

Gianni Francesetti

tłumaczenie: Iwo Tarkowski

Perspektywa pola w praktyce klinicznej: W kierunku teorii terapeutycznej *phronēsis*⁰¹

Wprowadzenie

Koncepcja pola była wykorzystywana w psychoterapii na szereg sposobów przez różnych autorów, ale także na różne sposoby przez tych samych autorów w różnym czasie. Bez wyjaśnienia znaczenia tego terminu istnieje ryzyko pomieszania języków niczym przy budowie biblijnej wieży Babel; często nie będzie jasne, o czym mówimy (Stammmler, 2005). Celem tego rozdziału nie jest zaproponowanie uniwersalnej definicji tego pojęcia, lecz zaoferowanie – przy uwzględnieniu złożoności materii – ram teoretycznych, które byłyby wystarczająco jasne i ilustrowałyby jego konsekwencje dla praktyki klinicznej.

W poprzednim wydaniu tej książki (Brownell, 2008) rozdział dotyczący perspektywy pola w terapii Gestalt został przygotowany przez Gaffneya i O’Neilla. Autorzy opisali tam koncepcję pola w całej jej złożoności i podkreślili różnice pomiędzy głównymi koncepcjami, które są obecnie w użyciu (w szczególności Lewina oraz Perlsa, Hefferline’a i Goodmana)⁰², przedstawiając konsekwencje tej perspektywy w praktyce klinicznej i proponując szereg cennych przykładów terapii. W tym rozdziale opieram się na tym doskonałym omówieniu oraz na pracy innych autorów, którzy opracowywali te koncepcje (Latner, 1983; Yontef, 1984; Parlett, 1991, 2005; Wheeler, 2000; Cavaleri, 2001, 2003; Yontef, 2002; Kennedy, 2003; Robine, 2004; Jacobs, 2005; Stammmler, 2005; O’Neill, 2008; Wollants, 2008; Jacobs i Hycner, 2009; Bloom, 2011, 2016, 2017; Spagnuolo Lobb, 2013; Day, 2016; Philippson, 2017b). W tle znajdują się koncepcje pola z innych modeli, w szczególności z psychoanalizy, gdzie ta koncepcja cieszy się obecnie coraz większym zainteresowaniem (Stolorow, Brandchaft i Atwood; 1994; Orange, Atwood i Stolorow, 1997; Baranger, 2005; Baranger i Baranger, 2008; Stern, 2010; Neri, 2016; Ferro, 2016), oraz z innych podejść (Tolman, 1959; Pribram, 1971; Combs, 1999).

Czerpię z tej literatury, aby zaproponować fenomenalną, fenomenologiczną i psychopatologiczną perspektywę pola oraz połączoną z nią strategię – celem jest praktyczne wsparcie konkretnej koncepcji ludzkiego cierpienia i terapii. Perspektywa pola nie oferuje techniki, która może być odtworzona jako zachowanie lub procedura, ale proponuje podejście do terapii, aby pomóc kierować aktem terapeutycznym, gdy

01 *Phronēsis*

[gr., ‘zdrowy rozsądek’], fronesis, w starożytnej filozofii greckiej, w szczególności filozofii Arystotelesa, mądrość praktyczna, świadomość celów swego postępowania oraz środków wiodących do tych celów; przeciwstawiana wiedzy teoretycznej oraz technicznej. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/phronesis;3956518.html> (dostęp 2.10.2020 r.).

02 Patrz Lewin (1952) oraz Perls, Hefferline i Goodman (1951).

wyłania się w konkretnej sytuacji. Skuteczność terapeutyczna opiera się na rozwijającym się w tu i teraz sojuszu terapeutycznym i na intersubiektywnych fenomenach, a nie na podręcznikowych technikach (Duncan, Miller, Wampold i Hubble, 2010; Day, 2016). „Strategia” pola nie jest *tekhnē* (tj. powtarzaniem określonych zachowań w dążeniu do osiągnięcia celu), ale raczej *phronēsis*⁰³: zdolnością do wytyczania drogi z uwzględnieniem możliwości i ograniczeń obecnej sytuacji (Orange, Atwood i Stolorow, 1999; Sichera, 2001). *Phronēsis* tej perspektywy pola wspiera orientację i interwencję, które, choć kształtują się na nowo w każdej sytuacji, rozwijają się zgodnie z podejściem, które można określić jako specyficzne i jako takie może być rozważane również dla celów badawczych. Zatem perspektywa pola nie jest teorią techniki, ale teorią *phronēsis*. Pogląd, który przedstawiam, opiera się na koncepcji pola w psychoterapii w ogóle, a nie tylko w terapii Gestalt, i stara się rozwijać koncepcję pola organizm/środowisko wprowadzoną przez Perlsa (1942) oraz Perlsa, Hefferline’a i Goodmana (1951). Ta perspektywa pomaga nam zrozumieć pracę terapeutyczną w radykalnie relacyjnym świetle.

03 Podczas gdy *tekhnē* jest reprodukcją działań mających na celu wytworzenie przedmiotu możliwie identycznego z prototypem (jak rzemieślnik produkujący ceramiczne kubki), *phronēsis* jest zdolnością do działania zgodnie z aktualną sytuacją, która nigdy nie jest dokładnie taka sama, a zatem wymaga kreatywności i zdolności do uchwycenia wszystkich istotnych aspektów, które są w niej obecne. W *phronēsis* leży artystyczny charakter terapii.

Wspólne elementy teorii pola

Różne perspektywy pola można odnaleźć zarówno w psychoterapii, jak i w terapii Gestalt. Ujawniają się tu głęboko zakorzenione różnice teoretyczne leżące u podstaw praktyk klinicznych, które mogą być dość rozbieżne. Wspólny grunt z perspektywy terapii Gestalt można opisać poprzez pięć zasad teorii pola zidentyfikowanych przez Malcolma Parletta (1991, s. 3–6):

Organizacja

Wszystko jest ze sobą powiązane, a znaczenie wynika z całościowej sytuacji. Właściwości rzeczy są określane przez kontekst ich używania, przez szerzej rozumianą organizację ogólnego znaczenia.

Współczesność

Konstelacja wpływów w polu w danym momencie wyjaśnia zachowania w danej chwili. Nie przypisuje się żadnego szczególnego znaczenia przyczynowego wydarzeniom z przeszłości, ani też specjalnego statusu „celów” przyszłym wydarzeniom, choć jedno i drugie są częścią pola doświadczalnego w teraźniejszości. „Psychologiczna przeszłość i psychologiczna przyszłość są jednocześnie częściami pola psychologicznego w danym czasie”: przedmiotem zainteresowania terapeuty jest to, w jaki sposób przeszłe lub przyszłe zdarzenia są częścią teraźniejszej rzeczywistości obecnego pola.

Osobliwość

Każda sytuacja jest niepowtarzalna, każdy zestaw okoliczności i każda osoba są wyjątkowe. Uogólnienia są nieuniknione, ale mogą prowadzić do strukturyzowania postrzeganej rzeczywistości *a priori*, co z kolei może łatwo doprowadzić do znalezienia w terażniejszości tego, czego się szuka. Koncentracja na podobieństwach może prowadzić do utraty z pola widzenia specyfiki danej sytuacji: powinniśmy być w stanie zachować unikalną perspektywę.

Proces zmiany

Pole znajduje się w przepływie, każde doświadczenie jest tymczasowe, nie możemy dwa razy mieć dokładnie takiego samego doświadczenia (por. Heraklit: „Żaden człowiek nigdy nie wchodzi dwa razy do tej samej rzeki”). Nic nie jest stałe i statyczne w sposób absolutny; rzeczywistość rozwija się w sposób, którego nigdy nie da się w pełni przewidzieć.

Ewentualne znaczenie

Wszystko w polu jest częścią całościowej organizacji i potencjalnie ma znaczenie, choć może wydawać się nieistotne. Terapia Gestalt jest zainteresowana tym, co oczywiste, na odtwarzaniu na nowo, tego, co stało się automatyczne, jest uważane za pewnik lub uznane za nieistotne. Zakres możliwego znaczenia nie jest ograniczony do niektórych części całościowego pola – musimy być otwarci na obecną konfigurację pola, bez usztywnionego kryterium tego, co jest istotne.

Zasady te tworzą horyzont, na którym można usytuować różne teorie pola spotykane w psychoterapii i terapii Gestalt. Tworzą one podstawę różnych perspektyw, jedną z których jest perspektywa pola fenomenalnego, pola fenomenologicznego i pola psychopatologicznego, którą tu prezentuję.

Pole fenomenalne jako pół-byt (*half entity*):

Radykalna perspektywa fenomenologiczna

*Szczególne pytanie staje się w końcu nieuniknione.
Czy „pole” jest ostatecznie tylko metaforą,
użytecznym pojęciem pochodnym i ramą,
które mogą być wykorzystane do wyjaśnienia tego,
co jest trudne do wyjaśnienia? Czy też „coś tam jest”
w postaci wyraźnego pola energetycznego
w „przestrzeni pomiędzy”?*

(Parlett, 2005, s. 60).

Podstawowy tekst terapii Gestalt (Perls, Hefferline i Goodman, 1951) mówi tylko i wyłącznie o polu organizm/środowisko. Poprzez tę koncepcję założyciele

odrzućli redukcjonistyczną perspektywę patrzenia na organizm bez uwzględnienia jego środowiska, a przyjęli perspektywę uwzględniającą interakcje między nimi. Interakcja jest ciągła, nieodczowna i nierozdzielna, i stanowi podstawę przejścia od spojrzenia skupiającego się na jednostce do skoncentrowanego na interakcjach między organizmem a środowiskiem. Wszyscy autorzy terapii Gestalt wydają się być co do tego zgodni, ale to właśnie w tym momencie ich perspektywy stają się rozbieżne. Niektórzy autorzy (Robine, 2008) twierdzą, że w każdym konkretnym momencie każdy ma konkretne pole organizm/środowisko, tak jak każdy ma swoje własne pole widzenia, składające się z horyzontu wszystkiego, co widzi, lub własne pole afektywne, składające się z horyzontu wszystkiego, co jest dla niego afektywnie istotne w danym momencie. Stąd też pole każdej osoby jest inne i zależne od aktualnej sytuacji (a więc różne w każdej sytuacji). Inni autorzy z kręgu terapii Gestalt zaproponowali odmienną koncepcję pola – „pole fenomenologiczne”, które jest współtworzone w spotkaniu (Cavaleri, 2003; Spagnuolo Lobb, 2013; Francesetti, 2015a). Koncepcja ta pozwala nam skupić się na *wyłaniającym się doświadczalnym quid* spotkania, tym, co jest doświadczane w danej sytuacji.

Uważam, że dla wyraźniejszego zrozumienia teoretycznego, a także opierając się na pracach innych autorów (Crocker, 2009; Bloom, 2009), niezbędne jest rozróżnienie pomiędzy polem fenomenalnym a polem fenomenologicznym.

