

Zawieszeni na chwiejnym rusztowaniu, zabezpieczamy się naszymi fiksacjami¹.

Fenomenologiczne i gestaltowskie badanie doświadczeń obsesyjno-kompulsywnych.

Gianni Francesetti

Tłumaczenie: Justyna Flynn

Redakcja/Korekta: Daina Kolbuszewska

Celem tego rozdziału² jest eksploracja doświadczenia tych, którzy cierpią na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD), z myślą o wsparciu klinicystów w prowadzeniu terapii³. To badanie opiera się na bezpośrednim doświadczeniu klinicznym i istniejącej literaturze, a w szczególności stanowi koncepcyjne odniesienie do metod fenomenologicznych (Moustakas, 1994; Spinelli, 2005, Ratcliffe, 2015, Gallagher and Zahavi, 2018), psychiatrii fenomenologicznej (Jaspers, 1963, Borgna, 1989, Galimberti, 1979; Callieri, 2001), empirycznych metod psychologii Gestalt (Asch, 2004), i do teorii i praktyki terapii Gestalt (Perls, Hefferline and Goodman; 1951, Spagnuolo Lobb, 2013a; Robine, 2016; Bloom, O'Neil, 2014; Jacobs and Hycner, 2009; Francesetti, Gecele and Roubal, 2013; Vazquez Bandid, 2014). W tym podejściu mam nadzieję rozwinąć strukturalne⁴ i rozwojowe zrozumienie tego cierpienia, poprzez przedstawienie struktury, która może nadać znaczenie różnym doświadczeniom pacjentów. Posłużę się również perspektywą pola, która leży u podstaw pracy w terapii z osobami cierpiącymi na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, przedstawiając przykłady badań terapii Gestalt w psychopatologii i tego, jak psychiatria fenomenologiczna może wspierać ten proces opierając się wcześniejszych opracowaniach (Francesetti, 2007; 2015a; Francesetti i Gecele, 2011; Francesetti i Spagnuolo Lobb, 2013). W literaturze Gestalt nie ma wielu opracowań tematu zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (Morphy, 1980; Tarrega-Soler, 1997; Wheeler, 2002, p.165; Dreitzel, 2010; Salonia, 2013). Najbardziej systematyczne jest opracowanie Salonii, które będzie punktem wyjścia mojego badania, w kolejnych rozdziałach przedstawię nieco inne rozumienie powstawania obsesji i kompulsji.

¹ *Zawieszeni na chwiejnym rusztowaniu zabezpieczamy się naszymi fiksacjami. By odwrócić nasz wzrok od naciągającej przepaści, chronimy się w mrożących automatyzmach, w żałosnych obsesjach. Znamy ciężar nieprawości, który nosimy na naszych barkach, ale powolność, kompulsja i lenistwo są nudnymi i pocieszającymi nagrodami, które są znacznie bardziej uspakajające niż oślepiające i obce światła świata, który nie daje żadnych gwarancji.* (Marcoaldi, 2015, s.36)

² Ten rozdział, z niewielkimi zmianami, był opublikowany w *British Gestalt Journal* (2017), 26, 2:5-20

³ Aby lepiej zrozumieć ten artykuł, warto przeczytać mój wcześniejszy artykuł 'Od Indywidualnych Symptomów do Psychopatologicznych Pól', BGJ, 2015 i 'Perspektywa Pola w Terapii Gestalt' (przyszły). Niniejsze badanie opiera się na omówionych w tych pracach spojrzeniu na psychopatologię.

⁴ To jest analiza, która bierze za punkt wyjścia przeżyte doświadczenie, by opisać jak powstają i rozwijają się pewne psychopatologiczne doświadczenia, skupiając się bardziej na tym, jak powstaje cierpienie aniżeli na jego przyczynach.

1. Parę rozważań na temat zewnętrznych diagnoz⁵

Zewnętrzna diagnoza oparta jest na procesie porównania tego, co klinicysta obserwuje, z nozologicznymi kryteriami w systemie opisowym symptomów. Kryteria diagnostyczne OCD w DSM 5 (APA, 2013) to:

- A) Obecność obsesji, kompulsji, lub obu;
- B) Obsesje lub kompulsje są czasochłonne lub powodują klinicznie istotny stres lub zaburzenie w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub w innych obszarach funkcjonowania;
- C) Obsesji i kompulsji nie da się lepiej wytłumaczyć przez procesy fizjologiczne i inne uwarunkowania medyczne;
- D) Zaburzeń nie da się lepiej wytłumaczyć przez inne zaburzenie psychiczne

Klasyfikacja ICD nie różni się znacząco (patrz ICD 10, Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsywne, F.42). OCD to częste i poważne zaburzenie, które może bardzo utrudnić życie osób na nie cierpiących i ich bliskich: cierpi na nie około 2-3% populacji (Abramovitz i Siqueland, 2013, p. 194), co przekłada się na ponad 100 milionów ludzi. OCD składa się z dwóch głównych symptomów: obsesji i kompulsji. *Obsesje* to niechciane, intruzyjne myśli, obrazy, impulsy i pomysły, doświadczane jako zagrażające, odpychające, nieprzyzwoite i bluźniercze. Tematy obsesji mogą być różne, ale z reguły dotyczą one zanieczyszczenia, odpowiedzialności związanej ze zranieniem, seksem, religią, przemocą, porządkiem i symetrią. Trzy charakterystyki odróżniające obsesje od innych nawracających myśli: nie są one pożądane, są niekongruentne z wartościami osoby, wywołują opór w osobie, kiedy próbuje je ona wyeliminować lub przezwyciężyć ich konsekwencje. *Kompulsje* to zmotywowane i intencjonalne zachowania, które osoba podejmuje w wyniku swoich obsesji, mające zaradzić lękowi i przerażającym konsekwencjom obsesji. Kompulsywne rytuały są z reguły skupione wokół odkażania, kontroli, powtórzeń i aktów mentalnych.

Obsesje i kompulsje mogą pojawić się na różnym poziomie funkcjonowania, włączając w to funkcjonowanie neurotyczne, borderline i psychotyczne. Aktualny system diagnostyczny odróżnia OCD od doświadczenia psychotycznego, przy czym ta odrębność, nie jest aż tak duża. Według niektórych autorów (Straus, 1948; Stanghellini i Ballerini, 1992), i w przedstawionym tutaj modelu I, OCD może być rozważane jako bliskie (i zarówno różne) od psychozy; w niektórych przypadkach OCD jest bastionem, który chroni osobę przed doświadczeniem psychotycznym. Możemy stwierdzić, że OCD wyłania się generalnie z organizacji neurotycznej, ale w przypadku, gdy obsesyjne przystosowanie nie wystarcza by powstrzymać terror, możemy zaobserwować wtedy symptomy obsesyjno- kompulsywne w doświadczeniu psychotycznym. Diagnoza powinna również odróżnić obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości, które różni się od OCD tym, że jest ego syntoniczne, tzn. osoba nie skarży się na swoje perfekcyjne, sztywne i uporczywe sposoby zachowania, i w rezultacie nie szuka pomocy. OCD może być (lub nie) zaobserwowane w obsesyjno –kompulsywnym stylu osobowości.

2. Analiza fenomenologiczna: doświadczenie cierpiącego

Andrea jest przerażony tym, że mógłby zabić swoją dwuletnią córkę lub kogoś kto wyrządziłby jej krzywdę. Jest zadreęczany przez intruzyjne obrazy, w których jest ona fizycznie i seksualnie

⁵ Aby uzyskać więcej informacji spójrz na diagnozę w terapii Gestalt i różnicę pomiędzy wewnętrzną i zewnętrzną diagnozą: patrz Francesetti, Gecele (2009); Roubal, Gecele i Francesetti (2013).

wykorzystywana. *Andrea chowa wszystkie noże i inne ostre narzędzia w domu. Liczy ile sekund zajmuje mu dojście do garażu i uruchomienie samochodu po zamknięciu drzwi domu, jeśli liczba sekund nie zgadza się, będzie powtarzał tę czynność, dopóki liczba nie będzie się zgadzała. Następnie, jeśli numer rejestracyjny samochodu (po dodaniu cyfr) nie daje konkretnej sumy, musi wykonywać skomplikowane matematyczne operacje, żeby powstrzymać tragiczne konsekwencje, które mogłyby zranić jego córkę.*

Anna żyje w zanieczyszczonym świecie i żeby ochronić siebie musi ciągle odkażać swoją przestrzeń. To oznacza, że wszystko co pojawia się w jej domu musi być umyte według specyficznej procedury i trzymane w kwarantannie przez konkretną ilość czasu - nie wyłączając jej samej. Jej skóra stała się bardzo cienką osłoną, coraz bardziej wystawioną na zanieczyszczenie. Żyje ona w ciągłym strachu i desperacji.

Cristina nie jest w stanie prowadzić samochodu, ponieważ myśli, że kogoś potrąciła sprawia, że ciągle się zatrzymuje i sprawdza, czy nikogo nie przejechała. Nawet jej praca stała się nie do zniesienia. Kiedykolwiek ktoś kupi coś małego, Cristina obawia się, że dziecko może to połknąć i udusić się. Te myśli pojawiają się nieustannie i prowadzą ją do ciągłego sprawdzania, co uspokaja ją, ale jedynie na chwilę.

Ci, którzy cierpią na OCD zaczynają każdy swój dzień z niebotycznym zadaniem, którego nigdy nie wykonają. Walka z zaburzeniem, zanieczyszczeniem, brudem, niepewnością, krzywdą, ryzykiem utratą kontroli pożera ich całą energię, nie dając żadnego wytchnienia, całkowicie ich wyczerpując. W doświadczeniu tych ludzi świat jest przerażający, ciągle zapowiadający czyhającą tragedię i katastrofę. Kompulsje są antidotum, talizmanem, który na chwilę chroni ich przed najgorszym (Straus, 1948; Ballerini i Callieri, 1996; Muscelli i Stranghellini, 2008; van Gebsattel (1967); Stranghellini i Ballerini, 1992; Borgna, 1997). Postaram się opisać te doświadczenia za pomocą czterech tematów o szczególnym znaczeniu w zaburzeniu OCD: przestrzeń i czas, relacja pomiędzy całością i detalem, doświadczenie granicy i materialność.

