

Model Diagnostyczny Trzech Perspektyw (jak można korzystać z diagnostyki w podejściu Gestalt i w psychiatrii bez nieproduktywnego współzawodnictwa)

Jan Roubal

Streszczenie

Terapeuci Gestalt muszą konceptualizować swoją pracę kliniczną, aby świadomie różnicować podejście do różnych klientów. Diagnozowanie jest naturalną i niezbędną częścią procesu terapeutycznego. Zbudowanie spójnego systemu diagnostycznego w terapii Gestalt jest trudnym zadaniem, ponieważ terapeuci Gestalt wykorzystują (i często łączą) różne perspektywy patrzenia na sytuację kliniczną. Niniejszy artykuł pomaga rozróżnić perspektywy powszechnie stosowane w podejściu Gestalt: Perspektywę Teorii Pola, Perspektywę Kontekstualną i Perspektywę Psychopatologii. Świadome objęcie tych perspektyw pozwala terapeutom wykorzystać każdą z nich i czerpać korzyści z ich wzajemnej komplementarności, co z kolei umożliwia lepsze obrazowanie złożonych sytuacji terapeutycznych. Autor wykorzystuje swoje doświadczenie z dziedziny psychiatrii, aby przedstawić Model Diagnostyczny Trzech Perspektyw, który pozwala uniknąć polaryzacji między podejściem Gestalt a podejściem medycznym.

1. Wprowadzenie

Wyobraź sobie, że spacerujesz po parku i zauważasz rzeźbę. Patrzysz na nią, pozwalasz sobie ją poczuć i badasz ją. Następnie obchodzisz ją dookoła i patrzysz na nią z innego miejsca. Jest to ta sama rzeźba, a jednak postrzegasz ją teraz inaczej. Następnie ponownie zmieniasz miejsce i patrzysz na tę samą rzeźbę z innej perspektywy. Jedna perspektywa nie wystarczy, aby poznać rzeźbę.

Metafora rzeźby odnosi się tutaj do sytuacji klinicznej i diagnozy. W poniższym tekście próbuję uniknąć rywalizacji perspektyw. Nie zaprzeczam tu, że istnieje epistemologiczny konflikt między podejściem medycznym a podejściem Gestalt, nie chce jednak, aby konflikt ten doprowadził do bezproduktywnego współzawodnictwa: "Rzeźba powinna być widziana z tej perspektywy!". Zamiast tego proponuję obserwatorowi narzędzie pozwalające mu być bardziej świadomym tego, z jakiego miejsca w danej chwili obserwuje i jaką perspektywę mogą zaoferować inne miejsca.

1.1. Diagnoza psychoterapeutyczna i formułowanie przypadku

Kiedy spotykam klienta w sytuacji psychoterapeutycznej, słucham, obserwuję i doświadczam kontaktu z nim. W mojej głowie pojawiają się i znikają różne pytania: "Co tu się dzieje? Co sytuacja terapeutyczna mówi o kliencie i o mnie w danym momencie? Jakie symptomy widzę?". Co więcej, klient często mówi mi również o kontekście swojego życia i wówczas zaczynam rozpoznawać wzorce relacyjne; zastanawiam się, czy rozpoznaję te wzorce również w naszej sytuacji terapeutycznej. Moje pytania starają się rzucić światło na sytuację terapeutyczną z różnych perspektyw. W ten sposób moja świadomość i zrozumienie mają więcej wymiarów i lepiej odpowiadają bogatej złożoności sytuacji. W tym artykule chcę przedstawić moją eksplorację różnych perspektyw, z których mogę spojrzeć na sytuację kliniczną. Ważne jest nie tylko zadawanie pytań i formułowanie hipotez, ale także świadomość, z jakiego punktu widzenia pytam.

Kiedy terapeuta¹ spotyka się z klientem, ma do czynienia z ogromną ilością informacji na jego temat. Pochodzą one z różnych stron - poprzez zmysły terapeuty (słuch, wzrok itp.), z jego własnych emocjonalnych i cielesnych doznań, z bezpośrednich myśli i intuicyjnych spostrzeżeń, z wcześniejszych osobistych i zawodowych doświadczeń, które przychodzą na myśl podczas spotkania, czy wreszcie z teoretycznych koncepcji i założeń, które terapeuta

¹ Kiedy piszę o terapeutach i kliencie, używam rodzaju męskiego, aby nie komplikować czytania przez wiele ona/on lub jego/jej. Każdy on lub jego w tekście może również oznaczać ona lub jej.

przyswoił podczas swojej edukacji. Do przetwarzania wszystkich tych informacji terapeuta potrzebuje filtrów i koncepcji, które pomogą mu zorganizować je w znaczący sposób. Jest to konieczne do dobrej terapii - do kontaktu, który leczy, a nie ponownie traumatyzuje, do określenia realistycznych celów i procedur leczenia, a także jako podstawa odpowiedzialnej kreatywności ze strony terapeuty.

Obecnie w różnych podejściach psychoterapeutycznych podejmowane są wyraźne wysiłki, aby opracować metodę, która umożliwiłaby ocenę ('assessment') indywidualnego klienta i ułatwiła kliniczne leczenie psychoterapeutyczne z wykorzystaniem konkretnych koncepcji teoretycznych. Dąży się do stworzenia diagnostyki psychoterapeutycznej (np. Bartuska i in., 2008). Diagnostyka psychoterapeutyczna, w przeciwieństwie do diagnostyki medycznej, nie jest systemem sztywnych ramek, w które wpisuje się klienta. Jest to system wskazówek pomagających terapeutce w ciągłym orientowaniu się w trwającym procesie terapeutycznym i tworzeniu użytecznej mapy sytuacji terapeutycznej. Terapeuta tworzy tę mapę świadomy fakt, że jest ona jedynie uproszczeniem rzeczywistości, a on sam jest częścią badanego krajobrazu. Pozostając w relacji z klientem, terapeuta obserwuje zachodzące zmiany w unikatowym procesie terapeutycznym i konsekwentnie dostosowuje swój opis sytuacji we współpracy z klientem. Pod tym względem diagnostyka psychoterapeutyczna jest związana z innym często używanym terminem, jakim jest formułowanie przypadku ('case formulation'). Literatura Gestalt podąża za tym trendem, chociaż podejście Gestalt nie jest zbyt widoczne w przeglądowych publikacjach psychoterapeutycznych. Ważne, aby terapia Gestalt nie skupiała się wyłącznie na samej sobie, ale angażowała się bardziej we wzajemnie inspirujący dialog z innymi podejściami. Zgodnie z teorią terapii Gestalt, jednostka jest definiowana i rozwija się poprzez procesy zachodzące na granicy kontaktu z otoczeniem. Podobnie, samo podejście Gestalt jest określane i rozwijane na swoich granicach (Roubal, 2010), zarówno w kontakcie z innymi podejściami psychoterapeutycznymi, jak i ze światem medycznym. Aby lepiej to zilustrować, polecam dwie nowe publikacje, w których autorzy Gestalt mogą znaleźć wiele inspiracji pochodzących z innych podejść psychoterapeutycznych.

Książka *Psychotherapeutic Diagnostics* (Bartuska i in., 2008) opisuje podejście diagnostyczne różnych szkół psychoterapeutycznych i szerszy kontekst oceny ('assessment') w psychoterapii. Postawiono tu następujące główne pytania (Pritz, 2008): Jak możemy opisać procesy diagnostyczne w psychoterapii? Czy możliwe jest opisanie różnych metod diagnostycznych stosowanych w różnych systemach psychoterapeutycznych, a tym samym stworzenie warunków dla wspólnej praktyki diagnostycznej? W opisywanej książce podejście Gestalt jest reprezentowane jedynie przez, w dużej mierze teoretyczny, rozdział na temat diagnostyki w Gestalt Theoretical Psychotherapy (Stemberger, 2008) oraz przez bardzo krótki rozdział na ten sam temat w *Integrative Gestalt Psychotherapy* (Höll, 2008). Niestety, żaden z tych dwóch tekstów nie oferuje wystarczająco kompleksowej i mającej praktyczne zastosowanie konceptualizacji.

Drugie wydanie *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (Eells, 2007) przedstawia formułowanie przypadków jako metodę organizowania złożonych informacji o kliencie, ekstrapolowania indywidualnego leczenia, obserwowania zmian i przekształcania teorii i badań w praktykę kliniczną (Eells, 2007). Książka zawiera przegląd formułowania przypadków w różnych podejściach psychoterapeutycznych, które są następnie porównywane w poszukiwaniu wspólnej płaszczyzny. Pozycja ta zawiera również cenny rozdział poświęcony zagadnieniu formułowania przypadków w terapii skoncentrowanej na emocjach (Greenberg, Goldman, 2007), która jest osadzona w terapii skoncentrowanej na kliencie i terapii Gestalt. Podejście Gestalt nie jest jednak bezpośrednio reprezentowane².

² W innej podobnej publikacji przeglądowej - piątym wydaniu *Case studies in Psychotherapy* (Wedding, Corsini, 2008) - podejście Gestalt jest na szczęście reprezentowane przez starannie napisane studium przypadku (Denham-Vaughan, 2008), któremu towarzyszą rozwinięte komentarze innych terapeutów Gestalt (Blaize, Denis, Latner, Jacobs). Celem tego rozdziału jest jednak raczej zilustrowanie konkretnego klinicznego sposobu myślenia psychoterapeutów, a nie jego systematyczna implementacja do teorii Gestalt.

Tutaj chcę przedstawić propozycję, która koncentruje się przede wszystkim na diagnostyce w terapii Gestalt. Jej celem jest uzupełnienie zarówno wcześniejszej, jak i najnowszej literatury Gestalt na ten temat (np. Mackewn, 1999; Fuhr i in., 2000; Joyce i Sills, 2006; Francesetti i Gecele, 2009; Brownell, 2010; Dreitzel, 2010), a tym samym przyczynienie się do rozwoju systemu diagnostyki Gestalt. Taki system przyniósłby zarówno "wewnętrzne", jak i "zewnętrzne" korzyści. Mógłby służyć terapeutom Gestalt jako narzędzie w ich codziennej praktyce. Mógłby również przedstawić kompleksowy obraz podejścia diagnostycznego terapii Gestalt innym szkołom psychoterapeutycznym i przyczynić się do znalezienia z nimi wspólnej płaszczyzny porozumienia.

1.2 Osobiste doświadczenie z diagnozowaniem³

Kiedy byłem jeszcze studentem medycyny, podczas przygotowań do egzaminów z psychiatrii spędziłem dużo czasu na zapamiętywaniu kryteriów diagnostycznych ICD-10, szczegółowo opisujących psychopatologię pacjentów. Później, podczas pracy na oddziale psychiatrycznym zobaczyłem, jak łatwo można nagiąć i dowolnie zniekształcić diagnozę. Być może to był początek mojej późniejszej stałej już podejrzliwości wobec diagnostyki. Serdecznie brzydzę się obrazem "psychopatologa" kładącego na biurku duszę klienta do autopsji w poszukiwaniu tego, co jest z nią nie tak. Nie chciałem brać udziału w uprzedmiotowieniu i patologizacji ludzi, których spotykałem w szpitalu psychiatrycznym. Nie chciałem redukować żywych i zmiennych istot ludzkich do zestawu skamieniałych objawów psychopatologicznych. Nie chciałem, aby moje "Ja" i "Ty" klienta "zamieniły się w rzeczy pośród rzeczy" (Buber, 1996).

Być może pozostałem w praktyce psychiatrycznej tylko dzięki znalezieniu innego sposobu myślenia o moich klientach. Chętnie przyjąłem podejście psychoterapeutyczne, zwłaszcza podejście Gestalt, które traktuje objawy jako środek twórczego przystosowania w relacjach. Jednak po tej entuzjastycznej fazie (mój czas "nawrócenia na psychoterapię") nastąpiło rozczarowanie. Kiedy myślałem o moich klientach w złożonych kategoriach paradygmatu teorii pola, nie byłem zrozumiały dla moich kolegów z oddziału psychiatrycznego, więc aby się z nimi komunikować, musiałem powrócić do ogólnych terminów psychopatologicznych. Najgorsze było to, że nie wierzyłem już w psychiatryczną terminologię diagnostyczną, a zatem nie była dla mnie ona pomocna. Zauważyłem, że tracę swoje precyzyjne, ostre podejście diagnostyczne.