Pole fenomenalne⁰⁴

Przez „pole fenomenalne” rozumiem horyzont, w ramach którego wyłaniające się zjawiska doświadczalne są tworzone w spotkaniu. Można go uznać za *horyzont wszystkich możliwych form*, stanowiących *możliwości* (w tym polu może wyłonić się wiele różnych form doświadczenia) i *ograniczenia* (w tym polu nie mogą wyłonić się wszystkie formy doświadczenia). Jest to *obszar czasoprzestrzeni, w którym siła wytwarza efekt* (Maxwell)⁰⁵. Pole fenomenalne jest wytwarzane przez wszystko, co jest istotne, i rozciąga się w przestrzeni i czasie *na tyle, na ile może wytworzyć różnicę w doświadczeniu* – takie są jego granice. Ma na nie wpływ nie tylko to, co może być postrzegane przez pięć zmysłów, ale także wspomnienia z przeszłości i oczekiwania co do przyszłości. Na przykład, obecność ukochanej osoby lub osoby, której się boimy, w pokoju obok wpływa na nasze obecne doświadczenie, takie jak stan umysłu podczas czytania książki, nawet jeśli zmysły nie odbierają niczego bezpośrednio. Pole nie jest postrzegane poprzez zróżnicowane sygnały z pięciu zmysłów, ale poprzez

04 Część z następującego tekstu pochodzi z Francesetti (2015a).

05 Por. koncepcja pola magnetycznego wprowadzona w latach czterdziestych XIX wieku przez Maxwella i Faradaya: „Obszar, w którym panuje określony stan, zwłaszcza taki, w którym siła lub wpływ są skuteczne niezależnie od obecności nośnika materialnego” (The New Oxford Dictionary of English, 1998, s. 680).

wrażenia, które są synestetyczne i zasadniczo nieodróżnicowane, z silnym elementem kinestetycznym, który jest raczej protopatyczny niż epikrytyczny. Postrzeganie wyraźnych i zdefiniowanych przedmiotów jest w rzeczywistości tylko jednym ze sposobów postrzegania i generalnie jest wynikiem procesów percepcyjnych. Na przykład, przepływ czasu jest z pewnością odczuwalny, chociaż nie jest odbierany przez żaden konkretny organ zmysłowy ani nie może być utożsamiany z konkretnym przedmiotem postrzegania. Podobnie złowroga atmosfera epizodu psychotycznego jest, odczuwalna w powietrzu bez powiązania z jakimkolwiek określonym obiektem, który można opisać. Jest ona odbierana przez świadomość estetyczną, która jest zmysłowa, ale nie jest jeszcze związana z żadnym określonym obiektem ustanowionym w definitywny sposób. Pole fenomenalne jest czymś, co wyłania się *między* nami i *wokół* nas w naszym spotkaniu. Można by również powiedzieć, że pole jest tym, *w jaki sposób* manifestują się kantowskie transcendentalia, reprezentując jednocześnie warunki możliwości i ograniczeń – jest to sposób, w jaki czas, przestrzeń, granice, sens i sposób bycia są manifestowane w tu i teraz, sprawiając, że pewne formy doświadczenia stają się możliwe, a inne nie (patrz też rozdział Blooma w tej książce). Na przykład, w polu depresyjnym czas zwalnia, a każde zjawisko doświadczone jest ubarwiane i kształtowane przez to zwolnienie. Ta perspektywa rzuca światło na zjawiska psychopatologiczne nie tylko w przestrzeni terapeutycznej, ale również na znacznie szerszym poziomie społecznym. Nie zagłębiając się w tę kwestię, można na przykład pomyśleć o tym, co wydarzyło się w ramach Stanfordzkiego Eksperymentu Więziennego (Zimbardo, 2008), gdzie uczestnicy zostali wciągnięci przez coś, co sami współtworzyli, ale co było *od nich znacznie potężniejsze*, siłą obecną w tej czasoprzestrzeni, która ukształtowała ich doświadczenie i doprowadziła ich do użycia przemocy na takim poziomie, na jakim nie użyłby jej – poza tym polem – żaden z uczestników; na poziomie takim, że Zimbardo zmuszony był zawiesić eksperyment.

Chociaż postrzegane jako „rzeczywiste”, pole fenomenalne nie istnieje w taki sam sposób, jak obiekty *zewnątrzne*. Nie jest obiektem. Nie ma na przykład fizycznych percepcyjnych właściwości krzesła. Nie można go jednak sprowadzić do czysto subiektywnego, *wewnętrznego* doświadczenia. Jest raczej postrzegane w pewnym sensie jako rozwijające się *między* podmiotami i *wokół* nich; angażuje je, wpływa na nie i z kolei jest przez nie kształtowane. Mamy więc do czynienia z obszarem istnienia, który przeczy kartezjańskiemu i pozytywistycznemu opisowi świata opartemu na jego zredukowaniu do podmiotów i przedmiotów – taki światopogląd nie pojmuje istnienia pól fenomenalnych i z tego powodu nie może ich rozważać. Do zrozumienia zjawisk doświadczalnych, gdy traktujemy je jako ekspresję pola, potrzebne jest inne tło filozoficzne. Tradycja fenomenologiczna (Husserl, 1913; Heidegger, 1953; Merleau-Ponty, 1945; Zahavi, 2015) zapewnia takie tło. Interesujące mogą być także niektóre wypowiedzi z nurtu Nowej Fenomenologii, na przykład teorie Hermanna Schmitza: opisuje on klasę bytów, które istnieją w tym

trzecim wymiarze. Dla tego autora już od czasów Demokryta (V w. p.n.e.) kultura zachodnia stopniowo skotomizowała⁰⁶ ten wymiar i zaprzeczała jego istnieniu, oddzielając świat zewnętrzny (geometrii euklidesowej) od sfery wewnętrznej (intrapsychicznej) i lokalizując doświadczenie wewnątrz podmiotu, a obiekty w świecie. Kartezjańska metoda wątpienia (Kartezjusz, 1998), która dopuszcza tylko „jasne i wyraźne idee” i wypiera wszystko, co przyćmione przez zwątpienie, systematycznie eliminuje ze swojego oglądu świata prawie-byty⁰⁷. Taki sceptycyzm wysterylizował i zlikwidował „pół-światy”, odczarowując świat (Weber, 2004). Jak napisał Gernot Böhme w pracy na temat estetyki (2010; 2017), każde postrzeganie zaczyna się jako atmosfera⁰⁸. Takie atmosfery stanowią percepcyjny *príus*⁰⁹ każdej figury doświadczenia. Na przykład, pole depresyjne aktualizowane w grupie jest wyczuwalne i dostrzegalne przez uczestników jako atmosfera. Ktoś, kto wejdzie do pomieszczenia, poczuje jej obecność; może zostać nią skażony, może na nią zareagować, może też zauważyć rozbieżność między napotkaną atmosferą a własnym samopoczuciem, jeśli jest w dobrym nastroju. Pole istnieje jako prawie-byt, efemerycznie obecny wśród uczestników¹⁰. W przeciwieństwie do przedmiotów, prawie-byty nie trwają nieprzerwanie w czasie; mogą pojawiać się i znikać, ciągle się zmieniać i mogą być postrzegane jako sposób, w jaki postrzegamy procesy. Nie mają one powierzchni i rozlewają się w przestrzeni. Krzesło trwa w czasie – jeśli mojego krzesła nie ma w pokoju, warto zapytać, gdzie jest; ma wyraźne, geometryczne powierzchnie, których mogę dotknąć. Pola fenomenalne można zamiast tego opisać jako prawie-byty. Istnieją one pomiędzy i wokół podmiotu oraz przedmiotu, a także nie mogą być zredukowane do żadnego z nich; percepcyjnie pojawiają się przed nimi. Każdy z nas przechowuje i aktualizuje w różnych sytuacjach pola psychopatologiczne – nasze własne sposoby obecności nieobecności. Te pola tworzą specyficzną atmosferę, którą każdy z nas wywołuje w danym momencie w natychmiastowy – prewerbalny i prerefleksyjny sposób.

Taka perspektywa przywraca godność wyłaniającym się zjawiskom, otwierając na nowo bramy do oczarowania „pół-świata” – świata, który społeczeństwo zachodnie skazało na zapomnienie (choć w języku pozostały ślady), umieszczając prawie-byty wśród rzeczy zewnętrznych (*ob-jectus*) lub doświadczeń wewnętrznych (*sub-jectus*). Ale zjawiska doświadczalne (implikujące niepodzielnie żywe ciało i pole fenomenalne) są prawie-bytami, które nieustannie wibrują w *pomiędzy*.

Z tego punktu widzenia na pytanie Parletta z początku tego podrozdziału można odpowiedzieć tak: pole nie jest tylko metaforą, ale czymś, co wywołuje efekty i co percepcyjnie istnieje.

06 Skotomizacja jest mechanizmem obronnym polegającym na blokowaniu postrzegania lub świadomego przeżywania pewnych sytuacji oraz konfliktów, które wywołują lęk [przyt. tłum.].

07 Kartezjański dualizm służył oczywiście celom ewolucyjnym w czasach, gdy wyrzucanie wszystkiego, co było cieniste, oznaczało zrzucanie jarzma średniowiecznego świata, torowanie drogi ku światłu rozumu, jednostki, nauki i technologii.

08 Należy podkreślić, że rozumienie atmosfery przez Böhmego bardzo różni się od rozumienia Schmitza. Dla pierwszego autora atmosfera jest zjawiskiem postrzeganym w samym procesie percepcji, dla drugiego atmosfera istnieje w świecie niezależnie od podmiotu. Tutaj wyraźnie odnoszę się do koncepcji atmosfery Böhmego jako zjawiska percepcyjnego, które nie jest niezależne od obecności podmiotów.

09 Wydarzenie wstępne, coś co wystąpiło wcześniej [przyt. tłum.].

10 Koncepcja ta jest również istotna dla naszego rozumienia cielesności. W kartezjańskim światopoglądzie ciało jest zredukowane do maszyny, oddzielone od świata i od psychiki – jest to *Körper*, jak niemieccy myśliciele nazwali anatomicznie funkcjonujące ciało medycyny (atletyczne albo kosmetyczne ciało społeczeństwa konsumpcyjnego). Żywe ciało (lub ciało czujące) – *Leib* (po niemiecku (mające ten sam etymologiczny korzeń, co miłość – *Liebe*, i życie – *Leben*) – to ciało, którego doświadczamy w byciu żywym i w kontakcie ze światem (Husserl, 1913; Merleau-Ponty, 1945). *Körper* jest przedmiotem; *Leib* jest prawie-bytem. Różnica może być skutecznie zrozumiana poprzez prosty eksperyment. Umieść dłoń w pobliżu innej osoby, nie dotykając jej; w pewnym momencie poczujesz zmianę we wzajemnym doświadczeniu: nie dotykasz *Körper* tej osoby (które kończy się na powierzchni skóry), ale jej *Leib* (które istnieje poza skórą, w czasoprzestrzeni pomiędzy i wokół ciała).

Pole fenomenalne jest nośnikiem danej sytuacji, obejmującej żywe ciała, które wchodzą w grę w tej właśnie sytuacji. Możemy również dodać, że aktualizowane pole nie jest statyczne, ale zmienia się i ma tendencję do pewnego rodzaju kontaktu w spotkaniu. Ta tendencja jest owocem intencjonalności kontaktu. To, co się wydarza, zmierza do urzeczywistnienia potencjalności kontaktu, czy też, w rozumieniu terapii Gestalt, potencjalności spotkania z ożywczą nowością. Intencjonalność kontaktu jest skłonnością zakorzenioną w funkcjach id oraz osobowości sytuacji, i staje się intencją, gdy jest podejmowana przez funkcję *ego self*. Jest to pojawienie się między-cielesnego uczucia (funkcja *id self*), którego postać uwzględnienia sytuacji i role (funkcja osobowości *self*)¹¹. Relacja między polem a podmiotami jest hermeneutyczna i cyrkularna – my konstytuujemy pole w obecnej sytuacji, a pole wyłania się i konstytuuje nas; jest aktualizowane i nadaje kształt naszemu doświadczeniu. W zakresie możliwości kontaktu pole, które się wyłania, jest unikalną syntezą historii klienta i terapeuty oraz sytuacji, która je łączy; jest wynikiem aktu twórczego, który aktualizuje spotkanie ich historii i rozwija się wraz z nimi. Pole jest zatem wymiarem, który nie jest ani subiektywny, ani obiektywny, wymiarem, który jest podstawą, z której podmiot i przedmiot wyłaniają się i stają się rozróżnialne. U podstaw doświadczenia, gdzie pojawia się dynamika figury/tła, w której doświadczenie jest generowane, musi jeszcze zostać wyodrębnione to, co subiektywne i obiektywne.

Reasumując: Jakie są cechy pola fenomenalnego w perspektywie, którą przedstawiam?

Czy jest ono subiektywne, czy obiektywne? Pole fenomenalne jest ciągłym wynikiem procesu współtworzenia, który zakorzeniony jest w wymiarze poprzedzającym definicję podmiotu, i jako taki jest zjawiskiem nie tylko subiektywnym. W danym momencie nie istnieje tyle pól fenomenalnych, ile jest podmiotów, ale wyłania się jedno wspólne pole. Pole to jest postrzegane subiektywnie w różny sposób przez każdą z osób; te różne postrzegania modyfikują to pole, a zatem nie jest ono wyłącznie obiektywne. W ten sposób pole fenomenalne nie może być zredukowane do bycia albo subiektywnym, albo wyłącznie obiektywnym.