2.1. Przestrzeń i czas

Przestrzeń się kurczy. Tak samo jak w każdym doświadczeniu lęku, przestrzeń jest opresyjna (anxious z łaciny *angere*, etymologicznie znaczy „ściskać”). Świat osób z OCD atakuje z każdej strony, w związku z tym ograniczają one przestrzeń do tego, co może skontrolować i zachować „niezanieczyszczonym”. Im większa potrzeba kontroli i odkażania, tym bardziej ograniczona przestrzeń. Etymologicznie „*ob-session*” pochodzi od łacińskiego *obsidere*, co znaczy „osaczać”. W tym sensie, w pierwotnym znaczeniu obsesji zawarta jest implikacja przestrzenna. Osoba, która jest obsesyjna, jest osobą, która jest osaczona, czuje, że przestrzeń się zmniejsza, że „rzeczy są zbyt blisko” (Muscelli and Stranghellini, 2008, s.280). Potrzeba i strategie osiągnięcia symetrii dają poczucie kontroli nad przestrzenią, nad jej nieubłagalnym i chaotycznym zamknięciem, strategie te powstrzymują „oblężenie”. Przestrzeń nie jest przerażająca w sensie bycia wystawionym na świat bez ochrony, jak w agorafobii (Francesettii, 2007; 2013), ale w sensie miejsca, w którym nie ma dystansu między mną a rzeczami. Doświadczenie braku dystansu jest podstawą zrozumienia starań osoby cierpiącej na obsesje do stworzenia dystansu, jak to zobaczymy dalej. Uprzywilejowane użycie wzroku, najbardziej zdystansowanego i obiektywnego ze zmysłów, również reaguje na tę potrzebę. Osoba zmagająca się w walce z wycofaniem, w oblężeniu, które nigdy się nie kończy, w czasie który płynie, ale bez żadnych wzniesień lub upadków - jest liniowym jednolitym ruchem, w czasie który płynie nieubłagalnie bez osiągnięcia czegokolwiek, co może być przerwane przez westchnienie, przynoszące koniec temu wszystkiemu, otwierające nowy rozdział. Odpoczynek i postój są konieczne,

a jednocześnie niemożliwe: zatrzymanie jest potrzebne, żeby zasmakować doświadczenia, ale - tutaj, w tym świecie - smakowanie oznacza poczucie wstrętu. Czas płynie, nie stając się *wydarzeniem*, powodując napięcie w ciele, które nigdy nie może być rozładowane, napięcie obniża się, gdyż inwestowana energia wyczerpuje się, a nie poprzez odpoczynek. Czas nie jest dojrzewaniem, nie jest pauzą; i więc nie ma asymilacji. Zatrzymanie oznacza wytrącenie; nie ma odpoczynku, nie ma końca.

2.2. *Relacja pomiędzy detalem a całością*

Ci, którzy cierpią na OCD, mają sieci zdolne do łowienia małych ryb, ale które pozwalają uciec dużym rybom. Detale stają się figurą, są powiększone i wielokrotnie analizowane. Nie wnosząc do doświadczenia żadnego poczucia spełnienia. Brak dystansu prowadzi cierpiącego do powiększenia przestrzennych detali, które stają się tak wielkie, że wywołują obrzydzenie i niebezpieczeństw⁶

⁶ Straus podkreśla jak pisarz Johnatan Swift, który cierpiał na obsesję, stworzył w *Podróżach Gullivera* charakter, który ma nieuchronnie duże i bliskie doświadczenie z rzeczywistością w sposób, który go obrzydza: "(te druhny) rozebrały się do naga i ubrały swoje kitle w mojej obecności, podczas gdy ja zostałem umieszczony w ich toalecie, przed ich nagimi ciałami, co jestem pewien było bardzo dalekie od kuszącego widoku lub od dawania mi innych emocji niż przerażenie i obrzydzenie" (Swift, cytowany w Straus, 1948, s.99, Włoskie tłum. 2006)

To, co nas oblega musi być odepchnięte, jednym ze sposobów na to jest uprzedmiotowienie wizualne, zamieniające w obiekt, ale ten nieuchronnie staje się zbyt bliski i przez to obrzydliwy i niebezpieczny. Detal dominuje i wysuwa się na pierwszy plan, ale figura nigdy nie jest ukończona w zadawalający sposób. W tym doświadczeniu ciężko jest dotrzeć do finalnego *Gestaltu*, który jest postrzegany jako kompletny i złożony z wszystkich istotnych elementów. Figury są jak wiatraki - nie są osadzone na gruncie, który je utrzymuje; stają się z konieczności powtarzalne i niejednoznaczne: *to, co nie jest ukończone, powtarza się* (por. Perls, Hefferline i Goodman, 1951). Brak doświadczenia spełnienia pomaga nam zrozumieć spazmatyczne poszukiwanie spełnienia, którego nigdy nie można osiągnąć. To tutaj wyłania się, tylko pozornie bezsensowny, sens perfekcjonizmu - *perfecto* po łacinie oznacza *znakomite, ukończone*. To ciągle pragnienie doświadczenia spełnienia kieruje osobą cierpiącą na obsesje, nigdy nie znajdując ulgi. *Perfecto* oznacza także *martwy*, znaczące jest to, że sposób w jaki osoby cierpiące na OCD myślą o samobójstwie, jest sposobem na zakończenie niekończącej się bitwy: „Często, na autostradzie, myślę o tym, by nie skręcić na zakręcie. Wszystko by się wtedy skończyło i wszyscy myśleliby, że to był wypadek”.

2.3. Doświadczenie granicy

Granice, przestrzenie, limity, bariery, brzegi - to powtarzające się motywy w walce przeciwko bliskości i zanieczyszczeniu, których celem jest ograniczenie degradacji, gnicia i zagrożenia. To niekończąca się walka ze „złem” we wszelkich jego formach: przemocy, przeznaczenia, zepsucia ciała, choroby, zarazków i robaków, krzywdy, złowieszczych wpływów. Charakterystyczne dla zła jest to, że nie może być prawdziwie ograniczone. Proces gnicia nie może być zatrzymany. Zarazki mogą przeniknąć nawet przez najmniejszą szczelinę; przemoc i przeznaczenie mogą uderzyć w każdym czasie. Zło jest wyziewem - płynem, który przesącza się przez wszystkie bariery. Dlatego granica musi być usztywniona, oznaczana, wzmocniona, uszczelniona, ale zawsze pozostaje słaba i pełna dziur. Dłonie są myte, by eliminować smród zła, które jest wszędzie, ale skóra staje się jeszcze bardziej wątpliwa, bariera słabnie, a to wymaga więcej czyszczenia, to niekończące się błędne koło. Trzymanie obsesyjnego oka na straży nie wystarcza, bariery łamią się i upadają. Są niszczone przez nieubłagalny upływ czasu, który zżera i dezorganizuje wszystko. Wstręt, który według niektórych autorów (Straus, 1948) jest centralnym doświadczeniem w obsesji wynika z bliskiego spotkania z materialnością, której nie da się oddalić. Jak to widzieliśmy u Swifta, brak szerszego przestrzennego wymiaru, bycie zmiądzonym przez rzeczy; sprawia, że są one obrzydliwe. Niemożliwość ustalenia szczelnej granicy pomiędzy mną i niepewnością tego, co może nastąpić pomaga zrozumieć fenomenologię niemocy dystansu i ustawienia granicy w satysfakcjonujący sposób. To również pozwala nam zrozumieć nawyk zbieractwa. „Eliminacja” etymologicznie oznacza wypchniecie na zewnątrz granicy (z łacińskiego *e-*: „z” i *limen*: „granica”), co jest jednocześnie pożądane i niemożliwe. Agresja, która może czasem prowadzić do przemocy jest często ekstremalną próbą wzniesienia bariery tam, gdzie ktoś ją wcześniej przekroczył i stworzył wyłom w pasie bezpieczeństwa, który pacjent ciągle buduje i monitoruje. Strach przed krzywdą nie wynika tutaj ze „stłumionego pragnienia” krzywdy. To jest prawdziwy lęk, który wyraża zarówno ryzyko ekstremalnej obrony (kiedy dystans nie może być stworzony i granica obroniona w żaden sposób) i mimowolnej utraty kontroli.

2.4. Materialność

W świecie obsesji rzeczy mają życie. Poruszają się, są niekontrolowalne i nieprzewidywalne. Opisane są przez psychologów Gestaltu jako posiadające „jakości fizjonomiczne” (Metzger, 1941; Straus, 1948), które natychmiastowo wywołują zmysłowe i emocjonalne doznania (patrz §3.1.), zwykle niepokojące a czasem przerażające. Rzeczy nie pozostają w spoczynku, przez co wywołują

niepokój. Rzeczy, kiedy patrzysz na nie z bliska, patrzą na ciebie. Rzeczy są stworzeniami i jako takie, podlegają procesowi entropicznego zepsucia. Materia nie jest stabilną jednostką, bezlitośnie podlega zniszczeniu. Rzeczy, w tym doświadczeniu, nie są gdzieś tam daleko oddzielone i zdystansowane od widza, stojącego w neutralnym punkcie obserwacyjnym. Ta pozycja jest upragniona, ale nigdy w pełni nie zostaje osiągnięta, ponieważ rzeczy są zawsze tutaj, są niepokojące i nie można ich odepchnąć. Nie ma czystej i stałej granicy. Coś zawsze pozostaje nieuchwytnie i nadmierne. Draśnięcie na samochodzie, kurz na półce wytarty dzień wcześniej, zwiędły liść, moneta, która może- zostać połknięta: wszystkie żywe świadectwa naszego braku kontroli, nieustannej walki bez końca, bez odpoczynku, nad tym, nad czym nigdy nie możemy zapanować.

Cierpiący na obsesje żyją w oblężeniu, w każdym momencie narażeni na możliwą krzywdę, sprowokowaną przez otaczające ich rzeczy lub mimowolnie przez nich samych. Oblężeni, walczą, bez odpoczynku, bez spokoju.

3. Gestaltowska analiza doświadczenia: znaczenie kreatywnego przystosowania obsesyjno-kompulsywnego.

Pytanie, na które spróbuję tutaj odpowiedzieć jest następujące: „jak powstaje doświadczenie obsesyjno-kompulsywne”? Pytanie dotyczy patogenezy, czyli tego jak kształtuje się konkretne cierpienie. Na bazie tej analizy mam nadzieję rzucić światło jak ten niesamowicie trudny sposób życia może być niemniej jednak kreatywnym przystosowaniem, które jest funkcjonalne w niektórych sytuacjach.