Spoglądałem na moich klientów przez okulary teorii pola i oglądałem ich self jako zmienny system kontaktów, objawy połączone ze wszystkimi innymi elementami pola i siebie jako biorącego udział we współtworzeniu ich objawów tu i teraz. Potrafiłem nawiązać dobry kontakt z moimi klientami, ale nie byłem dobrym diagnostą. Konfrontowałem się też z moimi najświeższymi introjektami: "Nie powinieneś postrzegać klienta jako obiektu!", "Nie skupiaj się na problemach, na tym, co nie działa!", "Powinieneś dążyć do spotkania Ja-Ty!", "Skup się na tym, co 'pomiędzy!'" i innymi. Odkryłem, że kiedy porzuciłem obiektywizujące i patologizujące podejście diagnostyki medycznej, zacząłem tracić ostre spojrzenie diagnostyczne - takie, które z dystansu świadomie chwyci drobne szczegóły funkcjonowania psychicznego klientów. W ten sposób straciłem również sposób celowego i konceptualnego różnicowania podejść do klientów z różnymi rodzajami cierpienia.

Chcę wykorzystać moje doświadczenie jako psychiatry "zorientowanego na Gestalt". W tym artykule chciałbym przedstawić mój pogląd na to, że nawet terapeuta Gestalt może odnieść korzyści ze stosowania ostrego i precyzyjnego podejścia do etykietowania diagnostycznego - uprzedmiotawiającego, patologizującego podejścia związanego z perspektywą Ja-To. Chciałbym również pokazać, jak uniknąć ulegania ograniczeniom wynikającym z takiego podejścia i jak pozostać otwartym na relacyjną i zorientowaną na proces perspektywę podejścia Gestalt.

2. Podejście Gestalt i ocena diagnostyczna

³ Rozróżniam treść i proces diagnozy. Używam wyrażenia 'diagnozowanie', gdy chcę podkreślić proces stawiania diagnozy.

2.1. Podstawowe założenia i historia

Diagnoza Gestalt nie jest nastawiona na sztywne wnioski (Brownell, 2010), ale służy jako elastyczna i chwilowa hipoteza robocza (Höll, 2008), która umożliwia terapeutę zorientowanie się w sytuacji klinicznej i rozważenie odpowiednich strategii terapeutycznych. Diagnoza jest najbardziej użyteczna, gdy jest opisowa, fenomenologiczna i elastyczna (Joyce i Sills, 2006). Ponadto terapeuta Gestalt współtworzy i stale koryguje ją poprzez dialog z klientem. Terapia Gestalt opiera się na założeniu, że terapeuta, który formułuje diagnozę, stanowi nieodłączną część rzeczywistej sieci relacji, a zatem zjawiska interakcji między terapeutą a klientem są ważnymi obiektami eksploracyjnego zainteresowania terapeuty.

Każde doświadczenie jest przypadkowe, zmienne, amorficzne i chaotyczne w momencie swoich narodzin (Melnick, 1998). Podstawową ludzką tendencją jest organizowanie każdego doświadczenia w znaczącą strukturę. W ten sam sposób organizujemy nasze doświadczenie obecności innych ludzi - nadajemy mu nazwę i strukturę. Ponieważ jest ono bardzo zmienne i trudne do uchwycenia, jesteśmy skłonni do rzutowania oceny naszego doświadczenia na ludzi wokół nas. Nieustannie etykietujemy otoczenie: "facet miał kiepską noc", "dobrze wyglądasz", "ona jest trochę zbyt beztroska". Te i wszystkie inne powszechnie stosowane stwierdzenia mogą być postrzegane jako amatorska diagnoza, wykorzystywana do etykietowania ludzi dookoła nas. Diagnozowanie⁴ w psychoterapii różni się od takich codziennych przepływów etykietowania, ponieważ terapeuta stosuje je z myślą o korzyściach klienta i nieustannie zastanawia się nad procesem formułowania diagnozy.

Przez długi czas terapeuci Gestalt albo unikali diagnozy⁵, albo dążyli do stworzenia jej specyficznej wersji Gestalt (Brownell, 2010). Podejście Gestalt tradycyjnie przeciwstawiało się uprzedmiotawiającemu, patologizującemu i zdepersonalizowanemu etykietowaniu osób (Perls i in., 1951), szeroko stosowanemu w medycynie i wczesnej psychoanalizie. Podkreślano różne wnioski teoretyczne, oparte na wzajemnym powiązaniu fenomenów pola i wyjątkowości historii życia każdej osoby. Jednak opisując przypadki kliniczne, podejście Gestalt wciąż nie było w stanie wyemancypować się z koncepcji diagnostyki medycznej. Kiedy czytamy np. opisy "introjektorów" lub "retroreflektorów" (Perls i in., 1951; Polster i Polster, 1974) lub osób, które w jakiś sposób przerywają cykl kontaktu (Zinker, 1978), jest to podobnie uprzedmiotawiająca i patologizująca perspektywa, choć dokonywana przy użyciu innych etykiet diagnostycznych (jednak w przeciwieństwie do diagnostyki medycznej, tu opis diagnostyczny nie jest statyczny, ale odzwierciedla proces, a tym samym oznacza możliwość zmiany)⁶.

Z drugiej strony w podejściu Gestalt zawsze istniała potrzeba zajmowania się typologią ze względu na potrzebę ukierunkowania pracy terapeuty i dobranie interwencji (Perls i in., 1951). Terapeuci Gestalt zdają sobie sprawę, że nie można uniknąć diagnozowania, więc ich wybór polega na robieniu tego albo nieumyślnie i niedbale, albo w sposób przemyślany i w pełni świadomy (Yontef, 1993). Z jednej strony są świadomi ryzyka, że

⁴ Piszę tu o diagnostyce i diagnozowaniu w szerszym znaczeniu tego słowa, jako o nazywaniu i konceptualizowaniu, które służą terapeutę do orientowania się w pracy z klientem. Tę "percepcyjną" część pracy terapeutycznej uzupełnia następnie część "działaniowa" w postaci interwencji terapeutycznej.

⁵ Poza psychopatologicznymi etykietami medycznego systemu klasyfikacji stosuję również termin 'diagnoza' dla różnych nazw z obszaru psychoterapii, a mianowicie terapii Gestalt.

⁶ W późniejszym podejściu Gestalt Perspektywa Teorii Pola i podejście dialogiczne są coraz częściej stosowane nawet w opisie przypadków klinicznych. Na przykład nie mówi się już o zaburzeniu kontaktu spowodowanym niewłaściwymi mechanizmami, ale raczej o indywidualnie specyficznym sposobie kontaktowania się (Wheeler, 1991; Melnick, Nevis, 1998), który nie jest oceniany (Mackewn, 2004; Joyce, Sills, 2006).

będą zajmować się diagnozą zamiast klientem, a ich podejście stanie się zdepersonalizowane i antyterapeutyczne. Z drugiej strony odrzucenie diagnostyki i różnic między ludźmi może przynieść podobne skutki (Delisle w: Gilbert, Evans, 1999). Z tych względów podejmowane są próby stworzenia systemu diagnostycznego (np. Delisle, 1991; Swanson i Lichtenberg, 1998; Melnick i Nevis, 1998; Baalen, 1999; Fuhr i in., 2000; Francesetti i Gecele, 2009; Dreitzel, 2010), który pomógłby terapeutom w orientacji. Są to próby stworzenia klasyfikacji, która umożliwiłaby terapeutom kategoryzację ich doświadczenia klinicznego przystającego do ich klientów. W tym celu stosuje się terminy zarówno z psychopatologii ogólnej, jak i teorii terapii Gestalt. Autorzy często próbują je łączyć, co jest dość trudne, ponieważ terminologia psychopatologiczna i Gestalt wywodzą się z różnych paradygmatów. Częstkowe, jasno zdefiniowane modele teorii terapii Gestalt są często wykorzystywane do diagnostyki - chodzi tu o cykl kontaktu i style kontaktu. Wkład tej procedury polega na jej jasności i przejrzystości, co poprawia nauczanie i superwizję podejścia Gestalt, jednocześnie sprawiając, że metody Gestalt są łatwe do przyjęcia dla terapeutów innych orientacji psychoterapeutycznych. Istnieje jednak ryzyko, że modele oparte np. na cyklu kontaktu lub stylach kontaktu mogą odchodzić od teoretycznych podstaw terapii Gestalt. Wydaje się, że mogą one zostać zainfekowane paradygmatem psychopatologii medycznej - uprzedmiotawiają i patologizują klienta. Nie ma prawie żadnej różnicy w, np. etykietowaniu klienta jako "depresyjnego" lub jako kogoś, kto "przerywa cykl kontaktu między etapem mobilizacji energii a działaniem przez retrorefleksję". Oba te przykłady eliminują istotny wkład podejścia Gestalt w psychoterapię, jakim jest otwartość na spotkanie i poleganie na procesie. Brownell (2010) stawia pytanie: "Jak mówić o kliencie bez wyrządzania mu krzywdy?".

Terapeuci Gestalt są świadomi tego ryzyka i podkreślają kontekst relacji i jej subiektywne znaczenie dla klienta w fenomenach oznaczonych jako psychopatologiczne. Ma to na celu zaakcentowanie tego, że pewnych zjawisk nie da się oddzielić lub odizolować od innych i że nie można marginalizować tego, jak na samą diagnozę istotny wpływ ma osoba diagnozująca.

Niemniej jednak koncepcja subiektywnej perspektywy terapeuty przyjęta w skrajnej postaci uniemożliwia tworzenie jakichkolwiek ogólnych kategorii lub wskazówek. Kolejną wadą jest jej duża złożoność, która uniemożliwia prostą konceptualizację i zrozumiałe wyjaśnienie wśród studentów lub superwizantów, a także innych współpracujących specjalistów (psychiatrów, lekarzy ogólnych, pracowników socjalnych). Terapia Gestalt jawi się wtedy jako rodzaj rozmytego, niejasnego podejścia, co sprzyja pojawianiu się łatwych uproszczeń w postaci skrótów: "wszystko dzieje się w polu" lub "wszystko jest w ciągłym procesie". I oczywiście takie ogólne stwierdzenia są bezużyteczne w praktyce. Jak więc zachować jasność, zrozumiałość i trafność diagnostyczną, pozostając jednocześnie wiernym oryginalnemu paradygmatowi podejścia Gestalt? Przedstawiam tutaj Model Diagnostyczny Trzech Perspektyw zaprojektowany w celu zapewnienia jasnej oceny diagnostycznej przypadku klinicznego, która umożliwiłaby zróżnicowane podejście terapeutyczne do klientów o różnych cechach klinicznych. Uważam, że ten model jest najbardziej przydatny w mojej własnej praktyce, a także na szkoleniach i podczas superwizji Gestalt, ponieważ przewyższa dychotomię modeli medycznych i Gestalt.

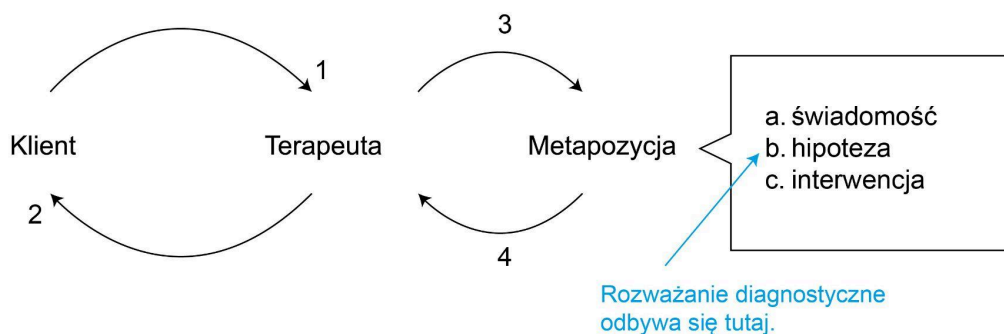
Istniejące systemy diagnostyczne Gestalt skupiają się przede wszystkim na opisie treści diagnozy - koncentrują się na tym, co terapeuci Gestalt mogą zdiagnozować. Treść diagnozy tworzą zarówno struktury (opisane rzeczownikami), jak i procesy (opisane czasownikami). Niniejszy artykuł uzupełnia je, koncentrując się na samym procesie diagnozowania - na tym, jak diagnozujemy, na jakim etapie procesu terapeutycznego diagnozowanie ma miejsce i jakie są jego prawidłowości.

