstawowym postulatam.

Te podstawowe zasady, według samej Adriany Schnake²¹, to:

- Przywracanie osobie jej jakości *istoty ludzkiej*, dostrzeganie jej jako całości.
- Dawanie ludziom wiedzy, która pochodzi od nich samych, aby rozpoznawali swój sposób i zdolność do uzdrawiania.
- Rozumienie choroby jako aktu całkowitego zatrzymania, co pozwala zobaczyć inną rzeczywistość.
- Zrozumienie faktu, że dbanie o zdrowie nie jest „walką”, nawet jeśli miałyby to być walka z chorobami. Chodzi o uświadomienie sobie, kim jesteśmy i o zaakceptowanie naszych ograniczeń i naszych możliwości.
- Krótko mówiąc, współpraca na rzecz zatrzymania w naszej eskalacji wszechmocy i samowystarczalności, w które zaangażowani są ludzie.

Chodzi o inny, całkowity wgląd, w którym postrzegamy osobę jako całość. Prawdziwe *spojrzenie fenomenologiczne* (Schnake, 2007, s. 21-22, tłumaczenie własne).

Mając na uwadze te pomysły, „pierwszą rzeczą”, jak twierdzi dr Schnake, „jest wysłuchanie skarżącego się i umożliwienie tej osobie uświadomienie sobie, co ma wspólnego z tą częścią siebie, która nie pracuje już niezauważenie i teraz przypomina o sobie” (tamże, s. 26, tłumaczenie własne). W celu zwiększenia świadomości relacji między chorym narządem a pacjentem, nawiązuje się dialog²² pomiędzy narządem a pacjentem, w których terapeuta wciela się w rolę chorego narządu. „To umożliwia pełne zrozumienie zjawisk organizmu, samą podstawę gestaltu, ponieważ w tej roli terapeuci powinni pozostać świadomi bliskiej relacji z całością, zachowując tożsamość i specyfikę każdego narządu” (tamże, s. 27, tłumaczenie własne).

Kroki²³ są następujące:

- 1.- W pierwszej kolejności wyjaśniamy pacjentowi, że naszym zadaniem jest pomóc mu skontaktować się z tą częścią ciała, na którą się skarży, bo to jest sposób na uświadomienie mu, co może oznaczać głos tej części.
- 2.- Prosimy go, aby powiedział nam szczegółowo, co jest nie tak, co go boli lub niepokoi, albo jaką przyczynę podał on sam (lub ktoś inny) na jego rzekomą chorobę lub niewygodę.
- 3.- Uważnie słuchamy, aby określić, który organ lub część ciała jest obwiniany lub przynajmniej ma być odpowiedzialny za to, co się dzieje.
- 4.- Prosimy pacjenta, aby usiadł przed nami i „był” tą częścią ciała lub organem. Prosimy go, aby poświęcił kilka minut i wyobraził sobie, jaki jest ten organ, by odegrał jego rolę całym

²¹ Schnake, A. (2007): *Enfermedad, síntoma y carácter*, S. de Chile, Ed. Cuatro Vientos, 2007, s. 21-22

²² Używając gestaltowskiej techniki "pustego krzesła" zaproponowanej przez F. Perlsa.

²³ Schnake, A. (2001): *La voz del síntoma*, S. de Chile, Ed. Cuatro Vientos, 2001, s. 203.

swoim ciałem i sam siebie opisał. Kiedy zacznie ten proces pomagamy mu, aby ta część ciała lub narząd mógł powiedzieć, jaka jest jego funkcja w ciele pacjenta.

5.- Prosimy go, aby wrócił na swoje krzesło i wyraził swoje uczucia lub cokolwiek chce powiedzieć tej części ciała lub organowi, który wcześniej zabrał głos.

6.- Następnie prosimy go, aby wrócił na krzesło, na którym znajduje się narząd i w tej roli części ciała/narządu opowiedział o sobie, jakie są jego główne cechy lub jakości potrzebne do wykonywania swoich obowiązków. Następnie musi zapytać pacjenta, jaki on/jaka ona jest i czy są do siebie podobni, czy nie.

6a (objaśnienie). - Często zdarza się, że osoba, mimo że zna anatomię i fizjologię, pomija lub popełnia błędy przy opisie swojego narządu lub części ciała. W takim przypadku terapeuci powinni wejść w rolę narządu i poinformować o tym pacjenta, a następnie opisać siebie jako narząd tak szczegółowo, jak to tylko możliwe i na koniec zapytać pacjenta, jaki on/jaka ona jest, i czy są do siebie podobni, czy nie.

7.- Kiedy osoba odpowiada na to ostatnie pytanie dotyczące ich podobieństwa, zwykle kontaktuje się z kwestiami osobistymi.

8.- Teraz terapeuta pozostaje w roli organu i kontynuuje dialog. W tym momencie kluczowa jest fenomenologiczna i nieinterpretacyjna postawa terapeuty. Jego jedynym celem jest, aby pacjent zaakceptował obecność narządu i uświadomił sobie, że nie jest możliwe, aby nie było między nim a narządem żadnych podobieństw, „ponieważ urodzili się razem i ten organ zawsze był obecny” (tamże, 2007, s. 34, tłumaczenie własne).

9.- Teraz ważne jest, aby poprosić osobę, aby ponownie weszła w rolę organu. Przynajmniej do momentu, w którym opisz się w najlepszy sposób – w pierwszej osobie i przyjmując manierę i sposób mówienia – i swobodnie zaangażuje się w dialog ze osobą (Schnake, 2001, s. 203).

Dzięki tej metodzie pacjent może dotrzeć do kluczowych informacji, które dany narząd przekazuje za pośrednictwem choroby. Teraz może albo odzyskać zdrowie, albo przynajmniej w pozytywny sposób zaakceptować swoją chorobę.

Oczywiście pełny proces psychoterapeutyczny jest niezbędny, aby uchwycić, zrozumieć i przyswoić te informacje, które może ujawnić dialog pacjenta z dotkniętym narządem.

Stosując to podejście, moglibyśmy rozumieć chorobę i psychosomatyzację jako przesłanie egzystencjalne, takie jakim są sny według F. Perlsa, oraz to, jak to przesłanie jest projektowane w znaczeniu danego objawu.

Drugą propozycją, bliższą podstawowej teorii przyjętą w tym artykule, jest podejście oparte na teorii *self*, którą opisuje fundamentalna publikacja *Terapia Gestalt: ekscytacja i rozwój osobowości człowieka*²⁴.

²⁴ Perls, F.S., Hefferline, R. and Goodman, P. (1951): *Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press Inc., 1994

Jak już powiedzieliśmy na początku tej części, chorobę psychosomatyczną można rozumieć jako retrofleksyjny styl życia, w którym osoba nie jest świadoma tego, co chce powiedzieć lub wyrazić w swoich relacjach z otoczeniem. Dlatego też rozważylibyśmy chorobę psychosomatyczną raczej jako cierpienie relacyjne niż indywidualny przekaz egzystencjalny.

PHG definiuje chorobę jako *niedomkniętą sytuację par excellence* (PHG, 1951, 1994, s.45). W tej sytuacji *przewlekłego stanu zagrożenia o niskim nasileniu*, to co staje się wrażliwe to stan narządu (na przykład ból lub choroba), a nie interakcja w polu organizm/środowisko (PHG, 1951, 1994, s.40). Podmiot przyzwyczaił się do tego, że nie jest świadomy tego, jak hamuje swoje emocje i uczucia używając mięśni, ponieważ „od dawna należy je zawstydząć, a nawet tępić. [Dlatego] wyraziłem je w inny sposób” (PHG, 1951, 1994, s.45), poprzez objawy.

Tę retrofleksję można by wytłumaczyć: *na przykład, jeśli odpowiednio wychowana osoba w pewnych sytuacjach traci kontrolę nad sobą i spontanicznie wyładowuje to, co powstrzymywała, to w takiej sytuacji pojawiają się dotkliwie emocje jak wstyd, rozgoryczenie, upokorzenie, pogarda, zakłopotanie, wstręt itp. Aby zapobiec powtórzeniu się takiego demoralizującego doświadczenia, osoba zaostrzy samokontrolę do jeszcze bardziej dławiącego stopnia.* (PHG, 1951, 1994, s. 345). W tym fragmencie widzimy, że psychosomatyzację mogą powodować zarówno introjekcja, jak i retrofleksja. Skupiając się jednak głównie na procesie, a nie wchodząc lub nie pracując z treścią, dowiemy się, że te dwa mechanizmy są głównymi zaburzeniami w procesie kontaktu, pojawiającymi się w procesie psychoterapii, sesja po sesji.

To tak, jakby osoba cierpiąca na jakąś chorobę psychosomatyczną podzieliła swój *Körper*, unikatowość swojego ożywionego ciała, na ciało i psychikę – i w ramach tej dynamiki próbuje się ustanowić pewna relacja. W tej sytuacji nie byłaby to relacja organizm/środowisko, relacja ja/drugi, ale fałszywa relacja ciało/umysł, w której umysł próbuje wywierać świadomą kontrolę nad ciałem poprzez rozbicie psychosomatycznej lub holistycznej jedności. Terapia byłaby przywróceniem ukierunkowania intencjonalności, powodując przesunięcie punktu skupienia – od ścieżki, która biegnie od umysłu do ciała, na inną, która prowadzi od pełnego ja do Drugiego.

Jak wiemy, nie chodzi tu o pracę nad treścią osobistej historii czy bieżącego życia ani o zadawanie codziennych zadań. Jeśli dana osoba chce zrozumieć istotę swojej choroby lub wycofać retrofleksyjność, dokona tego poprzez sesje psychoterapeutyczne.

Psychoterapeuta będzie wspierał proces kontaktu w każdym tu i teraz, a poprzez odpowiednie eksperymenty w każdej sytuacji relacyjnej między terapeutą a pacjentem, oboje mogą wyjść poza swoje zaburzenia. To wsparcie procesu oraz bezpieczne i przychylne środowisko relacji terapeuta – pacjent zapewni pacjentowi możliwość przeżycia nowych doświadczeń poprzez twórcze dostosowanie, które nada jego usztywnionej strukturze *poza-świadomości* większą elastyczność.