3.1. Poza Filarami Herkulesa: Vorgestalten, Proto-Self, Wylaniające się Self i inne chimery

W celu odpowiedzi na powyższe pytanie oprę się na kilku teoretycznych i empirycznych odniesieniach. Na początku przedstawię wkład psychologii Gestalt do badań nad percepcją, następnie analizę Klausa Conrad⁷ a w szczególności prace Metzgera (1941). Ci myśliciele przedstawili empiryczne dowody na to, że percepcja jest procesem, który w ułamkach sekundy prowadzi do doświadczenia percepcyjnego, w którym podmiot postrzega siebie jako oddzielnego od obiektu, gdzie podmiot jest oddzielny zarówno przestrzennie i emocjonalnie, a obiekt zawiera wyraźny i określony zarys. Ten wynik spostrzegania, który Metzger nazywa Endgestalt (finalny Gestalt) jest rezultatem procesu, który wynika z bardzo różnego oryginalnego momentu spostrzegania. Percepcyjne formy tego początkowego momentu percepcyjnego nazywamy Vorgestalten (pre Gestalten). W Vorgestalten, doświadczenie percepcyjne jest rozproszone, niezróżnicowane i globalne. Figura musi się jeszcze wyróżnić z tła, coś się pojawia, ale jest niestałe, rozmyte i ma niesprecyzowaną postać. To jest

⁷ Conrad był pierwszym, który zdefiniował i użył metody dochodzenia w psychopatologii, którą nazwał „analizą Gestaltu” (Conrad, 1958)

doświadczenie braku odpoczynku, a co za tym idzie niepokoju, zanim podmiot zostanie wyraźnie odróżniony od przedmiotu. W tym pierwszym etapie dominują *fizjonomiczne jakości ekspresji* - jakości, które są naładowane uczuciowo, które komunikują coś w natychmiastowy, przedrefleksyjny sposób. Są one przeżywane w bierny sposób, jakby chwytający podmiot, budząc poczucie oczekiwania na rozwój, na cel, który tu jeszcze jest niezdefiniowany, i jeśli rozwój jest opóźniony, pojawia się napięcie i rośnie niepokój. Kiedy Endgestalten w końcu się pojawiają, tym, co dominuje są strukturalno-materialne jakości, charakteryzujące się uczuciem ulgi w dostrzeganiu odrębnej figury, obiektywnie wyróżniającej się, od której podmiot czuje się oddzielny i wobec której jest w pozycji obserwacji, z krytycznym osądem i emocjonalnym dystansem. Uczucie bycia biernie wciągany w coś niewyraźnego i niepokojącego kończy się. Z Vorgestalten, na początku wszelkiej percepcji, doświadczenie jest atmosferyczne i predualistyczne, leżące u podstawy naszego patycznego życia (Tellenbach, 1968; Griffero, 2014; Boheme, 2010; 2017; Schmitz, 2011; Waldenfels, 2011; Francesetti, 2015b; Francesetti and Griffero, 2019)⁸.

Na początkowym etapie percepcji(,) granice i bieguny subiektywności i obiektywności nie są zdefiniowane i stabilne. Ta gestaltowska analiza percepcji zgadza się z opisem wyłaniania się self, rozwiniętym przez Antonio Damasio (2012)⁹. Według tego modelu, opartego na jego neurologicznym studium, w percepcji self wyłania się progresywnie, na przestrzeni ułamków sekund, w etapach: proto-self, subiektywne self i autobiograficzne self. W początkowej fazie proto-self jest ostrzegane o obecności czegoś, nie wiedząc do kogo „to coś” należy. Stan odpoczynku staje się niepokojem, który nie może należeć do mnie jako podmiotu, ponieważ sens bycia odrębnym podmiotem pojawi się na późniejszym etapie. Koncept *wyłaniającego się self*, rozwinięty przez Daniela Sterna (1985), obejmuje również tę początkową podstawę wszelkiego doświadczenia. Wyłaniające się self charakteryzuje pierwsze miesiące życia niemowląt. Na tym etapie dzieciństwa nie ma wyraźnego poczucia self, nie ma odrębności od świata, a jest *wyłaniający się proces self*, który jest figurą. W modelu Sterna, etapy rozwoju self są obecne w każdym kolejnym doświadczeniu, w każdym momencie przez resztę naszego życia. Fenomenologiczna tradycja również wskazuje na pierwotny wymiar doświadczenia w którym podmiot i przedmiot nie zostały jeszcze zróżnicowane, i opisuje naturalną, naiwną postawę (Husserl, 1913), która charakteryzuje percepcję jako produkt a nie jako pierwotną daną doświadczalną, chociaż zwykle nie zwracamy na to uwagi. (Merleau-Ponty, 1945; Alvim Bothelo, 2016). Dowód na obecność tego pierwotnego, doświadczalnego *momentum* zawarty jest w etymologii samych słów: „Widzimy ślady tego procesu w słowach *podmiot* i *przedmiot*: *sub-jectum* w łacinie znaczy zrzucony w dół, *ob-jectum* znaczy wypędzony, zatem dowodzi to, że nie są one pierwotnymi istotami, ale produktami wyrzucenymi w dwóch różnych kierunkach świata” (Francesetti, 2016a, s.150). We wcześniejszym opracowaniu nazywaliśmy ten moment *przed-personalnym wymiarem* doświadczenia (Francesetti and Spagnuolo Lobb, 2013) i traktowaliśmy jako podstawę rozumienia doświadczenia psychotycznego. W doświadczeniu psychotycznym podmiot nie wyłania się z przed-personalnego wymiaru Vorgestalten i jest pozostawiony w świecie bez zdefiniowanej granicy, w świecie pełnym niepokoju nie do opisania, który go biernie pochłania i od którego nie może się uwolnić. Złudzenia i halucynacje są kreatywnym

⁸ Pathic oznacza odczuwane w żyjącym ciele i cierpiące. Jesteśmy natychmiastowo i biernie ogarniani przez pathic, poruszani przez cierpienie i namiętność; to coś czemu podlegamy (aniżeli *dla którego* jesteśmy podmiotem). W atmosferze figura i tło nie są jeszcze określone, ale tworzą afektywnie naładowany ton, który jest rozproszony w przestrzeni, natychmiastowy i bez wyraźnych granic, z których wyłoni się podmiot i przedmiot, nasycając i barwiąc rodzące się doświadczenie, które obejmuje przedmioty i podmioty we wzajemnym cyrkulującym tworzeniu.

⁹ Por. <https://www.youtube.com/watch?v=8LD13O7dkHc>

przystosowaniem używanym do ucieczki z tego koszmarnego świata, ucieczki do świata, który nie jest wprawdzie wspólny, ale przynajmniej jest określony¹⁰. Opisujemy ten świat jako *poza Filarami Herkulesa*, miejsce, które według wierzeń starożytnych jest poza znanym, wyrażalnym światem, *poza non plus ultra*, światem zamieszkanym przez potwory i chimery, przed którymi chronią nas filary (w greckim używane jako słowo dla *granic*). Każdy z nas – wyłania się z tego właśnie świata. Ta perspektywa jest zgodna z konceptem wyłaniającego się self, leżącym u podstaw teorii terapii Gestalt (Philipson, 2009; Robine, 2016; Francesetti, 2016; Spagnuolo Lobb, 2016; Alvim Bothelo, 2016; Staemmler, 2016), w której poczucie self jest procesem, wyłaniającym się w sytuacji, powstaje jako self sytuacji (Perls, Hefferline i Goodman, 1951; Robine, 2006). Rozpoznanie pre-dualistycznego pochodzenia subiektywności jest szczególnie ważne ponieważ buduje po-kartezjańską perspektywę (lub po-demokryteńską według Schmitza, 2011), która umożliwi nam zrozumienie cierpienia i leczenia z perspektywy pola (relacji, sytuacji lub intersubiektywnego matriksu, w zależności od autora) a nie z perspektywy jednostki, pomimo że to właśnie jednostka czuje i wyraża cierpienie, i szuka transformacji. Ta analiza procesu percepcji jest podstawą (innej skali czasu) cyklu kontaktu rozwiniętego przez *Terapię Gestalt* (Perls, Hefferline and Goodman, 1951). Niezróznicowany patyczny moment jest królestwem funkcji id, skąd na podstawie zasymilowanych kontaktów (funkcja osobowości), ciągle wyłaniamy się jako pomioty.

3.2. Strukturalna geneza obsesji: nieustanne skoki Herkulesa

Literatura przedstawia różne modele powstawania obsesji. W szczególności model psychodynamiczny (Gabbard, 1994), behawioralno- kognitywny (Beck, 1976 i późniejsze rozwinięcia) i modele terapii Gestalt (patrz wyżej). W *Terapii Gestalt* (Perls, Hefferline and Goodman, 1951) obsesje są rozumiane jako myśli, które służą do usunięcia lęku przed podnieceniem. Analiza, którą tutaj zaprezentuję będzie oparta na tym stwierdzeniu, lokalizując to zaburzenie w szczególności w odniesieniu do neurotycznego i psychotycznego poziomu organizacji i zrozumienie tego zaburzenia w świetle procesów percepcji i wyłaniania self.

Hipoteza, którą tu zaprezentuję jest *patogeniczna*; to znaczy, że odnosi się do drogi powstania takiego doświadczenia niezależnie od jego przyczyn, których poszukamy w następnej kolejności. Spójrzmy więc na analizę doświadczeń obsesyjnych w terapii Gestalt. Jeśli połączymy doświadczenie obsesyjne (§2) z genezą percepcji (§3.1), natychmiastowo zauważymy, że cierpiący na obsesje są *oblężeni w świecie Vorgestalten*, ale w tym samym czasie *nie są ani zagubieni ani zablokowani w tym miejscu*. To, co możemy zaobserwować to ciągła walka, mająca na celu stworzenie dystansu, domknięcie i wyciągnięcie wniosku, postawienia granicy, bariery i oddzielenia. W doświadczeniu psychotycznym osoba tkwi i jest zagubiona w świecie bez zróżnicowania i zachowuje się zgodnie ze swoimi złudzeniami, halucynacjami i wycofuje się do niewypowiedzianego świata. To nie dzieje się w doświadczeniu obsesji. Cierpiący na obsesje walczą z niezróznicowanym światem podejmując nieustanną batalię w celu zdobycia zdystansowanego, bezpiecznego obszaru z granicami. Każdy centymetr obszaru jest mozolnie zdobywany, by w następnej chwili być znów nieuchronnie straconym. Czas nie jest nigdy zwycięstwem ale niekończącą się walką, nie jest wydarzeniem, jest wysiłkiem. Słowa pacjenta: „Jestem na łodzi ratunkowej, zagubiony na środku oceanu, w środku burzy. Ciągle wylewam wodę, ale łódź jest dziurawa. Nie mogę przestać. Nie topię

¹⁰ Pierwszym, który użył prace Metzgera do zrozumienia doświadczenia psychotycznego był Klaus Conrad (1958), który przedstawił podstawy badania psychopatologii poprzez to, co nazwał „analizą Gestalt”. Niestety jego wkład nie został odkryty przez późniejszych myślicieli, ale za to dziś jest ponownie doceniany przez wielu autorów (Alessandrini i Di Giannantonio, 2013).