2.2. Metapozycja

Poprzez diagnozowanie tworzymy większy dystans w celu zorientowania się i uzyskania lepszego oglądu sytuacji. Im większy obraz sytuacji, tym mniejszy kontakt i odwrotnie. Podręczniki diagnostyczne, takie jak DSM IV lub ICD-10, reprezentują jedną skrajność. Ekspert diagnozujący z maksymalnie "obiektywizującym" poziomem dystansu ocenia każdy szczegół obserwowanego obiektu i nie próbuje nawiązać kontaktu z klientem. Momenty pełnego kontaktu Ja-Ty (Buber, 1996) w procesie terapii reprezentują drugą skrajność. W takich chwilach terapeuta maksymalnie zanurza się w istocie bycia-razem ('being-togetherness') z drugą osobą i nie próbuje orientować się w sytuacji. Nie etykietuje ani drugiej osoby, ani siebie z pozycji Ja-To. Nie diagnozuje, tylko spotyka. W pracy psychoterapeutycznej zajmowanie tylko jednej z tych skrajnych pozycji jest nie do utrzymania. Albo nie nawiążemy kontaktu z klientem, albo zatracimy się w strumieniu spotkania. W praktyce, w trakcie procesu psychoterapeutycznego poruszamy się w górę i w dół skali pomiędzy tymi biegunami. Znajdujemy się albo bliżej bieguna diagnozy, albo bieguna spotkania, w zależności od tego, co jest w danej chwili potrzebne. To właśnie ta zdolność do elastycznego i zgodnego z aktualną sytuacją przechodzenia od poziomu spotkania z klientem do poziomu metapozycji i z powrotem stanowi podstawową umiejętność psychoterapeutyczną.

Aby lepiej opisać pozycję terapeuty w procesie diagnozowania, używam ę modelu, który Ernst Knijff (2000) nazywa "tańcem terapeutycznym", i adaptuję go.

Rysunek 1: Metapozycja terapeuty



Klient i terapeuta wzajemnie na siebie reagują (patrz strzałka 1 i 2). "Działają" ('act') i "odpowiadają" ('re-act'), współtworzą usztywnione gestalty. Terapeuta jest przeszkolony, aby tymczasowo wyjść z tych utrwalonych gestaltów, wykorzystując swoją świadomość. Zdaje sobie sprawę ze wzorców tworzących proces relacji terapeutycznej. Dzięki swojej świadomości zajmuje pozycję powyżej poziomu reagowania i przyjmuje "metapozycję" (patrz strzałka 3). Tam mapuje swoją świadomość (a.), tworzy hipotezy terapeutyczne (b.) i rozważa możliwe interwencje (c.). Będąc w metapozycji, terapeuta odnosi się do klienta poprzez obserwacyjny tryb Ja-To (Buber, 1969). Następnie wraca, gotowy i w pełni obecny, aby ponownie spotkać się z klientem (patrz strzałka 4); jest wtedy z powrotem w trybie dialogicznym, otwartym na spotkania Ja-Ty (patrz strzałka 2). Podkreślam, że niniejszy artykuł koncentruje się na rozważaniach diagnostycznych terapeuty w "metapozycji", czyli na etapie formułowania hipotezy terapeutycznej (zob. b. hipoteza).

Pomiędzy klientem a terapeutą zachodzi ciągła wymiana interakcji, zarówno werbalnych,

jak i niewerbalnych. Na poziomie treści jest to kwestia wzajemnego przekazywania informacji. Na poziomie procesu to z kolei kwestia wzajemnego wzorca bycia w relacji. Terapeuta spotyka się z klientem i pozyskuje informacje z różnych źródeł. Jednym z nich jest obserwacja klienta - jak wygląda, jaka jest jego budowa ciała, jaką ekspresję przyjmuje, w co jest ubrany, jak mówi itp. Dalsze informacje uzyskuje się z danych anamnestycznych, podanych bezpośrednio przez samego klienta lub zaczerpniętych z innych źródeł (raporty medyczne od lekarza ogólnego, psychiatry lub krewnych). Poznajemy rodzinę klienta, możliwą historię podobnych trudności wśród jego krewnych, jakość relacji w rodzinie, poprzednią i obecną sytuację społeczną klienta, charakter jego istniejących relacji, czas trwania i rozwój jego cierpienia, rodzaj leczenia, któremu został już poddany itp.

Jednak terapeuta i klient wymieniają się czymś więcej niż tylko informacjami. Wzajemnie reagują i w dużej mierze odtwarzają swoje zwykłe wzorce relacji lub utrwalone gestalty. Jest to niezbędny etap procesu terapeutycznego, za który terapeuta nie musi się krytykować. Wręcz przeciwnie, osobiście doświadcza, jak zorganizowane jest pole relacyjne, w którym żyje klient. Wszystko, czego terapeuta doświadcza i co robi, jest funkcją tego pola i może być wykorzystane jako informacja diagnostyczna (Roubal, 2009). Terapeuta wykorzystuje swoją świadomość - czyli własne uczucia, myśli, fizyczne percepcje i impulsy pojawiające się w obecności klienta - jako kolejne źródło informacji. Zbieranie wszystkich tych informacji jest szczególnie ważne na początkowym etapie terapii. Niniejszy artykuł koncentruje się na kolejnym kroku - procesie diagnozowania, który strukturyzuje i klasyfikuje informacje.

Sytuacja terapeutyczna różni się od zwykłej komunikacji nieterapeutycznej sposobem, w jaki terapeuta wykorzystuje swoją zdolność do przyjmowania metapozycji na korzyść klienta. W metapozycji terapeuta wycofuje się z interakcji z klientem i obserwuje sytuację terapeutyczną z dystansu. Tam tworzy przestrzeń na zyskanie orientacji. Klasyfikuje swoje obserwacje, swoją świadomość - to, co postrzega za pomocą zmysłów i to, czego sam doświadcza (głównie wewnętrzną i zewnętrzną strefę świadomości według Perlsa (1969)). Rozważa zdobyte informacje i tworzy hipotezy robocze (głównie środkową strefę świadomości według Perlsa (1969)). Hipotezy to różne sposoby, w jakie terapeuta rozumie trwający proces terapeutyczny i jakie przypisuje mu znaczenie. Metapozycja jest również miejscem, w którym terapeuta rozważa możliwe interwencje. Interwencją może być wszystko, co terapeuta robi, bazując na swojej świadomości - pytanie, wspierające "hmm", frustrująca cisza, propozycja eksperymentu itd.

To przejście do pozycji obserwatora może zająć sekundę podczas sesji terapeutycznej czy kilka minut po jej zakończeniu, kiedy terapeuta sporządza notatki, czy wreszcie dłuższą chwilę podczas superwizji. Klasyfikując informacje, formułując hipotezy i rozważając interwencje, terapeuta czerpie korzyści nie tylko ze swoich zdolności poznawczych, ale także ze świadomej i praktykowanej intuicji⁷. W dalszej części tekstu skupimy się tylko na jednym etapie całego procesu, a mianowicie na etapie formułowania hipotez, podczas którego artykułowane są przemyślenia diagnostyczne terapeuty.

3. Model Diagnostyczny Trzech Perspektyw

Diagnoza musi być wielowymiarowa, aby jak najlepiej pasowała do mapy złożonego terytorium, na które terapeuta wkracza podczas spotkania z klientem. Tworzenie

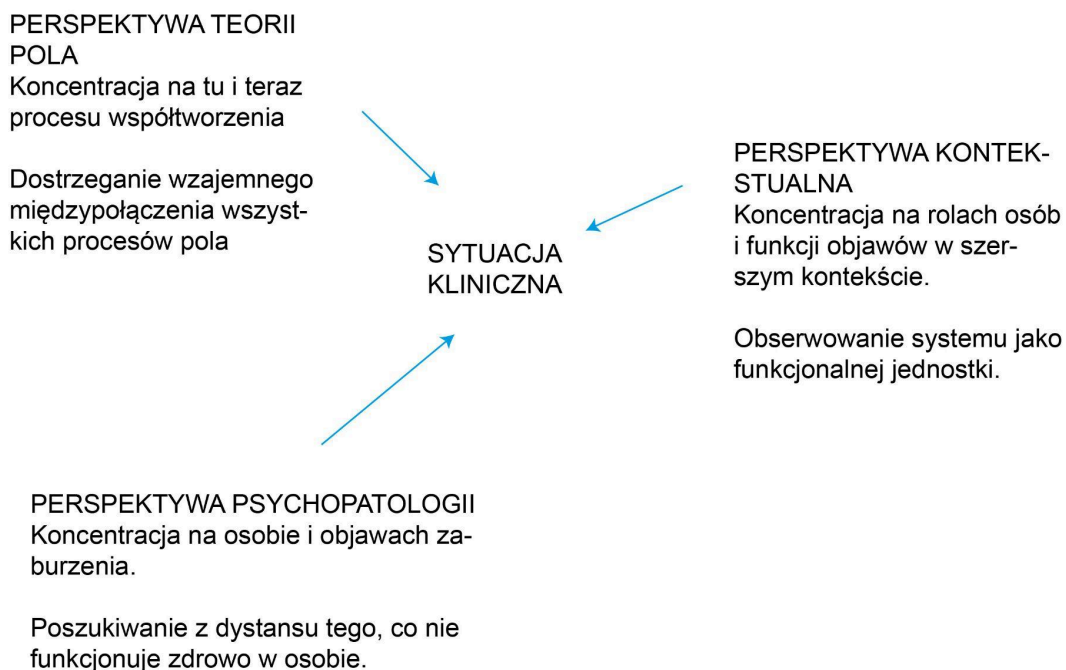
⁷ W celu zachowania kompleksowości i ilustracyjności wprowadzony model znacznie upraszcza wieloraki i wielowymiarowy przebieg spotkania dwóch osób w pozycji terapeuty i klienta. Cały proces relacji terapeutycznej, w tym zdolność terapeuty do powrotu do metapozycji, jest złożony, a poszczególne etapy wzajemnie się przenikają. Koncepcja metapozycji jest również jedynie abstrakcyjnym uproszczeniem, ponieważ terapeuta jest zawsze częścią pola, a nawet sama metapozycja jest funkcją pola.

wielowymiarowej diagnozy zmniejsza ryzyko zajmowania się własną koncepcją zamiast pełnego zaangażowania się z żywą osobą; pozwala nam słuchać potrzeb klienta w odniesieniu do różnych wymiarów jego życia (rozwojowych, bieżących relacji, duchowych itp.).

Podczas spotkania z klientem terapeuta ma złożone doświadczenie. Może tworzyć wielowymiarową diagnozę, wykorzystując różne punkty widzenia, elastycznie zmieniając perspektywy, z których obserwuje proces klienta i sytuację terapeutyczną. Może spojrzeć na sytuację kliniczną z perspektywy Gestalt, medycznej lub innej. Ważne jest, aby te perspektywy nie były traktowane jako hierarchiczne; by jedna nie była "wyższa" lub lepsza od drugiej. W poniższym sugerowanym Modelu Diagnostycznym Trzech Perspektyw, perspektywy nie konkurują ze sobą, ale raczej uzupełniają się, tworząc wielowymiarową diagnozę. Najważniejsze jest, aby terapeuta rozpoznał perspektywę, z której diagnozuje w danym momencie. Gdyby pomylił różne perspektywy, uniemożliwiłoby mu to skorzystanie z każdej z nich.