Czy ma ono rozpiętość i czas trwania? Pole jest procesem, który rozciąga się w przestrzeni do tego stopnia, który powoduje różnicę w postrzeganiu, a więc i doświadczeniu, nie posiada jednak wyraźnych powierzchni. Trwa ono w czasie¹² i zmienia się; jest czymś, co dzieje się nieustannie w mniej lub bardziej odczuwalny sposób, a jednocześnie wspiera konkretne doświadczenie. Mówimy tu o przeżywanym czasie i przestrzeni, jak to opisano w tradycji fenomenologicznej, a więc nie o chronologicznym czasie czy euklidesowej przestrzeni zewnętrznego obserwatora.

11 W spotkaniu terapeutycznym nie może być na przykład intencjonalności relacji seksualnej, ponieważ spotkanie terapeutyczne, z założenia, nie jest równe.

12 Czas trwania obecnej chwili, a więc minimalna trwałość pola, wynosi mniej więcej pięć sekund (Stern, 2004; Tschascher, 2013; 2017).

Czy jest ono materialne? Pole fenomenalne nie jest materialne, nie jest to „rzecz”. Niemniej jednak jego istnienie jest realne i odczuwalne w czasie i przestrzeni. Nie można go zredukować do lub opisać w ramach kartezjańskiej dychotomii *res cogitans* i *res extensa*¹³, która wykreowała otchłań pomiędzy podmiotowością znajdującą się wewnątrz nas a obiektami usytuowanymi poza nami. Można je uznać za prawie-byt, czyli za jednostkę rozproszoną w przestrzeni i temporalną, tak jak na przykład muzyka czy klimat wyczuwalny w danej sytuacji. Nie jest to jednak materia, lecz atmosfera, która jest odczuwana jako naładowana emocjonalnie, a przez to zdolna do bycia usytuowaną w wymiarze percepcji.

Jak my je odbieramy? Można je postrzegać estetycznie za pomocą zmysłów, w zmysłowym rdzeniu doświadczenia, gdzie podmiot i przedmiot wyłaniają się (ale nie są jeszcze całkowicie rozgraniczone), a zmysły działają w sposób synestetyczny, gdzie percepcja jest niezróżnicowana i afektywnie naładowana (Metzger's *Vorgestalten*, 1941).

Jaka jest jego relacja z daną sytuacją? Sytuacja jest zbiorem warunków (tj. ograniczeń i możliwości) obecnych w tu i teraz, które są aktualizowane w polu jako doświadczenie – przybierające formę i pulsujące życiem. Pole fenomenalne jest „wehikułem”, nośnikiem sytuacji, podobnie jak muzyka jest nośnikiem wibrujących strun harfy; jest ujawnianiem się w trakcie sytuacji potencjałów i ograniczeń (tj. długości i napięcia strun), które urzeczywistniają specyficzne pole percepcji.

Czy jest ono wytwarzane przez cielesność, czy też generuje cielesność? Pole fenomenalne jest wytwarzane przez ciała uczestniczące w danej sytuacji, ale jednocześnie w sposób cyrkularny wytwarza ich specyficzną cielesność w danej sytuacji. Jest to przykład koła hermeneutycznego, z którego nie można uciec – jak ręce Eschera, które wzajemnie się rysują.

Czy ma ono jakiś kierunek? Tak, pole jest poruszane i przekształcane przez intencjonalności kontaktu w granicach i potencjalności samej sytuacji. Ma ono tendencję do przekształcania się w kierunku *teraz-dla-potem*. Pole wyłania się z niespokojności intencjonalności; nie jest w stanie spoczynku, ale ma pewną tendencję.

Pole fenomenologiczne

Pole fenomenologiczne jest wynikiem pewnego rodzaju „fenomenologicznego zwrotu” (Husserl, 1913) – zdolności do patrzenia na

13 *Res cogitans* [łac., ‘rzecz myśląca’], świadomość, dusza; jeden z dwóch podstawowych rodzajów substancji w filozofii R. Descartes’a; przeciwieństwo rzeczy rozciągłej (*res extensa*), bytu materialnego [przyj. tłum.] <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/res-cogitans;3967267.html> (dostęp 21.11.2020 r.).

wyłaniające się zjawiska z ciekawością i szukania ich sensu oraz intencjonalności. Wymaga to odejścia od natychmiastowej percepcji/działania, które wyłania się jako pole fenomenalne, i jest generowane przez ciekawość i poczucie zadziwienia tym, co się dzieje (Bloom, 2009). Jak stwierdził Eugen Fink (1933), współpracownik Husserla, zadziwienie się światem jest najlepszą definicją postawy fenomenologicznej. Pole fenomenologiczne cierpi – w tym sensie, że przejmuje nad nami kontrolę i jesteśmy mu poddani (*subject-to*). Jest patosem (czyli cierpieniem), a więc aktualizacją tego, co wchodzi w grę. Pole fenomenologiczne jest wynikiem przesunięcia, implikującego przejście od bycia poddanym czemuś (*subject-to*) do bycia podmiotem (*subject-of*). Stanowi wzmocnienie wolności. Nie jest to metapozycja, ponieważ nie znajduje się ani ponad polem fenomenalnym, ani poza nim, ale jednocześnie jest to pozycja, z której możemy z ciekawością i zadziwieniem obserwować, co się dzieje z nami, między nami i wokół nas. Jest to wzmocnienie wolności podczas przebywania w polu fenomenalnym, tzn. w nośniku sytuacji. Terapeuta wciela w życie swoją cielesność, aby pozwolić na wyłonienie się potencjału spotkania, i przyjmuje aktywne, dociekliwe podejście, które pozwala mu dostrzec to, co się pojawia, i uznać to za interesujące, zajmując tym samym *przestrzeń pomiędzy* (z łac. *inter-esse*, być-w-pomiędzy). Wyrazistym przykładem, który może pomóc rozróżnić te dwa doświadczenia percepcyjne, jest doświadczenie dwubiegunowe, gdzie depresyjne i maniakalne pola fenomenalne są bardzo różne, nawet przeciwstawne, jednak pole fenomenologiczne może być takie samo, w tym sensie, że te dwa pola fenomenalne są wyrazem tej samej niemożności dotarcia do drugiego (Francesetti, 2011; 2015b). Pola fenomenalne wyłaniają się w każdym momencie naszego doświadczenia, ale zmiana polegająca na rozszerzaniu swojej obecności w celu spojrzenia z ciekawością na to, jak nasze doświadczenie się wyłania, a także przebywania w nim tak, aby podtrzymać jego potencjalności, jest specyficzna dla sytuacji terapeutycznej. To tak jakby siadając naprzeciwko klienta, współtworzyć świat – a dzieje się to w każdym momencie naszego doświadczenia. Jednak specyficznym zadaniem terapii jest zwrócenie uwagi na to, jak stworzymy ten świat i jak w nim żyjemy – i dbanie o to. Setting jest specyficznym narzędziem, które wspiera terapeutę w takim działaniu: bez jasnego settingu terapeuta cierpi w polu fenomenalnym, i ryzykuje po prostu utożsamianie się z nim i powtarzanie starej historii, łudząc się, że może ją zmienić. Poprzez to przesunięcie i zwrot percepcja terapeuty przenosi się z pola fenomenalnego na pole fenomenologiczne.

Rewolucja perspektywy pola w praktyce klinicznej: Pola psychopatologiczne

Jeśli weźmiemy powyższe za cechy pola fenomenalnego i ujmemy psychopatologię jako nieobecność na granicy kontaktu¹⁴ (Francesetti i Gecele, 2009; Francesetti, 2011; 2012; 2014), wynika z tego, że pole psychopatologiczne jest polem fenomenalnym, w którym występuje nieobecność na granicy kontaktu: jest to pole, w którym cierpienie jest obecne jako nieobecność. Nieobecność to obecność, która nie promieniuje, to znaczy jest niema, która oddala się, która nie dociera do granicy kontaktu. Jest to doświadczenie bycia nie do końca istniejącym dla drugiego, lub tego, że drugi nie istnieje do końca dla mnie. *Stopień pełni* nie jest bezwzględny w odniesieniu do sytuacji i nie może być mierzony poprzez porównywanie go do skali zewnętrznej, ale wynika z potencjalności i intencjonalności kontaktu cechujących daną sytuację.

Dlatego uważam, że przedmiotem psychopatologii jest pole, a nie indywiduum. To przesuwam epistemologiczną podstawę samej psychopatologii w zakresie definiowania, rozumienia i leczenia cierpienia. Twierdzę więc, że nie lokalizujemy cierpienia w kliencie, ale raczej uważamy je za zjawisko wyłaniające się na granicy kontaktu. W związku z tym jeśli psychopatologia jest nieobecnością na granicy, a granica jest zjawiskiem współtworzonym, nie może być psychopatologii odizolowanej jednostki lub umysłu. Będąc z *pola* (Robine, 2016), terapeuta nie pracuje „nad klientem”, ale w polu i na polu, które jest aktualizowane między terapeutą a klientem. Biorąc pod uwagę, że pole to jest współtworzone, terapeuta pracuje przede wszystkim nad sobą samym oraz nad modulowaniem swojej obecności i nieobecności na granicy kontaktu.

Rozważmy przykład cierpienia depresyjnego (Francesetti, 2015b). Jeśli mówimy, że klient *jest depresyjny*, tracimy z oczu podstawowy fakt, że ten sam klient również nie jest depresyjny¹⁵, a nasze postrzeganie go krystalizuje się, uprzedmiotawiając go i redukując jego wkład w terapię. Możemy więc powiedzieć, że klient *cierpi na depresję*, ale to reifikuje depresję, zamieniając ją w rzecz abstrakcyjną, zewnętrzną w stosunku do osoby i jej historii, a tym samym nie oferując żadnej pomocy w nadaniu sensu jego cierpieniu. W rzeczywistości takie podejście nie wystarcza nawet do prawidłowego stosowania leczenia farmakologicznego, ponieważ nie wspiera poszukiwania sensu, czegoś, czego pacjent zawsze potrzebuje. Alternatywnie można powiedzieć, że pacjent ma *doświadczenie depresyjne*. Nie sprowadza to klienta do samego cierpienia i otwiera możliwości zgłębiania i nadawania znaczenia temu doświadczeniu, ale ostatecznie pozostaje ono nadal

14 W psychopatologii cierpienie to nie ból, ale nieobecność. Desensytyzacja lub znieczulenie na granicy kontaktu uniemożliwia pełną obecność (Francesetti, 2012, 2014). Na przykład, ból żaloby nie jest psychopatologiczny, ponieważ jest obecnością; nieobecność bólu w socjopatii lub brak radości w neurozie są natomiast zjawiskami psychopatologicznymi.

15 W świetle uwag Minkowskiego ważne jest uchwycenie stopnia, w jakim pacjent jest schizofrenikiem, ale równie ważne jest uchwycenie stopnia, w jakim nim nie jest (Minkowski, 1927).

w indywidualistycznych ramach odniesienia. W radykalnie relacyjnych ramach odniesienia możemy natomiast powiedzieć, że w spotkaniu z tym klientem aktualizuje się *pole depresyjne*. Umieszcza to zjawisko depresyjne w relacyjnych ramach odniesienia, wysuwając na pierwszy plan współtworzenie doświadczenia, uruchamiając poszukiwanie sensu w kontekście terapii i natychmiast pomagając terapeutce poczuć się częścią pola psychopatologicznego i przebywać wewnątrz niego. W tym sensie psychoterapia Gestalt ma charakter *dekonstrukcyjny*. Skryzalizowany objaw jest stopniowo dekonstruowany tak, aby wydobyć pole relacyjne i jego cierpienie, które podczas stawania się aktualnym umożliwia ruch i transformację.