się, ale wszystkie moje wysiłki nie zmieniają sytuacji. Co się stanie, kiedy będę zbyt zmęczony, żeby dalej kontynuować?” Podczas, gdy w doświadczeniu psychotycznym osoba nie jest w stanie zostawić *Vorgestalten* i zdobyć wspólnego świata, tutaj osoba podejmuje herkulesowy wysiłek, żeby wyśledzić i zachować jasne i zdefiniowane *Endgestalten* - ale *Vorgestalten* nigdy nie dojrzewają i nie stają się zdefiniowanymi, czystymi figurami, i nie są zakorzenione w podłożu. To jest przeskok z przedwerbalnego, zmysłowego świata do werbalnego, kognitywnego, logiczno-matematycznego i refleksyjnego świata. Obsesje nie są niczym innym jak zdolnością do tworzenia i utrzymania stałych figur, ale ponieważ nie są one zakorzenione w podłożu muszą być wciąż na nowo-definiowane i bez końca powtarzane, by móc *ex-sist* (wyłonić się), *sub-sist* (pozostać na zewnątrz) i *per-sist* (utrzymać się w czasie). Widziane w tym świetle, doświadczenia i symptomy mają sens; tak jak perfekcjonizm jest próbą ukończenia doświadczenia, tak cielesne znieczulenie jest próbą ucieczki od uczucia obłąkania przez otoczenie. Walka przed zanieczyszczeniem jest walką o stworzenie granic i zdefiniowanie siebie. Poszukiwanie symetrii, porządku i kontroli jest próbą ogarnięcia chaosu tego, co niezdefiniowane, gdzie wszystko może się zdarzyć. Poszukiwanie bezpieczeństwa jest poszukiwaniem stałego, przewidywalnego świata, w którym mogą żyć bez troski - etymologicznie *secure* pochodzi z łacińskiego *sine cura*, co znaczy „bez troski” – n.p. bez ciągłej pracy, wysiłku, by istnieć. Wysiłki przynoszą ulgę, jako że są one częścią walki, która nie jest przegrana, ale nie może być też zwycięska, tak jak wylewanie wody z dziurawej łodzi - i dramatyczne zachowanie osoby, która się na niej znajduje. To jest fundamentalna potrzeba w każdym psychopatologicznym polu, ponieważ tylko poprzez wyrażanie cierpienia - aktualizującego się w tu i teraz - może ono znaleźć relacyjną przestrzeń, w której może zostać przemienione (Francesetti, 2015b). Z tej perspektywy, obsesje nie są symptomami do wyeliminowania, ale ekspresją kreatywnego przystosowania, które chroni pacjenta przed byciem zagubionym w psychotycznym świecie bez granic. Tutaj możemy docenić zależność, podkreśloną przez innych autorów (Straus, 1948; Stanghellini i Ballerini, 1992), pomiędzy obsesyjnymi i psychotycznymi doświadczeniami. Podejście takie bardzo różni się od tych, które uznają obsesje za coś złego, co należy skonfrontować i przezwyciężyć. Przeciwnie, takie myśli pozwalają osobie uciec od zmysłowej przestrzeni, która wywołuje jedynie niepokój i terror. To jest dokładnie ta-umiejętność skoku Herkulesa, od zmysłowego terroru do chwilowego refleksyjnego, matematyczno-logicznego świata, dającego się kontrolować która ratuje osobę przed jeszcze większym terrorem. Jest to jednak przeskok, który musi być powtarzany w każdym momencie: „Zawieszeni na chwiejącym się rusztowaniu, ubezpieczamy się naszymi fiksjami”.

3.3. Estetyczny nadmiar: diabeł tkwi w szczególności

Ta analiza pozwala również wyjaśnić dystans do swoich zmysłów i ciała, jaki cierpiący na obsesje odczuwają. Korzeń tego uczucia, jest w ich egzystencji źródłem niezdefiniowanego terroru, który jest atmosferyczny, nieograniczony i nieprzewidywalny. Słowami pacjenta: „Zamieniam terror w strach w każdej minucie każdego dnia. Ale moje stopy są zanurzone w terrorze.” Odniesienie do stóp nie jest przypadkowe. Wyrażenie „mieć zimne stopy” oznacza bycie przestraszonym, a dzieci, kiedy są przerażone nie dostając cielesnego wsparcia, kurczą się, podnoszą swoje stopy lub trzymają je w ramionach. Przeskok z *Vogestalten* jest skokiem z domeny uczucia estetycznego (*pathic*) do kognitywnej, logiczno-matematycznej i lingwistycznej domeny, gdzie pacjent jest zawieszony w równowadze pomiędzy dwoma światami, nie pozwalając się sobie zgubić poza Filarami Herkulesa (i w ten sposób chroni się przed psychozą), i jednocześnie pozostając w niemożności bycia stabilnym w zróżnicowanym i zdefiniowanym świecie. Ponieważ jest to skok, który zawsze zaprowadzi go w to samo miejsce, a nie proces, który prowadzi go do przodu, aby pozostać na stałe musiałaby definitywnie spalić swoje mosty ze światem zmysłowym. Ale nawet jeśli mu się to udało, może spowodować nawet większe cierpienie, na przykład formę socjopatii. W tym przypadku odczulanie

nie pozwoliłoby mu na czucie terroru i bólu, i nie potrzebował by ciała innej osoby, żeby wyrazić dramat; doświadczenie innej osoby-ofiary, byłoby cierpieniem którego nie może poczuć (Francesetti, 2012). W tym świetle możemy zrozumieć słowa mojego pacjenta, osoby która zachowywała się czasami niebezpiecznie brutalnie; w momencie intensywnych emocji mówiła: „Mogę być aniołem światła lub aniołem ciemności. Jeśli oddzielę się od moich uczuć mogę zrobić wszystko i czuć się usprawiedliwiony. Nic mnie nie zatrzymuje, poza połączeniem się z moimi uczuciami i bólem”. U cierpiących na obsesje odczulanie nie osiąga tego punktu. To, czego pacjent doświadcza i co generuje jego kompulsje jest fenomenem, który można nazwać *estetycznym nadmiarem*. Pomimo wszelkich starań osoba obsesyjna nie może przeskoczyć poza swoje uczucie, poza atmosferyczne? uczucie, które nie może być uchwycone w pełni, a z którym pozostaje w kontakcie. Atmosfera nie jest nigdy zredukowana do samego przedmiotu, który można odsunąć; coś nas zawsze otacza, jak płyn. Uczucie nie może być kompletnie uchwycone i określone przez język. Język i wrażenia sensoryczne są niewymierne (Mazzeo, 2013). W geometrii dwie wielkości lub liczby są niewymierne kiedy ich stosunek pozostawia resztę. Niewymierne; nie oznacza niemożliwe do wyrażenia, jest do wyrażenia, ale z resztą. Ta reszta pozostawia? niewyczerpujący się margines, który się regeneruje, jak opis nieskończoności, jak wartość *Pi*, która jest nieskończona i wciąż odnawialna po kropce dziesiątej. Język wyraża wrażenia zmysłowe w przybliżony sposób, pozostawiając resztę. Jak to pokreśliła Lynne Jacobs¹¹ przybliżenie ma wartość w terapii, ponieważ wskazuje proces zbliżania się i uwalnia osobę od ciągłego poszukiwania dokładnego słowa, a i to sprawia że dialog i rozmowa są ciągle otwarte. Język w swojej strukturze - podmiot-czasownik-obiekt jest w stanie opisać doświadczenie po separacji podmiotu-objektu. Uniwersalna gramatyka (Chomsky, 1957) służy do wyrażania całkowicie naiwności, naturalny świat podmiotów i obiektów jest rozdzielony - świat Arystotelesowskiej logiki. Żeby wyrazić doświadczenie przed separacją - poza Filarami Herkulesa, w świecie Vorgestalten i atmosfery - potrzebna nam są inne języki. Goodman sugeruje poezję (Perls, Hefferline i Goodman, 1939; Vazquez Bandid, 2014). Lub szaleństwo, niefortunną siostrą przyrodnią poezji (Clemens Brentano, cytowany w Beguin, 1939). Żywy język, poetycki język, który nas dotyka i jest w stanie poruszyć cielesną strunę, przybliży zmysłowe doświadczenie, a jednocześnie niesie w sobie zapach tego, co pozostaje do powiedzenia. Jest to język, który zarazem trafia i omija punkt, ale to co nie jest trafione mówi wystarczająco głośno - w rzeczywistości; to, co jest pominięte umożliwia językowi bycie żywym, czarującym i oczarowanym, zamiast bycia martwym i *perfecto*. (Loewald, 1989; Mitchell, 2000). Atmosferyczny nadmiar wrażeń zmysłowych; lub estetyczny nadmiar; jest demonem, którego osoba z obsesją nie jest w stanie stłumić - rzeczy, które nie pasują (lub pozostawiają resztę!), mikroorganizm, który przeżywa działanie antyseptyczne, impulsywne uczucie, które się nie kończy, obraz, który nie wisi prosto, pyłek kurzu na stole... diabeł obsesji tkwi w szczegółach, które reprezentują to, co nie stłamszone i chronią osobę z obsesją przed znieczuleniem socjopaty. Przybliżenie jest nie do zniesienia dla osób cierpiących na obsesje, ponieważ pozostawia resztę, której nie można zredukować, a przez to nie pozwala na ukończenie i pokonanie dystansu. To daje nam dodatkowy wgląd do kompulsywnych rytuałów jako prób zredukowania i ugaszenia estetycznego nadmiaru, którego ani matematyczna ani logiczna logika nie jest w stanie – niestety - zredukować do zera. Kompulsje przynoszą jedynie chwilową ulgę. Z rytuałem, w przeciwieństwie do gier, w których wynik jest niepewny, wiemy jak wszystko się skończy; jest przewidywalne i daje poczucie kontroli. Rytuał jest kulturalnie akceptowalnym sposobem na kontrolowanie atmosfery, nadawanie jej kształtu i budowanie pamięci. Zastanów się, jak rytuały wspierają nas w czasie wysokiej wartościowości atmosferycznej, kiedy nadają społecznie akceptowalny kształt indywidualnym doświadczeniom i jednocześnie zapewniając relacyjną więź - na przykład w przypadku śmierci, wydarzenia o wielkim

znaczeniu (*par excellence*), gdzie przestrzeń i czas zmienia się¹², rytuał nadaje kształt indywidualnemu doświadczeniu jednocześnie pozwalając nam pozostać we wspólnym świecie społecznym. Ludzie z obsesją używają tego przystosowania, bez bycia wspólnie z innymi, i przez co pogłębiają swoją samotność, która podbudowuje ich terror - ale bez sukcesu w ugaszeniu tego estetycznego nadmiaru, który ostatecznie wiąże ich z żywym światem.