Poniższy model opisuje trzy perspektywy najczęściej używane przez terapeutów Gestalt (patrz rysunek 2). Terapeuta może zacząć od dowolnej z nich, ale musi być świadomy, z której perspektywy obserwuje, albo której w ogóle nie stosuje. Zmienia je elastycznie i stopniowo wykorzystuje punkty widzenia trzech perspektyw diagnostycznych. Pracuje nad opisem diagnostycznym przypadku częściowo samodzielnie po zakończeniu sesji, podczas utrwalania go na piśmie, częściowo podczas superwizji, a także bezpośrednio w trakcie sesji (będąc w metapozycji). Ma również możliwość wrażliwego i bezpiecznego wprowadzenia swoich refleksji diagnostycznych do rozmowy z klientem, dzięki czemu terapeuta i klient mają szansę wspólnie poszerzyć świadomość obecnej sytuacji. Mogą następnie badać, testować i przekształcać diagnozę w sposób ciągły. Ten rodzaj diagnozowania ma naturę dialogiczną.

Rysunek 2: Model Diagnostyczny Trzech Perspektyw



Rysunek przedstawia trzy możliwe perspektywy diagnostyczne często przyjmowane przez praktyków Gestalt. Podczas procesu formułowania diagnozy terapeuta jest

świadomy, z której pozycji patrzy na klienta i sytuację terapeutyczną. Model jest cykliczny; terapeuta płynnie zmienia perspektywy, aby uzyskać złożony, wielowymiarowy obraz diagnostyczny.

3.1. Perspektywa Psychopatologii

Czy terapeuta Gestalt może postrzegać swojego klienta jako osobę np. depresyjną, obsesyjną lub borderline? Myślę, że tak, jeśli tylko utrzymuje diagnozę psychopatologii jako hipotezę i wie, że patrzy na sytuację terapeutyczną jedynie z jednej z kilku możliwych perspektyw. Perspektywa Psychopatologii wynika z sytuacji klinicznej: terapeuta obserwuje klienta i formułuje hipotezy na jego temat z perspektywy Ja-To. Można powiedzieć, że przyjmuje paradygmat newtonowski, który zakorzeniony jest w założeniu obiektywnej⁸ obserwacji zjawiska; traktuje klienta jak klasyczny lekarz. Odnosi swoje obserwacje do wcześniej zdobytej wiedzy i w ten sposób tworzy Perspektywę psychopatologii.

Perspektywa Psychopatologii: skupienie się na tym, co nie działa zdrowo.

Terapeuta pyta: Jakie symptomy obserwuję?⁹

Terapeuta patrzy na klienta jak na obiekt; krytycznie i kompleksowo szuka tego, co nie działa w kliencie w zdrowy sposób.

Wykorzystuje swoją wiedzę z zakresu ogólnej psychopatologii medycznej i modeli teoretycznych podejścia Gestalt (i ewentualnie innych systemów psychoterapeutycznych).

Terapeuta stara się zdiagnozować objawy w możliwie najdokładniejszy sposób.

Nie martwi się, że "powinien" skupić się na relacji, procesie twórczego przystosowania, perspektywie teorii pola lub współtworzeniu objawów w danym momencie. Odkłada te introjekty Gestalt, bierze je w nawias na ten moment.

Perspektywa Psychopatologii w diagnozie opisuje dysfunkcjonalne cechy klienta przy użyciu zarówno ogólnej terminologii psychopatologii, jak i terapii Gestalt. Terapeuta rozróżnia i etykietuje trudności klienta, tworząc hipotezy na temat tego, jak się pojawiły i jak są utrzymywane. Obserwuje klienta jako obiekt na poziomie relacji Ja-To. Robiąc to, przyjmuje początkową perspektywę klienta na temat samego siebie. Klient zwykle na początku terapii również obserwuje siebie tak, jakby obserwował obiekt i odnosi się do innych na poziomie "To-To" (Gilbert i Evans, 1999). Bieżąca relacja terapeutyczna staje się przedmiotem diagnozy i terapii (Francesetti i Gecele, 2009).

Z tej perspektywy terapeuta może pozwolić sobie na używanie raczej "niewłaściwego", z punktu widzenia terapii Gestalt, myślenia i terminologii. Świadomie patologizuje klienta, "obiektywizuje" swoją pozycję diagnostyczną. Terapeuta zadaje sobie pytania związane z medycznymi systemami klasyfikacji: "Jakie objawy obserwuję? Czy zauważam u klienta objawy psychotyczne, depresyjne, lękowe lub inne? Czy widzę jakieś przejawy zaburzeń osobowości?". Terapeuta może również korzystać z metafor lub częściowych

⁸ Zamiast "obiektywny" (co może mieć negatywne konotacje wśród terapeutów Gestalt) lubię używać sformułowania "obserwowany z dystansu". W przypadku tego samego klienta czasami przydatny jest kontakt (np. empatyczna postawa wobec klienta depresyjnego), a czasami przydatny jest dystans (np. ocena ryzyka samobójstwa u klienta depresyjnego).

⁹ W tym tekście termin 'symptom' jest używany do opisania indywidualnie określonego rodzaju cierpienia klienta (np. obsesyjnie lękowe myśli, objawy psychotyczne, bezsenność, chwiejność emocjonalna, izolacja w relacjach międzyludzkich itp.). Zachowując zasadę "horyzontalizacji", nie używam tutaj terminu 'symptom' w sensie medycznym jako etykiety do określenia konkretnego zaburzenia. Termin 'symptom' pozostaje neutralny w całym tekście i nie wskazuje na patologię. Symptom jest dziełem twórczego self i przejawem osobistej wyjątkowości (Perls i in., 1951), staje się "zarzewiem" (Sichera, 2001; w: Francesetti, Gecele, 2009) wyznaczającym następny krok.

modeli Gestalt (style kontaktu, cykl kontaktu, funkcje self, biegunowości, utrwalone gestalty itp.). Przykładowe możliwe pytania zadawane przez terapeutę to: "Jakich stylów kontaktu używa klient i jak je stosuje, aby uniemożliwić płynny kontakt i realizację swoich potrzeb? Jak zniekształcony jest cykl kontaktu? Na jakim etapie klient zakłóca cykl? Które etapy pomija?". Terapeuta skupia się również na historii klienta i zadaje pytania takie jak: "Jakie potrzeby rozwojowe nie zostały zaspokojone? Jakiej traumy doświadczył klient? Jakie braki w relacjach wyniósł z dzieciństwa i jak wpływają one na to, jak siebie postrzega?". Terapeuta Gestalt może wykorzystać tutaj systemy diagnostyczne innych podejść psychoterapeutycznych (takich jak psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne lub transakcyjno-analityczne (Bartuska i in., 2008)), jeśli pomogą mu one w stworzeniu jasnego obrazu sytuacji klienta.

Perspektywa Psychopatologii koncentruje się na zaburzeniach i dysfunkcyjnych strategiach klienta. Zaletą takiego podejścia jest to, że terapeuta uzyskuje jasny i wyraźny obraz cierpienia klienta. (Dlatego jest to bardzo korzystne podczas rozmowy wstępnej lub podczas odwzorowywania mapy sytuacji kryzysowej). Jednocześnie terapeuta ma możliwość zweryfikowania swoich przemyśleń z klientem, aby diagnozować w sposób dialogiczny. Może zadawać pytania takie jak: "Co cię najbardziej niepokoi?, Jaką diagnozę lub etykietę otrzymałeś w przeszłości i jaka jest twoja opinia na ten temat?, Jak myślisz - dlaczego masz te kłopoty? Jak rozumiesz tę sytuację?".

3.1.1. Perspektywa Psychopatologii: diagnostyczna analiza przypadku

Dla zilustrowania Modelu Diagnostycznego Trzech Perspektyw, przedstawiam skrócone studium przypadku z mojej praktyki¹⁰. Aby opracować tę część kompleksowej diagnozy (skonstruowanej z Perspektywy Psychopatologii), zbieram informacje z wywiadu anamnestycznego z klientem, z obserwacji i z mojej własnej świadomości i patrzę na nie z Perspektywy Psychopatologii.

Martin (49 lat) zgłasza się na terapię z powodu ataków paniki/lęku, które pojawiały się nieregularnie w ciągu ostatnich 8 miesięcy, mniej więcej raz w tygodniu i bez wyraźnej przyczyny. Mieszka w małym mieście z żoną. Jego dwaj synowie (w wieku 24 i 21 lat) mieszkają już poza domem rodzinnym i uczą się w pełnym wymiarze godzin, a on widuje ich bardzo rzadko. Jest pracownikiem biurowym. Cierpi na przewlekłe bóle pleców i ma niewielką nadwagę; poza tym jest całkowicie zdrowy. Nigdy nie był leczony z powodu zaburzeń psychicznych i poza atakami paniki nie cierpi na żadną inną chorobę psychiczną. Twierdzi, że jego obecne relacje są w porządku, z wyjątkiem faktu, że on i jego żona przechodzą drobny kryzys z powodu jej krótkiego romantycznego zaangażowania z innym mężczyzną. Martin nie ma rodzeństwa, jego matka zmarła na raka, gdy miał 12 lat, a jego ojciec, żołnierz zawodowy, zmarł rok temu. Lekarz rodzinny zalecił Martinowi terapię; mężczyzna woli to rozwiązanie niż zażywanie tabletek.

Martin mówi cicho, ze spojrzeniem przeważnie wbitym w podłogę. Po każdym moim pytaniu zawsze zastanawia się przez chwilę nad odpowiedzią, po czym podnosi wzrok i odpowiada precyzyjnie i z dbałością o każdy szczegół. Kiedy dyskretnie poprawia stopami pomarszczony dywan, zauważam jego błyszczące, wypolerowane buty.

Jaka jest moja świadomość w jego obecności? Na początku wzbudza moje zainteresowanie i szybko wchodzi w rolę eksperta, której on oczekuje. Zauważam, że skupiam się na problemie (tak jak robi to sam Martin) i że nie postrzegam Martina jako wielowymiarowej osoby, którą mógłbym teraz spotkać. Jego odpowiedzi są zawsze tak precyzyjne i wyczerpujące, że mnie satysfakcjonują, ale jednocześnie zniechęcają do dalszej rozmowy z nim. Stopniowo coraz trudniej jest mi utrzymać koncentrację i w międzyczasie, gdy Martin zastanawia się nad kolejną odpowiedzią, ja uciekam we

¹⁰ Jest to tak zwane złożone studium przypadku (Gabbard, 2000), które łączy opis kilku rzeczywistych klientów w jednym przykładzie, aby uzyskać opisową ilustrację wspólnego zjawiska.

własne myśli. Rozmowa toczy się na poziomie racjonalnym, rozwiązywania problemów. Na pytania takie jak: "Jak się czujesz?", Martin odpowiada: "Myślę, że to z powodu...". Z perspektywy psychopatologii tworzę różne hipotezy robocze i na ich podstawie wnioskuję o możliwych interwencjach:

Hipotezy medyczne: Obserwuję ewidentnie niespokojny stan Martina, słyszę o jego atakach paniki i chronicznym bólu pleców, zauważam obsesyjno-kompulsywne cechy osobowości.

Hipotezy teoretyczne Gestalt: Po nawiązaniu początkowego powierzchownego kontaktu, ogólna interakcja stopniowo staje się coraz bardziej zaburzona i w końcu obaj znajdujemy się w stanie izolacji. Cykl kontaktu Martina jest wyraźnie powstrzymywany na etapie mobilizacji energii; działanie jest opóźnione i nie ma na celu nawiązania kontaktu (ale wykonanie zadania). Typowym stylem kontaktu Martina jest egotyzm; chroniczny ból pleców sugeruje somatyczną retrorefleksję. U Martina dominuje racjonalne przetwarzanie sytuacji; unika skupienia się na emocjach.

Istnieją pewne wytyczne dotyczące postawy terapeutycznej, które wynikają z perspektywy psychopatologicznej diagnozy:

- Martin rozpoczyna psychoterapię, aby "ją wypróbować". Należy wziąć pod uwagę jego ostrożną postawę i wyraźny stan niepokoju. Dlatego na początku warto przyjąć jego perspektywę - skupić się na problemie, objawie, pozostać w ramach racjonalnego myślenia. Pomocne może być zaproponowanie mu rozmowy psychoedukacyjnej dotyczącej ataków paniki i możliwości radzenia sobie z nimi (np. kontrolowane oddychanie).

- Terapeuta może jedynie bardzo ostrożnie i powoli badać relacje i doświadczalne obszary życia Martina (emocje, ciało), ponieważ takie podejście jest dla niego nowe i zagrażające.