W ten sposób depresyjne pole psychopatologiczne, aby kontynuować nasz przykład, można uznać za aktualizację pola fenomenalnego, w którym klient i terapeuta doświadczają beznadziejnego poczucia porażki w swojej próbie dotarcia do drugiego. Ta porażka – i bezradność, którą ta pierwsza prowokuje – nasycza to pole na różne sposoby, dając początek doświadczeniom, które są typowe i rozpoznawalne zarówno dla klienta, jak i terapeuty (Francesetti, 2011, 2015b; Roubal, 2007, 2014). Nie jest to już sytuacja „spotkania terapeuty z klientem depresyjnym”, ale raczej „*to depresyjne pole* jest aktualizowane pomiędzy terapeutą a klientem” – pole, które jest różne z różnymi klientami, różne z różnymi terapeutami i różne z tym samym klientem w różnych momentach (Robine, 2004; Francesetti, 2011, 2015b; Spagnuolo Lobb, 2013). Podobnie ataki paniki i pewnego rodzaju hipochondria powstają w polu fenomenalnym, w którym jest obecna wyparta samotność (Francesetti, 2007). Możliwe jest też, że schizofreniczne urojenia pojawiają się w polu, w którym rozróżnienie między podmiotem a przedmiotem nie pojawiło się w wystarczającym stopniu, zacierają się granice relacyjne, a doświadczenie spoczywa poza Słupami Heraklesa¹⁶ (Francesetti i Spagnuolo Lobb, 2013). Skupienie się na polu psychopatologicznym ujawnia, w jaki sposób cierpienie jest aktualizowane w rzeczywistości, w tu i teraz, współtworzone na granicy kontaktu, *w pomiędzy* i wokół relacji terapeutycznej, i jak jest ono doświadczane przez klienta i terapeutę. W porównaniu z psychopatologią odizolowanej jednostki, postrzeganie psychopatologii jako cierpienia relacyjnego, które staje się realne i żywe w spotkaniu terapeutycznym, może być rewolucyjne. Można by zarzucić, że klient jest depresyjny nawet poza pokojem terapeutycznym i tym samym jego depresja nie wyłącza się w otoczeniu terapeutycznym. Ale ten argument wydaje mi się błędny: fakt, że klient jest depresyjny przed i po sesji terapeutycznej pokazuje, że przynosi on i aktualizuje pole depresyjne w różnych kontekstach, które napotyka, być może nawet w każdym z nich. Oczywiście, można by użyć diagnozy zewnętrznej

16 „W starożytnej Grecji Słupy Heraklesa wyznaczały granice znanego świata. Podobnie omówione akty *self* są granicami naszego doświadczenia [akty różnicowania i łączenia, które zakotwiczą doświadczenie w danej sytuacji a zarazem odróżniają osobę od świata, obydwie odbywają się na poziomie prewerbalnym i prerefleksyjnym; tworzą one tło, które przyjmujemy za oczywiste dla naszego zwykłego, codziennego doświadczenia]. Po jednej znajduje się wszystko czego możemy doświadczyć jako podmiot. Po drugiej, poza granicami podmiotowości, jest sfera wyłaniającego się doświadczenia, niemożliwego do ujęcia w słowach, i tam nie możemy wkroczyć jako podmiot. Żyjemy w codziennym świecie właśnie dzięki temu, że nieustannie konstruujemy wspólny świat na wspólnej płaszczyźnie. Gdyby nie to, byłibyśmy całkowicie osamotnieni w obcym świecie.” (Francesetti i Spagnuolo Lobb, 2013) [przyp. tłum.].

i nazwać go pacjentem cierpiącym na depresję. Nie zmienia to jednak perspektywy, że *podczas sesji pole depresyjne jest za każdym razem współtworzone*, i że sposób, w jaki jest ono aktualizowane, jest specyficzny i odmienny w różnych sytuacjach i, co może się zdarzyć, z różnymi terapeutami. Perspektywa pola umożliwia terapeutcie przejście od pytania „Co mogę zrobić dla tak depresyjnego klienta?” do pytania „Jak teraz razem się udepresyjniamy?”. (Roubal, 2007; Francesetti i Roubal, 2013). To właśnie element współtworzenia daje terapeutcie margines na terapię – czasem tylko tak minimalny, jak to tylko możliwe. Ponieważ sam terapeuta jest częścią id i osobowości sytuacji (Robine, 2004), zawsze będzie w stanie dokonać wyboru (funkcja ego), który jest zakorzeniony w tu i teraz sytuacji i jest wyrazem intencjonalności występujących w polu. Taka perspektywa stawia również psychopatologię przed dwoma nowymi zadaniami: opisać specyficzny sposób, w jaki Gestaltung¹⁷ rozwija się dla różnych rodzajów cierpienia; oraz opisać specyficzne aspekty fenomenalne i estetyczne (Bloom, 2003) różnych aktualizowanych pól psychopatologicznych. Przykładem pracy nad pierwszym zadaniem są badania nad atakami paniki (Francesetti, 2007), depresją (Francesetti, 2011; 2015b), psychozami schizofrenicznymi (Francesetti i Spagnuolo Lobb, 2013), zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi (Francesetti, w druku) i innymi zaburzeniami (Francesetti, Gecele i Roubal, 2013). Drugie zadanie wciąż jeszcze w znacznym zakresie wymaga systematycznej analizy.

17 *Gestaltung* jest procesem, w którym powstaje Gestalt; jest to wyłanianie się figury z tła, a tym samym stawanie się i definiowanie figury doświadczenia.

18 Pozostawiam ten skrót w oryginale. W j. angielskim rzeczownik *harp* oznacza harfę, czasownik *to harp* – granie na harfie.

19 Smutek jest zaraźliwy, moja miłości, i stąd widzimy, że połączyliśmy serca i jesteśmy jednym, ale jawimy się jako dwoje. I tak właśnie zapoczątkowuję radość w tej rzeczy, która nie składa się z niczego, a jednak istnieje i utrzymuje nas dwoje powiązanych ze sobą. Ja jestem tym, który wkłada w to radość. (M. Gualtieri, *Bestia di Gioia*, 127) [tłum. Iwo Tarkowski].

Perspektywa pola w praktyce klinicznej: HARP¹⁸ jako jedność aktu terapeutycznego

*Sadness is contagious,
 my love, and from this we see
 that we have joined hearts
 and are one, but appear as two.
 And so I
 inseminate joy
 in this thing that does not consist
 but yet exists and keeps us both tied.
 It is I
 who puts in
 the joy.*

(M. Gualtieri, *Bestia di Gioia*, s. 127)¹⁹

Tak więc przedstawiliśmy nasze założenia teoretyczne. Gdy tylko terapeuta i klient siadają i spotykają się twarzą w twarz, w sytuacji settingu terapeutycznego aktualizuje się pole fenomenalne, które ma tendencję do urzeczywistniania potencjalności możliwego kontaktu. W tym współtworzonym polu terapeuta może mieć bardzo różne doświadczenia, które zasadniczo można podzielić na dostrojenie i rezonans. Na podstawie tych dwóch fenomenów doświadczalnych można stwierdzić, że akt terapeutyczny w perspektywie pola polega na modulowaniu własnej obecności przez terapeutę, a także na rezygnacji z wszelkich prób zmiany klienta oraz wszystkich paradoksów i lęku wykonawczego, jakie się z tym wiążą (Beisser, 1970). Perspektywa ta jest zgodna z tym, co zaproponowali Myriam i Erving Polsterowie (1976), kiedy podkreślali potrzebę modulowania przez terapeutę swojego sposobu bycia w kontakcie odpowiednio do możliwości i ograniczeń klienta.

Będę nazywał jedność doświadczalną aktu terapeutycznego HARP – Ludzkie Dostrojenie, Rezonans i Obecność (*Human Attunement, Resonance and Presence*).

Dostrojenie

Zjawisko dostrojenia²⁰ zostało szeroko opisane w filozofii (Stein, 1989), fenomenologii (Merleau-Ponty, 1945), badaniach nad niemowlętami (Stern, 1985; 2010), neuronaukach (Gallese, 2006a, 2006b; Gallese, Eagle and Migone, 2007; Rizzolatti i Sinigaglia, 2008) oraz w psychoterapii (Rogers, 1951; Bandler i Młynarz, 1975; Erickson, Rossi i Rossi, 1976; Yontef, 1993; 2002; Schore, 1994; Thompson, 2001; Siegel, 2012; Tschascher i inni, 2013; 2017). Ogólnie rzecz biorąc, jest to doświadczanie przez terapeutę czucia *na tej samej długości fali* co klient, posiadania podobnych lub nawet tych samych uczuć. Odkrycie *neuronów lustrzanych* (Rizzolatti i Craighero, 2004; Rizzolatti i Sinigaglia, 2006) rzuca światło na neuronalne podstawy leżące u podstaw zdolności do doświadczania sytuacji w ten sam sposób, niezależnie od tego, czy dzieje się to ze mną, czy z kimś innym. Dostrojenie samo w sobie jest wydarzeniem o wielkiej wartości terapeutycznej, ponieważ jest centralnym zjawiskiem w procesie uznawania klienta i przyczynia się do nadania ważności jego doświadczeniu (tj. walidacji tego doświadczenia). Dostrojenie różni się od konfluencji, gdzie figura nie wyłania się z tła lub granice między organizmem a środowiskiem są nieuchwytnie. Wraz z dostrojeniem wyłania się wyraźna figura, a granice pomiędzy mną a Innym są również jasno określone, w tym sensie, że jest jasne, że ja czuję to, co ty czujesz, i że ty czujesz, że ja czuję to, co ty czujesz. Dostrojenie pomaga klientowi w różnych sytuacjach zweryfikować poczucie, że jego doświadczenia są prawdziwe, a tym

20 Myślę, że pojęcie „dostrojenia”, które tu przedstawiam, odpowiada pojęciu „inkluzji” Yontefa zaczerpniętego od Bubera (Yontef, 1993; 2002), lub jest do niego bardzo zbliżone; wolę jednak termin „dostrojenie”, ponieważ jest on używany w szeregu innych publikacji, w szczególności w badaniach nad niemowlętami i neuronaukach.

samym poczuć, że nie jest szalony, poczuć godność swojego doświadczenia, poczuć się zrozumianym, poczuć, że nie jest sam, poczuć, że można spotkać drugiego człowieka poprzez swoje cierpienie. Są to więc zjawiska terapeutyczne, które mają fundamentalne znaczenie i są niezbędne dla procesów spotkania, zawierania, zmiany i wzrostu. Jak pokazują badania nad niemowlętami i badania kliniczne, dostrojenie nie jest zjawiskiem statycznym, ale jest niezwykle żywe i wzajemne. Jest to proces przebiegający w ciągłym ruchu. Mobilność doświadczenia wymaga procesu ciągłego dostrajania, który nigdy nie ustaje. Przykładem tego są nasze oczy. Kiedy patrzymy komuś w oczy, nasze oczy nigdy się nie zatrzymują – patrzenie nie jest zjawiskiem statycznym, ale ciągłym ruchem wzajemnego dopasowania kierunku, ostrości, ruchu powiek, patrzenia przez ułamek sekundy, aby potem znów złapać wzrok drugiego człowieka, zanim znowu go utracimy. Dostrojenie zmienia się również w momentach, w których jest tracone lub przerywane, a następnie przywracane, tracone, a następnie ponownie odnajdywane poprzez nowe dostrojenie. Przerwanie i przywrócenie stanu dostrojenia wydaje się być kluczowym zjawiskiem terapeutycznym (Ornstein, 1974; Colli i Lingiardi, 2007). To właśnie ten proces ciągłego dostosowania i dostrojenia, a nie statyczne, nieprzerwane dostrojenie, charakteryzuje zdrowe relacje międzyludzkie, w tym relacje terapeutyczne. Zmiany obecne w dostrojeniu umożliwiają, w rozumieniu terapii Gestalt, ciągle postrzeganie granic, które w przeciwnym razie zostałyby utracone poprzez naturalną adaptację zmysłów, jeśli kontakt byłby statyczny.

Rezonans

Rezonans jest pojęciem pochodzącym z fizyki, a w szczególności z fizyki muzyki²¹. W tym kontekście zjawiska rezonansu odnoszą się do uczuć terapeuty, które pojawiają się w otoczeniu terapeutycznym²² (lub przed lub po sesji), ale nie są podobne lub identyczne z tymi u klienta – w istocie mogą być bardzo różne. Klient może na przykład odczuwać głęboki smutek lub desperację, podczas gdy terapeuta może być znudzony lub przestraszony, a nawet poirytowany. Nawet klient doświadcza rezonansu w obecności terapeuty. Zjawiska rezonansu to cielesne, zmysłowe doświadczenia, które są zasadniczo niezróżnicowane w swoim pochodzeniu; są to synestetyczne – wcześniejsze niż kinestetyczne – rezonanse, nieorganizowane w określone obiekty. Często są to niewytłumaczalne doznania cielesne i uczucia, które nie mają od razu uchwytne go sensu, ale mogą przybrać kształt obrazów lub wspomnień, ulotnych fantazji, słów poezji lub melodii, wrażeń dotykowych lub zlokalizowanego bólu ciała, emocji, uczuć itp. Aby je uchwycić, terapeuta musi być na nie wyczulony, skupiając się na tym,

21 Dwa układy, które *porównują się* wzajemnie we wspólny rytm oscylacji w taki sposób, że razem tworzą nadrzędny układ zsynchronizowany, którego oscylacje są regulowane przez własny parametr porządkowy (Fuchs i Koch, 2014).