3.4. *Bardzo ważny problem: przeskok nie przynosi różnicowania*

Jednym z głównych problemów w adaptacji obsesyjno-kompulsywnej jest fakt, że Herkulesowe skoki nie są procesem różnicowania i tworzenia granic. To są jedynie silne ruchy mające na celu zwiększenie dystansu od wrażeń cielesnych i znalezienie bezpieczniejszego miejsca w wymiarze myśli i zachowań kompulsywnych. To nie jest proces tworzenia określonych obiektów i jasnych granic pomiędzy self a światem; ten brak zróżnicowania wywołuje uczucie bycia zmiążdżonym, obłączonym i potrzebę dystansu, strach przed zanieczyszczeniem, nieustanne próby ucieczki z patycznego poziomu doświadczenia. To jest skok od niezróżnicowania, a nie proces różnicowania. Więc pacjent jest w paradoksalnych warunkach, w którym jednocześnie jest sam - i potrzebuje bliskości - i nie jest zróżnicowany - a więc potrzebuje dystansu. To implikuje dwie różne, przeciwstawne potrzeby: potrzebę bycia pomieszczanym (*contained*) przez obecność drugiej osoby, a z drugiej strony bycie odróżnionym od innych. Rozważanie tych dwóch potrzeb i sił pola jako dwóch biegunowości nie jest wsparciem dla terapeuty i może prowadzić do błędów: widząc je jako przeciwstawne potrzeby terapeuta mógłby wspierać różnicowanie poprzez pozostawianie pacjenta w samotności, i w ten sposób terror samotności zwiększyłby się. Z drugiej strony terapeuta mógłby wzmacniać bliskość poprzez tworzenie niezróżnicowanej intymności (*bliskości*); i w tym przypadku terror niezróżnicowania zwiększyłby się. Te dwie potrzeby nie są polarne, w istocie ich kierunkiem jest stworzenie granic w obecności terapeuty. Granica jest w tym samym czasie tym, co oddziela i łączy (Perls *et al.*, 1051). Na granicy spotykają się te dwie potrzeby: w procesie kreowania granic są obecne zarówno bliskość jak i zróżnicowanie. To się dzieje, kiedy terapeuta jest obecny na poziomie afektywnym szukając jasnych granic w swojej percepcji. Bycie afektywnie rezonującym i określonym jest celem w terapeutycznej obecności, co opiszemy później. Różnicowanie jest procesem na wielu poziomach: różnicowanie doświadczeń sensorycznych, afektywnych, emocjonalnych i biograficznych. Pacjent jest obłączony przez ruch odcieleśniania patycznego wymiaru doświadczenia, nie jest w stanie czuć nic poza terrorem; terapeuta modeluje własne doświadczenie, żeby poczuć to, co jest nieokreślone, nieukształtowane, niesformułowane, niewypowiedziane, wyłaniające się w polu. Terapeuta stopniowo kształtuje, formułuje pojawiające się wrażenia, uczucia, emocje, ich połączenia z obecną sytuacją, z biografią pacjenta, z szerszym kontekstem społecznym, z procesem zmiany i rozwoju, które kreatywnie oferuje adaptacja obsesyjno-kompulsywna. Terapeuta jest jedynym, przynajmniej na początku, który może znieść wyłaniający się wymiar patyczny, gdyż jest to krajobraz pełen terroru, i przez pozostanie w tym krajobrazie może krok po krok iść ku zróżnicowaniu i znaczeniu. Musi tam być, a nie zostać pochłonięty przez rosnący nurt obecny w polu, nie może być odczulony i wycofany; czucie, rozpoznanie, nazwanie, nadanie znaczenia jest centralnym zadaniem obecności terapeuty. Poprzez tę obecność terror powoli się zmniejsza, krajobraz pełen potworów spoza Filarów Herkulesa staje się zamieszkały przez ludzi, którzy mogą ucieleścić i przeżyć te straszne strachy. Pacjent będzie stopniowo czuł współobecność w tym krajobrazie, który stopniowo stanie się coraz mniej mroczny, będzie można w nim zobaczyć coś znaczącego i móc w nim oddychać. Kiedy zobaczymy, że pokonałszy pewien dystans, niezróżnicowane uczucia zaczną przyjmować kształty, historie, obiekty i wtedy możemy sobie z nimi poradzić bez bycia obłączonym, gdzie jedyna szansa na przeżycie to ucieczka jak najdalej.

¹²

“Powietrze wokół zmarłego było nieregularne (zużyte w sieci), które mocno łączy tu z teraz” (Gualtieri, 2010, s.50)

4. W jakich rodzajach egzystencji wyłania się obsesyjne przystosowanie?

W tym rozdziale wkroczymy na wąty epistemologiczny grunt, na którym ryzyko redukcjonizmu jest duże i należy pamiętać, że to, co formułujemy to jedynie hipotezy. Podejmiemy tutaj pytanie o etiologię, przyczyny tego cierpienia. Przed wstąpieniem na tą drogę musimy pamiętać, że przyczyny zaburzenia nie są obecnie znane i ten brak w naszej wiedzy może być paradoksalnie źródłem wsparcia dla terapeuty. Wkraczanie w przestrzeń z tą świadomością pomaga terapeutę w pozostaniu otwartym, ciekawym i szukającym wspólnej i unikalnej narracji dla pacjenta, która pozwoli nadać znaczenie jego cierpieniu. Tutaj, niewiedza jest kluczem do poszukiwana i unikalności.

W psychopatologii ważne jest, żeby odłożyć na bok logikę prostego i redukcyjnego szukania przyczynowości. To, co ogólnie wiemy to, że każdy rodzaj cierpienia ma swoje skomplikowane i nieredukowalne korzenie. Pozycja, którą tutaj przyjmuję jest oparta na dwóch założeniach: pierwszym - każde cierpienie ma swoje znaczenie (Borgna, 1898); i drugim - cierpienie wyłania się w relacyjnym polu i jest wyrażane w spotkaniu terapeutycznym (Francesetti, 2015b; 2016a; 2016b; Spagnuolo Lobb, 2013b). Najpierw oczyścimy pole z wszelkiej biologicznej etiologii. Fakt, że użyte w leczeniu antydepresanty (serotogenics) mogą złagodzić symptomy obsesji nie oznacza, że brak serotoniny jest przyczyną zaburzenia; jeśli cokolwiek, to właśnie to może się wiązać z patogenezą. W ten sposób jesteśmy w patogennym polu, a nie w etiologicznym. Użycie leków jest istotne w klinicznej praktyce, jeśli łagodzi symptomy, i o ile nie ogranicza się tylko do tego, ważne jest by włożyć wysiłek w nadanie cierpieniu znaczenia. Nie można wykluczyć, że elementy genetyczne i epigenetyczne mają swój wpływ, (Bottaccioli, 2014; Spagnuolo Lobb and Francesetti, 2015; Spector, 2012) lub ogólniej - biologiczne czynniki leżące u podstaw zaburzenia, ponieważ nie ma jednoznacznych danych (Castonguay i Oltmanns, 2013), ale w każdym razie obecność czynników biologicznych nie unieważnia poszukiwania znaczenia. W psychopatologii, zamiast skupiania się na przyczynach, które często prowadzi do redukcjonizmu i generalizacji, większą wagę powinno się przykładac do procesu powstawania zaburzenia, który kładzie większy nacisk na osobliwość, unikalność i kontekst. Patrząc na drogi powstawania, psychodynamika wskazuje na fiksację w fazie analnej i konflikt Edypa w rozwoju OCD (Gabbard, 1994; Starus, 1948). Perspektywa, która jest bliższa naszej, pochodzi z psychoanalizy intersubiektywnej, która tłumaczy zaburzenie w odniesieniu do intersubiektywnych pól (Stolorow, Brandchaft, Atwood *et al.*, 1999). Kognitywne podejście proponuje wiele opisów (Beck, 1976; Frost i Steketee, 2002; Clark, 2004), z którymi często się nie zgadzamy, jako że nie uważamy, że obsesje powstają pierwotnie na poziomie kognitywnym; z naszego punktu widzenia obsesyjne przywiązanie do myśli jest kreatywnym przystosowaniem, którego celem jest zdystansowanie się od niepokojących i przerażających wrażeń zmysłowych.

W poszukiwaniu naszej drogi wśród innych ścieżek zacznę od dwóch fenomenów, które wydają się oczywiste. Pierwszy to ten, że emocjonalnym podłożem cierpiących na obsesje jest terror (Salonia, 2013; Stranghellini i Ballerini, 1992; Muscelli i Strangellini, 2008; Calvi, 1996). Drugi wyłania się w terapii, kiedy to pacjent wydaje się być obojętny, nieświadomy tego, że jego terror może się zmniejszyć w relacji. Nie doznaje on komfortu w relacji, kiedy jest przestraszony. Wnikliwy i przerażający wiersz Marcoaldi trafnie wyraża ten element:

*Co myślisz? Jeśli będę się trzymał ciebie mocno,
mam większą szansę żeby uniknąć śmierci?*

(Marcoaldi, 2008)

To pytanie jest typowe w polu obsesyjnym. Oczywiście odpowiedź brzmi: „nie”: uścisk nie odpędzi *śmierci*. Ci, którzy zadają to pytanie, wyraźnie nie zdają sobie sprawy, że uścisk może odeprzeć *strach przed śmiercią*. Cierpiący na obsesje są nieświadomi uspokajającej mocy uścisku, bliskości fizycznej i relacyjnego komfortu – etymologicznie *comfort* znaczy *mocni razem*. Tutaj znajdujemy centralny punkt tego doświadczenia: samotność w terrorze. Pacjent obsesyjny jest sam, ale w pewnym sensie nie jest tego świadomy, bo nie zna innego sposobu bycia, nie ma doświadczenia i tęsknoty za drugą osobą, i jej nie szuka. Raczej przeciwnie, struktura doświadczenia popycha go do poszukiwania wytchnienia w dystansie, ale nie ma przestrzeni, żeby ten dystans osiągnąć, dlatego nie pojawia się pragnienie bliskości, bo nie ma też dystansu. Co więcej, jego doświadczenie jest bardziej dramatyczne - bardzo ciężko jest puścić chwiejące się rusztowanie, które chroni przed upadkiem w przepaść, tylko po to, by złapać się czyjejś ręki. To jakby wisieć na klifie, być zawieszonym nad przepaścią i trzymać się chwytów? bez liny bezpieczeństwa, i być zaproszony do tego, żeby się puścić i złapać czyjąś rękę (Salonia, 2013). W tym doświadczeniu –terror niepewności jest tak wielki, że uważamy, że czyjaś ręka już nas zawiodła, że nie ma już tej osoby. Łatwo jest znaleźć historie, w których relacyjne pomieszczanie pochodzące z cielesnej i emocjonalnej bliskości zawiodło. Słowa pacjenta, „Wychowałam się w rodzinie w domu bez ścian, wystawionym na burze wszelkiego rodzaju, gdzie wybuchy nieprzewidywalnej złości trzęsły całym domem i paraliżowały chłodem. Tylko dzięki mojej samotności, skulony w ukrytym kącie, mogłem oddychać, gdy drżałem. Tylko moja samotność dawała mi komfort. Czytałem wszystko z ogromnej biblioteki domowej, jedną książkę za drugą, zaczynając z dolnej półki, z lewej strony, w tej kolejności. Od ogólnej teorii względności do *Pustelni Parmeńskiej* i dzieł Markiza de Sade. Skupianie się jedynie na słowach tam napisanych, niezależnie od tego, czy je rozumiałem czy nie, liczenie ile książek tego samego koloru znajdowało się na półkach, a ile książek niebieskiego koloru między dwoma żółtymi, pomagało mi ignorować krzyki dochodzące z dołu”. W tym miejscu zarysowujemy możliwe narracje, w których drugi nie zapewnił kontenera (pomieszczania) - w obliczu terroru i niepewności losu, nie będziemy jednak kontynuować interpretacji, żeby uniknąć stereotypów i krystalizacji doświadczenia. Zamiast tego zatrzymajmy się na dwóch pewnych zidentyfikowanych fenomenach: terrorze i trudności w znalezieniu relacyjnego kontenera (pomieszczania). Te fenomeny podkreślają element OCD, który rzadko jest wyróżniony w literaturze, a którym jest samotność w doświadczeniach obsesyjnych. Pod tym względem interesująca jest obserwacja, która pochodzi z farmakologii w praktyce klinicznej. Osoby, na które antydepresanty wpływają najbardziej korzystnie to te, które cierpią na depresję, ataki paniki i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Z punktu widzenia fenomenologii i terapii Gestalt, podstawą tych cierpień jest doświadczenie samotności (różne w każdym z tych zaburzeń, patrz Francesetti, 2007; 2013; 2015a; Francesetti i Gecele, 2011). Moja sugestia jest taka, że efekt leków tej kategorii zmniejsza potrzebę drugiego, przez co jest najbardziej skuteczny w zaburzeniach, które mają swoje korzenie w nieobecności drugiego. To także pozwoliłoby wytłumaczyć rosnącą konsumpcję antydepresantów w naszym społeczeństwie (Whitaker, 2010). W społeczeństwie, które zaprzecza prawowitości potrzeby drugiego, nieuchronnie zaobserwujemy wzrost zaburzeń, które mają swoje korzenie w samotności i powstawanie terapii, które znieczulają tę potrzebę.