- Dobrze byłoby dać mu czas i przestrzeń na jego wewnętrzne poszukiwanie (egotyzm). Stopniowo można zaoferować mu również sposób na wydostanie się z tego wewnętrznego miejsca poprzez kontakt napędzany autentycznym zainteresowaniem jego osobą.

- Terapeuta może zauważyć momenty, w których Martin gromadzi energię i w takich sytuacjach wyjść mu naprzeciw.

3.2. Perspektywa Kontekstualna

Opisana powyżej Perspektywa Psychopatologii wywodzi się z modelu medycznego, który obejmuje takie pojęcia jak obiektywność i zaburzenie. Z tej perspektywy klinicysta opisuje statyczną strukturę. Dzięki takiemu spojrzeniu diagnozujący psychoterapeuta uzyskuje informacje na temat wagi i charakteru zaburzenia klienta, które określają podstawowe warunki terapii.

Terapeuta nie jest jednak uwięziony w tym punkcie widzenia i może korzystać także z innych perspektyw diagnozowania. W tym miejscu chciałbym podkreślić różnicę między dwiema innymi perspektywami często stosowanymi przez terapeutów Gestalt:

Perspektywą Teorii Pola i Perspektywą Systemową lub Kontekstualną. Chciałbym teraz skupić się na tej drugiej, którą wolę nazywać kontekstualną, ponieważ słowo 'systemowa' ma wiele różnych konotacji w innych podejściach psychoterapeutycznych, np. w terapii rodzinnej i systemowej.

Istnieją dwa sposoby na rozszerzenie spojrzenia terapeuty na klienta podczas przechodzenia od Perspektywy Psychopatologii do Kontekstualnej Perspektywy diagnozowania. Po pierwsze, terapeuta nie skupia się wyłącznie na kliencie jako wyizolowanej osobie, ale postrzega go jako część różnorodnego systemu relacji¹¹. Po

¹¹ Medyczne systemy diagnostyczne, takie jak DSM IV lub ICD-10 podobnie stosują ujęcie systemowe, wykorzystując więcej osi diagnostycznych, które odwzorowują osobistą historię klienta oraz jego relacje i sytuację społeczną.

drugie, nie rozumie cierpienia klienta jako dysfunkcyjnego zaburzenia, ale jako sposób na przetrwanie. Od postawy etiopatogenetycznej, prowadzącej do leczenia zaburzeń dysfunkcyjnych, terapeuta przechodzi do postawy salutogenetycznej, która wzmacnia zdrowie i potencjał do samoleczenia. Z Perspektywy Kontekstualnej terapeuta postrzega klienta jako członka systemu i obserwuje role, jakie w nim przyjmuje; bada funkcję fenomenologii klienta (postrzeganej jako objawy z Perspektywy Psychopatologii) w szerszym kontekście.

Mówienie o Perspektywie Kontekstualnej może wydawać się zbędne, skoro mamy teorię pola. Rozróżnienie między nimi jest jednak ważne, aby uzyskać korzyści z obu tych perspektyw. Z Perspektywy Kontekstualnej patrzymy na sytuację terapeutyczną i widzimy osoby, które pełnią określone role w systemie. Może to być system rodzinny klienta lub system tworzony przez parę klient-terapeuta. Z indywidualistycznego punktu widzenia Perspektywy Psychopatologii obserwujemy indywidualną strukturę osobową i przyczynowość funkcjonowania klienta - co spowodowało lub przyczyniło się do pojawienia się objawów (etiogeneza) i jak dane objawy się rozwinęły (patogeneza). Teraz, z Perspektywy Kontekstualnej, przyjmujemy systemowy punkt widzenia, który zajmuje się przyczynowością cyrkularną. Objawy pojawiają się w systemach relacji klienta z innymi ludźmi, a także wpływają na te systemy.

Perspektywa Teorii Pola wydaje się podobna, ale istnieje znacząca różnica, która jednak nie jest łatwa do opisanego. Kiedy patrzymy z Perspektywy Teorii Pola, nie widzimy jednostek, ale raczej wydarzenia dziejące się "pomiędzy"; nie widzimy przyczynowości (nawet cyrkularnej), ale raczej wzajemne powiązania wszystkich wzajemnych wpływów (w tym terapeuty diagnozującego) i stały proces współtworzenia. Z Perspektywy Kontekstualnej klient, terapeuta i "objawy" odgrywają rolę w systemie, a z Perspektywy Teorii Pola są funkcjami pola. Kontekstualny (lub systemowy) punkt widzenia definiuje obiekty jako istniejące niezależnie poza polem, a kontekst jest dodawany do obiektu później. Natomiast teoria pola zakłada, że nie może istnieć nic, co nie jest "z pola" (Yontef, 1993). Różnica ta zostanie opisana w dalszej części tekstu. Zarówno podejście kontekstualne/systemowe, jak i teoria pola dostarczają użytecznych środków, aby nie traktować złożonych zjawisk w izolacji, ale raczej w ich kontekście, sytuacjach i środowiskach (Parlett, 1991). Terapeuta Gestalt może uzyskać przydatne wglądy przy użyciu obu tych perspektyw, jeśli rozróżni je i wykorzysta świadomie.

Perspektywa Kontekstualna: skupienie się na rolach w systemie relacji.

Terapeuta pyta: Jaka jest rola fenomenologii klienta (postrzeganej jako "symptom" z Perspektywy Psychopatologii)?

Terapeuta pyta o funkcję, jaką objawy pełniły w osobistej historii klienta. Jak mu służyły? Przed czym go chroniły? Jakie potrzeby zaspokajały?

Terapeuta bada również cel, jaki pełniły one w obecnych relacjach klienta (w tym w relacji terapeutycznej). Jakie są "wtórne korzyści" i ograniczenia, które przynoszą objawy?

Terapeuta stosuje systemową Perspektywę Kontekstualną i koncentruje się na dynamice ról i sposobów tworzenia powiązań w ramach systemu, do którego należy klient.

Kontekstualna Perspektywa diagnozy opisuje, w jaki sposób klient funkcjonował i funkcjonuje w różnych systemach (pierwotna i obecna rodzina, praca itp.). Określa rolę, jaką fenomenologia klienta (postrzegana jako "objawy" z Perspektywy Psychopatologii) odegrała w jego relacjach. Przez całe życie człowiek uczy się, że pewne role, które przyjmuje w systemie złożonym z ważnych dla niego osób, są akceptowane lub doceniane, podczas gdy inne są odrzucane lub ignorowane. W ten sposób osoba powtarza role, które okazały się przydatne i doprowadziły do zaspokojenia osobistych potrzeb. Powtarzające się role są następnie adaptowane, by utworzyć unikatową istotę

każdej osoby w świecie i szczególny sposób, w jaki każda osoba odnosi się do swojego otoczenia.

Te sposoby bycia w relacjach dobrze służyły klientowi i odegrały swoją rolę w jego życiu. Jednakże, ponieważ teraz szuka pomocy w terapii, możemy założyć, że utknął w tych rolach i sposobach odnoszenia się do innych i nie jest w stanie reagować na zmieniające się otoczenie - działać alternatywnie. Pierwotna adaptacja i funkcjonalny sposób odnoszenia się zmieniły się w sztywną formę, którą klient automatycznie stosuje w sytuacjach wymagających innego podejścia. To sprawia, że jego potrzeby pozostają niezaspokojone. Diagnozy dokonywane z Perspektywy Kontekstualnej są opisami takich sztywnych ról i sposobów odnoszenia się do innych.

Terapeuta nie skupia się tylko na tym, gdzie te role i sposoby odnoszenia się ograniczały klienta i czego go pozbawiły. Bada również, w jaki sposób służyły one klientowi i jak umożliwiły mu przetrwanie w niewspierających warunkach środowiskowych.

Kontekstualna Perspektywa diagnozy koncentruje się na wewnętrznych i zewnętrznych źródłach wsparcia klienta. Terapeuta rozumie objawy jako najlepszy możliwy sposób radzenia sobie, jaki klient miał do tej pory do dyspozycji. Poszukuje roli konkretnego objawu, pytając o to, co go podtrzymuje i czy klient ma do dyspozycji inne możliwe role. Terapeuta i klient współpracują, współtworząc opis diagnostyczny z Perspektywy Kontekstualnej. Terapeuta może zapytać klienta: "W jaki sposób twoje cierpienie lub ta konkretna rola lub sposób odnoszenia się do innych, które opisałeś, pomogły ci w życiu? Jakie jest tego źródło? Jaką rolę odgrywa to teraz? Za jaką cenę?".

3.2.1. Perspektywa Kontekstualna: diagnostyczna analiza przypadku

Wróćmy do Martina. Przyjmując Perspektywę Kontekstualną, poszerzam swoje spojrzenie i myślę o fenomenologii Martina (opisywanej z Perspektywy Psychopatologii jako "objawy") jako o części systemów relacji klienta i o pewnego rodzaju mechanizmie przetrwania.

Z Perspektywy Kontekstualnej diagnozy tworzę "systemowe i relacyjne" hipotezy robocze: styl kontaktu Martina (jego ograniczenia mobilizacji energii i jego egotyczny racjonalny sposób bycia) prawdopodobnie pomógł mu przetrwać całe dzieciństwo bez rodzeństwa, poradzić sobie z wczesną śmiercią matki i później dzielić dom tylko z ojcem żołnierzem. Możliwe, że ten sposób odnoszenia się dobrze mu służy również w jego pracy biurowej, gdzie odnosi spore sukcesy. Wydaje się jednak, że w relacjach ogranicza go i przysparza mu kłopotów. Doświadczenie jego żony w ich związku może być zbliżone do mojego doświadczenia w jego obecności - traci zainteresowanie i ucieka. Jego synowie oddalają się od niego. Jego ciało reaguje bólem pleców. Z tej perspektywy ataki paniki wydają się być sygnałem alarmowym wzywającym do zmiany. Wydaje się, że Martin znajduje się na rozdrożu, co może być związane ze śmiercią jego ojca (rok wcześniej) i zbliżającymi się 50. urodzinami.

Istnieją pewne wytyczne dotyczące przyjęcia odpowiedniej postawy terapeutycznej, które wynikają z Kontekstualnej Perspektywy diagnozy:

- Aby zadbać o bezpieczeństwo, ważne jest, aby na początku trzymać się poziomu racjonalnego, ponieważ to właśnie jest naturalne dla Martina. Stopniowo i powoli mogę zaoferować mu nowy punkt widzenia na jego bieżące problemy.
- Odpowiednie byłoby tutaj zbadanie jego osobistej historii (przede wszystkim relacji z ojcem), a także stworzenie mapy ważnych etapów i krytycznych punktów jego życia. Mogłoby to rzucić nowe światło na obecne problemy Martina i nadać im nowe znaczenie.
- Inna strategia może skupiać się na jego stylu komunikacji. Terapeuta i Martin mogą wspólnie przeanalizować, w jaki sposób Martin radził sobie z okresami samotności i co mu wtedy pomagało.
- Wspólnie mogą zbadać, jak to doświadczenie wpłynęło na jego obecne relacje. Jakie

są źródła jego sposobu radzenia sobie z sytuacją i jaką cenę płaci za swój bezpieczny, konserwatywny styl życia?

3.3. Perspektywa Teorii Pola

Nie jest łatwo zdefiniować Perspektywę Teorii Pola, ponieważ język, którego musimy użyć do opisu, ma na celu utrwalenie podmiotów i struktury. My jednak chcemy opisać proces "pomiędzy". Na przykład Martin Buber musiał użyć dziwnego wyrażenia "podstawowe słowo Ja-Ty" (Buber, 1996) ['I-Thou basic word' - przyp. tłum.], ponieważ nie mamy słów na opisanie trwającego procesu zachodzącego pomiędzy elementami pola (i obejmującego te elementy). Co więcej, w literaturze Gestalt można zauważyć różne rozumienia teorii pola (Staemmler, 2006), a koncepcja teorii pola jest czasami mieszana z systemowym punktem widzenia; często pomijane są różnice między koncepcjami "bycia z pola" i "bycia w polu"¹² (Yontef, 1993).