22 Fenomeny rezonansu są obecne we wszystkich relacjach międzyludzkich, jednakże tutaj skupimy się wyłącznie na ich znaczeniu w terapii.

23 „Kamień odrzucony przez budujących, stał się kamieniem węgielnym” (Ps 118,22 w przekładzie Biblii Tysiąclecia, wyd. V, Pallotinum 2000).

co można nazwać wymiarem estetycznym, zmysłowym światem bez jasno zdefiniowanych obiektów percepcji, i spowolnić czas na tyle, aby uchwycić ulotne, a czasem bardziej narzucające się, wyłanianie się i dotyk tych powstających zjawisk zmysłowych. Często terapeuta postrzega rezonanse jako niepokojące i niewytłumaczalne doznania, uczucia lub myśli; może czuć się z ich powodu winny i starać się ich unikać lub ignorować je. Są one jednak niezwykle cennymi elementami współtworzonego pola fenomenalnego – z odrzuconych kamieni stają się kamieniami węgielnymi²³. Rezonans jest często postrzegany jako coś nie na miejscu, co może budzić zadziwienie, jest *atoponem*: „Gadamer przypomina nam, że Grecy mieli słowo na to, co wprowadza zrozumienie do stanu stagnacji. Tym słowem był *atopon*, który w rzeczywistości oznacza «to, co nie może być dopasowane do kategorii oczekiwań w naszym rozumowaniu i co powoduje, że jesteśmy wobec tego podejrzliwi»” (Costa, 2014, 356).

Są to podstawowe fenomeny, po raz pierwszy rozpoznane przez psychoanalizę jako przeniesienie i przeciwprzeniesienie, na temat których istnieje obszerna literatura – zbyt obszerna, by ją tu omawiać. Z perspektywy pola zjawiska rezonansu nie są jednak doświadczeniami, które klient projektuje i lokuje w terapeutę, ani też tymi, które terapeuta projektuje i lokuje w klienta (to, jak doświadczenia przechodzą z jednej osoby na drugą, jest trudnym problemem teoretycznym dla psychoanalityków, zob. Stolorow i in., 1999; Eagle, 2011; krytyka koncepcji projekcji, zob. Jacobs, 2012). Teoria *self* w terapii Gestalt (zgodnie z fenomenologią i współczesnymi neuronaukami) traktuje podmioty jako współwyłaniające się z obecnej sytuacji, współtworzące się wzajemnie (Francesetti, 2016). Nasz sposób bycia, czyli nośnik naszej cielesności, współtworzy pole fenomenalne i zjawiska doświadczalne, których doświadczają klient i terapeuta. Mamy do czynienia nie z dwiema odrębnymi jednostkami, które wpływają na siebie nawzajem poprzez swoje spotkanie, lecz z wyłanianiem się w tu i teraz dwu podmiotowości, które współkształtują się nawzajem²⁴ i przyjmują tę specyficzną formę. Rezonans jest epifanią²⁵ (ujawnieniem), względnie rozwinięciem tego współtworzenia. Co więcej, zjawiska rezonansu nie są jedynie ponowną propozycją dawnych scenariuszy, ale tym, jak potencjalności pola przybierają sensowną formę tu i teraz. Cierpienie nabiera kształtu w zależności od możliwości przemiany, jakie oferuje dana sytuacja. Klient nie tylko wąsko buduje swoje doświadczenie, tak jak nauczył się tego w przeszłości – przy założeniu, że terapeuta powinien pomóc poszerzyć spojrzenie klienta. Wnosi raczej dziedzictwo, które próbuje zaistnieć tu i teraz, aby dotrzeć do drugiego i zostać przekształconym. Jest to perspektywa teleologiczna: pielęgnowanie bólu i cierpienia ma znaczenie i nie

24 Staemmler (2016) nazwał tę perspektywę relacyjną „silną relacyjnością”; zob. także Francesetti (2012; 2015a).

25 Niezwykłe doznanie, olśnienie – <https://sjp.pwn.pl/slowniki/epifania.html> (dostęp 22.11.2020 r.).

jest to tylko wyuczony i sztywny sposób reagowania i zachowania. Cierpienie (*suffering*) oznacza „niesienie” (z łac. *fero, ferre* – nieść), a klient nosi ból, który w tym specyficznym spotkaniu może być potencjalnie odczuty, rozpoznany i przekształcony (Francessetti, 2012).

26 Należy wziąć pod uwagę, że badania pokazują, iż stan około 8% pacjentów w terapii pogarsza się (Hansen, Lambert i Forman, 2003).

Zjawisko rezonansu było traktowane w historii psychoterapii w bardzo różny sposób i wzbudziło ogromne zainteresowanie w najnowszej literaturze (Howard, Orlinsky i Hill, 1969; Brody i Farber, 1998; Roubal i Rihacek, 2014; Wolf, Goldfried i Muran, 2013a; 2013b; Gazzillo i in., 2015). We wczesnej psychoanalizie traktowano je jako zakłócenia, które należy usunąć, aczkolwiek później były one postrzegane jako brama do analizy interpretacyjnej, podczas gdy niedawne opracowania przewidywały, że rezonanse terapeuty powinny pozostawać do dyspozycji – pośrednio lub bezpośrednio – klienta (Stolorow i in., 1999; Eagle, 2011; Boston Change Process Study Group, 2010). W humanistycznych terapiach doświadczalnych, w tym w terapii Gestalt, rezonans był wykorzystywany jako centralne narzędzie poprzez samoujawnianie (*self-disclosure*), w którym terapeuta dzieli się własnymi doświadczeniami. Zjawiska rezonansu są więc cenne jako niepowtarzalne zdarzenia, jedyne w swoim rodzaju w danym momencie i dla konkretnego klienta – prawdziwa epifania wzajemnego współtworzenia. Ale są one również tajemnicze, ponieważ w momencie ich wyłaniania się terapeuta *jest poruszony*, ale nie rozumie ani skąd pochodzą, ani co oznaczają. Należy pamiętać, że ujawnienie siebie nie jest samo w sobie terapeutyczne – w istocie może być niebezpiecznie retraumatyzujące. Jeśli jest ono dokonywane bez dostatecznego tła, które stanowiłoby wsparcie, może spowodować szkody poprzez retraumatyzowanie i unieważnienie doświadczenia klienta. Bezpośrednie i surowe wyrażenie na przykład lęku odczuwanego przez terapeutę w polu psychotycznym, desperacji w polu bardzo depresyjnym lub podrażnienia w polu histerycznym może znacznie pogłębić cierpienie klienta²⁶.

Kluczowym pytaniem jest zatem, co należy uczynić z rezonansem w perspektywie pola.

Obecność:

Od pola fenomenalnego do pola fenomenologicznego

Powiedzieliśmy, że rezonans, w perspektywie pola, jest epifanią procesu współtworzenia. Jest to więc coś, co odczuwa terapeuta, ale co nie przynależy wyłącznie do terapeuty. Wyłania się on z procesu współtworzenia i przynależy do pola, i ma sens tylko wtedy, gdy bierze się pod uwagę pole. Jest to najcenniejsze *signum* pola, które tworzymy, i motywów, które w nim krążą pomiędzy klientem

a terapeutą. Motywy te są typowymi treściami współtworzonego pola i kierują nami w identyfikacji pola, którego doświadczamy. Istotne tematy relacyjne zostały niedawno opisane przez Lynne Jacobs (2017), która nazywa je Trwałymi Motywami Relacyjnymi (ERTs – Enduring Relational Themes) i proponuje traktować je jako sposób rozumienia zjawisk przeniesieniowych w ramach teoretycznych terapii Gestalt. W pełni zgadzam się z Jacobs, że ERT pojawiają się jako współtworzone zjawiska w procesach kontaktu, i rzeczywiście nie należą one tylko do klienta. Zgadzam się również, że nie powinny być one uważane za projekcje (zarówno ze względu na ryzyko kliniczne, jak i teoretyczną niespójność), i że są one potencjalnościami, które prowadzą do relacyjnej nowości i transformacji (patrz również Philippon, 2002).

W świetle tego, co tu proponuję, chcę w szczególności opisać dwa konkretne procesy. Po pierwsze, motywy krążą w współtworzonym polu fenomenalnym; oznacza to, że mogą być odczuwane i wprowadzane w życie zarówno przez klienta, jak i przez terapeutę. Po drugie, poprzez motywy cierpienie wyłania się w tu i teraz i zmierza w kierunku przekształcenia *nieobecności* w ból, a następnie bólu w piękno (Francesetti, 2012). Rezonanse są sposobem, w jaki możemy postrzegać i odczuwać te motywy. Rozpoznanie ich jest kluczową częścią procesu terapeutycznego, ponieważ jednym z głównych zagrożeń jest przypisanie motywu tylko klientowi. Kiedy terapeuta rozpoznaje motyw, moduluje swoją obecność i – poprzez to – zmienia pole. Przyjrzyjmy się niektórym przykładom klinicznym, aby zilustrować, w jaki sposób modulacja obecności terapeuty może być centralnym elementem terapii opartej na perspektywie pola.

Pierwszy przykład kliniczny:

Współtworzenie pola narcystycznego

Jedną z kwestii, która może być wyraźnie obecna w spotkaniu terapeutycznym, jest lekceważenie i wstyd. Terapeuta może czuć się lekceważony i ignorowany, a to może być bardzo nieprzyjemne. Może czuć, że musi zrobić coś, na co należy zwrócić uwagę, być może coś, aby udowodnić, że jest profesjonalny i kompetentny, ponieważ wydaje się, że klient wykazuje bardzo mało poważania lub szacunku dla niego. Jeśli po prostu dostrzeże i zareaguje na rezonans, może zacząć robić coś, aby pokazać, że jest rzeczywiście kompetentny – może na przykład pomyśleć o wszystkich artykułach, które napisał, może nawet przytoczyć kilka z nich. W pewnym momencie może poczuć, że nie chce, aby klient wiedział pewne rzeczy o jego życiu, ponieważ wstydziłby się ich, a następnie, nie zdając sobie z tego sprawy, całkowicie unika tych tematów. Klient z kolei może spotykać się tylko z osobami o pewnej pozycji społecznej, podczas gdy terapeuta pochodzi ze znacznie skromniejszego środowiska, o czym wolałby, żeby klient nie wiedział. Powoli, ale pewnie, nawet nie zdając sobie z tego sprawy, terapeuta udaje się w ten sposób umocnić w spotkaniu i czuje się bardziej swobodnie – na szczęście sesja idzie mu z jego punktu widzenia coraz

to lepiej i lepiej. Ale potem, ku jego zaskoczeniu, klient kończy sesję, mówiąc, że czuje się poirytowany i że koniec końców terapia mu nie pomaga. Ryzyko dla terapeuty polega na tym, że może poczuć się zraniony takim stwierdzeniem i przypisać je narcyzmowi klienta, ponieważ „jak typowy narcyz nie jest w stanie zaakceptować tego, co proponuje terapeuta”. W ten sposób nie widzi, w jaki sposób on sam przyczynił się do wyłonienia się tych zjawisk, i nie jest w stanie docenić zasadności i prawdziwości doświadczenia klienta. To, co robi terapeuta, to przypisywanie cierpienia wyłącznie klientowi i utożsamianie się z motywem w polu, jakim jest szacunek/lekceważenie (*regard/disregard*). Nie potrafi umieścić tego, co odczuwa, w kontekście tła, w którym mogłoby to mieć sens, a zamiast tego identyfikuje się z tym, co czuje i robi, nie zdając sobie sprawy, że jest to wynik procesu współtworzenia.