Podsumowując, pomimo że jesteśmy w stanie opisać specyficzny sposób kształtowania się tego zaburzenia (patogeneza, §3), nie możemy i nie chcemy zredukować OCD do konkretnych przyczyn. Wszystko, co możemy zaoferować to hipotezy, że ta forma cierpienia jest kształtowana przez obecność terroru bez wystarczającego relacyjnego kontenera. Ten brak kontenera zapisuje się w pamięci jako niemożliwość zaufania i polegania na otoczeniu. Terapia ma dostarczyć nowego doświadczenia, gdzie pomieszczanie i zaufanie może być odczute. Nie uznaję tego, za doświadczenie korygujące, gdyż, to co straciliśmy nie może być zastąpione: w terapeutycznej sytuacji –świadomość możliwości pomieszczania wyłania się wraz z bólem, tego co utraciliśmy i ten ból pozostaje na

zawsze (wprawdzie w innej formie). Nowe doświadczenie pomieszczenia daje nam możliwość oddechu i zaistnienia w świecie¹³.

5. Wylaniające się pole obsesyjno- kompulsywne w tu i teraz sesji terapeutycznej

Kiedy spotykamy osobę w terapii, która cierpi na obsesję, razem aktualizujemy pole fenomenologiczne¹⁴, które odgrywa cierpienie. Jak to opisałem gdzie indziej (Francesetti, 2016b; nadchodzące), odgrywanie nie oznacza czegoś sztucznego, ale specyficznie odnosi się do aktualizacji pola pomiędzy nami i dookoła nas, które jest ekstazą /ec-stasy/ żywych ciał w obecnej sytuacji. To, co się wylania jest *czymś prawdziwym* - polem fenomenologicznym - i estetycznie jest wyczuwalne jako atmosfera, prawie-istota, która nie jest ani wyłącznie obiektywna ani subiektywna. Jest to pochodna, istota (ex-sistance) pola, która w tym samym czasie aktualizuje nieobecność na granicy kontaktu (np. cierpienie) i wołanie o obecność (np. możliwość zmiany i obecności). Stopień obecności i nieobecności kształtuje się poprzez nas na granicy kontaktu w sesji terapeutycznej, w ekstazie naszych ciał i sytuacji. Psychopatologiczne pole niesie nieobecność na granicy kontaktu, która wyczekuje obecności drugiego, by przemienić się w ból i piękno (Francesetti, 2012).

Jakie są cechy pola obsesyjnego? Pomimo, że różne w każdym spotkaniu, a przez to w każdym pacjencie, terapeutcie i sesji, to istnieją pewne cechy, które można znaleźć na różne sposoby (jeśli jest prawdą, że cierpienie obsesyjne ma wspólną podstawę doświadczenia). Doświadczenia, które opiszę są wyrazami tematów, które krążą w polu i mogą być wyczuwalne czasami bardziej przez pacjenta, a czasami bardziej przez terapeutę. Są one efektem współtworzenia.

W takim polu, w terapii, mogę czuć, że muszę stąpać bardzo ostrożnie, czasami czując, że jestem na krawędzi popełnienia błędu bez zrozumienia dlaczego, ale z wrażeniem, że muszę uważnie kontrolować to, co robię. Nauczyłem się, że pewne słowa są zabronione, na przykład - *terror*. Lub pewne gesty, jak uściśnięcie dłoni pacjenta na powitanie lub czasami zbliżenie się poza pewien punkt. W kontroli samego siebie moje ciało napina się i usztywnia, mój oddech skraca się niepostrzeżenie. Bez świadomości unoszę się lekko z krzesła, wznosząc moje ciało. Zmniejsza się moja wrażliwość a powietrze staje się sterylne. Czasami przed sesją sprawdzam, czy mój pokój jest czysty lub czy fotele są w odpowiedniej odległości od siebie. Czasami nawet miałem życzenie, żeby pokój był większy lub czułem, że życzyłby sobie tego pacjent. Nie czuję się w kontakcie ze swoim ciałem, czuję się bezcieleśnie. Fizyczna obecność jest niemalże haniebna i zbędna - „Po co tu mi jest potrzebne ciało? Tutaj rozprawiamy o cierpieniu umysłu, o niepohamowanych myślach! Ja wiszę nad przepaścią, a ty mówisz mi, żeby oddychać? Oczywiście, oddycham, ale to nie ma znaczenia. Jak to ma mi pomóc?”. Czasami panuje klimat zagrożenia, który przypiera mnie do muru, bez możliwości ucieczki, mam uczucie, że odpowiedź musi przyjść teraz, definitywna i zdecydowana. W tych momentach przestrzeń się kurczy i nie mogę oddychać. Jestem obłączony - nie mogę się doczekać końca sesji! Zdarza się, że jestem zanurzony w myśli, w debacie, w narracji, w czystej formalnej logice. Czas płynie z jednolitą prędkością, bez osiągnięcia punktu, w którym mógłbym stwierdzić: dziś doszedłem tutaj! z

¹³ Inni autorzy idą dalej i utrzymują, że kompulsja i rytuał są powodowane wydalaniem czegoś odczutego lub zrobionego, czego nie powinno się odczuć lub zrobić (Salonia, 2013)—lub pojmują zaburzenie jako rezultat introjektów, które zmuszają pacjenta do działania zgodnie z ideałem perfekcjonisty (Dreitzel, 2010; 2013). To są z pewnością możliwości, jakie napotykamy w praktyce klinicznej, ale z przedstawionej przeze mnie analizy nie wierzę, że stanowią element strukturalny, który może stanowić wspólny mianownik dla doświadczeń obsesji.

¹⁴ dla definicji pola fenomenalnego, fenomenologicznego i psychopatologicznego patrz Francesetti (przyszły)

poczuciem satysfakcji i uznania. To może sprawić, że kończenie sesji staje się trudne, ponieważ czegoś brakuje, co zabiera czas. Powietrze bywa zimne i rześkie, rzadko poruszane przez afektywne fale, pochłaniane, gdy szukamy czegoś, czego nie możemy uchwycić. Przestrzeń, którą każde terapeutyczne spotkanie ma na celu nie jest nigdy wystarczająco szeroka ani wygodna i przytulna, ciepła i słoneczna, gościnna i bezpieczna. Nie jest miejscem odpoczynku. Co za zaskoczenie, kiedy znajduję przestrzeń i śmiałość by uszanować moje szalejące emocje, żeby połączyć się z moją duszą i znajduję też połączenie z osobą cierpiącą (w tym miejscu powinienem wytłumaczyć, co mam na myśli, kiedy mówię o „duszy”, ale jest to prawdopodobnie efekt „narastającego prądu” obecnego w polu obsesyjnym, który aktualizuję pisząc ten tekst). Druga osoba może mnie pominąć - łatwo jest być zaślepionym przez szczegół lub pilność symptomów, ale trudno nie stracić połączenia z ciałem, które wibruje i cierpi, które wydaje dźwięki i dotyka serca. Czasami wydaje się tak, jakby pacjent był po drugiej stronie żelaznej kurtyny; czasami tak, jak gdyby nieodpowiednie słowo przebiło jego duszę, rozcinając ciało. Czasami czuję się beзуyteczny, nawet jako istota ludzka; chcę dać komfort, ale to wszystko wydaje się zbyt małe, nie dlatego, że pacjent tego nie oczekuje (tak jak w polu depresyjnym), ale ponieważ czuję się bezsilny wobec ciągłego powtarzania symptomów, wobec surowości terroru, wobec radykalności pytań. Próbuję coś zmienić, ale często nie jestem w stanie, jestem wyczerpany. W tym momencie odczuwam pragnienie wycofania się i być może rzeczywiście się wycofuję. I to właśnie wtedy czuję cenną wartość uczucia, które powoli się wylania. Czuję ciepły ból związany z pozostawieniem pacjenta samego, a pacjent czuje, że powietrze stało się zimniejsze a terror większy. W tym momencie jesteśmy na zewnątrz obsesyjnego pola. Dzięki ucieleśnionej obecności terror jest stłumiony i możemy puścić się, przynajmniej na chwilę samotnego, chwiejącego rusztowania. Spotkanie jest wydarzeniem, oddech przerwą, przestrzeń wytchnieniem.

6. Terapeutyczne podejścia i kierunki

Terapia cierpiących na OCD jest z reguły trudna i frustrująca zarówno dla pacjenta, jak i terapeuty. Pomimo tego, że długotrwale skutki nie są pewne, są z pewnością użyteczne. NICE wymienia wytyczne do leczenia OCD¹⁵. Modele interwencji najbardziej przebadane, oparte na podejściu behawioralno-kognitywnym (Abramovitz i Siqueland, 2016; Foa *et al.*, 1999, Beck, 1976; Frost i Steketee, 2002; Clark, 2004) wydają się redukować symptomy OCD w znacznym stopniu, ale często nie definitywnie. Zaburzenie jest często chroniczne, z dobrymi i gorszymi okresami, kiedy symptomy są intensywniejsze (Castonguay i Oltmanns, 2013). Są także dowody na to, że zaangażowanie rodziny w psychoedukację i terapię może znacząco pomóc, jako że więcej adaptacji otoczenia do rytuałów wynikających z obsesji w rezultacie pogarsza sytuację. Biorąc pod uwagę fenomenologiczne i Gestaltowskie badania jako punkt wyjścia przyjrzymy się kierunkom, które mogą nam pomóc w terapii. W skrócie, terapeutyczne podejście skupia się na wyczuwaniu wylaniającego się pola fenomenologicznego na sesji terapeutycznej, co oznacza bycia obecnym dla nieobecności, która aktualizuje się w polu, i wyłapaniu własnego wkładu w współtworzenie tego pola. To jest próg, który otwiera drzwi do zmiany. Współtworzone pole jest zmieniane bardziej poprzez modulację swojej obecności przez terapeutę aniżeli przez szukania zmiany u pacjenta (Francesetti, 2015; Francesetti w oczekiwaniu), dając okazje do nowego doświadczenia, a przez to nowej pamięci. W terapeutycznym spotkaniu, cierpienie jest aktualizowane i kiedy osiąga granice kontaktu, dzięki obecności obydwu - terapeuty i pacjenta, przemienia się (Francesetti, 2012; Spagnuolo Lobb 2013a). Ta perspektywa Gestaltu w procesie terapeutycznym jest aktualna dla każdego pacjenta, niezależnie od rodzaju cierpienia. Dla większego wglądu, można się odwołać do przytoczonych opracowań.

Ale na jakich tematach i krokach możemy się skupić kiedy znajdujemy się w polu obsesyjno-kompulsywnym?