Zaletą przedstawionego Modelu Diagnostycznego Trzech Perspektyw jest to, że kiedy wyraźnie rozróżnimy Psychopatologię i Perspektywę Kontekstualną, możemy odważyć się na przyjęcie bardzo radykalnej pozycji Perspektywy Teorii Pola, w której koncepcje takie jak holizm, organizmiczna samoregulacja i koncentracja na teraźniejszości są ze sobą powiązane (Parlett, 1991). Sytuację kliniczną można wówczas postrzegać jako ciągły przepływ wzajemnych powiązań, w którym wszystko, co się pojawia, jest funkcją pola. Nie ma klienta i terapeuty jako odizolowanych osób, nie ma wyraźnie ograniczonego systemu; nie ma historii ani świata wewnętrznego i zewnętrznego, nie ma przyczynowości. Każde wspomnienie klienta, każde tak zwane "przeciwprzeniesieniowe" doświadczenie terapeuty, każda diagnoza, która przychodzi terapeutce do głowy - wszystko to jest funkcją pola. Podobnie jak wszystkie inne zdarzenia, nawet ptak przelatujący za oknem gabinetu terapeutycznego czy choroba córki terapeuty, która na chwilę zajmuje jego umysł. Wszystkie wydarzenia współtworzą ciągły przepływ procesu. Struktury mentalne i ograniczenia, których używamy, są strategiami nadawania potencjalnie przytłaczającemu doświadczeniu świata jakiegoś znaczenia, abyśmy mogli ochronić się przed szaleństwem.

Perspektywa Psychopatologii i Perspektywa Kontekstualna, jak wspomniano powyżej, są wspólne dla kilku podejść psychoterapeutycznych. Perspektywa Psychopatologii jest bardzo głęboko rozwinięta np. w terapii poznawczo-behawioralnej, a Perspektywa Kontekstualna w podejściach systemowych i rodzinnych. My, terapeuci Gestalt, możemy znaleźć tam wiele inspiracji. Jednak Perspektywa Teorii Pola jest tradycyjnie kulturowana w ramach podejścia Gestalt i reprezentuje coś wyjątkowego, co podejście terapii Gestalt może zaoferować jako inspirację dla innych modalności. Teoria terapii Gestalt zbadała i rozwinęła tę koncepcję bardziej niż większość innych podejść psychoterapeutycznych (psychoterapia zorientowana na proces Arnolda Mindella jest również bardzo rozwinięta w tym obszarze).

W jaki sposób możemy wykorzystać tę perspektywę, aby uzupełnić pozostałe dwie w procesie diagnozowania? Z Perspektywy Psychopatologii terapeuta świadomie i celowo obserwuje klienta jako statyczny, "fizyczny" obiekt. Następnie może przejść od modelu medycznego do kontekstualnego, od oceny do zrozumienia. Przyjmując Perspektywę Kontekstualną, terapeuta pozwala klientowi "ożyć" w wyobraźni terapeuty. Nie obserwuje klienta jako nieruchomej, pozbawionej życia rzeczy (Perspektywa Psychopatologii), ale odkrywa jego funkcjonowanie (Perspektywa Kontekstualna), tak jakby przechodził od fizyki do biologii. Niemniej jednak terapeuta nadal jest wyraźnym, odrębnym obserwatorem, podczas gdy klient nadal jest obiektem.

Z Perspektywy Teorii Pola terapeuta obserwuje współtworzenie sytuacji tu i teraz. Przechodzi od modelu psychodynamicznego, w którym oceniał dynamikę

¹² Oryg. "being of the field" and "being in the field" - można to także interpretować jako "istota pola" i "istota w polu" - przyp. tłum.

intrapsychiczną i interpersonalną, do modelu teorii pola. Zdaje sobie sprawę, że nie jest niezależnym obserwatorem, ale częścią faktycznego współtworzenia pola.

To, co było postrzegane jako objawy klienta z Perspektywy Psychopatologii lub role z Perspektywy Kontekstualnej, jest teraz rozumiane jako współtworzone zarówno przez klienta, jak i terapeutę. Terapeuta obserwuje, jak współtworzy fenomeny pola razem z klientem. Przenosi swoją uwagę z "innego czasu i innego miejsca" (Yontef, 1993) na "tu i teraz". Obserwuje, w jaki sposób zwykle sposoby organizacji pola przez klienta spotykają się ze zwykłymi sposobami organizacji pola terapeuty. Bada również sposób, w jaki zorganizowane jest pole tu i teraz. Terapeuta obserwuje, jak organizuje się w obecności klienta; śledzi swoje własne tu i teraz reakcje na klienta. Z Perspektywy Teorii Pola każda osoba organizuje się tu i teraz na granicy kontaktu ze swoim otoczeniem poprzez proces twórczego przystosowania. Osoba nie jest postrzegana jako rzecz lub podmiot, a jej wyjątkowość nie jest budowana od wewnątrz. (Chociaż możemy świadomie zredukować ją do obserwowalnej "rzeczy" (Perspektywa Psychopatologii) lub podmiotu przyjmującego rolę (Perspektywa Kontekstualna), jeśli takie redukcje są funkcjonalne). Osobę można postrzegać jako stale zmieniający się proces w relacjach. Proces organizowania siebie, "selfing" (Parlett, 1991), ma pewne prawidłowości, które są specyficzne dla każdej jednostki. Te prawidłowości organizacji pola tworzą indywidualną wyjątkowość, która jest realizowana na granicy kontaktu z otoczeniem w każdej chwili, a także w sposób ciągły przez całe życie (Roubal, 2007). Prawidłowości organizacji pola klienta spotykają się z prawidłowościami organizacji pola terapeuty. Rzeczywiste pole organizuje się jako rodzaj tańca, który powstaje w wyniku interakcji dwóch "oryginalnych choreografii" (Jacobs, 2008), w których mogą pojawić się również pewne unikatowe "nowe kroki".

Perspektywa diagnozy oparta na teorii pola ma bezpośredni wpływ na postawę terapeutyczną. Dzięki ocenie diagnostycznej dokonanej z tej perspektywy terapeuta może wyjść z utrwalonego schematu; jest w stanie nie "reagować" na klienta, ale raczej świadomie wybrać inną drogę (lub pozwolić na pojawienie się nowej): otworzyć przestrzeń na zmianę stereotypowego procesu organizacji pola. Perspektywa diagnozy Teorii Pola oferuje również unikatowy potencjał uzdrawiania w relacji terapeutycznej. Terapeuta przechodzi od skupienia się na obecnej relacji do stanu bycia razem w obecnej relacji. Nie postrzega klienta jako obiektu (tak jak to robił, przyjmując Perspektywę Psychopatologii i Perspektywę Kontekstualną), ale bierze udział w spotkaniu dwóch istot ludzkich, które definiują się nawzajem poprzez wzajemny kontakt. Terapeuta nie jest ograniczony do poziomu Ja-To, ponieważ otwiera się na potencjał egzystencjalnego spotkania z klientem na poziomie Ja-Ty.

Przyjmując perspektywę diagnozy Teorii Pola, terapeuta zwraca również uwagę na duchowy wymiar spotkania z klientem. Zastanawia się, co oznacza dla niego, że ten konkretny klient rozpoczyna terapię w tym konkretnym czasie. Co to ujawnia o samym terapeutę? Jakiego rodzaju wyzwanie to stanowi?

Perspektywa Teorii Pola: skupienie się na współtworzeniu twórczego przystosowania tu i teraz.

Terapeuta pyta: W jaki sposób współtworzymy obecne fenomeny wspólnego pola (postrzegane jako "symptomy" z Perspektywy Psychopatologii) razem z klientem tu i teraz?

Terapeuta bada swój wkład w sytuację kliniczną, w której te fenomeny pojawiają się tu i teraz w terapii.

Terapeuta koncentruje się również na rodzaju potencjału obecnego w relacji terapeutycznej.

Terapeuta pyta, w jaki sposób ten konkretny klient jest dla niego wyjątkowy. W jaki sposób sam terapeuta jest wyjątkowy dla tego konkretnego klienta? Jakie znaczenie ma

to spotkanie w ich życiu?

Diagnoza z Perspektywy Teorii Pola kreśli mapę wzorców formowania się pola tu i teraz. Terapeuta koncentruje się na istniejącym procesie w relacji terapeutycznej. Jaki rodzaj kontaktu mają klient i terapeuta? Jak przebiega ten kontakt? Jakie są jego prawidłowości? Jakie wzorce organizacji pola pojawiają się w relacji klient-terapeuta? Które wzorce z osobistej historii klienta i terapeuty tutaj ożywają? W jaki sposób wchodzi one w interakcje i jakie nowe możliwe sposoby organizacji pola mogą się pojawić? Terapeuta stosuje metodę fenomenologiczną (Yontef, 1993), umieszczając swoje przypuszczenia "w nawiasie" i obserwując to, co oczywiste. Jego obserwacje są testowane poprzez pytania zadawane klientowi: "Co teraz czujesz? Co się dzieje? Czego jesteś świadomy w tej chwili?". Terapeuta jest świadomy własnego wkładu w proces organizacji pola tu i teraz. Jego własna świadomość jest istotną częścią diagnozowania z Perspektywy Teorii Pola.

3.3.1. Współtworzony gestalt

Z Perspektywy Teorii Pola terapeuta stosuje paradygmat radykalnie odmienny nie tylko od podejścia medycznego, ale także od podejścia systemowego. Obserwowalne fenomeny ("symptomy" i ich "role" w kontekście) są teraz postrzegane nie jako twórcze przystosowanie, lecz funkcje pola. Również własna świadomość i interpretacje terapeuty są rozumiane jako funkcje pola; nie mają "obiektywnej" jakości, ale raczej wynikają ze wspólnej sytuacji i przyczyniają się do trwającego procesu.

Terapeuta diagnozuje relację. Niepokój klienta, zachowanie borderline, retrorefleksja lub zakłócenie cyklu kontaktu są postrzegane i akceptowane jako zjawiska pola, współtworzone tu i teraz razem w ramach relacji terapeutycznej, do których klient i terapeuta wnoszą swój własny wkład. Zarówno klient, jak i terapeuta są częścią procesu relacji, w którym pojawiają się te fenomeny. Dlatego terapeuta włącza siebie w obserwację fenomenologiczną. Jest to niezbędna część diagnozy Gestalt. Terapeuta używa siebie jako narzędzia, a jego świadomość dostarcza mu informacji na temat sposobu, w jaki organizuje się rzeczywiste pole, które dzieli z klientem. Wszystko, czego terapeuta doświadcza, co myśli i robi, jest funkcją pola. On sam jest funkcją pola.

Terapeuta pyta: "Jak zjawiska klienta wpływają na mnie? Jak się do nich przyczyniam?". Terapeuta ma świadomość, że sposób, w jaki jest w bieżącym momencie, jest stale określany przez relację. Wie, że zmienia i reorganizuje siebie poprzez relację z drugą osobą, aby nadać sens doświadczeniu tu i teraz. Klient również przekształca i reorganizuje siebie w relacji z terapeutą. Definiują się nawzajem. Każdy z nich jest ciągle zmieniającym się procesem, który w znaczący sposób organizuje się w momencie, gdy wchodzi w kontakt. Każdy z nich jest funkcją aktualnego pola. Terapeuta może się zastanawiać: "Kim się stałem, w spotkaniu z tym klientem? I jaką osobą on jest ze mną? W jakiego rodzaju historii bierzemy razem udział? Jaką metaforę mogę wybrać, aby opisać naszą relację? Czy możemy być np. jak para bajkowych stworzeń lub zwierząt? Jakie jest ryzyko i potencjał takiej relacji?".

Terapeuta widzi nie tylko klienta (z Perspektywy Psychopatologii) i jego wzorzec relacji (z Perspektywy Kontekstualnej). Patrzy również na siebie i w ten sposób uzupełnia złożoność sytuacji terapeutycznej. Jest w stanie dostrzec cały "kształt" zwykłych sposobów organizacji pola relacyjnego, które klient wnosi ze sobą do terapii i które są ożywiane w sytuacji terapeutycznej z terapeutą jako aktywnym współtwórcą. Terapeuta jest świadomy własnych zwyczajowych sposobów organizacji pola relacyjnego, które pojawiają się podczas spotkania z tym konkretnym klientem. Kiedy terapeuta zauważy te zwykłe sposoby, a także nowe kreatywne potencjały, diagnozuje z Perspektywy Teorii Pola.