Javier skarży się na ból pleców. Był u chirurga ortopedy i wie, że nie stwierdzono u niego choroby. Chirurg ortopeda zalecił mu pójście do psychoterapeuty, ponieważ wyczuwa, że jego dolegliwość ma charakter psychosomatyczny, a nie tylko fizyczny. Javier to mężczyzna w średnim wieku, raczej cichy i powściągliwy. Bardzo odpowiedzialny i poważny, nie tylko w swojej pracy, ale także w relacji z rodziną i otaczającymi go ludźmi. Mam wrażenie, że dźwiga na plecach ciężar świata. W jego osobistej historii uderza mnie fakt, że zaopiekował się matką i trójką młodszego rodzeństwa, gdy miał 8 lat, a jego ojciec zginął w wypadku samochodowym. Sesje potwierdzają fakt, że stał się przedwcześnie odpowiedzialny i nauczył się być na wezwanie innych a nigdy nie znalazł osoby, czasu ani przestrzeni, które dałyby mu odczuć, że jego potrzeby zostały zaspokojone. Pewnego dnia podczas naszej sesji proszę go, aby wykonał eksperyment. Wyjaśniam mu, co będziemy robić: wyciągam do niego ramiona z dłońmi skierowanymi do góry a on ma położyć dłonie na moich. Widzę, jak wyciąga ręce w kierunku moich dłoni i delikatnie muska dłońmi moje. Nie wie, jak odpuścić albo nie jest w stanie odpuścić, poddać się, aby rozluźnić ciężar swoich ramion. Kiedy to robi, patrzy na mnie, a ja patrzę na niego i mówię: „Dziękuję, że się mną opiekujesz, że starasz się być dla mnie lekki...”. Słyszając moje słowa, jego oczy zachodzą łzami i zaczynają spływać potokiem...

To, co pacjent uwalnia, co uświadamia sobie w doświadczeniu, to cierpienie spowodowane zaburzeniami w procesie kontaktu – niezależnie od tego, jakie emocje i uczucia były zablokowane.

W dzieciństwie, w tych kreatywnych dostosowaniach, których się podejmujemy, aby jak najlepiej przetrwać w naszym środowisku, może być cała gama emocji i uczuć, które blokujemy. To nie tylko sprzeczności i agresywne uczucia. Każde środowisko rodzinne ma swoje określone „zakazy”: w przypadku niektórych rodzin gniew lub jakiegokolwiek „wybuchowe” uczucia lub te związane z nieporozumieniem lub niechęcią są niedozwolone; dla innych rodzin zabronione są uczucia natury emocjonalnej, takie jak czułość, wrażliwość czy miłość. W innych środowiskach rodzinnych wszelkie uczucia są zakazane.

Terapeuci ani nie osądzają, ani nie krytykują, nie analizują, nie „wybacniają” ani nie zdobywają przebaczenia za przeszłe twórcze przystosowania lub środowiska (rodzina, rodzice), które powodowały takie dostosowanie. Praca terapeutów Gestalt polega na zapewnieniu wystarczającego wsparcia, aby klient mógł odzyskać pełnię relacyjnego doświadczenia, umożliwiając przywrócenie procesu kontaktu – który jest niczym innym jak intencjonalnością, która łączy ludzi poprzez matrycę relacyjną.

Cierpienie hipochondryczne

*Zdrowie to stan przejściowy,
który nie prowadzi do niczego dobrego.
Przysłowie hipochondryczne*

Hipochondria to stan, z powodu którego pacjent bezpodstawnie uważa, że cierpi na poważną chorobę.

Hipochondria jest w zasadzie postawą, którą osoba przyjmuje w obliczu jakiegokolwiek dyskomfortu ciała. Osoba hipochondryczna nieustannie poddaje się wnikliwej, a nawet obsesyjnej analizie swoich podstawowych funkcji fizjologicznych, dostrzegając w nich źródło prawdziwej choroby biologicznej.

Zasadniczą cechą hipochondrii jest niepokój i lęk przed cierpieniem lub przekonanie o poważnej chorobie, która spowoduje śmierć. Ten strach lub troska wynika z osobistej interpretacji jakiegoś doznania cielesnego lub innego znaku, który może pojawić się w ciele.

Ta katastrofalna interpretacja najmniejszego nawet sygnału z ciała jest mechanizmem wyzwalającym hipochondrię. Wiadomo, że zaburzenie to często dotyka większych środowisk rodzinnych, to znaczy wielu członków danej rodziny ma skłonność do zapadania na nią. Istnieją rodziny, które są szczególnie wrażliwe i mają predyspozycję do dostrzegania oznak choroby we wszystkich dziedzinach życia.

Bardzo często skupiają się na drobnych doznaniach (zawroty głowy, mrowienie itp.), a nie na tych naprawdę ważnych.

Jeśli chodzi o symptomatologię, mamy tu do czynienia z zaburzeniem, które jest powszechnie kojarzone z lękiem, biorąc pod uwagę, że głównym objawem hipochondrii jest nadmierna troska o własne zdrowie. Hipochondrycy nieustannie zastanawiają się nad swoimi rzeczywistymi lub urojonymi objawami, uświadamiając sobie objawy funkcyjne, które zwykle pozostają niezauważone (intensywność bicia serca, funkcje trawienne itp.). Potrafią opisać swój profil kliniczny w imponujących szczegółach, stale wyjaśniając zakres każdego fizycznego objawu. Ich uwaga skupia się nie tylko na badaniu samych siebie (mierzenie własnego pulsu, temperatury, sprawdzanie liczby oddechów na minutę i ciśnienia krwi kilka razy dziennie), ale także na ilości i jakości spożywanego przez nich pożywienia. Wiedzą, jaka woda jest najlepsza dla ich trawienia i jaka jest dla nich najodpowiedniejsza cyrkulacja powietrza, temperatura itp.

W większości przypadków pacjenci cierpią z powodu objawów fizycznych, ponieważ hipochondria jest zaburzeniem somatycznym, które powoduje prawdziwy ból o podłożu psychologicznym. Bóle te potęgują negatywne myśli o stanie własnego zdrowia.

W hipochondrii obawy pacjenta dotyczą *funkcji organizmu* (bicia serca, potu lub ruchów perystaltycznych), *drobnych nieprawidłowości fizycznych* (małe rany, sporadyczny kaszel) lub *niejasnych i niejednoznacznych doznań fizycznych* (zmęczone serce, bolesne żyły...). Osoba przypisuje te oznaki i objawy budzącej lęk chorobie i jest bardzo zaniepokojona swoim stanem. Jednak choroba medyczna związana z objawami nie istnieje, a jeśli pacjent jest naprawdę chory, jego choroba nie jest z nimi związana.

Jeśli nakreślimy ogólne objawy, poza niemal obsesyjnym skupieniem na wszelkich doznaniach fizycznych lub minimalnych zmianach fizjologicznych, obecny jest niepokój i

strach przed utratą kontroli – co sugeruje poczucie samotności, nieumiejętności i niemożności zaakceptowania życia takim, jakim jest. To tak, jakby każdy kryzys hipochondryczny był walką ze śmiercią, której rezultatem jest przetrwanie. To tak, jakby życie nie było darem, ale czymś, na co ciężko zapracowano cierpieniem i czego nie można zaniedbać. Kontrolowanie tego, co pozornie nie podlega kontroli, czasem nawet w najdrobniejszych szczegółach, jest celem obsesyjnego myślenia i działania; nie wolno zaniedbywać podtrzymania życia, własnego życia, nawet na sekundę.

Wspaniały opis znajdujący się na początku książki J.J. Muñoz Rengela *Hipochondryczny zabójca* ujawnia niepokój związany z objawami i obsesyjną skłonność, która powoduje, że osoba cierpiąca na zaburzenie hipochondryczne szuka sensu i kontroli w najdrobniejszym szczególe, próbując przezwyciężyć niepewność śmierci:

Został mi tylko jeden dzień życia. Oszukałem śmierć na piętnaście tysięcy dni, a teraz został mi tylko jeden. Najwyżej dwa. Jestem absolutnie przekonany, że dzisiaj umrę. Najpóźniej jutro. Byłoby wbrew wszelkim prawom natury, gdyby moje ciało, targane chorobami, usiane dolegliwościami, mogło przetrwać kolejny dzień. Ale nie mogę opuścić tego świata bez wykańczania Eduardo Blaistena. Zapłacili mi z góry, a ja jestem człowiekiem kantowskiej moralności.

Dzisiaj rano o 7:40 zmierzyłem puls na wewnętrznej stronie nadgarstka, używając palca wskazującego i serdecznego: osiemdziesiąt dwa uderzenia na minutę, a po lewej stronie szyi osiemdziesiąt sześć uderzeń. W tym momencie oddychałem osiemnaście razy na minutę. Następnie zmierzyłem ciśnienie krwi, maksymalnie sto dwadzieścia siedem milimetrów słupa rtęci i minimum siedemdziesiąt cztery milimetry słupa rtęci. Na śniadanie wypilem zieloną herbatę, której polifenole mają działanie antyrakowe, bez mleka – bo kazeiny niwelują wpływ herbaty na układ krążenia – zjadłem dwa pełnoziarniste tosty z oliwą z oliwek i moje poranne suszone śliwki. Potem odczekałem kilka minut i zmierzyłem temperaturę doodbytniczo, trzydzieści siedem stopni Celsjusza i dwie dziesiąte, o jeden stopień więcej niż doustnie.

Wstałem i przewietrzyłem dom, utrzymując go w temperaturze dwudziestu sześciu stopni. O 8:20 ponownie zmierzyłem ciśnienie.

Mam tylko nadzieję, że moje uważne zabiegi utrzymają moje biedne ciało w pionie przez resztę dnia – czy to zbyt wielka prośba? Drogi Boże, czy proszę o coś niemożliwego? (J. J. Muñoz Rengel, 2012)

Hipochondria w pojęciu Gestalt, to wzorzec kontaktu, który tworzy zretrofektowaną konfigurację, która wpływa na całe życie danej osoby w jej relacjach ze światem. Według Perlsa *kolejnym ważnym rodzajem retrorefleksji jest introspekcja. [...] Skrajnym przypadkiem introspekcji jest hipochondria* (PHG, 1994, s. 402).

To wyszukiwanie objawów u osoby dorosłej mówi nam o samotnym dzieciństwie, w którym pacjent nie otrzymał niezbędnego wsparcia dla swoich podstawowych potrzeb lub dla swoich lęków. Prawdopodobnie dostawał uwagę, ale nie prawdziwe wsparcie ani tworzenie znaczenia; to znaczy, otrzymał uwagę nieempatyczną, pozbawioną uczuć. Nie otrzymał logicznego i rozsądnego wyjaśnienia swojego niepokoju w obliczu jakiegokolwiek dyskomfortu. Brakuje poczucia przynależności do ludzkości.