6.1. *Od the Korper to the Leib¹⁶: utrzymanie żywej estetycznej wrażliwości*

Wymiar estetyczny jest światem czuciowym, korzeniem uczucia. Obecny w polu obsesyjnym prąd ciągle wyciąga nas z tego wymiaru, a więc ważne jest, żeby terapeuta pozostał w kontakcie ze swoim żywym ciałem (*the Leib*). W obsesyjnym polu ten kontakt może być łatwo utracony, ponieważ napięcie czyni nas napiętymi i znieczulonymi, a wtedy skupiamy się na myślach. W tym polu *the Leib* łatwo staje się *the Korper*, medycznym, anatomicznym i funkcjonalnym ciałem, które nie czuje i nie smakuje.

W wyjątkowych przypadkach, zmysły są wyostrzone, by zarejestrować obecne niebezpieczeństwo, oczy, uszy i nos są na straży, oddech zatrzymuje się w oczekiwaniu na atak. Tracimy koncentrację na percepcji estetycznej, na cielesnych odczuciach proprioceptywnych i atmosferycznych; tę właśnie koncentrację terapeuta musi zachować. Istotne jest by oddychanie było płynne, co pozwala utrzymać przestrzeń i czas w kontakcie. Nadanie pełni oddechowi zapewnia pełnię przestrzeni i pomaga ustanowić odpowiedni dystans. Uczucie pełnego cyklu oddechu zmienia liniowy upływ czasu, generując wzrastający i spadający upływ czasu, co prowadzi perfekcyjny cykl do zamknięcia, do konkluzji. Kontakt z własnym żywym ciałem umożliwia terapeutę mierzyć chwila po chwili „temperaturę” kontaktu i aktualizację atmosfer w spotkaniu. Zdolność do pozostania w niezdefiniowanym, które pojawia się u korzeni wrażeń, czucie wszystkiego, co pojawia się bez wycofywania się, praca nas rozpoznawaniem, kształtowaniem, formułowaniem i nazywaniem, pozwala nam na skontaktowanie się z doświadczeniem terroru, który nieustannie podsyca obsesje i trzyma pacjenta w dystansie do terapeuty. Praca jest więc zawsze cielesna, w sensie bycia ucieleśnionym i obecnym w świadomości terapeuty. Czasami udaje się sprowadzić tę pracę do figury, gdy zostanie przezwyciężone upokorzenie, które często pojawia się w skupieniu na ciele i gdy z czasem zostanie zbudowana relacja wystarczającego zaufania. Kiedy jest to możliwe, doświadczenie pracy z ciałem jest cenne, jako że doświadczamy efektów dystansu/bliskości i tego jak to wpływa na doświadczenie przestrzeni, granic, ich rozmycia i zaostrenia, emocji, które te ruchy wywołują i ich tymczasowości w ćwiczeniach, choćby na przykładzie prostej techniki ugruntowania, w której pacjent czuje fatygę i fizyczny ból, a potem ulgę, sygnalizujący koniec (*perfecto!*) ćwiczenia.

6.2. *Od terroru do pomieszczenia poprzez kontakt*

Doświadczenie terroru pojawi się stopniowo w terapii - terroru, który nie był pomieszczany. Czysty i bezgraniczny terror, który może być jedynie trzymany w ryzach obsesji. Terror, na który nie ma stałej odpowiedzi. Dziecko w wieku około 2 lat może zapytać matkę; „Czy ty umrzesz?”? Matka odpowie poprzez uśmiech i przytulenie dziecka i mniej więcej takie słowa: „Nie jestem jeszcze stara!” Dziecko uspokaja się i przenosi swoją uwagę na coś innego. W tej sekwencji, przestrzeń jest wypełniona silną emocjonalną odpowiedzią, przez ciało matki i ciepło jej bliskości, czas jest wyznaczony i stwarza dystans pomiędzy tym, co teraz blisko i potem, co jest tak daleko, że nie może

¹⁶ “W kartezjańskim świecie, ciało jest zredukowane do maszyny, oddzielone od świata i umysłu (psyche) - to jest *Koerper*, nazwane tak przez niemieckich myślicieli, anatomiczno-funkcjonujące ciało medyczne (lub atletyczne, lub kosmetyczne ciało społeczeństwa konsumpcyjnego). Żywe ciało (ciało czujące) - *the Leib* w niemieckim (dzieli ten sam etymologiczny korzeń z miłością i życiem) - to jest ciało, które doświadczamy jako żywe i w kontakcie ze światem. *Koerper* jest podmiotem, *Leib* jest prawie-podmiotem” (Francesetti, 2015b; s.9).

nas teraz dotknąć (granica jest tutaj); ciało uspokaja się w rękach matki¹⁷, powraca oddech i sekwencja doświadczenia jest dokończona. Uwaga może skupić się na czymś innym. Zanim sekwencja tego rodzaju np. *kom-fortu (silni razem)* kontaktu (niekoniecznie przez kontakt fizyczny) może wystąpić w terapii, dużo musi się wydarzyć przed tym. Terapeuta musiałby być obecny w doświadczaniu pola obsesyjnego, bez wycofywania się i stawania znieczulonym, i bez poczucia bycia przytłoczonym, przez co stopniowo staje się widoczny i wiarygodny dla pacjenta. Pacjent zadaje to samo pytanie, co Marcoaldi: „Jeśli mocno się ciebie przytrzymam, mam większe szanse uniknąć śmierci?”. Praca terapeutyczna tak, jak powiedziałem wcześniej i znów to powtórzę, nie polega na zmianie pacjenta. Pytanie, na którym powinien skupić się terapeuta jest takie: „Jak na sesji terapeutycznej i w życiu radzę sobie z egzystencjonalnym terrorem spowodowanym przez myśl o własnej śmierci? I śmierci ludzi, których kocham? Co mnie wspierało w przeszłości i teraz, pozwalając mi oddychać, kiedy stykałem się z tymi myślami? Jak to się uobecniało w spotkaniu z pacjentem?”. Stawianie sobie pytań i autentyczne poszukiwanie odpowiedzi pozwala nam nie utracić kontaktu z cielesną i emocjonalną obecnością w terapii i być zdolnym do poczucia, że pojawienie się terroru nie poprowadzi nas do przerywania terapeutycznego kontaktu. Z tego gruntu wyłaniają się odpowiedzi na pilne pytania, prezentowane przez pacjenta terapeutycie (Salonia, 2013) - odpowiedzi, które są oparte nie na pocieszeniu, ale na wsparciu zapewnionym przez prawdę¹⁸, nie na pokazywaniu pewności, której nie mamy, ale na kontemplacji limitów życia i kontynuowaniu oddychania. W przytoczonym przykładzie nie pomogłoby dziecku zapewnienie, że nic się nie stanie, przeciwnie - załamałoby to zaufanie, ponieważ terapeuta stwierdzałaby coś, czego nie może wiedzieć. Zamiast tego, tym, co pomaga, jest nauczenie się pozostawania razem w spokoju w zetknięciu z nieprzewidywalnością życia, że dzięki naszej obecności życie staje się wstarczająco przyjazne (ang. hospitable) – od *hospes* (ang. host) a nie wrogie (*hostis*, ang. enemy) (Salonia, 1999). Sposób, w jaki to się wydarza, nie może stać się techniką. To *phronesis*, która wyłania się jedynie, gdy terapeuta jest ugruntowany w tym temacie. (Sichera, 2001; Orange, Atwood i Stolorow, 1999; Francesetti, 2015b). Między cielesna relacja stopniowo przejmie formę pomieszczającą dla pojawiającego się lęku.

6.3. Od samotności do emocjonalnego rezonansu

Bycie świadomym swoich odczuć zmysłowych i zdolnym do gromadzenia, wspierania i wytrzymywania terroru umożliwi wyłonienie się nieodłącznego wymiaru doświadczenia obsesyjnego, którym jest samotność. Przerazona samotność, bo narażona na kurczenie się przestrzeni, łamanie granic, degradacje materialności i brak spełnienia. Dla pacjenta „luksus” czucia tej samotności, w której można znaleźć wytchnienie od stanu pogotowia, będzie jedynie możliwy na krótką chwilę, początkowo bardzo rzadko. Jak długo trwa stan pogotowia, każda bliskość będzie zagrożeniem dla niestabilnej granicy i potrzebie utrzymywania dystansu. Niemniej jednak, z czasem pewna bliskość zostanie doceniona i będzie znacząca. Rezonans kinestetyczny znajdzie niepewnie swoją drogę (Frank, 2016) i twarz terapeuty zacznie być niejasno postrzegana jako uzdrawiająca odmienność (Bloom, 2016). Po cichu, ukradkiem, bez nazywania, podstawa emocjonalnej obecności zacznie mieć znaczenie. By to się wydarzyło terapeuta będzie musiał mieć zdolność czekania, bez przewidywania wydarzeń, bez umniejszania wartości bliskości – na co jest silny nacisk w polu obsesyjnym. Nawet tutaj terapeuta będzie pytał samego siebie „Jaka bliskość jest komfortowa dla mnie? Jaką wartość ma dla mnie? Co mnie wspiera w mojej samotności?” i ważne jest, by poczuć wrażenia i uczucia, które wypływają z tych pytań. Za każdym razem kiedy terapeuta wnosi to do pola, z reguły niejawnie (Stern, 2004), pole się zmienia i przyczynia się do pojawienia tych doświadczeń również u pacjenta -

¹⁷ W tym temacie, Salonia (2013) słusznie cytuje wspaniałe opowiadanie Grossmana „Uścisk” (2013)

¹⁸ Prawda tutaj odnosi się do prawdy relacyjnej i egzystencjonalnej znalezionej razem przez pacjenta i terapeutę.

doświadczenia, które zaczynają ewolucję w doświadczeniu pacjenta mogą być najpierw doświadczane przez terapeutę. Dzięki takiemu podejściu, sposób bycia w świecie może ulec relacyjnemu przebudowaniu i doświadczenia egzystencjonalne, niewypowiedziane ale przeżyte, które pozwalają nam oddychać, być świadomymi i obecnymi, nawet w obliczu niepewności życia, mogą być skonfrontowane, dopóki wyczuwalna jest wystarczająco silna relacyjna podstawa, aby zrozumieć śmierć na horyzoncie życia, przejście, które jest niezbędne, aby życie było uczasowione, przestrzeń spójna, a czas płynny (Heidegger, 1927).