Alternatywą jest sytuacja, gdy terapeuta staje się świadomy tego, czego doświadcza, nie identyfikując się z tym. Aby to zrobić, musi być zaintrygowany tym, co odczuwa – „Czuję się ignorowany, lekceważony, zawstydzony... Jak trudno jest teraz przedstawiać moje tło i czuć jego wartość... Być może są to tematy, które krążą między nami”. Zmiana polega na tym, by docenić to, co czujemy, i przenieść się na znacznie szerszy obszar, z którego będziemy mogli z zaintrygowaniem odbierać to, co odczuwamy. Być może terapeuta znajdzie na tym obszarze siłę, która pochodzi z jego pokory, siłę, by poczuć swoją wartość, nie negując swoich ograniczeń ani nie ukrywając ich. Jeśli tak się stanie, terapeuta będzie miał możliwość modulowania swojej obecności, pozwalając, aby tolerancja dla ograniczeń i ich wartość pojawiły się w polu, zmieniając w ten sposób samo pole. Jeśli tak się stanie, jeśli terapeuta będzie modulował swoją obecność, ograniczenia nie będą już zakazane lub zaprzeczane. Można powiedzieć, że pole, które opisałem, ma elementy narcystyczne. Jeśli terapeuta utożsamia się z motywem lekceważenia, przyczyni się do jego współtworzenia; jeśli jednak zdoła nadać sens swojemu doświadczeniu i pozwoli na pojawienie się poczucia zasadności ograniczeń i tolerancji dla nich, pole to będzie nieco mniej narcystyczne i otworzy się przestrzeń dla możliwości, aby to, co nie zawsze jest pozytywnie oceniane, mogło zyskać godność i prawo do istnienia.

Drugi przykład kliniczny:

Współtworzenie pola depresyjnego

Terapeuta widzi klienta cierpiącego na ciężką depresję i czasami jest bardzo zmartwiony, a czasami poirytowany i rozdrażniony, bo nic się nie zmienia. Czuje, że klient nie wkłada wystarczająco dużo wysiłku w terapię i przed kilkoma ostatnimi spotkaniami miał do ostatniej chwili nadzieję, że klient nie się pojawi i zdecyduje się pójść do innego terapeuty. Zmiana sposobu modulowania swojej obecności przez terapeutę pozwala mu, z perspektywy pola, na zadanie sobie pytania: „Jak ja, terapeuta, współtworzę to doświadczenie? W jaki sposób pozwalam mojemu ciału zamarznąć i nie oddychać? W jaki sposób czuję, że zamieram? W jaki sposób udepresyjniamy się razem (Roubal,

2007) i w jaki sposób ja też osuwam się w depresję?” (Francesetti i Roubal, 2013; Francesetti, 2015b; Roubal i Rihacek, 2014). Te pytania przesuwają punkt ciężkości z tego, co robi klient, na to, co robi sam terapeuta. Poprzez uświadomienie sobie, jak on sam wpływa na pole, terapeuta może odzyskać swobodę oddychania lub poczuć po raz kolejny pulsujący ciężar swojego ciała, albo zauważyć, że motyl wylądował na oknie, i przypomnieć sobie, że wiosna nadchodzi, lub wspomnieć wiersz Mary Oliver (2004): „A teraz powiem wam prawdę. Wszystko na świecie przychodzi”. Zmieniałoby to sposób obecności terapeuty, a atmosfera sesji rozjaśniałaby się, umożliwiając pojawienie się większej otwartości terapeuty. Specyficzna sekwencja doświadczeń w polu depresyjnym została zbadana i opisana przez Roubala i Rihaceka (2014) jako „trajektoria współdoświadczenia depresji”. Wyniki ich badań doskonale wpisują się w przedstawiony tu model HARP: terapeuci doświadczają dostrojenia (i zarażenia depresją) i rezonansu (tj. dystansu od klienta), a wreszcie modulują swoją obecność, skupiając się na tym, co dzieje się w relacji terapeutycznej. Ten ostatni ruch, możliwy dzięki uświadomieniu sobie tego, co pojawia się jako współtworzone zjawisko, pozwala terapeutom poczuć, że wyłania się coś znaczącego, pomocnego i przynoszącego ulgę oraz zmieniającego doświadczenie zarówno terapeuty, jak i klienta.

Trzeci przykład kliniczny:

Współtworzenie pola histerycznego

Motywy, który może krążyć w danym polu, jest autentyczność/nieautentyczność. Łatwo jest terapeutcie odczuwać irytację z powodu cierpienia, które klient wyraźnie i otwarcie pokazuje, ale którego terapeuta nie jest w stanie odczuć, z wynikającą z tego tendencją do osądzania klienta jako nieautentycznego i irytacją z tego powodu. Jeśli terapeuta nie rozpoznaje motywu i nie jest w stanie go dostrzec i oddzielić się od niego, istnieje wysokie ryzyko retraumatyzowania klienta. Zmiana w terapii polega na poszerzeniu zakresu doświadczenia i zadaniu sobie przez terapeutę pytania o to, jak sam współtworzy ten motyw, na ile naprawdę sam jest autentyczny. Czy faktycznie wyraża to, co czuje? Może nie. Może jest rozdarty pomiędzy wyrażaniem irytacji, którą odczuwa, a obawą, że może to ponownie traumatyzować klienta, gdyż reprezentuje kolejne odrzucenie; z tego powodu znajduje się w sytuacji, w której to, co wyraża, nie jest tym, co czuje, co oznacza, że sam nie jest autentyczny. Jeśli zda sobie z tego sprawę, może zrozumieć swój wkład we współtworzenie pola i – zwracając większą uwagę na to, co czuje przy odczuwaniu tego – może uświadomić sobie jeszcze bardziej na przykład ból nieodczuwania bólu osoby cierpiącej przed nim. W ten sposób może poczuć prawdziwy ból i znaleźć słowa, które pozwolą mu autentycznie powiedzieć, że czuje ból nieodczuwania bólu drugiej osoby. Jeśli uda mu się to zrobić, będzie w pełni i autentycznie obecny, a to zmieni wyłaniające się pole.

Te przykłady pomagają opisać przesunięcie, które zmienia perspektywę terapii poprzez uświadomienie sobie, że w tu i teraz terapeuta cierpi i tworzy współtworzone pole fenomenalne tak samo, jak cierpi i tworzy je klient. Dlatego też w akcie terapeutycznym kładzie się nacisk na jakość obecności terapeuty, a nie na zmianę klienta.

27 O tych trzech aspektach odczuwania podczas procesów szkoleniowych patrz Philippson (2017a).

Kompetencje terapeuty do pracy z modelem HARP

Przedstawię teraz kompetencje nieodzowne do pracy z modelem HARP. W tym opisie przedstawiono je w postaci sekwencji odrębnych kroków, ale stanowią one płynny i niewidoczny proces. Dla każdego z nich przedstawię krótki opis i szkic doświadczenia terapeuty oraz podam kilka krótkich przykładów klinicznych z trzech obszarów przedstawionych powyżej. Zjawiska, które opisuję, są dość typowe dla pól użytych tutaj jako przykłady, ale oczywiście w sesji pojawią się różne uczucia w zależności od specyfiki terapeuty, klienta i sytuacji. Niemniej jednak zazwyczaj możliwe jest rozpoznanie pewnych cech pola, w którym pojawia się konkretne cierpienie.

Modulowanie obecności terapeuty wymaga zatem:

– **Otwartości i chęci doświadczenia fenomenów dostrojenia i rezonansu.** Terapeuta jest w stanie zwolnić tempo i skupić się na wymiarze estetycznym, tj. na tym, co sam odczuwa, co czuje klient, a także na tym, co czuje, że wyłania się *w pomiędzy (in the in-between)*²⁷, nie pomijając żadnego elementu własnego doświadczenia. Odbywa się to na poziomie pola fenomenalnego. Aby móc odnaleźć się w tym naturalnym wymiarze doświadczenia, terapeuta potrzebuje rozwiniętej specyficznej wrażliwości estetycznej (Francesetti, 2012; 2015a). Epizody kliniczne:

Z Tonyem: „Czuję, że nie jestem wystarczająco dobrym terapeutą dla Tony’ego. On jest tak genialny i osiągnął tak wiele ważnych celów! Muszę zrobić więcej, albo powinienem ukryć część tego, kim jestem, aby pokazać, że jestem OK. Czuję się lekceważony i odczuwam nieprzyjemną presję «konieczności bycia kimś więcej»”.

Z Jimem: „Oscyluję pomiędzy uczuciem przygnębienia a reagowaniem na nie: kiedy siedzę z Jimem, odczuwam ociężałość, straszne zmęczenie... Albo czasami po prostu czuję się głupi, śpiący, pusty, zapadający się... Wtedy dystansuję się od Jima, nie mogę już tego znieść, nie chcę wpaść w taką czarną dziurę! Kiedy z nim jestem czas zwalnia, przestrzeń w pomiędzy staje się szersza, mroczniejsza i bardziej obciążająca; czuję udrękę, bezsilność, a potem chęć ucieczki.”

Z Rose: „Z Rose czuję się rozdrażniony, znudzony, niespokojny, poirytowany, choć wyraźnie pokazuje mi swoje cierpienie. Czasami czuję się przyciągany objawami cierpienia Rose, takimi barwnymi, mimo że w powietrzu wisi coś nie do końca prawdziwego lub autentycznego... Ona nie wydaje się autentyczna!”

– **Zaciekawienia własnymi rezonansami i pozwolenia, aby po prostu się pojawiały, bez przypisywania ich z góry tylko klientowi lub tylko sobie.** Terapeuta zadaje sobie pytanie: „Co się ze mną dzieje? To dziwne, naprawdę nie rozumiem, dlaczego, ale czuję to w ten sposób.” Przez cały czas terapeuta nie identyfikuje się ze zjawiskami dostrojenia i rezonansu: jest to przejście od pola fenomenalnego do pola fenomenologicznego. Epizody kliniczne:

Z Tonyem: „Jestem świadomy tego uczucia bycia odrzuconym lub nie bycia wystarczająco dobrym i po prostu zastanawiam się nad tym, nie reagując, aby stać się lepszym niż to, kim jestem”.

Z Jimem: „Jestem świadomy własnych oscylacji, uczucia przygnębienia, a następnie reagowania na nie, jestem kuszony, aby je odrzucić lub czuć się winnym z ich powodu... To ciekawe.”

Z Rose: „Jestem świadomy swoich rezonansów odrzucenia lub przyciągania, dostrzegam sens czegoś nie do końca autentycznego i zastanawiam się, co się dzieje ze mną i z nami.”

– **Tolerancji niepewności, jaką niesie ze sobą takie podejście (Staemmler, 1997; 2006), akceptowania tego, że nie znamy kierunku, w którym zmierza proces terapii.** Terapeuta odbiera przychodzące do niego doznania i uczucia lub obrazy i nie zna ich przyczyn, nie może nadać im żadnego natychmiastowego znaczenia, daje zatem czas procesowi, tolerując niepewność. Epizody kliniczne:

Z Tonyem: „Chciałbym być lepszym terapeutą, bardziej kontrolować sytuację. Nie wiem właściwie co to znaczy. Czy mógłby to być motyw krążący w polu, które współtworzymy?”

Z Jimem: „Staram się radzić sobie z tym głębokim brakiem energii i zainteresowania, nie wiedząc, skąd się bierze – czy jestem zbyt zmęczony po spotkaniach z tak wieloma klientami? Czy dystansuję się od tematów, które Jim porusza w związku z problemem w jego związku? Wczoraj wieczorem miałem ostrą rozmowę z moją partnerką... Czy to jest sposób na postrzeżenie i współtworzenie pola depresyjnego?”

Z Rose: „Nie wiem co robić... Powinienem podzielić się swoimi uczuciami czy nie? Jeżeli nie, to czy jestem autentyczny, czy nie? Nie wiem... jeszcze.”

– Poszerzenia uwagi tak, aby poczuć to, co wyłania się z tła, z krawędzi rezonansów. Terapeuta nadal czuje i czeka, w nadziei, że coś jeszcze się pojawi... Pytanie brzmi: „Co czuje terapeuta w odczuwaniu tego, co czuje?” Epizody kliniczne:

Z Tonym: „Czuję teraz prawie niezauważalny smutek, wychodzący skądś... tylko lekki ruch w tle moich uczuć...”