Hipochondryk żyje między niepewnością a strachem przed śmiercią, bo jeśli nie czujemy świadomie naszej przynależności do człowieczeństwa, świat i życie stają się otoczeniem niesprzyjającym i niebezpiecznym. To uczucie kruchości i samotności niszczy życie, które staje się emocjonalną i uczuciową pustynią.

Kryzysy hipochondryczne mogą przypominać depresję, napady paniki i w skrajnych przypadkach, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Choć diagnoza wydaje się prosta, nie jest łatwa, nie mówiąc już o leczeniu.

Życie wśród ludzi nie czując się człowiekiem

*Miłość jest słowem, a to, co ma znaczenie
to połączenie, które to słowo wyraża.*

Matrix Revolution

Jesteśmy częścią ludzkości w sposób, który nie jest oczywisty. W istocie, jeśli tylko przez chwilę poobserwujemy, możemy dostrzec, że wielu ludzi doświadcza braku poczucia przynależności w odniesieniu do bycia integralną częścią całości, większej niż indywidualność czy narodowość. Ten brak przynależności powoduje rasizm, nietolerancję, konflikty między płciami, nieprzejednanie itp.

Wskazywałam już, że narodziny nowego człowieka i przyjęcie go przez matkę są rytuałem powitania. Matka aktywuje intencjonalność noworodka poprzez własną intencjonalność, gdy rozpoznaje swoje dziecko, nadaje mu status człowieka i przynależność do matrycy relacyjnej zwanej ludzkością. Gra oporów, nacisków i równowagi doświadczana w ramionach i ciele matki, wraz z zachwyconym wyrazem jej twarzy i jej podekscytowanym spojrzeniem, są bardzo silnym aktywatorem człowieczeństwa dziecka. Po urodzeniu dziecko istnieje, ale dopiero kiedy się na nie patrzy, wita je i akceptuje, zaczyna być.

Gianni Francesetti w swojej książce „L'altro irraggiungibile”²⁵ stawia hipotezę o niemożności dotarcia do Drugiego w doświadczeniach depresyjnych: u źródła tego może leżeć sposób, w jaki matka opiekowała się swoim dzieckiem – bez żadnej reakcji emocjonalnej. Tutaj stawiamy inną hipotezę dotyczącą doświadczeń hipochondrycznych. Matka uaktywniła zdolność dziecka do odczuwania życia, w jego *Körper*. Jednak z powodu braku empatii nie udało jej się uruchomić u dziecka poczucia przynależności do ludzkości, które obejmuje coś więcej niż tylko bycie żywym. Nie nawiązała też z nim większej interakcji werbalnej, nie wyjaśniła mu ani nie przekazała znaczeń dotyczących jego samego i świata.

Ciało i umysł są aktywne u osoby hipochondrycznej, ale doświadcza ona ogromnego rozdarcia między ciałem fizycznym (*Körper*) a ciałem odczuwanym (*Leib*). W ten sposób zaprzecza, a przez to unika aspektów emocjonalnych i empatycznych, które pozwoliłyby jej uaktywnić i nadać sens swojemu życiu afektywnemu i emocjonalnemu. Każde doznanie cielesne o większej intensywności niż zwykle, każdy objaw fizyczny, który zakłóca rutynę

²⁵ Francesetti, G. and Gecele, M. (ed.) (2011): *L'altro irraggiungibile: la psicoterapia della Gestalt con le esperienze depressive*, Milano, FrancoAngeli, 2011.

„normalności”, staje się figurą i niebezpieczeństwem, które należy za wszelką cenę wyeliminować, ponieważ jednostka nie potrafi nadać znaczenia, które odpowiadałoby jej stanowi. Ten brak znaczenia pogrąża ją w poczuciu głębokiej bezradności, ujawnia jej samotność i małość, napelnia lękiem i udręką w obliczu poczucia nieuchronnej śmierci z powodu zaniedbania. „Muszę zwracać uwagę na wszelkie objawy, bo jeśli będę nieostrożna, może się okazać, że to śmiertelna choroba” – mówi jedna z pacjentek, próbując uzasadnić swoje zamartwianie się.

Michela Gecele, w swojej książce „L'altro irraggiungibile: psychotherapy della Gestalt con le esperienze depressive”, cytując Foucaulta:

Aż do drugiej połowy XV wieku, a nawet nieco dłużej, temat śmierci króluje niepodzielnie. Koniec człowieka, koniec czasu nosi oblicze zarazy i wojny. Ten koniec i porządek, od którego nie ma ucieczki, unosi się nad ludzką egzystencją (...) Potem, w ostatnich latach wieku, ten ogromny niepokój zwraca się ku sobie; śmierć i jej powagę zastępuje kpina szaleństwa. Od odkrycia samej konieczności [śmierci - przyp. tłum], która nieuchronnie redukuje człowieka do niczego, przeszliśmy do pogardliwej kontemplacji tego niczego, którym jest samo istnienie (...). Szaleństwo jest déjà-là („już tam” - franc.) śmierci. [W tym sensie doświadczenie szaleństwa wykazuje podobieństwo z doświadczeniem trądu. Rytuał wykluczenia trędowatego pokazywał, że jako żywy człowiek był on samą obecnością śmierci]. Ale jest to także przewyciężenie jej obecności, wymykającej się w tych codziennych znakach, które, zapowiadając, że śmierć już panuje i rządzi, informują, że jej ofiarę czeka smutny los (...). Zastąpienie tematu śmierci tematem szaleństwa nie oznacza zerwania, lecz raczej skręcenie w obrębie tego samego niepokoju. To, czym się zajmujemy, to nadal nicość istnienia, ale nicość ta nie jest już traktowana jako zewnętrzny, ostateczny termin, zagrożenie i konkluzja; jest ona doświadczana od wewnątrz jako ciągła i stała forma istnienia (Foucault, 1988: 15-16).

Aby wyjaśnić ten brak empatii ze strony matki w okresie dzieciństwa hipochondryka, można by użyć metafory różnicy między zwierzęciem domowym a zwierzęciem gospodarskim. Każde zwierzę domowe staje się elementem i częścią rodziny, do której należy; mówi się do niego, okazuje się mu czułość, pieści się je jak człowieka, jak dziecko. Nadaje mu się specjalnie wybrane imię, a nawet przypisuje intencje jego zachowaniu. Niektórzy mają szafę pełną małych ubranek dla takich zwierząt, a dla „niego” lub „dla niej” kupuje się specjalne miski na jedzenie i wodę.

W przeciwieństwie do zwierząt domowych, zwierzę gospodarskie, nawet jeśli ma imię, nie jest objęte taką samą opieką, jaką otacza się zwierzęta domowe. Jest traktowane jak zwierzę, być może z uczuciem, ale nie z „oddaniem”. Jego potrzeby są zaspokajane, ale nie odpowiada się na jego intencje. Chroni się je przed pewnymi ekstremalnymi warunkami pogodowymi, ale nie owija się go kocem. Takie zwierzęta nie wzbudzają naszej sympatii ani współczucia.

Z całym szacunkiem, jakim darzę każdego człowieka, hipochondrycy „odnoszą się” do tego drugiego typu relacji. Hipochondryk jest traktowany z uwagą, ale nie z oddaniem. Jego potrzeby są zaspokajane, ale z taką obojętnością, z jaką traktuje się zwierzęta hodowlane. Ważne jest, by przeżył, ale nie po to, by nauczył się przeżywać radości i smutki ludzkiego życia wśród wrażliwych i empatycznych ludzi.

Są takie matki, które nie czują powołania do macierzyństwa, ale akceptują swój społeczny „obowiązek” bycia matkami. Jest to część ich roli społecznej, ich funkcji.

Pacjentka mówi:

Kiedy odwiedzam rodziców, nigdy nie wymieniamy pocałunków z matką. Daję całusa mojemu ojcu. Moja matka zachowuje się tak, jakby zajmowała się jakimiś transakcjami handlowymi. To tak, jakby moja matka miała nas [chodzi o narodziny pacjentki i jej brata], bo tak powinna była zrobić. To jest jak kupowanie telewizora: nie ma znaczenia, czy działa, czy nie, czy jest prawdziwy, czy to ozdobna obudowa, czy jest dobry, czy zły... ważne jest tylko to, że masz telewizor. Ona i mój ojciec... Potrzebowała mnie, żebym była „najlepszym” telewizorem na świecie, ale co to znaczy „najlepszy”? Ten, który ma najlepszą rozdzielczość, najlepszy dźwięk, najnowocześniejszy czy...? Nie sposób się tego dowiedzieć. Od tego momentu pozostaje już tylko zamęt i błędy. Zagubienie...

Czy jest tam ktoś? Pragnienie, by stać się człowiekiem i uczestniczyć w człowieczeństwie

Człowiek magnetyzuje świat. Przez niego i dla niego wszystkie istoty i przedmioty, które go otaczają, są nasycone znaczeniem: mają swoje imiona. Wszystko wskazuje na człowieka. A człowiek – na co wskazuje? Nie jest pewny. Chce być inny; jego istota zawsze prowadzi go do wyjścia poza siebie. I człowiek ciągle traci grunt pod nogami; z każdym krokiem zagłębia się i natrafia na tego innego, którego sobie wyobraża, a który wymyka mu się z rąk (...). Człowiek jest tymczasowością, a zmiana i „inność” tworzą jego własny sposób bycia. Człowiek urzeczywistnia się lub spełnia się, gdy staje się innym. Stając się innym, odzyskuje siebie, odzyskuje swoją pierwotną istotę, przed upadkiem czy zanurzeniem się w świecie, przed rozszczepieniem na „ja” i „inne”. (Octavio Paz, 1973²⁶).

U dorosłych hipochondryków proces kontaktu, a tym samym *self* i jego funkcje, są zmienione. Mówi się, że retrofleksja staje się głównym czynnikiem przerywającym w zaburzeniach psychosomatycznych – co powoduje retrofleksyjny wzorzec relacji. Ja jednak uważam, że retrofleksja nie jest główną przerwą występującą w hipochondrii, lecz konfluencja. Konfluencja figury i tła. Nie nastąpiło odpowiednie oddzielenie od figury matki, a czasami nie nastąpiło oddzielenie od figury ojca.

Tęsknota za przyzwoleniem na to, by stać się sobą, trwa w oczekiwaniu jak niedokończona figura. Dostępna jest tylko pozorna indywidualność, fikcyjna i intelektualna.