6.4. Wsparcie farmakologiczne

Wsparcie farmakologiczne powinno być zawsze brane pod uwagę w tym zaburzeniu, ~~jako że~~ ponieważ może znacząco zredukować cierpienie pacjenta. Fundamentalne jest to, traktuje się je jako sposób na zmniejszenie intensywności symptomów, a nie ograniczenie cierpienia do biochemicznej fluktuacji, co oznaczałoby umniejszenie doświadczenia pacjenta i unieważnienie jego perspektywy, zwiększając ryzyko szkodliwego efektu. Potrzebna jest bliska współpraca pomiędzy psychiatrą przepisującym lekarstwa i psychoterapeutą, z obopólnym szacunkiem dla obu dyscyplin i granic. Pacjenci, którzy cierpią na OCD czasami odmawiają brania lekarstw, szczególnie jeśli ich obsesje dotyczą zanieczyszczenia, ponieważ przyjmowanie lekarstw może być postrzegane jako przekraczanie granic przez obce ciało. To nie wyklucza istotności psychiatrycznej porady, gdzie pacjent jest informowany o limitach i możliwościach farmakologicznego wsparcia; porada wyjaśnia, dystansuje i nadaje definitywną formę godności wyboru pacjenta. Czasem zanim lekarstwo będzie przepisane, należy zbudować zaufanie do psychoterapeuty, aby zapewnić, że znaczenie cierpienia pacjenta nie zostanie zgubione, w sytuacji gdy lekarstwo okaże się skuteczne. Odpowiednie leki zawierają przede wszystkim antydepresanty, szczególnie selektywne inhibitory zwrotne serotoniny, ale także leki uspakajające i nasenne mogą być użyte w szczególnych sytuacjach.

6.5. Krótki przykład kliniczny

Tutaj zaprezentuję dwa krótkie przykłady, które pomogą połączyć to, co opisałem z konkretną praktyką kliniczną. Andrea jest 45-letnim mężczyzną, kierownikiem administracji dużej firmy, żonatym, ma dwuletnią córkę. Szukał terapii w związku z poważnymi symptomami obsesyjno-kompulsywnymi, które poważnie zaburzały jego życie, tak samo jak terror obawy, że skrzywdzi żonę i córkę. Jego rytuały miały za zadanie przewidzieć i zapobiec wypadkom, nieszczęściom, chorobom i wybuchom przemocy. Każdego dnia, wysoko skomplikowane kalkulacje zmuszały go do powtarzania sekretnych rytuałów aż do momentu, kiedy wynik się zgadzał i niebezpieczeństwo było na chwilę odepchnięte. Krótko przed terapią Andrea ukrył wszystkie noże w piwnicy ze strachu przed popełnieniem niewybaczalnego czynu w sytuacji chwilowej wściekłości. Andrea jawi mi się jako ekstremalnie niepewny i kontrolujący, bardzo inteligentny z niezwykle logicznym umysłem. Jego ciało jest sztywne, skontrolowane, wycofane i wyprostowane. Później dowiaduję się, że cierpi on na ból mięśni i bóle napięciowe głowy. Pochodzi z zamożnej rodziny, z historią opuszczenia i samotności w dzieciństwie, powtarzającym się emocjonalnym zaniedbaniem, byciem świadkiem wściekłości swoich rodziców i nieprzewidywalnymi wyjazdami matki. Zimny, opuszczony dom bez ścian, targany różnymi warunkami atmosferycznymi, nieprzewidywalnymi burzami i trzęsieniami. Andrea jest najstarszym synem, ma młodszą siostrę ze zdiagnozowaną schizofrenią; i młodszego brata z uzależnieniami. Moje doświadczenie z nim, szczególnie z początku terapii, polegało na poczuciu napięcia i kontroli w moich działaniach, silnie uważnym i nie-wolnym. Muszę przypominać sobie, żeby oddychać i oprzeć swoje ciało na fotelu, żeby pozostawać obecnym i nie być wciągniętym w próżnię. Pole fenomenologiczne, które aktualizujemy sprawia, że czuję się bezsilny i osaczony, bez możliwości ruchu, podczas gdy mój pacjent jest sam, w lęku, wystawiony na

nieprzewidywalne zdarzenia i ma radzić sobie bez mojego wsparcia - to jest właśnie pole obsesyjne. Kluczowe momenty w terapii to momenty kontaktu, które zmieniają współtworzone pole. Nowe doświadczenie relacyjne, które jest potrzebne, jest doświadczeniem, jakie osoba z relatywnie zdrową historią będzie miała w swojej pamięci; doświadczenia bycia spokojnym w zetknięciu z niepewnością, dzięki istotnej emocjonalnej i pomieszczonej obecności znaczącego drugiego.

Dosłowny wyciąg, po 8 miesiącach terapii.

Pewnego dnia, Andrea opisał mi ogólnie scenę, bez podawania szczegółów, w której jego dwuletnia córka została porwana, torturowana i zabita, przywołując bez nazywania okropne rzeczy, które mogłyby się jej wydarzyć. Pomimo, że opis obrazu nie jest szczegółowy, atmosfera między nami jest atmosferą mrozącą krew w żyłach.

Mówię do niego:

T.: „Sposób w jaki o tym mówisz, nie tyle co mówisz, sprawia, że wyobrażam sobie, że można być przerażonym tymi myślami.”

A.: „Tak, są one przerażające”

Coś w jego wypowiedzi sugeruje wycofanie się od mojej wypowiedzi, delikatny ruch głowy, być może to daje mi sygnał, że czegoś unika. Zdaję sobie również sprawę, że nie powtórzył słowa „przerażony”.

Wydaje się uchylać z taką samą ostrożnością jak kot, który wyczuwa pułapkę i jej unika.

T.: „Poczekaj, Andrea. Czy są one straszne czy przerażające?”

A.: „To jest słowo, którego ja nigdy nie używam”, mówi usztywniając się i wycofując.

Terror między nami jest namacalny. Jest tak silny, że czuję go na klatce piersiowej, tak jakby miał wybuchnąć. Czuję impuls do ucieczki. Czuję tak mocno za nas dwoje, potrzebuję coś zrobić, żeby zmniejszyć to napięcie.

T.: „A więc wolisz słowo ‘straszny’?” Napięcie natychmiast obniża się.

A.: „Tak, wolę rozmawiać o strachach, ponieważ są one do skontrolowania”.

T.: „Acha...” mówię z wytchnieniem

Teraz czuję coś innego między nami, pojawiło się coś przyjemnego, ale niezdefiniowanego. Być może po prostu fakt, że nie zostawiłem go samego w tym napięciu. Potem mówi z szybkością i wybuchem kuli:

A.: Zamiasz tego terror jest czymś, czego nie możesz kontrolować.”

Wrażenie, które mam teraz jest wyraźniejsze. Po raz pierwszy między nami, Andrea jest w stanie wypowiedzieć to słowo i to znieść, przestrzeń między nami jest otwarta i stabilna, nie jałowa. Rozpoznaję znany wyraz w jego oczach - on wie, że wypowiedział zakazane słowo i że był w stanie to zrobić, ponieważ jest tutaj, i on wie, że ja wiem. W tej minucie smakujemy to uczucie. Czuję, że jestem z nimi, że dotarliśmy gdzieś razem.

To jest wyjątkowy, intensywny kontakt, do smakowania, bez nazywania. Zrozumienie, które zmienia zaktualizowane pole między nami, i które, obydwój o tym wiemy, będziemy pamiętać - dla mnie to doświadczenie nie bycia bezsilnym, przypartym do muru, dla niego nie bycia zostawionym samemu z terrorem wypełniającym całą obecność. Mała, wspólna emocjonalna wyprawa (Stern, 2010), ziarenko bycia razem (wzajemności) w bezkresnej samotności.

Po mniej więcej roku i pół terapii.

A: Jestem zmęczony całą tą kontrolą, sumami i rytuałami, one wciąż rosną. Są obrazą dla mojej inteligencji - są takie głupie i zabierają tyle mojej energii."

T: „Nie mają sensu dla ciebie?”

A: „ Nie jestem przekonany”

T: „Co masz na myśli?”

A: „Zwróciłeś mi uwagę na to, że one rosną, kiedy boję się ludzi, do których jestem przywiązany; one wyrażają moją więź do nich, być może nawet miłość”

T: „Tak...”

A: „Mój rozum sprawia, że w to wątpię. Być może jest to jedynie mój egoizm. Kontroluję wszystkich, wkładam ich do klatki, by móc odpocząć, ale tak naprawdę boję się o własny umysł, jestem więc egoistyczny.”

Czuję jałowość przestrzeni między nami. Moglibyśmy zacząć dyskutować na ten temat do głębi, ale nie czuję żadnego uczucia między nami.

T: „Twój rozum powątpiewa...ale co czujesz? Robisz to dla siebie czy dla Lisy?”

A: „Hm...nie jestem pewny czy mogę ufać temu, co czuję...”

„...ale tak,...chyba dla Lisy.”

Sposób, w jaki mówi „Lisa” ożywia mnie i jego, intensywny i nieoczekiwany przyływ emocji, ogarnia nas szloch. Zdajemy sobie sprawę, że emocje są wzajemne i jesteśmy zaskoczeni i zawstydzeni tym, co się dzieje. Nagle, czuję jego i moje zmęczenie - jestem świadomy, że więź i miłość łączy nas z bólem utraty ukochanego. W tym współodczuwany uczucia chwytam piękno nowego intensywnego kontaktu między nami, niespodziewanego podarunku. Po krótkiej chwili mówię:

T: „Zdaję sobie sprawę, jak dużo zrobiłeś przez te lata, żeby chronić Lisę i niekończący się wysiłek, aby się nią opiekować”.

A: „Tak”

Andrea patrzy na mnie, przepelniony uczuciem. Patrzy w dal i odkaszuje. Następuje pauza. Powietrze jest przepelnione wibracją, przy granicy tego, co jest do zniesienia dla nas obu. Szukam wygodniejszej pozycji i łapię swój oddech.

T: „Co się dzieje, Andrea?”

A: „Um...wiesz, powiedziałem ci, że niektóre sesje są przełomowe, a inne umacniające ...ta jest przełomowa.”

T.: „Też tak myślę.”

Pozostajemy w tym momencie, w którym coś się wydarzyło. Zatrzymujemy się, żeby się tym delektować i odczuć efekty. Czujemy, że przemienia to naszą relację i to, jak się czujemy.

7. Wniosek

Nasza podróż zabrała nas na drogę fenomenologicznej i gestaltowskiej analizy, opisując: identyfikację pola z użyciem zewnętrznych diagnoz, fenomenologiczną analizę doświadczenia; analizę terapii Gestalt, nadającą znaczenie kreatywnemu przystosowaniu obsesyjno-kompulsywnemu, ustawienie tego przystosowania w możliwych biologicznych i egzystencjonalnych historiach, cechy wyłaniającego się pola obsesyjno-kompulsywnego w terapii i parę elementów terapii. W trakcie tej wyprawy próbowałem objaśnić jak przystosowania kompulsywno-obsesyjne są kreatywnymi sposobami radzenia sobie z terrorem, który nie ginie w obecności Drugiego i w jaki sposób chronią cierpiącego przed jeszcze większym cierpieniem. Mam nadzieję, że moje badania mogą wesprzeć kolejną podróż terapeuty i pacjenta do miejsca, który poeta tak trafnie opisał:

*To prawda, nie mogę przestać myśleć:
najpierw polecimy a potem spadniemy-
szybując wysoko a potem wyczerpani,
zmęczeni wrócimy do rzeczywistości.
tylko wtedy już będziemy gotowi
by chwalić nieskończony
wymiar immanentności
i akceptować, może nawet immanentność
śmierci - jak naturalny los
owocu, który dojrzewa i spada (Marcoaldi, 2015, s.44)*