Z Jimem: „Czuję, że przestrzeń i czas zmieniają się, kiedy siedzę z Jimem, czuję udrekę, kiedy skupiam się na przestrzeni w pomiedzy, czuję się bezsilny a moje ciało staje się sparaliżowane... Ale poprzez zainteresowanie tymi uczuciami zaczynam odczuwać coś innego...”

Z Rose: „Zaczynam odczuwać pewien ból, być może uczucie samotności... tak, czuję się samotny i to dziwne, bo Rose wydaje mi się taka obecna...”

– Chwywania i poszukiwania znaczeń tego, co się pojawia, zgodnie z wyłaniającą się intencjonalnością kontaktu. Terapeuta zadaje sobie pytanie: „Co to oznacza dla mnie? Dla mojego klienta? Dla nas? Dla sytuacji, w której się znajdujemy? Jaki motyw się pojawia? W jakim krajobrazie się znajdujemy? Dokąd nas to zaprowadzi?” Epizody kliniczne:

Z Tonym: „Tak, czuję smutek... Odczuwam smutek z powodu uczucia, że nie jestem wystarczająco dobry, z powodu wysiłku, który wkładam w moje życie, by spróbować być tym, kim nie jestem...”

Z Jimem: „Chciałabym móc czuć, że jestem żywy, siedząc z Jimem, tylko to... I czuć możliwość poruszania się, czuję to pragnienie... Przypomina mi ono o moich chwilach głębokiej depresji...”

Z Rose: „Tak, odczuwam samotność, jakbym nie miał szansy na to, by Rose mogła naprawdę do mnie dotrzeć lub bym ja mógł dotrzeć do niej. Naprawdę nie czuję jej bólu... Czy to motyw krążący między nami?”

– Wykorzystania tej świadomości do modulowania obecności terapeuty, tego, jak zachowuje, ujawniając to, co czuje, lub nie odsłaniając tego wyraźnie, w zależności od sytuacji. Przed wyrażeniem swoich odczuć terapeuta powinien ocenić, czy uchwycił znaczenie rezonansów, a jeśli nie, to czy klient, relacja terapeutyczna i sytuacja mogą sobie z tym poradzić i wykorzystać ten wkład. Jeśli zdecyduje się podzielić pewnymi doznaniem, uczuciami i myślami, musi przekazać je klientowi – wtedy, gdy poczuje, że będzie to wspierało kontakt między nimi. To, „jak wyraża siebie”, jest oznaką rosnącej obecności i istnienia zarówno terapeuty, jak i klienta. Kryterium, które proponuję w celu podjęcia decyzji, czy wyrazić rezonans, czy też nie, jest następujące: terapeuta nie powinien wyrażać swojego rezonansu, dopóki dostrzega tylko dany rezonans. Aby wyrazić rezonans, musi uchwycić pewne tło wokół nich, poczuć, że jest

ich ciekawy i że nie jest z nimi całkowicie utożsamiony. Zazwyczaj im bardziej klient cierpi, tym silniejsze są rezonanse, tym trudniej jest się z nimi nie identyfikować i tym większe jest ryzyko retraumatyzacji. Epizody kliniczne:

Z Tonym: „Czuję teraz głęboką potrzebę bycia tym, kim jestem, nadania godności mojej osobie, mojej historii, nawet mojej głupocie i moim ograniczeniom. Daje mi to poczucie godności, integralności i wolności, pokory i siły równocześnie. Tony wygląda teraz inaczej w moich oczach: Czuję jego wysiłek, niekończący się wysiłek, bycia «czymś więcej»... Smutno mi z tego powodu, a w moim ciele pojawia się uczucie czułości. Mogę teraz zostać tutaj i mogę powiedzieć delikatnym głosem, czule i patrząc mu prosto w oczy: «Tony, jestem pod wrażeniem tego, jak wiele ważnych rzeczy zrobiłeś w swoim życiu... I widzę też, jak wiele pracy i wysiłku wykonałeś dla tego wszystkiego. Nie jesteś czasami zmęczony?»”

Z Jimem: „Tak, współtworzymy pole depresyjne... Pozwól mi rozszerzyć klatkę piersiową i wdychać, tylko wdychać... Czuję się lepiej, widzę Jima wyraźniej, z pewnym kolorem... Chciałbym połączyć przestrzeń między nimi, ale nie wiem, jak to zrobić. Ale czuję się lepiej, ta chęć to już ulga. Teraz mogę oddychać i zostać tutaj, i mogę powiedzieć, z ciepłymi słowami wyłaniającymi się z mojego doświadczenia głębokiej ciemności: «Jim, czuję ciężar tego, co przynosisz, i czuję też bezsilność. Odczuwam chęć przezwyciężenia tego, ale nie wiem jak, jeszcze nie mogę. Ale mogę zostać i oddychać z tobą, a może ty możesz oddychać ze mną...»”

Z Rose: „Czuję teraz prawdziwy ból tego, że tak naprawdę nie czuję bólu Rose. Co za samotność! I co za ulga w odczuwaniu tego prawdziwego uczucia! Teraz mogę zostać tutaj, z nią, czuję, że gdzieś ją spotykam i mogę stanowczo powiedzieć: «Rose, widzę twój ból, ból w twojej historii, i czuję, jak samotna jesteś z tym bólem, jak trudno jest tam dotrzeć... Odczuwam teraz ból, mówiąc ci to». A w moich oczach mogą pojawić się prawdziwe łzy.”

Wniosek: Użyczenie ciała terapeutę klientowi

Na poziomie pola fenomenalnego zarówno klient, jak i terapeuta są odpowiedzialni za to, co czują. Terapeuta jest jednak odpowiedzialny za przejście od pola fenomenalnego do pola fenomenologicznego i modulowanie swojej obecności w celu wsparcia intencjonalności kontaktu, a nie tylko odtworzenia pola fenomenalnego, które jest aktualizowane. W tym ujęciu relacja terapeutyczna nie jest relacją równą.

Używając słów Jean-Luca Marion’a (2003), terapeuta użycza swojego ciała, aby urzeczywistnić i odczuć cierpienie klienta. Ciało drugiej osoby było nieobecne w doświadczeniu klienta, ponieważ drugiej osoby nie było tam, aby przyjąć i przekształcić jego/jej ból. Ból nawarstwił się w ciele klienta, *Leib*

stało się *Körper*, pulsująca, nastrojowa emocja stała się zakrzepem. Ciało terapeuty jest teraz wezwane do otrzymania tego cennego bólu, aby transformacyjny proces spotkania mógł się dokonać. Cierpienie psychopatologiczne jest psychopatologiczne właśnie dlatego, że osadza się w ciele klienta bez możliwości odczuwania go jako afektywnego i emocjonalnego doświadczenia *w pomiędzy* (*in the in-between*), przy wsparciu obecności drugiej osoby. Nie ma tu wolności: to, co cierpi, jest *pathòsem*, biernie odczuwanym. Objawem jest pamięć o nieobecności drugiego i ziarno potencjalności spotkania. To nieobecność stanowi w tym pamięć i dowód nieobecności drugiego. To nieobecność jest w tym cichą obecnością, która nie rezonuje. To obecność nieobecności, która chce zaistnieć, czyli wyjść i zagrać melodię, którą w sobie pielęgnuje – terapeuta jest ucieleśnionym instrumentem, który rezonuje z melodią. Istoty ludzkie są lojalne wobec swojego bólu i dźwigają go (tzn. cierpią) w formie objawu, który jest twórczym sposobem noszenia bólu bez ulegania mu (Borgna, 2005). Kiedy Inny – terapeuta – staje się obecny w terapii, używa swojego ciała bólowi klienta i ten ból może dotrzeć do granicy kontaktu. Kiedy to się dzieje, terapeuta może uchwycić (ujrzeć) twarz drugiego i ma poczucie, że dzieje się coś ważnego, a podstawowym uczuciem, które się pojawia, jest czułość (Lévinas, 1987). Czas staje się wydarzeniem (Maldiney, 1991); nowość jest współtworzona i osiądana, potencjalności kontaktu są w pełni wyrażane, stosownie do możliwości i ograniczeń obecnej sytuacji. Model HARP jest sposobem na umożliwienie współtworzenia pola psychopatologicznego (nieobecność staje się obecna), na pojawienie się cierpienia (ból dociera do granicy kontaktu) i na przemianę (rozwija się intencjonalność kontaktu); terapeuta nie identyfikuje się z krążącymi motywami: używa swojego ciała, aby cierpienie istniało w tu i teraz (dociera do niego cierpienie) i – opierając się na swojej wrażliwości estetycznej – moduluje swoją obecność i wspiera intencjonalność kontaktu. Pompuje w sytuację nowe elementy estetyczne – i z tego wypływa nowa wolność.

To, w jaki sposób cierpienie wylania się w terapii, podlega regułom estetycznym i otwiera drogę do odprężenia i radości – kielich zawierający cierpienie, jest tym samym, który zawiera radość (Gibran, 1923). Jest to ludzki sposób noszenia bólu, dopóki nie przekształci się on na granicy kontaktu i nie zostanie uzyskana nowa wolność. To przemiana nieobecności w ból, a następnie bólu w piękno (Francesetti, 2012; 2015b). Ludzie pracują jak instrumenty muzyczne, które harmonizują – szarpną za struny swego serca, aby grać w unisonie²⁸. Jak dwie harfy (*harps*): kiedy jedna brzmi, druga rezonuje. Dlatego też z perspektywy pola jedność aktu terapeutycznego można nazwać HARP²⁹ – *Human*³⁰ *Attunement, Resonance and Presence* (Ludzkie

28 Uwaga tłumacza z j. włoskiego: *cuore* – wł. serce – wywodzi się etymologicznie z łacińskiego *cor*, od którego pochodzą po włosku zarówno *cuore* (serce), jak i *corde* (sznurki/struny). Niestety, nie można tego było oddać w języku angielskim (odpowiednio *heart* i *cords*)

29 Dedykuję to określenie mojej córce Chiarze, harfistce i psycholożce.

30 Dziękuję Joyce Sciberras za propozycję dodania H od angielskiego *Human* (człowiek). Jak zasugerowała Alison Clare, H mogłoby również odnosić się do angielskiego *Heart* (serce).

Dostrojenie, Rezonans i Obecność). Jego jedność wynika z wyłaniania się uczuć dostrojenia i rezonansu, które prowadzą terapeutę do modulowania swojej obecności w celu podtrzymania ekspresji potencjalności kontaktu obecnej w danej sytuacji. Ta perspektywa pomaga nam zrozumieć, jak cierpienie jest noszeniem (z łac. *fero, ferre*) nieobecności, która w terapii staje się obecnością, a która dzięki obecności terapeuty przekształca się w potencjalność kontaktu. A zarazem w wyłaniające się piękno.

W konsekwencji zmienia się nie tylko klient. Przekształcenie cennego bólu jest transformacją dziedzictwa historii życia – transformacją, która twórczo zmienia daną sytuację. I zmienia się także terapeuta. A wraz z nimi zmienia się tkanka świata i życia.

Bibliografia

1. Bandler R., Grinder J. (1975), *The Structure of Magic. A Book about Language and Therapy*, Palo Alto, CA, Science and Behavior Books.
2. Baranger M. (2005), *Field theory*, in: Lewkowicz S., Flechner S. (eds.), *Truth, Reality and the Psychoanalyst: Latin American Contributions to Psychoanalysis*, London, International Psychoanalytical Association, pp. 49–71.
3. Baranger M., Baranger W. (2008), The analytic situation as a dynamic field, *International Journal of Psychoanalysis*, 89: 795–826 (first publ. 1961–1962).
4. Beisser A.R. (1970), *The paradoxical theory of change*, in: Fagan J., Shepherd I. (eds.), *Gestalt Therapy Now: Theory, Techniques, and Applications*, Palo Alto, CA, Science and Behavior Books, pp. 77–80.
5. Bloom D. (2003), “*Tiger! Tiger! Burning bright*”. *Aesthetic values as clinical values in Gestalt therapy*, in: Spagnuolo Lobb M., Amendt-Lyon N. (eds.), *Creative License. The Art of Gestalt Therapy*, Wien-New York, Springer.
6. Bloom D. (2009), The phenomenological method of Gestalt therapy: Revisiting Husserl to discover the essence of Gestalt therapy, *Gestalt Review*, 13(3): 277–295.
7. Bloom D. (2011), *Sensing animals/knowing persons. A challenge to some basic ideas in Gestalt therapy*, in: Levine Bar-Yoseph T. (ed.), *Advanced Gestalt Therapy*, New York, NY, Routledge.