Podczas gdy matka nie oferuje żadnego uznania, walidacji, ojciec wystawia ocenę za to, że osoba jest, jaka jest, bez żadnej indywidualności. „Nie zmieniaj się, jesteś moją lalką, która powinna dawać mi intelektualną satysfakcję. Musisz być najlepsza” – mówi Pilar, nawiązując do tego, co powiedział jej ojciec. Konfluencja tła i figury prowadzi do introjektów, które przerywają proces kontaktu, powodując wycofanie się z cierpienia w wyniku samotności bycia sobą i wystawienia się na życie. Świat jest miejscem niebezpiecznym (projekcja), gdzie każda nieostrożność grozi śmiercią. Pozostaje tylko kreatywność, aby ukierunkować całą tę energię – ekscytację stworzoną do kontaktu ze sobą i

²⁶ Paz, O. (1973): *The Bow and the Lyre*. Austin: University of Texas Press.

zamknięte bramy, chroniące przed ryzykiem nieznanego, przed odżywiająca nowością. Ten nadmiar ekscytacji, będący jedynie etapem na drodze do zestrojenia się ze światem, służy jako lupa, szkło powiększające doznania, których doświadcza się, gdy powraca się do siebie intensywniej niż to jest właściwe. Wrażenia te wymykają się spod kontroli, jak przystało na moment osobistego poddania się światu. Ale we wstecznym ruchu świadomości znaczenie może opowiadać tylko o nadchodzącym niebezpieczeństwie, o pewnej śmierci. Pojawia się kryzys i udręka. I osoba biegnie do lekarza, do psychoterapeuty, do kogoś o wystarczającym autorytecie intelektualnym, kogo słowa pomogłyby znaleźć spokój, mogłyby wyjaśnić, co się dzieje. Ale słowa nie działają, autorytet intelektualny nie działa.

To, czego potrzebuje hipochondryk, to objęcie przez kogoś, kto jest w stanie go emocjonalnie pomieścić, sprawić, by czuł się chroniony, zaopiekowany i akceptowany. Kogoś, kto „dobrze go kocha”, kto jest nim głęboko poruszony i podtrzymuje jego cierpienie z taką pilnością, jakiej wymaga miłość. Hipochondryk jest jednak nieufny i podejrzliwy, nie ufa miłości od nikogo ani żadnemu okazywaniu uczuć. Nie lubi żadnego kontaktu fizycznego: ani pocałunki, ani uściski nie mają dla niego sensu. Kto więc może mu pomóc? Czy jest na świecie ktoś, kto przekracza strach i dystans narzucony przez hipochondryka, kto nie przejmuje się słowami i wchodzi w sytuację z emocjonalnym autorytetem rodzica? Czy rozwiązaniem jest znalezienie kogoś, kto będzie taką osobą chronił i uspokajał w trudnych chwilach? Czy nie wzmocni to jeszcze bardziej schematu relacji opartej na konfluencji?

Jeśli to rozwiązanie oparte na uspokajaniu, gdyby takie rozwiązanie było dostępne, miałyby się z czasem utrwalić, przestałyby być twórczym dostosowaniem, stałyby się czymś więcej, a kryzysy hipochondryczne trwałyby nadal. Jeśli jednak byłby to początek i część procesu rozwojowego, wówczas może to stanowić dla jednostki klucz do wejścia na drogę indywidualności. Nie jest to jednak rozwiązanie psychoterapeutyczne; to nie psychoterapeuta powinien stać się „formą” zmiany, jak zobaczymy poniżej.

Odnosząc się do funkcji *self*, można wskazać, że w kryzysach hipochondrycznych dominuje funkcja id, a funkcja ego jest całkowicie bezradna. Zakłócona jest także funkcja osobowości, ponieważ podmiot nie znajduje w sobie zasobów, które mogłyby go wesprzeć i przezwyciężyć sytuację. Nie ma żadnych wyjaśnień, za pomocą których osoba mogłaby nadać sens swoim odczuciom. Nie odróżnia ona poczucia pilności od innych doznań; odczuwa jedynie mękę twogi i emocjonalną samotność.

Intencjonalność kontaktu jest wpisana w ludzką naturę, to znaczy, że jesteśmy stworzeni do kontaktu, ponieważ to on nas emocjonalnie i psychicznie odżywia. To on aktualizuje nasze doświadczenie i nasze poczucie, że żyjemy. To *self* tworzy nasze odczucie czasowości. Wpisuje nas w ciągłą linię, która sprawia, że nieubłaganie zmierzamy ku przyszłości, ku temu, co bezpośrednio „po” (*potem*; ang. *next*). Ta czasowość jest jednak rządzona przez doświadczenie, przez wzbogacenie bycia w harmonii z innym. Dzieje się to za pośrednictwem przeżywanego ciała (*Leib*) w każdym procesie kontaktu. Dlatego kierunek intencjonalności zawsze prowadzi nas do Drugiego, do świata ludzi, do dostrojenia się do nich, aby poczuć się kompletnym i ku „*potem*”.

Życie jest podróżą w czasie, zawsze naprzód, jak to wspaniale wyraził Konstantinos Kavafis w swoim wierszu „Itaka”²⁷. Możemy posłużyć się fragmentem:

Gdy wyruszasz do Itaki
Oby ta podróż była długa,
pełna przygód, pełna odkryć.
Laistrygonianie i Cyklopi,
zły Posejdon – nie bój się ich:
nigdy nie spotkasz takich rzeczy na swej drodze
jeśli tylko będziesz myślami wysoko,
dopóki rzadkie podniecenie
pobudza twego ducha i twoje ciało.
Laistrygonianie i Cyklopi,
dziki Posejdon – nie spotkasz ich
chyba, że przyniesiesz je ze sobą w swojej duszy,
chyba, że twoja dusza postawi je przed tobą.

„Dopóki rzadkie podniecenie pobudza twego ducha i twoje ciało” – oto część tajemnicy życia: to emocje, które porywają ducha i ciało, by ryzykować naszą indywidualność i nawiązywać pełne kontakty, które wzbogacają nasze przechodzenie przez czas! To przechodzenie nie tylko zmienia i wzbogaca nas, ale także zmienia i wzbogaca nasze środowisko, a przez to rozległą interaktywną i relacyjną sieć zwaną ludzkością. W tym miejscu warto przypomnieć różne rodzaje *czasu* występujące w języku greckim: *Kairòs* (czas subiektywny), *Χρόνος* (czas cykliczny) i *Ἐσχάτον* (czas odległy). To *Kairòs*, czas subiektywny, pozwala nam wiedzieć, kiedy jest „właściwy czas”, kiedy jest moment na podjęcie działania, na zakończenie procesu kontaktu. To czasowość, która patrzy w przyszłość. To czas jednostki, w odniesieniu do jej *intencji*. „To czas – mówi Galimberty²⁸ (28) – określony przez *dziś* i *jutro*, to znaczy przez krótką przerwę między *wyborem* środków, które należy zastosować w obecnej sytuacji, a *osiągnięciem* celów w przyszłości, ściśle związanej z terażniejszością”, czyli *potem*. *Kairòs* i *potem* wydają się być zatem ściśle powiązane.

Chronos to czas zegara, kalendarza, czas cykliczny. Tutaj nie ma przyszłości poza czystym i prostym powtarzaniem przeszłości, która jest potwierdzana przez terażniejszość. *Es el tiempo de lo conservador, de nuestra historia, de nuestra cronología*. (hiszp. *To czas konserwatysty, naszej historii, naszej chronologii*). Nie ma na co czekać, poza tym, co musi

²⁷ Kavafis, K. (1895-1915): *Poesía completa*, Madrid, Editorial Alianza, 1983. Σαν βρεις στο πηγαϊμό για την Ιθάκη,/να εύχεται να 'ναι μακρύς ο δρόμος,/γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις./Τους Λαιστρυγόνες και τους Κύκλωπες,/τον θυμωμένο Ποσειδώνα μη φοβάσαι,/τέτοια στον δρόμο σου ποτέ σου δε θα βρεις,/αν μεν η σκέψης σου υψηλή, αν εκλεκτή/συγκίνησης το πνεύμα και το σώμα σου αγγίζει./Τους Λαιστρυγόνες και τους Κύκλωπες,/τον άγριο Ποσειδώνα δεν θα συναντήσεις,/αν δεν τους κουβαλείς μες στην ψυχή σου,/αν η ψυχή σου δεν τους στήνει εμπρός σου.

²⁸ Galimberty, U. (1989): “Las metamorfosis de Crono”. *Archipiélago* no 10-11, Barcelona, 1992, pág. 56. This article can be found in its original version in *Il gioco delle opinioni*, Milano, Ed. Feltrinelli, 1989.

powrócić. Jest to czas ciągłości, naszej historii, naszej chronologii. Odnosi się do cykliczności naszych przeżyć. Jest to, być może, czas refleksji, czas funkcji osobowości.

Galimberti mówi:

Stąd znaczenie słowa *Kairòs*, którego rdzeń *krr* oznacza zjednoczenie, węzeł, harmonię. Tym, co ma łączyć i harmonijnie wiązać, jest *niedawna* przeszłość, która daje terażniejszości warunki do działania w *bezpośredniej* przyszłości. Tylko dzięki właściwemu zawiązaniu tego węzła coś może być uformowane jako obiektywne. Jeśli natomiast przyszłość się rozszerza, a *relatywna* przyszłość staje się *absolutna*, jeśli pytanie nie odnosi się do jutra, lecz do ostatniego dnia, jeśli cel, na tyle, na ile jest dostępny, sięga aż po krańce nieba, wtedy sprawa zostaje rozwiązana na rzecz innej czasowości, która jest poza zasięgiem ludzi i tylko w nieznacznym sposobie rezonuje z cyklem natury. Jest to czasowość *éschatonu*, która otwiera zupełnie inny czas i inne serie znaczeń. (Galimberti, 1989)

Ten trzeci sposób pojmowania czasu, *éschaton*, oznacza daleki w przestrzeni, równa się temu co *ostatnie* w sensie czasu, a w formie najwyższej oznacza *poza*. *Éschaton* jest więc tym, co jest poza naszym zasięgiem. Nawiązuje – jak mówi Galimberti – do czasu ostatecznego, do apokalipsy, do ostatniego dnia historii. Dlatego wiąże się z końcem, ze znikaniem, ze śmiercią, z tym, co nieznanne, z tym, co nieoczekiwane.