Zwykły proces relacyjnej organizacji pola, który klient dobrze zna i który doprowadził go

do terapii, jest nieuchronnie powtarzany w sytuacji terapeutycznej. Terapeuta doświadcza z nim relacji podobnej do tej, której doświadczają ludzie z otoczenia klienta. Nie jest to jednak błąd. Wręcz przeciwnie, ważne jest, aby terapeuta pozwolił się uwieść i wciągnąć w zwykły proces organizacji pola swojego klienta, aby mógł zasmakować tego rodzaju procesu pola od wewnątrz, na własnej skórze. Terapeuta współtworzy diagnozę klienta.

Istnieje pewne niebezpieczeństwo, że terapeuta wpadnie w jedną ze skrajnych pozycji. Może ocenić sytuację poprzez myślenie projekcyjne: "Klient tworzy diagnozę i nic z tego nie jest moją sprawą" albo poprzez myślenie retrospektywne: "To ja wywołam diagnozę, a sposób, w jaki przebiega terapia, jest moją winą". Oba te bieguny są zawsze obecne: "Kiedy etykietuję klienta, zawsze mówię jednocześnie o sobie. Kiedy mówię o sobie, zawsze pojawia się przesłanie dotyczące klienta, z którym współtworzę pole". Zadaniem terapeuty jest obserwowanie z ciekawością własnej świadomości w polu, które dzieli z klientem. Wtedy może użyć siebie jako narzędzia diagnostycznego.

Zdolność do przyjęcia metapozycji pozwala terapeutce zaakceptować i ostatecznie wyjść ze zwykłych sposobów organizacji pola, diagnozy. Terapeuta uświadamia sobie swoją rolę we współtworzeniu sytuacji. Zyskuje orientację, która pozwala mu na twórczą reorganizację siebie w nowy sposób. Może wtedy zorganizować się inaczej, co zmienia całe pole. W ten sposób otwiera również przestrzeń, w której może zmienić diagnozę swojego klienta. Relacja terapeutyczna ożywia zwykłe sposoby organizacji pola - diagnozę. Jednocześnie wyjątkowe spotkanie dwóch indywidualnych istot zawiera w sobie potencjał nadziei na uwolnienie się od diagnozy.

3.3.2. Podejście nieeksperckie

Kiedy terapeuta diagnozuje z Perspektywy Teorii Pola, rezygnuje z pozycji eksperta. Jest świadomy własnych nawykowych i bezpiecznych sposobów organizacji pola, swoich utrwalonych gestaltów, swojej diagnozy. Zdaje sobie sprawę, że, że diagnoza, którą przypisał klientowi z Perspektywy Psychopatologii i Perspektywy Kontekstualnej, w dużej mierze świadczy o nim samym. Jak mógłby zdiagnozować konkretne cechy klienta, gdyby sam nie był z nimi dobrze zaznajomiony? Diagnoza służy zarówno jako okulary, jak i lustro. Konieczne jest, aby terapeuta był świadomy własnej diagnozy w jak największym stopniu podczas diagnozowania klienta. Im bardziej terapeuta obawia się odkrycia pewnych cech w sobie (np. wzorców borderline), z tym większą gorliwością będzie starał się zdiagnozować je u swoich klientów. To tak samo jak wtedy, gdy na wpół głucha osoba głośno krzyczy, ponieważ automatycznie zakłada, że druga osoba również musi cierpieć na utratę słuchu.

Diagnostując klienta, terapeuta nieuchronnie diagnozuje również swoją relację z nim. Jednocześnie zawsze diagnozuje samego siebie. Kiedy mówię, że mój klient cierpi na "zaburzenie osobowości borderline", w rzeczywistości mówię wiele o naszym związku i o samym sobie. Psychoterapeuta nie rezygnuje ze swojej zdolności do fenomenologicznej obserwacji i orientacji. Jest po prostu świadomy, że jako obserwator jest częścią obserwowanego i że znajduje się w rekurencyjnej pętli diagnozy (Fuhr i in., 2000). W miejsce obiektywizujących kryteriów diagnostycznych stawia następujące pytania: "Kiedy obserwuję cechy zaburzenia osobowości borderline u mojego klienta, jak się wtedy czuję? W jaki sposób przyczyniam się do tego zjawiska? Czego mogę się z tego wszystkiego dowiedzieć o mojej relacji z klientem? I czego mogę się dowiedzieć o moim własnym procesie?".

3.3.3. Diagnozowanie w ramach relacji

Poprzez diagnozowanie terapeuta dystansuje się od sytuacji terapeutycznej, aby uzyskać orientację, jednocześnie wycofując się z kontaktu z klientem. Jednak terapeuta nie może wyjść z relacji z klientem; musi diagnozować w ramach ich relacji.

Diagnoza postawiona na podstawie Perspektywy Psychopatologii i Perspektywy Kontekstualnej nie pojawia się gdzieś poza relacją terapeutyczną. Wybierając i etykietując jeden konkretny aspekt swojej relacji z klientem, terapeuta redukuje znaczną liczbę znaczeń i potencjał, jakie niesie ze sobą pole relacji. Terapeuta diagnozuje w ramie tworzonej przez relację. Kiedy diagnozuję klienta z "cechami zaburzenia osobowości typu borderline", nawet jeśli nie mówię tego na głos, ale tylko do siebie, zmieniam w ten sposób naszą relację. Diagnozując, terapeuta zawsze aktywnie przekształca relację terapeutyczną.

Aby to zilustrować, posłużę się metaforą. Pamiętam, jak jako mały chłopiec goniłem małe kurczaki na wsi. Uciekały w zwartym, żółtym i piszczącym stadzie. Pewnego razu złapałem jednego, a reszta rozpierzchła się we wszystkich kierunkach. Mogłem dokładnie przyrzeć się temu, którego trzymałem w dłoni, zaburzyłem jednak spójność stada jako całości. Wybierając tylko jedną część, nieuchronnie aktywnie wpływałem na całość. Podobnie jest podczas diagnozowania. Kiedy terapeuta szczegółowo bada jeden aspekt obecności klienta, jednocześnie aktywnie przekształca sytuację, ryzykując odstraszenie innych możliwych wymiarów relacji terapeutycznej. Diagnozowanie jest aktywnym kształtowaniem kontaktu z klientem.

3.3.4. Wymiar egzystencjalny i duchowy

Wyjście z pozycji eksperta umożliwia klientowi i terapeutce spotkanie się jako dwie równe i w pełni wartościowe istoty ludzkie. Ułatwia to dialogiczne spotkanie, które nie ma na celu określonego celu, ale jest "spotkaniem bez celu" (Yontef, 2006). Egzystencjalna propozycja terapeuty wobec klienta brzmi: "Zaakceptuj swoje doświadczenie" (Greenberg, 1996). Na takie wyzwanie można naprawdę odpowiedzieć tylko wtedy, gdy terapeuta, poprzez swoją własną postawę, przekazuje również drugą część przesłania: "...tak jak ja akceptuję swoje własne istnienie".

Kiedy mówimy o egzystencjalnym spotkaniu w relacji terapeutycznej, często cytujemy dialogiczną koncepcję egzystencji Martina Bubera i jego opis horyzontalnego ludzkiego spotkania na poziomie Ja-Ty. Buber mówi także o "wiecznym Ty" ('eternal You'), gdzie "przecinają się przedłużone linie relacji" (Buber, 1996).

Osoba istnieje tylko w relacjach z innymi osobami, a więc także w relacji z istotą naszej wspólnej egzystencji, gdzie "przecinają się" również "przedłużone linie" tych relacji. Jest to podstawowe źródło istnienia, które nas przekracza i łączy z innymi istotami ludzkimi. Wysiłek zdefiniowania siebie jako osobowości (nawet poprzez próby zdefiniowania osobowości innych i ich patologii) jest tylko mniej lub bardziej udaną próbą ucieczki od lęku. Natura tego lęku jest egzystencjalna i wynika z idei, że nie jesteśmy "czymś", ale procesem na granicy kontaktu: że nie istniejemy, ale się wydarzamy; że nie jesteśmy wodą w strumieniu, ale przepływem wody.

Zatem z perspektywy Diagnozy Teorii Pola terapeuta rozważa również egzystencjalny wymiar relacji. Obejmuje on doświadczenie wynikające ze spotkania Ja-Ty oraz duchowy aspekt relacji. Pole relacyjne stanowi dla niego podstawę duchowego rozwoju zarówno jego, jak i klienta; oboje mogą rozwinąć światocentryczną, globalną i niedualną świadomość jako wyższy poziom rozwoju duchowego (Williams, 2006). Terapeuta spotykający klienta może zadawać pytania takie jak: "Co spotkanie z tą konkretną osobą oznacza w moim życiu? I co spotkanie ze mną oznacza w jego życiu? Jakie znaczenie ma fakt, że spotykamy się w tym czasie i w tym miejscu? W jaki sposób nasze spotkanie przyczynia się (dzięki "efektowi motyla") do zmiany świata?".

Z Perspektywy Teorii Pola terapeuta diagnozuje obecne procesy zachodzące tu i teraz na granicy kontaktu¹³. Terapeuta pojmuje psychopatologię jako patologię relacji, jako

¹³ Konieczne jest tutaj sprecyzowanie często używanego i nieco mylącego terminu 'granica'. Sugeruje on, że istnieje Kraj Klienta i Kraj Terapeuty z linią podziału pomiędzy nimi - granicą kontaktu. Jest to model strukturalny i statyczny. Koncentracja terapii Gestalt na procesie byłaby

"cierpienie 'pomiędzy'" (Francesetti i Gecele, 2009). Opisuje typowe sposoby i wzorce organizujące pole relacji terapeutycznej, a także możliwe nowe, kreatywne sposoby stanowiące jego potencjał. Również z tej perspektywy terapeuta tworzy hipotezę diagnostyczną we współpracy z klientem. Może zapytać: "Czy rozpoznajesz kwestie relacyjne, które trapią cię w twoim życiu i które zachodzą także tutaj w terapii, w naszej relacji? Jak myślisz, w jaki sposób się do tego przyczyniam? Co mogę zrobić, aby to znowu się wydarzyło? Jak razem to współtworzymy? Czego ode mnie potrzebujesz? Co powinno się wydarzyć w naszej relacji?".

3.3.5. Perspektywa Teorii Pola: diagnostyczna analiza przypadku

Z Perspektywy Teorii Pola w diagnozie skupiam się na procesie współtworzenia wspólnej sytuacji. Zastanawiam się, w jaki sposób my, Martin i ja, współpracujemy w tworzeniu wzorca relacji tu i teraz. Jak ja się do tego przyczyniam? I jakie jest znaczenie naszego spotkania?

Tworzę hipotezy na temat procesu organizacji pola tu i teraz w sytuacji terapeutycznej. Definiujemy siebie nawzajem w sposób, który można opisać następująco: "Martin ma drobny problem, poza tym ma się doskonale. Jestem ekspertem od jego drobnych problemów. Zadaję pytania, a on po krótkiej chwili zastanowienia odpowiada na każde z nich. Myślimy, skupiamy się na 'błędzie, który trzeba naprawić'. Przyglądamy się problemowi i unikamy bezpośredniego kontaktu wzrokowego, który mógłby być pełen zrozumienia, współczucia i empatii". Ten ostatni punkt jest tym, czego prawdopodobnie brakowało mu w rozwoju osobistym i czego szukał w swoich związkach. Ale jednocześnie działa w taki sposób, że tego nie dostrzega. Ten zwykły proces organizacji pola powtarza się tu i teraz w naszej obecnej relacji.