To właśnie z tą figurą czasową podmiot hipochondryczny spotyka się w swoim kryzysie. Uciekając od czasu subiektywnego, od krótkiego sekwencyjnego przedziału między terażniejszością a najbliższą przyszłością, tłumi on sekwencję, która doprowadziłaby go do interakcji z innym człowiekiem, odczuwając otchłań pełną pustki, która stawia go osobno i poza, konfrontuje go z nicością i sprawia, że spotyka się ze śmiercią jako jedyną możliwością jego istnienia: nieistnieniem. Ponieważ „nie ma ludzi, a potem czasu. Czas nie jest ani poza nami, ani w nas. Czas jest fabułą, dzięki której dusza rozwija się w metamorfozie figur” (tamże, 1989).

Istnieją zatem cztery elementy, na które należy zwrócić uwagę przy formułowaniu hipotezy terapeutycznej:

- Brak indywidualizacji z powodu konfluencji tła i figury.
- Problem z sekwencjonowaniem na osi czasu.
- Kłopoty z wyjściem poza *pre-kontakt* i przekształceniem doznań w emocje i uczucia.
- Ciągłe wątpliwości i trudności związane z nadawaniem znaczenia doznaniom, które pozwalają odróżnić to, co pilne (zdrowie jest sprawą, o którą naprawdę trzeba się troszczyć), od tego, co zwyczajne (reakcje fizjologiczne są uzasadnione tu i teraz).

Przejdźcie od tego, co somatyczne, do tego, co psychologiczne, według terapii Gestalt: odzyskiwanie uczuć

Zaprzeczanie własnym impulsom, uczuciom i pragnieniom jest zaprzeczaniem temu, co czyni nas ludźmi.

Matrix, 1999

Kontakt jest sposobem, w jaki jednostki aktualizują swoje doświadczenie w tym ciągłym przepływie i odnawiają swoją przynależność do ludzkości. Ten proces kontaktu, który jest niczym innym jak *self-w-działaniu*, oznacza zestrojenie organizmu ze środowiskiem, w którym żyje, lub jednostki z inną jednostką – i służy odżywieniu naszej duszy i wzrostowi.

To zestrojenie się ludzi w poszukiwaniu ich aktualizacji jako istot ludzkich jest procesem energetycznym, który w naszej księdze założycielskiej podzielono, w celach dydaktycznych i opisowych, na cztery fazy: *pre-kontakt*, *kontakt*, *kontakt finalny* i *post-kontakt*. Każda z tych faz ma swoje cechy charakterystyczne i osobliwości, a razem tworzą nierozzerwalną sekwencję, która prowadzi zarówno do kontaktu, jak i do aktualizacji.

Każda faza ma swoją własną energię lub podniecenie, a ten wzrost energii jest tym, co umożliwia pojawienie się figury w polu tu i teraz, jej realizację i spełnienie.

Faza *pre-kontakt* odpowiada początkowi pobudzenia. Percepcja poprzez zmysły i taniec mikro- i makro-ruchów elementów pola, które dążą do dostrojenia, jest tym, co zwiększa pobudzenie, czyniąc doznania widocznymi. W fazie tej dominuje ciało i przeważa funkcjonowanie id *self*. Wszystko jest pomieszane, a mnogość doznań poszukuje kształtu, aby stać się określoną, jasną i mocną konfiguracją. Pozostawanie w tej niepewności pozwala na wzrost podniecenia, dzięki czemu droga od tego, co fizjologiczne, prowadzi do tego, co psychologiczne.

Później następuje *faza kontaktu*, a jej początek jest wspólny dla innych ssaków: poprzez wzrost podniecenia energia, którą wcześniej rozpoznawaliśmy jako doznanie, staje się emocją. Emocje są definiowane przez naszych założycieli jako *integracyjna świadomość relacji między organizmem a środowiskiem*. (*Jest to figura pierwszego planu różnych kombinacji propriocepcji i percepcji*). *Jako taka, jest funkcją pola. [...] Emocje przejmują motywacyjną siłę popędów i apetytów* (PHG, 1994, s. 186-187). Jest to afektywna magma, która wykracza poza doznania, ale nie jest jeszcze tak jasna jak uczucia. Jest w niej więcej napięcia, większa niepewność, silny bodziec do wyjścia poza, w kierunku środowiska. A poprzez wspieranie tego podniecenia energia wzrasta i osiąga swój punkt kulminacyjny poprzez uczucia, ponieważ *emocje oddają swoją siłę motywacyjną jeszcze silniejszym i bardziej zdecydowanym uczuciom. [...] Emocje są środkami poznania. [...] są unikalnymi nośnikami stanu pola organizm/środowisko i nie mają żadnego substytutu*. (PHG, 1994, s. 187-188).

Uczucia mają cechę funkcjonalną: spełniają zadanie informowania o tym, co dzieje się w polu, tu i teraz, w trwającej sytuacji terażniejszości. Uczucia czynią nas, w sposób

szczególny, ludźmi. Uczucia i ich atrybut funkcjonalny odróżniają nas od innych ssaków, i to właśnie wpisuje nas w gatunek ludzki. Identyfikując uczucia poprzez poznanie, osiągamy punkt kulminacyjny. Uświadamiamy sobie, co się dzieje i czego chcemy i potrzebujemy od tego Drugiego w tym konkretnym polu tu i teraz. Nadszedł czas, by zaryzykować wyrażenie naszej potrzeby i wysłuchanie potrzeby drugiej osoby. Dostrojenie osiągnęło swój maksymalny punkt, swoją maksymalną częstotliwość.

Kontakt finalny, punkt kulminacyjny, w którym gromadzą się wszystkie emocje i energia, to czas, w którym dochodzi do zdrowej konfluencji. Jest to czas „nas”, czas ładowania życia i aktualizacji doświadczeń, czas poczucia, że żyjemy, że jesteśmy uczestnikami niepowtarzalnego doświadczenia bycia człowiekiem. Kiedy potrzeba jest zaspokojona, kiedy aktualizacja jest zakończona, pełna witalności, a energia i podniecenie są prawie wyczerpane, następuje ostatni etap: faza oddzielenia.

Post-kontakt to czas wycofania, „pożegnania”, indywidualizacji, która prowadzi nas do Ty i Ja (ang. You and Me), w którym funkcja osobowości *self* włącza nowość do tego, co już znane, a to, co już znane, do tego, co właśnie stało się nowością. To właśnie nazywamy twórczym przystosowaniem.

Gdzie w tym procesie zaczyna się cierpienie hipochondryczne? Moim zdaniem pojawia się ono w momencie przejścia od tego, co fizjologiczne, do tego, co psychologiczne, a dokładniej wtedy, gdy nie można utrzymać podniecenia w przejściu od doznań do emocji i uczuć. Tym, co zatrzymuje hipochondryka, uderzając w niego lękiem przed zbliżającą się śmiercią, jest poczucie utraty kontroli nad sytuacją poprzez poczucie bycia wciągany przez to, co emocjonalne. Utrata kontroli jest rodzajem pozwolenia na to, by dać się wciągnąć w nieznanne, którym zawsze jest świat i inny człowiek. Brak wsparcia i empatii w dzieciństwie napęłnił hipochondryka lękiem wobec ciekawości, a jego zdolność do ryzyka została ograniczona. Instykt przetrwania jest wcześniejszy i silniejszy niż ten, który wiąże się z ryzykiem, by odkrywać i żyć. Uczucia są spontaniczne, namiętne, pełne intensywności; mogą popychać nas w kierunku niepewnego celu. Jak mówi nasza księża założycielska, uczucia *uznaje się za to, na czym bazuje dusza czy 'self'; dzieje się tak dlatego, że uczucia są zawsze spontaniczne i pośrednie; nie można ani chcieć, ani być zmuszonym do odczuwania czegoś* (PHG, 1994, s. 155).

Z drugiej strony wydaje się, że osoba hipochondryczna nie ma nic do dania innym ludziom, ponieważ nie potrafi dawać w sposób harmonijny, bogaty czy zniuansowany. Może jedynie dzielić się swoim cierpieniem, swoim dyskomfortem i swoimi objawami. Stąd ciągle werbalne opisywanie repertuaru swoich dolegliwości, podczas gdy jej oczy opowiadają o głębokiej samotności i o niemożności poczucia, że jest częścią świata, w którym toczy się życie. J. C. Oates²⁹ realistycznie opisuje ten stan oczami bohatera jednej ze swoich powieści, który spędza wieczór z Alyce, przyjaciółką swojej matki i komentuje, gdy „zobaczył, jak się

²⁹ Oates, J. C.: *Missing Mom*, New York, Harper Perennial, 2006.

rozjaśniła” i jak „zadrżał jej głos”, gdy została zapytana o jedyną rzecz, jaką Alyce miała do przekazania: o swoje cierpienie.

Problemy medyczne Alyce były dwojakiego rodzaju: chroniczne dolegliwości i tajemnicze objawy, które nie zostały zdiagnozowane jako dolegliwości. Z grzeczności musiałem zapytać Alyce, jak się czuje i zobaczyłem, że rozjaśniła się na myśl o tym, że ma mi o tym opowiedzieć. W jej głosie słychać było drżenie, gdy wymieniała swoje przewlekłe dolegliwości (bezsenna, astma, migrena, „mdłości” w żołądku i „trzepoczący” puls) oraz niepokojące nowości i nowinki (obrząk gruczołów szyjnych, łzawienie oczu, wrastający paznokieć, nagle ataki czkawki, dzwonięcie w prawym uchu przypominające „dzwonek do drzwi zatrzymany na wysokim C”). Niegdyś mama doprowadzała do szału Clare i mnie, głośno reagując na każdy objaw Alyce; byliśmy przekonani, że to tylko podsycza hipochondrię Alyce, ale przekonałem się, że Alyce recytuje swoją litanię problemów zdrowotnych, ponieważ to wszystko, co ma do zaoferowania jako „nowości” (J. C. Oates, 2011).

Wysłuchanie litanii ich dolegliwości wydaje się raczej aktem współczucia niż aktem miłości i rozpoznania, z których to hipochondrycy nauczyli się już rezygnować. Jak przypomina nam Simone Weil³⁰, „miłość nie jest pocieszeniem. Jest światłem”.

Pewne konkretne wsparcie

*Twarz drugiej osoby przemawia do mnie i przez to
zaprasza mnie do niezrównanej relacji,
jedynej i niepowtarzalnej.*
Emmanuel Lévinas

*Motorem życia jest ogniwo,
wszystko jest połączone. [...]
Wszystko, co nas łączy, jest poezją,
tylko proza może nas rozdzielić.*
Matrix, 1999

Zagubiony w morzu objawów i w cierpieniu związanym z kryzysem hipochondryk puka do drzwi każdego pracownika służby zdrowia, który może dać mu nadzieję na wyleczenie. Lekarze nie wiedzą, co z nim zrobić ani co zalecić; wszystko wydaje się nieskuteczne; kiedy lekarz patrzy na hipochondryka wchodzącego do gabinetu, poziom jego niepokoju wzrasta, jakby był to rodzaj wspólnego powitania. Jednak nie jest ono wspólne ani wzajemne – hipochondryk nie idzie do lekarza z lęku przed możliwą poważną chorobą czy zbliżającą się śmiercią. Przychodzi raz po raz, by udręczać się z rozpaczą, że nikt i nic nie może zapewnić mu nieśmiertelności.

Ani psychiatra, ani przyjmowane leki nie łagodzą jego udręki i nie pozwalają mu cieszyć się życiem, tak jak robią to inni, którzy są zrelaksowani i nie zdają sobie sprawy, że śmierć jest im pisana.

³⁰ Weil, S. (1994): *Gravity and Grace*, Routledge Classics, 2002.

Również psychoterapia... nie wydaje się pomocna hipochondrykowi, ponieważ spośród wielu psychoterapeutów o różnych podejściach, których odwiedził, i wielu psychoterapii, które rozpoczął, żadna nie wyzwoliła go z kryzysów i niepokoju. Czy terapia Gestalt może coś zaoferować hipochondrykowi?

Nasza księga założycielska mówi:

Celem [psychoterapii] nie jest coś takiego jak „tylko” biologiczne funkcjonowanie. Chodzi nie tylko o zdrowe funkcjonowanie i brak bólu, ale o uczucia i przyjemność; nie tylko o doznania, ale o ostrą świadomość; nie tylko o brak paraliżu, ale o wdzięk i wigor. W zetknięciu z jednością psychosomatyczną, to ten rodzaj zdrowia uzasadnia istnienie psychoterapii. W medycynie kryteria zdrowia są dość precyzyjne i naukowo ustalone; wiemy, kiedy dany organ funkcjonuje dobrze. Ten aspekt „natury ludzkiej” jest jednoznaczny. Ale nie ma czegoś takiego jak „tylko” biologiczne funkcjonowanie (na przykład nie ma czegoś takiego jak „tylko” seks, bez miłości lub jej unikania). Dlatego środki medyczne są niewystarczające. (PHG, 1994, s. 86)

Psychoterapia Gestalt jest przede wszystkim dialogiem. Ale dialogiem w prawdziwym tego słowa znaczeniu: słowami między dwiema istotami ludzkimi. Nie powinniśmy zapominać o słowach Laury Perls³¹:

Jeśli chcemy pomóc naszym pacjentom w pełniejszym urzeczywistnieniu siebie jako istot prawdziwie ludzkich, sami musimy mieć odwagę wystawiać się na ryzyko związane z byciem człowiekiem. (L. Perls, 1959, 1992, s. 121)

Przyjmowanie, słuchanie i wspieranie cierpiącego to widzenie i słyszenie go ponad jego objawami, nieufnością, wątpliwościami. Pozwalamy sobie na bycie z Drugim, nie zapominając o tym, że choć jesteśmy częścią pola cierpienia, to jest to pole psychoterapeutyczne i jako terapeuci nie powinniśmy tracić z oczu naszych odniesień. W tym dialogicznym rezonansie zgadzam się w pełni z refleksjami psychiatry Eugenio Borgna:

Jak można poznać duszę, głęboką otchłań duszy, spojrzenie i twarz, które noszą ślady i jak można dostrzec tajemniczy i niewypowiedziany sens? Co się w nas dzieje, gdy w twarzy i w spojrzeniu, w napiętej linii uśmiechu i w emocjonalnym rozedrganiu ze strony drugiego-innego-niż-my odradza się (promieniuje) stan niepokoju lub bólu, rozpacz lub zakłopotania, nostalgii lub bezgranicznego smutku? Jak można przełamać tę samotność i izolację, które mogą żyć z nami, niezależnie od tego, czy jesteśmy „zdrowi” czy „chorzy”, i które wydają się nieprzeniknione w każdym spotkaniu i w każdym dialogu? [...].

Dusza ma tendencję do ciemnienia u ludzi „normalnych”, natomiast pozostaje żywa, choć zraniona i szlochająca, u osób, które borykają się z problemami psycho(pato)logicznymi i rzeczywistością cierpienia. Być może także w każdym z nas, gdy ból ulega destylacji lub rysuje nasze istnienie, dusza staje się horyzontem doświadczenia i wiedzy. Poszukując duszy tam, gdzie mieszka nostalgia, smutek czy niepokój serca, można ją znaleźć, a przynajmniej dostrzec jej światło i mrok³².

³¹ Perls, L. (1959): Living at the Boundary, The Gestalt Journal Press, 1992, s. 121.

³² Borgna, E. (2003): Le intermittenze del cuore, Milano, Feltrinelli, 2010, págs. 37-38. (za tłumaczeniem Carmen)

Podczas rozmowy konsultacyjnej i bezpośrednio po niej ważne jest nie tylko zapoznanie się z przeszłą i obecną historią osobistą pacjenta, ale także postawienie diagnozy, która wykluczy wszelkie rzeczywiste dolegliwości fizyczne. Fenomenologia relacji w trakcie sesji, a także nasze uczucia, myśli i odczucia towarzyszące spotkaniu dadzą nam podstawę, *tło* procesu psychoterapeutycznego.

Chociaż generalizowanie nie ma sensu, postawienie hipotezy dotyczącej wzorca kontaktu prezentowanego przez pacjenta może być przydatne. Jako hipotezę ogólną przyjmuję, że hipochondrycy mają konfluencyjny wzorzec relacji³³. Konfluencja jest punktem wyjścia w psychoterapii: poszukiwanie możliwości przekroczenia sytuacji konfluencji tła i/lub figury. Nie ma tu relacji egalitarnej, ponieważ pacjent jest, jak sam to manifestuje, w gorszej sytuacji – mimo własnej nieufności przyznaje autorytet wiedzy osobie z nadzieją otrzymania od niej „recepty” lub rozwiązania.

Zwiększenie *świadomości* tego, co naprawdę dzieje się w sytuacji terapeutycznej podczas sesji, pozwala nam zacząć nadawać kształt jednostkom (terapeuta – pacjent) w ich relacji. Zgadza się z Laurą Perls, gdy mówi, że *lęk pojawia się w sytuacji konfluencji, kiedykolwiek i gdziekolwiek konfluencja jest zagrożona, ponieważ stan konfluencji jest systemem równowagi organizmu, który ma funkcjonować bez specyficznie uświadomionej orientacji i specyficznie ukierunkowanej manipulacji. Kiedykolwiek równowaga ta zostaje naruszona, pojawia się lęk.* (L. Perls, 1976, 1992, s. 126).

Sesja po sesji będziemy dążyć do ustanowienia tańca „mojego z tobą” (ang. me-to-you), tańca wzajemnego rezonansu percepcji, niuansów i konturów. Bez cielesnego i psychologicznego konturu, który pozwala mi wyjść poza świadomą wiedzę i upewnić się, że „wiem”, gdzie się zaczynam/kończę i gdzie zaczyna się/kończy drugi człowiek, a przez to i świat, nie jest możliwe żadne spotkanie ani indywidualizacja, żadna granica ani kontakt.

Eksperymenty z wzorcami ruchu relacyjnego³⁴ będą miały kluczowe znaczenie dla tego zadania „konturowania” i poczucia, że pacjent jest *odczuwanym ciałem*. Eksperymenty między terapeutą a pacjentem, ale także między pacjentem a światem materialnym (fotel, podłoga, ściany, przedmioty). Uchwycenie tych niuansów, faktur, kolorów itp. oraz umiejętność ich nazwania i werbalnego podzielenia się nimi ułatwiają zadanie rozeznania i rozróżnienia doznań wykraczających poza zaostroszony id kryzysu hipochondrycznego.

Rocío uczestniczy w terapii już od kilku miesięcy. W tym czasie uświadomiła sobie, jak przestaje oddychać, kiedy zajmuje się swoim ciałem, zauważyła, że sposób, w jaki siedzi na krześle, nie pomaga jej poczuć się zrelaksowaną, jak trudne jest dla niej spostrzeganie, że na chwilę

³³ Jestem świadoma, że w terapii Gestalt diagnoza i leczenie następują krok po kroku i stanowią jeden proces. Jestem również świadoma, że ustanowienie stałego kryterium jako „szablonu”, który pasuje do każdego cierpiącego człowieka jest usztywnieniem. Jednak dla celów dydaktycznych podtrzymuję słowa PHG: „Te charaktery [lub wzorce] i ich mechanizmy nie są typami osób, ale jako całość stanowią opis neurotycznego 'ego' w procesie” (PHG, 1994, s. 230).

³⁴ Zob., Frank, R. (1992): *Body of Awareness: A Somatic and Developmental Approach to Psychotherapy*, Gestalt Press, 2001; and also, Brooks, Ch. V. W. (1966), *Sensory Awareness: The Rediscovery of Experiencing*, Ross Erikson Pub. Com., 1998.

„odciąłem się” od niej i jej „objawów”... Podczas tej sesji, w stosownym momencie, proponuję eksperyment: obie dotykamy prawą ręką ramion swoich foteli i wymieniamy kilka przymiotników, które opisują to, co zauważamy w tych ramionach, na przemian udzielając odpowiedzi - raz ja, raz ona. Ma trudności ze zrozumieniem mojej propozycji. Powtarzam instrukcje, aż staną się jasne. Jej ręka, którą położyła razem z drugą ręką na kolanach, przesuwając się powoli w kierunku ramienia jej fotela i opiera się na nim. Patrzy na mnie i mówi: „Przymiotniki dotyczące ramienia fotela?”. Nie odpowiadam, tylko zaczynam: „Gładkie”. „Zimne” - mówi ona, wpatrując się w ramię fotela. „Śliskie” - mówię, przesuwając dłoń po ramieniu fotela. Ona z kolei mówi: „Twarde” ... W miarę jak szukamy przymiotników określających ramiona naszych foteli i dzielimy się nimi, jej wyraz twarzy zmienia się, rozjaśnia się, przestaje patrzeć na ramię fotela i kieruje wzrok na mnie... uśmiecha się. Następnie proszę ją, by zmieniła perspektywę i poszukała przymiotników odnoszących się do jej odczuć, do wrażeń związanych z jej dłońmi na ramieniu fotela. Zaczyna niemal zanim udaje mi się skończyć zdanie. „Moja ręka jest gorąca, więc zauważam ten kontrast” - mówi mi teraz, nie przestając się uśmiechać. Uczy się rozróżniać i jest to kolejny krok w jej rozwoju - choć przed nami jeszcze długa droga.