Istnieją pewne wskazówki dotyczące przyjęcia właściwej postawy terapeutycznej, które wynikają z teoretycznej perspektywy diagnozy pola:

- Zauważę momenty, w których sam unikam kontaktu, kiedy skupiam się na problemie i nie postrzegam Martina jako osoby, z którą spotykam się w bieżącej chwili.
- Będę uważniej rozróżniać, kiedy te momenty unikania intensywnego kontaktu zapewniają Martinowi poczucie bezpieczeństwa i wsparcia, a kiedy taki kontakt jest po prostu wygodny dla mnie (co oznaczałoby mój własny utrwalony kształt).
- Skupię się również na uchwyceniu momentów, w których Martin wzbudza moje zainteresowanie jako osoba, kiedy doświadczam z nim emocji. Mogę stopniowo wykorzystywać te momenty do nawiązywania bardziej osobistego kontaktu - albo poprzez dzielenie się moimi doświadczeniami, albo poprzez autentyczne zainteresowanie jego własnymi.
- To wiąże się z inną możliwą ścieżką - postrzeganiem Martina jako osoby, która wkroczyła w moje życie. Mogę zadać sobie pytanie: "Czego mogę się od niego nauczyć? W jaki sposób moje relacje przypominają jego? Jest dziesięć lat starszy ode mnie i być może przechodzi teraz przez dokładnie ten sam życiowy kryzys, który w jakimś sensie czeka na mnie.". Nie ujawnię tych myśli Martinowi. Niemniej jednak oznaczają one wyraźną zmianę w mojej perspektywie.

lepiej naświetlona przez odmienną metaforę. Wyobraźmy sobie relację terapeutyczną jako mecz piłki nożnej (miejmy nadzieję, że przyjacielski). Piłka reprezentuje wówczas granicę kontaktu. Nieustannie zmienia swoją pozycję i przez cały czas znajduje się w centrum uwagi obu stron. Jest to punkt, w którym kontakt dwóch drużyn zachodzi w każdym momencie. Wyobraźmy sobie ujęcia kamery podczas meczu piłki nożnej - to, co dzieje się w najbliższym otoczeniu piłki, wysuwa się na pierwszy plan i staje się wyraźną figurą, a wszystko inne na chwilę schodzi na dalszy plan. Granica kontaktu jest tak samo zmienna jak pozycja piłki, a gdy procesy zachodzące na granicy kontaktu znajdują się w centrum uwagi kamery, stają się figurą. Każde porównanie oczywiście nieco kuleje. Celem relacji terapeutycznej nie jest zdobycie bramki, ale płynny proces kontaktu i większa świadomość procesów zachodzących na granicy kontaktu.

- Postawienie tych pytań sprawia, że Martin staje się dla mnie bardzo interesującą, inspirującą osobą. I poprzez tę zmianę nastawienia zmieniam stereotypową organizację pola relacji. Kiedy Martin wzbudza moje zainteresowanie jako wyjątkowa osoba, mogę odnieść się do niego również w inny sposób. Nie skupiam się wyłącznie na problemie, z którym przyszedł na terapię. W ten sposób przestaję naciskać na niego, by się zmienił, co może otworzyć przestrzeń dla zmiany (patrz paradoksalna teoria zmiany (Beisser, 1970)). Może on zacząć wychodzić ze swojego przytulnego więzienia utrwalonych gestaltów, porzucić "diagnozę", a w ramach naszej relacji próbować również zorganizować się na inne sposoby.

4. Wnioski

Diagnozowanie pomaga terapeutce uzyskać orientację i świadomie różnicować style terapeutyczne wykorzystywane w pracy z różnymi klientami. To ważne, by terapeutci Gestalt nie popadali w stagnację, koncentrując się wyłącznie na obserwacji bieżących interakcji, ale byli również zdolni do formułowania hipotez operacyjnych, aby wyznaczać zarówno krótkoterminowe, jak i długoterminowe plany terapeutyczne (Mackewn, 1999). Równie ważne jest, aby kultywować zdolność terapeutów Gestalt do łączenia praktyki z teorią, do formułowania opisów przypadków Gestalt ('Gestalt case formulations').

Przedstawiony tutaj Model Diagnostyczny Trzech Perspektyw ma szansę w tym pomóc, prowadząc terapeutów przez złożony proces diagnozowania zgodny z zasadami terapii Gestalt. Może wspierać terapeutę w identyfikacji perspektywy diagnozowania, którą stosuje w danej chwili - postrzegając albo objawy kliniczne (Perspektywa Psychopatologii), albo rolę w systemie relacyjnym (Perspektywa Kontekstualna), albo proces współtworzenia organizacji pola tu i teraz (Perspektywa Teorii Pola). Każda z nich ma swoje zalety, jak również ograniczenia, i jednocześnie wzajemnie się one uzupełniają.

Korzystając z Modelu Trzech Perspektyw, terapeuta jest w stanie zdecydować, którą perspektywę wybrać. Kiedy jest to przydatne, może pozwolić sobie na świadome spojrzenie na sytuację terapeutyczną z pozycji modelu medycznego (i nie musi z nim walczyć). A następnie, gdy jest to przydatne, może pozwolić tej konkretnej perspektywie odejść na bok na rzecz innych perspektyw, kontekstualnej lub teorii pola. Byłoby stratą energii, gdybyśmy my, terapeuci Gestalt, pozwolili tym modelom konkurować ze sobą (nawet jeśli tylko w naszych głowach) i pozostali uwikłani w paradygmat dobra vs. zła. Zamiast tego można wykorzystać potencjał, jaki zapewniają te różne obszary zainteresowania i pozwolić różnym perspektywom dynamicznie się uzupełniać. Jedna z nich staje się widoczna w określonym momencie, inne schodzą na dalszy plan, a następnie mogą zmieniać swoją pozycję stosownie do procesu.

Za każdym razem, gdy diagnozujemy, utrwalamy szczególny sposób, w jaki zorganizowało się pole sytuacji terapeutycznej. Robiąc to, nie podążamy za przebiegiem procesu rzeczywistego spotkania. Diagnozując, zyskujemy dystans i tracimy kontakt. Gdybyśmy jednak obciążyli się wymogiem ciągłego podążania za procesem, paradoksalnie ograniczylibyśmy naszą terapeutyczną elastyczność. Pełny kontakt w relacji terapeutycznej może mieć miejsce, jeśli pozwolimy sobie również na wycofanie się, spojrzenie z dystansu, diagnozę. Spotkanie jest możliwe dzięki dystansowi. Nie możemy uniknąć diagnozowania. Wszystko, co możemy zrobić, to pozostać świadomymi procesu diagnozowania i przywracać naszą świadomość do kontaktu z klientem.

Podziękowania

Chciałbym podziękować Stanie Dudovej, Tomasowi Rihacekowi i Fransowi Meulmeesterowi za wielką inspirację i wsparcie, jakim mnie obdarzyli podczas pisania tego artykułu.

Niniejsze opracowanie zostało wsparte przez grant Czeskiej Fundacji Naukowej GAP407/11/0141. Fragmenty tekstu zostały wykorzystane jako jedno ze źródeł do rozdziału Gestalt Approach to Diagnosis autorstwa J. Roubal, M. Gecele i G. Francesetti w książce Gestalt Therapy in Clinical Practice (From Psychopathology to the Aesthetics of Contact), G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal (Eds.), która ukaze się w 2013 roku.

Tłumaczenie: Ula Krasny

Redakcja: Maria Krawczyk

Bibliografia

- Baalen, D. (1999). Gestalt diagnosis. Oslo: Norsk Gestaltinstitut.
- Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., Wieesnagrotzki, S. (Eds.). (2008). Psychotherapeutic diagnostics. New York, Wien: Springer.
- Beisser, A. (1970). The paradoxical theory of change. In Fagan, J., Shepherd, I. (eds.) Gestalt therapy now. New York, Harper Colophon Books. 77-80.
- Brownell, P. (2010). Gestalt therapy. A guide to contemporary practice. Springer.
- Buber, M. (1996). Ja a ty (I and Thou). Votobia, Olomouc. (Original work published 1923.)
- Delisle, G. (1991). A Gestalt perspective of personality disorder. British Gestalt Journal, 1(1), 42–50.
- Denham-Vaughan, S. (2008). First of nowhere? In: Wedding, D., Corsini, R.J. (eds.) Case studies in psychotherapy. Belmont: Brooks/Cole, 123-146.
- Dreitzel, H.P. (2010) Gestalt and process. Clinical diagnosis in Gestalt therapy. A field guide. Berlin, EHP.
- Eells, T.D. (2007). History and current status of psychotherapy case formulation. In: Eells, T.D. (ed.) Handbook of psychotherapy case formulation. New York, London: The Guilford Press, 3-32.
- Eells, T.D. (Ed.). (2007). Handbook of psychotherapy case formulation. New York, London: The Guilford Press.
- Evans, K., Gilbert, M. (2005). An introduction to integrative psychotherapy. Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- Francesetti, G., Gecele, M. (2009). A Gestalt therapy perspective on psychopathology and diagnosis. British Gestalt Journal, 18(2), 5-20.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (2000). Diagnostics in Gestalt therapy. Gestalt Review, 4 (3), 237-252.
- Greenberg, L.S., Goldman, R. (2007). Case formulation in emotion-focused therapy. In: Eells, T.D. (ed.) Handbook of psychotherapy case formulation. New York, London: The Guilford Press, 379-411.
- Gabbard, G.O. (2000). Disguise or consent: problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. International Journal of Psycho-Analysis 81, 1071-1086.
- Höll, K. (2008). Integrative gestalt psychotherapy. In: Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., Wieesnagrotzki, S. (eds.), Psychotherapeutic diagnostics. New York, Wien: Springer, 119-122.
- Jacobs, L. (2008). Comment 4: being a repeat. Repeating being. In: Wedding, D., Corsini, R.J. (Eds.). Case studies in psychotherapy. Belmont: Brooks/ Cole, 135-138.
- Joyce, P., Sills, C. (2006). Skills in gestalt counselling & psychotherapy. London: Sage Thousand Oaks.
- Knijff, E. (2000). De therapeut als clown, randopmerkingen van een Gestalttherapeut. EPO, Berchem.

- Mackewn, J. (1999). *Developing Gestalt counselling*. London: Sage.
- Melnick, J., Nevis, S.M. (1998). *Diagnosing in the here and now: A Gestalt therapy approach*. *Handbook of experiential psychotherapy: foundations and differential treatment*. Guilford, New York, 428-447.
- Parlett, M. (1991). Reflections on field theory. *British Gestalt Journal*, 1, 69-81. Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Moab, UT, Real People Press.
- Perls, F., Hefferline, R. F., Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Polster, E., Polster, M. (1974). *Gestalt therapy integrated*. New York: Vintage Books.
- Pritz, A. (2008). World council for psychotherapy. In: Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., Wieesnagrotzki, S. (eds.), *Psychotherapeutic diagnostics*. New York, Wien: Springer, 1-2.
- Roubal, J. (2007). Depression - A Gestalt theoretical perspective. *British Gestalt Journal*, 16 (1), 35-43.
- Roubal, J. (2008). Proces diagnostikovani v terapeutickem vztahu (The process of diagnosing within a therapeutic relationship). *Psychoterapie*, 2(1), 12-16.
- Roubal, J. (2009). Experiment: A creative phenomenon of the field. *Gestalt Review*, 13 (3), 263-276
- Roubal, J. (2010). Gestalt terapie. In: Vybiral, Z., Roubal, J. (eds.). *Soucasna psychoterapie [Current Psychotherapy]*, 164-194.
- Staemmler, J. (2006). A babylonian confusion?: On the uses and meanings of the term "Field". *British Gestalt Journal*, 15/2, 64-83.
- Stemberger, G. (2008). Gestalt theoretical psychotherapy. In: Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., Wieesnagrotzki, S. (eds.), *Psychotherapeutic diagnostics*. New York, Wien: Springer, 97-108.
- Swanson, C., Lichtenberg, P. (1998). Diagnosis in Gestalt therapy: A modest beginning. *The Gestalt Journal*, 21, 5-17.
- Wedding, D., Corsini, R.J. (Eds.). (2008). *Case studies in psychotherapy*. Belmont: Brooks/Cole.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt reconsidered*. New York: Gardner Press. Williams, L. (2006). Spirituality and Gestalt: A Gestalt-Transpersonal perspective. *Gestalt Review*, 10(1), 6-21.
- Yontef G.M. (2006). Gestalt therapy theory of change. In: Woldt, A.L., Toman, S.M. (eds.) *Gestalt therapy. History, theory, and practice*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Yontef, G.M. (1993). *Awareness, dialogue and process*. New York: The Gestalt Journal Press.
- Zinker, J. (1978). *Creative process in Gestalt therapy*. New York: Vintage Books.