Istotne jest, aby zwracać uwagę na ciało i na doznania, które powstają w relacji z drugim człowiekiem i ze światem. Ważne jest, by w relacji terapeuta – pacjent, podczas sesji terapeutycznych, osoba mogła być świadoma (poprzez *świadomość doznaniową* [ang. *awareness*]; *świadomość refleksyjna* [ang. *consciousness*] nie jest konieczna, ponieważ osoba nie jest studentem psychoterapii), że jej ciało jest centrum jej orientacji, że *jesteśmy* ucieleśnioną przestrzenią i czasem; że jej ciało jest jej sposobem ekspresji, że każdy jej ruch wchodzi w relację ze światem życia, że jest związany z doświadczeniem, emocją, nastrojem itd. ; że tylko dzięki ciału staje się podmiotem percepcji i że ciało jest „jednostką znaczenia” (Merleau-Ponty, 1975). To nasze własne ciało zapewnia nam przestrzenność i czasowość; to poprzez swoje ciała stajemy się intersubiektywnościami i intercielesnościami. Pamiętając o tych zasadach, psychoterapeuta może zaplanować eksperymenty, które będą punktem wyjścia do nawiązania kontaktu z pacjentem, w zależności od jego aktualnej sytuacji. Dzięki tym eksperymentom między pacjentem a terapeutą hipochondryk poszerzy swoją ucieleśnioną, bezpośrednią świadomość (*awareness*) poprzez odkrywanie doznań, emocji, uczuć i znaczeń związanych z każdą z jego obecnych sytuacji, odzyskując lub zyskując płynność procesu kontaktu polegającego na dostrojeniu się do drugiego człowieka, co jest dostrojeniem się do świata, do ludzkiej matrycy relacyjnej, a więc do życia.

Ważne jest również, aby osoba hipochondryczna, przez pewien czas będąca odizolowanym od matrycy relacyjnej biernym podmiotem psychoterapii, mogła poczuć się uczestnikiem: aktorem i twórcą historii ludzkości. Musi ona poczuć, poza refleksyjną świadomością (*consciousness*), że jest wyjątkowa i niezbędna w tworzeniu ludzkiej tkanki relacyjnej; że jej radości, smutki, cierpienia, łzy, działania lub zaniechania są oczekiwane i konieczne do napisania obecnej historii ludzkości. Być może, kiedy pojawiła się na świecie, nie było nikogo, kto mógłby dać jej, poprzez akceptację i uznanie, poczucia przyjęcia i przynależności – nie tylko do rodziny, ale także do szerszej rodziny ludzkiej. Jednak psychoterapia i psychoterapeuta, sesja po sesji, może pomóc jej pokonać tę nieświadomą izolację, aby mogła odnaleźć swoje miejsce oraz funkcję osobistą i relacyjną.

Boskie zadanie, jakie Bóg w Biblii nałożył na człowieka: *W pocie czoła będziesz spożywał chleb* (Rdz 2, 19), można wyraźnie dostrzec w kontaktach z hipochondrykami i w ich pracy terapeutycznej. Wysiłek i cierpienie to cechy ludzkie, które hipochondrycy pokazują i którymi dzielą się z terapeutą. Psychoterapia hipochondryka jest odczuwalną i realną reprezentacją powtarzającego się wciąż na nowo dramatu powstania i stworzenia człowieka, kiedy to *Pan Bóg ulepił człowieka z prochu ziemi i tchnął w jego nozdrza tchnienie życia, a człowiek stał się istotą żywą* (Rdz 2, 7). Hipochondryk w procesie terapeutycznym, odzyskując swoje ludzkie cechy poprzez kolejne twórcze korekty procesu kontaktu, ponownie łączy zwierzęcą spuściznę *Körper* ze specyficznymi i wyłącznymi dla ludzi charakterystykami: świadomością doznań, uczuć, znaczeń, wartości, wolności oraz swojego zadania jako aktora i współtwórcy ludzkiej przemiany. Jest to zadanie trudne i bardzo obciążające, ale też takie, które niesie ze sobą radość, szczęście i triumfy. Jednak jako psychoterapeuci musimy być uważni na naszą własną wielkość: my, terapeuci, nie jesteśmy Bogiem w tym procesie. Możemy być co najwyżej pośrednikami „tchnienia życia”, a jako tacy nie mamy żadnej „cudownej” mocy. Naszą jedyną mocą jest bycie wiernym sobie i roli, jaką odgrywamy.

Uwagi końcowe

Jak być może udało mi się przekazać w tym artykule, pole psychosomatyczne jest bardzo rozległe i obfituje w wiele różnych form cierpienia. Tu, jak można zauważyć, postanowiłam podzielić je na trzy główne kategorie, ponieważ każda z nich może obejmować różne grupy, które mogą mieć pewne cechy wspólne. Nie uwzględniłam też wszystkich przypadków psychosomatycznych – nie wymieniłam np. zaburzeń odżywiania czy tak drogich Freudowi zaburzeń konwersyjnych. To, co zaczęło się jako refleksja nad psychosomatyką w celu napisania kilku krótkich uwag na temat konceptualizacji psychosomatyki i podejścia do niej w terapii Gestalt, przybrało niezmiernie rozmiary, które wymykają się moim intencjom i celowi. Uznając to, co starałam się przekazać, mam świadomość, że brakuje tu pewnych innych aspektów, że wiele z przedstawionych tu propozycji wymaga dalszego rozwinięcia i że podejście to jest w sumie niekompletne.

Nie aspiruję do tego, by mieć ostatnie gestaltowskie słowo w tym temacie, nie uważam też, by moje propozycje i podejście miały być niekwestionowalne. Interesuje mnie jedynie podzielenie się moimi przemyśleniami w nadziei, że posłużą one jako tło i bodziec do wzbogacenia dialogu oraz do przedstawienia nowych propozycji. Nie znalazłam wielu gestaltowskich źródeł na ten temat, z wyjątkiem prac C. Castanedo³⁵ (1999), A. Schnake'a (1991, 2005, 2007), artykułu A. Iaculo (2001), pracy magisterskiej M. Navas Flores³⁶ (2003) oraz rozdziału O. Nemirinsly (2013), „Gestalt Approach to Psychosomatic Disorders”, w

³⁵ Castanedo, C. (1999): “El arte de enfermarse”, en www.vaca.ac.criacta/1999nov/castane.htm

³⁶ Navas Flores, M. (2003): “Enfermedades psicósomáticas y el ciclo de la experiencia”, Master's Degree Dissertation, Puebla, Universidad Popular de Puebla.

książce „Gestalt Therapy in Clinical Practice”³⁷, artykułu M. Spagnuolo Lobb³⁸ (2013), a także pewnych odniesień do ciała i jego przejawów, które można znaleźć w niektórych rozdziałach i fragmentach literatury Gestalt.

Na koniec jest coś, czym naprawdę chcę się podzielić i w co naprawdę wierzę: Nie jesteśmy tu po to, by być niezależni, najlepsi, ani po to, by pozostać sami i odizolowani. Jesteśmy tu po to, by tkąć nici życia i współtworzyć naszą relacyjną matrycę z kolorów naszej własnej substancji, by nadać znaczenie życiu, historii, przeszłości i przyszłości, by współpracować z naszą osobistą wyjątkowością, obecnością i pięknem w tworzeniu naszego wielobarwnego gobelinu, którym jest gatunek ludzki. Odzyskać naszą wrażliwość, oddesensytyzować nasze zmysły, zaangażować się jako współtwórcy z resztą ludzi, śmiać się, płakać, planować, cierpieć, ryzykować, formować, przekształcać przekształcając siebie - to nasze jedyne zadanie.

Tłumaczenie:

Ula Krasny, Marta Szmania-Deierling

Redakcja/Korekta:

Marta Rommel

Bibliografia

- Borgna, E. (1992): *Malinconia*, Milano, Feltrinelli, 2005.
- Borgna, E. (1997): *Le figure dell'ansia*, Milano, Feltrinelli, 2011.
- Borgna, E. (2003): *Le intermittenze del cuore*, Milano, Feltrinelli, 2010.
- Borgna, E. (2009): *Le emozioni ferite*, Milano, Feltrinelli, 2011.
- Borgna, E. (2011): *La solitudine dell'anima*, Milano, Feltrinelli, 2011.
- Brooks, Ch. V. W. (1966): *Consciencia sensorial*, Barcelona, Ed. Los libros de la liebre de marzo, 1967. [Sensory Awareness: The Rediscovery of Experiencing, Ross Erikson Pub. Com., 1998]
- Castanedo, C. (1999): “El arte de enfermarse”, en www.vaca.ac.criacta/1999nov/castane.htm
- Conte, E. y Mione, M. (2013): “Existencias anoréxicas, bulímicas y hiperfágicas: formas dramáticas de creatividad femenina”, en Francesetti, G., Gecele, M. y Roubal, J.: *Terapia Gestalt en la práctica clínica: De la psicopatología a la estética del contacto*, Madrid, Ed. Asociación cultural Los Libros del CTP, 2013, capítulo 26. [Anorexic, Bulimic and

³⁷ Francesetti, G., Gecele, M. and Roubal, J.: *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, FrancoAngeli, Gestalt Therapy Book Series, 2013.

³⁸ Spagnuolo Lobb, M. (2014): “Il corpo come ‘veicolo’ del nostro essere nel mondo. L'esperienza corporea in psicoterapia della Gestalt”, en *Quaderni di Gestalt*, 2014.

Hyperphagic Existences, in Francesetti, G., Gecele, M. and Roubal, J., *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, FrancoAngeli, Gestalt Therapy Book Series, 2013, pp. 537-560]

Corominas, J. (19619: Breve diccionario etimológico de la lengua castellana, Madrid, Ed. Gredos, 1973.

De la Cruz, J.: *Obras completas*, Montecarmelo.com [The Collected Works of St. John of the Cross, ICS PUBN, 1991]

Donato. M. G.: *Somos cuerpo*, Buenos Aires, Ed. OMEBA, 2007.

Foucault, M. (1973): *Storia della follia nell'età classica*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano. [History of Madness, Routledge, 2009]

Francesetti, G. y Gecele, M. (editores) (2011): *L'altro irraggiungibile: la psicoterapia della Gestalt con le esperienze depressive*, Milano, FrancoAngeli, 2011.

Francesetti, G. (2012): "El sufrimiento y la belleza", *Revista Cuadernos de Gestalt*, no 2, 2012. [Pain and beauty: from the psychopathology to the aesthetics of contact, in *British Gestalt Journal* 2012, Vol. 21, No. 2, 4–18]

Francesetti, G., Gecele, M. and Roubal, J.: *Terapia Gestalt en la práctica clínica: de la psicopatología a la estética del contacto*, Madrid, Ed. Asociación cultural Los Libros del CTP, 2013. [Gestalt Therapy in Clinical Practice, FrancoAngeli, Gestalt Therapy Book Series, 2013]

Frank, R. (1992): *La consciencia inmediata del cuerpo*, Madrid, Ed. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, colección Los Libros del CTP, 1994. [Body of Awareness: A Somatic and Developmental Approach to Psychotherapy, Gestalt Press, 2001]

Galimberti, U. (1979): *Psichiatria e fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 2011.

Galimberti, U. (1983): *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 2002.

Galimberti, U. (1989): "Las metamorfosis de Crono", en la revista *Archipiélago* no 10-11, Barcelona, 1992, pág. 55-58. Este artículo se puede encontrar en su versión original en *Il gioco delle opinioni*, Milano, Ed. Feltrinelli, 1989

Galimberti, U. (1992): "La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo", en *Idee: il catalogo è questo*, Milano, Ed. Feltrinelli, 1992, publicado en la revista *Archipiélago* no 10-11, 1996, págs. 11-14.

Goldstein, K. (1934): *The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man*, New York, Zone Books, 1995.

Goldstein, K. (1940): *Human nature in the Light of Psychopathology*, Cambridge, Harvard University, 1951.

Groddeck, G.: *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*, México, Ed. Gedisa, 1983. [Die Natur heilt: Die Entdeckung der Psychosomatik, Bettina Scheuer, 2014]

Heidegger, M. (1927): *El ser y el tiempo*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2004. [Being and Time, State University of New York Press, 2010]

Heidegger, M.: *Interpretaciones fenomenológicas sobre Aristóteles*, Madrid, Ed. Trotta, 2002. [Phenomenological Interpretations of Aristotle, Indiana University Press, 2001]

Henry, M.: *Philosophie et phénoménologie du corps*, París, Presses Universitaires de France, 1965. [Philosophy and Phenomenology of the Body, Springer, 1975]

Husserl, E. (1931): *Meditaciones cartesianas*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 2005. [Cartesian Meditations: An Introduction to Phenomenology, Springer, 2013]

- Husserl, E. (1952): Libro Segundo. Investigaciones fenomenológicas sobre la constitución, Ideas II, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997. [Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy, Springer, 1989]
- Husserl, E. (1952): Libro Tercero: La fenomenología y los fundamentos de las ciencias, Ideas III, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000. [Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy, Springer, 1980]
- Iaculo, Giuseppe (2001): "Bodily retroreflections and psychosomatic symptoms", mini-lecture in 7th European Conference of Gestalt Therapy, September, 2001, Stockholm.
- James, W. (1890): Principios de Psicología, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1980. [The Principles of Psychology, vols. 1 and 2, Dover Publications, Inc., 2000]
- Jaspers, K. (1913): General Psychopathology, vols. 1 and 2, Johns Hopkins University Press, 1997.
- Kavafis, K.: Poesía completa, Madrid, Ed. Alianza, 1983. [Collected Poems, Chatto and Windus, 1990]
- Kepner, J. I. (1987): Proceso corporal: un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia, México, Ed. Manual Moderno, 1992. [Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy, Gestalt Press, 1997]
- La Rosa, S. (2013): "Histeria: definición formal y un nuevo enfoque para la comprensión fenomenológica. Una reconsideración psicopatológica", en Francesetti, G., Gecele, M. y Roubal, J.: Terapia Gestalt en la práctica clínica: De la psicopatología a la estética del contacto, Madrid, Ed. Asociación cultural Los Libros del CTP, 2013, capítulo 32. [Hysteria: Formal Definition and New Approach to a Phenomenological Understanding, in Francesetti, G., Gecele, M. and Roubal, J., Gestalt Therapy in Clinical Practice, FrancoAngeli, Gestalt Therapy Book Series, 2013, pp. 537-560]
- Lalli, N. (1997): "Dallo schema corporeo all'immagine corporea: la complessità del vissuto corporeo", en Lo spazio della mente – Saggi di psicosomatica, 2a, Napoli, Liguori Editore, 1997.
- Lasch, Ch. (1979): La cultura del narcisismo, Barcelona, Ed. Andrés Bello, 1999. [The culture of narcissism, W.W. Norton & Cia., 1979]
- Manual Merck de Información Médica para el Hogar (2005-2008), MSD, "Trastornos somatoformes", capítulo 82: Trastornos mentales, http://www.msd.co.cr/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07.html
- Merleau-Ponty, M. (1942): La estructura del comportamiento, B. Aires, Ed. Hachette, 1976. [The Structure of Behavior, Duquesne Univ. Pr, 1983]
- Merleau-Ponty, M. (1951): Fenomenología de la percepción, Barcelona, Ed. Península, 1975. [Phenomenology of Perception, Routledge, 2013]
- Merleau-Ponty, M. (1964): El ojo y el espíritu, B. Aires, Ed. Paidós, 1985. [Eye and Mind, in The Primacy of Perception. Evanston, USA: Northwestern University Press. pp. 159-190 (1964)]
- Muñoz Rengel, J.J. (2012): El asesino hipocondríaco, Barcelona, Ed. Random House Mondadori, 2013.
- Navas Flores, M. (2003): "Enfermedades psicosomáticas y el ciclo de la experiencia", tesis de maestría, Puebla, Universidad Popular de Puebla

- Oates, J. C.: Mamá, Madrid, Ed. Santillana, 2011. [Missing Mom, Harper Collins Pub., 2006]
- Paz, O. (1956): El arco y la lira, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1986. [The Bow and the Lyre. Austin: University of Texas Press]
- Perls, F.S., Hefferline, R. and Goodman, P. (1951): Terapia Gestalt: excitación y desarrollo de la personalidad humana, Ferrol/Madrid, Ed. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, colección Los Libros del CTP, 2002. [Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality. Highland, NY: The Gestalt Journal Press Inc., 1994]
- Perls, L. (1959): Viviendo en la frontera, Madrid, Ed. Asociación cultural Los Libros del CTP, 2018. [Living at the Boundary, The Gestalt Journal Press, 1992]
- Salazar, T., Torres, E. and Rincón, V.: Violencia en la pareja, capítulo Criminológico, Universidad de Zulia, Venezuela, 2005, vol. 33, no 1.
- Sartre, J-P. (1943): El ser y la nada, Buenos Aires, Ed. Losada, 1998. [The being and nothingness, Routledge, 2003]
- Scheler, M. (1938): El puesto del hombre en el cosmos, Buenos Aires, Ed. Losada, 2003. [The Human Place in the Cosmos: Studies in Phenomenology and Existential Philosophy, Northwestern University Press, 2009]
- Schnake, A.: Los diálogos del cuerpo, S. de Chile, Ed. Cuatro Vientos, 1995.
- Schnake, A.: La voz del síntoma, S. de Chile, Ed. Cuatro Vientos, 2001.
- Schnake, A.: Enfermedad, síntoma y carácter, S. de Chile, Ed. Cuatro Vientos, 2007.
- Schore, A. N. (2003): La regolazione degli affetti e la riparazione del sè, Roma, Astrolabio, 2008. [Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development, Routledge, 1999]
- Schore, A. N. (2003): I disturbi del sè: la disregolazione degli affetti, Roma, Astrolabio, 2010. [Affect Dysregulation and Disorders of the Self, W. W. Norton & Company, 2003]
- Shepard, M.: Fritz Perls/La Terapia Gestalt, B. Aires, Ed. Paidós, 1977. [Fritz: An Intimate Portrait of Fritz Perls and Gestalt Therapy, Saturday Review Press, 1975]
- Smuts J.C.: Holism and Evolution, Macmillan & Co Ltd, London 1926
- Spagnuolo Lobb, M. (2011): El ahora-para-lo-siguiente en psicoterapia, Madrid, Ed. Asociación cultural Los Libros del CTP, 2013. [The Now-for-Next in Psychotherapy, Istituto di Gestalt HCC Italy, 2014]
- Spagnuolo Lobb, M. (2014): “El cuerpo como ‘vehículo’ del nuestro ser en el mundo. L’esperienza corporea in psicoterapia della Gestalt”, en Quaderni di Gestalt, 2014 [“El cuerpo como ‘vehículo’ de nuestro ser en el mundo. La experiencia corporal en psicoterapia gestáltica”]
- Spies, SB and Natrass, G (eds): Jan Smuts -- Memoirs of the Boer War, Johannesburg, Jonathan Ball, 1994.
- Stanghellini, G. (2006): Psicopatologie del senso commune, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008. [Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense, Oxford University Press, 2004]
- Selye, H. (1956): The stress of life, New York, McGraw-Hill, 1956
- Szasz, Th. (1981): “La teología de la medicina”, en la revista Archipiélago no 10-11, 1996, págs. 47-50, extractado de La teología de la medicina, Barcelona, Ed. Tusquets, 1981. [The Theology of Medicine: The Political-philosophical Foundations of Medical Ethics,

Syracuse University Press, 1988]

Taylor, R. B. (2006): Medicina de familia: principios y prácticas (6ta edición), Barcelona, Ed Masson, 2006. [Taylor's Manual of Family Medicine, LWW, 2015]

Trombini, G. and Baldón, F.: La psychosomatique, Paris, Éditions In Press, Collection Psycho, 2005.

Tronick, E. (2007): The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children, New York, Norton and Company, 2007.

Tronick, Ed. (2008): Regolazione emotiva : nello sviluppo e nel processo terapeutico, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008.

Vázquez Bandín, C. (2011): “La resistencia según la Terapia Gestalt”, en Cuadernos Gestalt no 1, págs. 42-55, 2012. [Towards a Notion of Resistance in Gestalt Therapy, in Gestalt Review 21(3): 242-258, 2017]

Weil, S. (1994): La gravedad y la gracia, Madrid, Ed. Trotta. [Gravity and Grace, Routledge Classics, 2002]

Wandenfels, B. (1997): De Husserl a Derrida. Introducción a la fenomenología, Barcelona, Ed. Paidós, 1997. [Phenomenology of the Alien: Basic Concepts, Northwestern University Press, 2011]

World Health Organization (WHO): ICD-10,
<https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>

World Health Organization (WHO): ICD-11,
<https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>

Zapata Molina, A. (2007): Psicopatología fenomenológica y existencial: historia, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 2007.