8. Bloom D. (2016), *The relational function of self: Self function on the most human plane*, in: Robine J.-M. (ed.), *Self. A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*, St.Romaine- La-Virvée, L'Exprimerie.
9. Bloom D. (2017), Sensing and knowing, *Gestalt Review*, forthcoming.
10. Böhme G. (2010), *Atmosfera, estasi, messe in scena. L'estetica come teoria generale della percezione*, Milano, Marinotti (or. ed.: *Asthetik. Vorlesungen über Ästhetik als allgemeine Wahrnehmungslehre*, München, Wilhelm Fink Verlag, 2001).
11. Böhme G. (2017), *The Aesthetics of Atmospheres*, New York, NY, Routledge.
12. Borgna (2005), *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano.
13. Boston Change Process Study Group (2010), *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm*, Boston, MA, Ww Norton&Amp.
14. Brody E.M., Farber B.A. (1996), The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33: 372–380. doi:10.1037/0033-3204.33.3.372
15. Brownell P. (ed.) (2008), *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy*, Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing.
16. Cavaleri P.A. (2001), *Dal campo al confine di contatto. Contributo per una riconsiderazione del confine di contatto in psicoterapia della Gestalt*, in: Spagnuolo Lobb M. (ed.), *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*, Milano, FrancoAngeli.
17. Cavaleri P.A. (2003), *La profondità della superficie. Percorsi introduttivi alla psicoterapia della Gestalt*, Milano, FrancoAngeli.
18. Colli A., Lingiardi V. (2007), Valutare l'alleanza terapeutica attraverso trascritti di sedute: l'attendibilità dell'IVAT-R nello studio di quattro psicoterapie, *Ricerca in psicoterapia*, 10(1): 75–97.
19. Combs A.W. (1999), Being and becoming: A field approach to psychology. *The Humanistic Psychologist*, 25(3): 237–243.
20. Costa C., Carmenates S., Madeira L., Stanghellini G. (2014), Phenomenology of atmospheres. The felt meanings of clinical encounters. *Journal of Psychopathology*, 20(4): 351–357.

21. Crocker S. (2009), Phenomenology in Husserl and in Gestalt therapy, *British Gestalt Journal*, 18(1): 18–28.
22. Day E. (2016), Field attunement for a strong therapeutic alliance: A perspective from relational Gestalt therapy, *Journal of Humanistic Psychology*, 56(1): 77–94.
23. Descartes R. (1998), *Discourse on Method*, Indianapolis, IN, Hackett Publishing Company (Or. publ. 1637).
24. Duncan B.L., Miller S.D., Wampold B.E., Hubble M.A. (eds.) (2010), *The Heart and Soul of Change: Delivering what Works in Therapy* (2nd ed.), Washington, DC, APA Press.
25. Eagle M.N. (2011), *From Classical to Contemporary Psychoanalysis. A Critique and Integration*, New York, NY, Routledge, Taylor and Francis.
26. Erickson M., Rossi E.L., Rossi S.I. (1976), *Hypnotic Realities. The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*, New York, NY, Irvington Publishers.
27. Ferro A. (2016). *The field evolves*, in: Katz S.M., Cassorla R., Civitarese G., *Advances in Contemporary Psychoanalytic Field Theory*, New York, NY, Routledge, Taylor & Francis Group.
28. Fink E. (1933), Die phänomenologische Philosophie Husserls in der gegenwärtigen Kritik, *Kant-Studien*, 38(1–2): 319–383.
29. Francesetti G. (ed.) (2007), *Panick Attacks and Postmodernity. Gestalt Therapy Between Clinical and Social Perspectives*, Milano, FrancoAngeli.
30. Francesetti G. (2011), *Fenomenologia e clinica dell'esperienza depressiva*, in: Francesetti G., Gecele M. (eds.), *L'altro irraggiungibile. La psicoterapia della Gestalt con le esperienze depressive*, Milano, FrancoAngeli.
31. Francesetti G. (2012), Pain and beauty. From psychopathology to the aesthetics of contact, *British Gestalt Journal*, 21(2): 4–18.
32. Francesetti G. (2014), *Il Dolore e la Bellezza. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*, in: Francesetti G., Ammirata M., Riccamboni S., Sgadari N., Spagnuolo Lobb M. (eds.), *Il dolore e la bellezza. Atti del III Convegno SIPG*, Milano, FrancoAngeli, pp. 23–53.

33. Francesetti G. (2015a), From individual symptoms to psychopathological fields. Towards a field perspective on clinical human suffering, *British Gestalt Journal*, 24(1): 5–19.
34. Francesetti G. (ed.) (2015b), “*Absence Is a Bridge Between Us*”. Gestalt Therapy Perspective on Depressive Experiences, Siracusa, Istituto di Gestalt HCC Italy Publ. Inc.
35. Francesetti G. (2016), “*You cry, I feel pain*”. *The emerging, co-created self as the foundation of anthropology, psychopathology and treatment in Gestalt therapy*, in: Robine, J.-M. (ed.), *Self. A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*, St. Romain-La-Virvée, L’Exprimerie.
36. Francesetti G., “Suspended from shaky scaffolding / We secure ourselves with our fixations”. A phenomenological and Gestalt exploration of obsessive-compulsive disorder, *British Gestalt Journal*, in press.
37. Francesetti G., Gecele M. (2009), A Gestalt therapy perspective on psychopathology and diagnosis, *British Gestalt Journal*, 18(2): 5–20.
38. Francesetti G., Griffero T. (eds.), *Neither Inside Nor Outside. Psychopathology and Atmospheres*, Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing, forthcoming.
39. Francesetti G., Roubal J. (2013), *Gestalt therapy approach to depressive experiences*, in: Francesetti, G., Gecele, M. Roubal, J. (eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, Milano, FrancoAngeli, pp. 433–462.
40. Francesetti G., Spagnuolo Lobb M. (2013), *Beyond the Pillars of Hercules. A Gestalt therapy perspective of psychotic experiences*, in: Francesetti, G., Gecele, M. Roubal, J. (eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, Milano, FrancoAngeli, pp. 393–432.
41. Francesetti G., Spagnuolo Lobb M. (2013), *Za Słupami Heraklesa. Psychoterapia Gestalt wobec doświadczeń psychotycznych*, w: Francesetti, G., Gecele, M. Roubal, J. (eds.), *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu*, Gdańsk, Harmonia Universalis, pp. 483–484.
42. Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (2013), *Gestalt therapy approach to psychopathology*, in: Francesetti, G., Gecele, M. Roubal, J. (eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, Milano, FrancoAngeli, pp. 59–78.

43. Fuchs T., Koch S.C. (2014), Embodied affectivity: On moving and being moved, *Frontiers in Psychology*, 5(508): 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2014.00508
44. Gallese V. (2006a), Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism, *Experimental Brain Research*, 1079:15–24.
45. Gallese V. (2006b), Mirror neurons and intentional attunement: A commentary on David Olds. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54: 46–57.
46. Gallese V., Eagle M.N., Migone P. (2007), Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1): 131–176.
47. Gazzillo F., Lingiard V., Del Corno F., Genova F., Bornstein R.F., Gordon R.M., McWilliams N. (2015). Clinicians' emotional responses and psychodynamic diagnostic manual adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation, *Psychotherapy*, 52(2): 238–246.
48. Gibran K. (1923), *The Prophet*, New York, NY, Vintage Books.
49. Griffero T. (2014), *Atmospheres: Aesthetics of Emotional Spaces*, Farnham, Ashgate.
50. Griffero T. (2017), *Quasi-Things. The Paradigm of Atmospheres*, Albany, NY, State University of New York Press.
51. Gualtieri M. (2010), *Bestia di gioia*, Torino, Einaudi.
52. Hansen N.B., Lambert M.J., Forman E.M. (2003), An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis, *Mental Health Services Research*, 5(1): 1–12.
53. Heidegger M. (1953), *Being and Time*, New York, NY, Harper&Row.
54. Howard K.I., Orlinsky D.E., Hill J.A. (1969), The therapist's feelings in the therapeutic process, *Journal of Clinical Psychology*, 25(1): 83–93. doi:10.1002/1097-4679(196901) 25:1<83::AID-JCLP2270250127>3.0.CO;2-G
55. Husserl E. (1913), *Ideas. General Introduction to Pure Phenomenology*, New York, NY, MacMillan, 1931.
56. Jacobs L. (2005), The inevitable intersubjectivity of selfhood, *International Gestalt Journal*, 28(1): 43–70.

57. Jacobs L. (2012), *Critiquing projection: Supporting dialogue in a post Cartesian world*, in: Bar-Yoseph Levine T. (ed.), *Gestalt Therapy. Advances in Theory and Practice*, New York, NY, Routledge, pp. 59–69.
58. Jacobs L. (2017), Hopes, fears and enduring relational themes, *British Gestalt Journal*, 26(1): 7–16.
59. Jacobs L., Hycner R. (eds.) (2009), *Relational Approaches in Gestalt Therapy*, New York, NY, Routledge, Taylor & Francis Group (1st ed.: New York, NY, A Gestalt Press Book).
60. Kennedy D. (2003), The phenomenal field, *British Gestalt Journal*, 12(2): 76–87.
61. Latner J. (1983), This is the speed of light: Field and systems theories in Gestalt therapy, *Gestalt Journal*, 6(2): 71–90.
62. Lévinas E. (1987), *Time and the Other*, Pittsburgh, PA, Duquesne University Press.
63. Lewin K. (1952), *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*, New York, NY, Harper & Brothers.
64. Maldiney H. (1991), *Penser l'homme et la folie*, Grénoble, Jérôme Millon.
65. Marion J.-L. (2003), *The Erotic Phenomenon*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 2008.
66. Merleau-Ponty M. (1945), *Phenomenology of Perception: An Introduction*, New York, London, Routledge, 2003.
67. Metzger W. (1941), *I fondamenti della psicologia della Gestalt*, Firenze, Giunti Barbera, 1971 (or. ed.: *Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments*, Darmstadt, Dietrich Steinkopff Verlag, 1968).
68. Minkowski E. (1927), *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris, Payot.
69. Neri C. (2016), *The analytic field as a resonator and instrument for revealing the presence of other fields*, in: Katz S.M., Cassorla R., Civitarese G., *Advances in Contemporary Psychoanalytic Field Theory*, New York, NY, Routledge, Taylor & Francis Group.
70. O'Neill, B. (2008), Relativistic quantum field theory: Implications for Gestalt therapy, *Gestalt Review*, 12(1): 7–23.

71. Oliver M. (2004), *Why I Wake Early*, Boston, MA, Beacon Press.
72. Orange D.M., Atwood G.E., Stolorow R.D. (1997), *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
73. Orange D.M., Atwood G.E., Stolorow R.D. (1999), *Inter-soggettività e lavoro clinico. Il contestualismo nella pratica psicoanalitica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
74. Ornstein A. (1974), The dread to repeat and the new beginning: A contribution to the psychoanalysis of the narcissistic personality disorders, *Annual of Psychoanalysis*, 2: 231–248.
75. Parlett M. (1991), Reflections on field theory, *British Gestalt Journal*, 1: 68–91.
76. Parlett M. (2005), *Contemporary Gestalt therapy: Field theory*, in: Woldt A.L., Toman S.M. (eds.), *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*, London, Sage.
77. Perls F. (1942), *Ego, Hunger and Aggression. A Revision of Freud's Theory and Method*, New York, NY, Random House, 1969.
78. Perls F., Hefferline R.F., Goodman P. (1951), *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*, Highland, NY, Gestalt Journal Press; Gouldsboro, ME, Gestalt Journal Press, 1994.
79. Philippson P. (2002), A Gestalt therapy approach to transference, *British Gestalt Journal*, 11(1): 16–20.
80. Philippson P. (2017a), Three levels of training, *British Gestalt Journal*, 26(1): 3–6.
81. Philippson P. (2017b), Revisiting the Field, https://www.amazon.it/s/ref=nb_sb_noss/26292111151726344?__mk_it_IT=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&url=search-alias%3Ddigital-text&field-keywords=Peter+philippson
82. Polster E., Polster M. (1976), *Therapy without resistance: Gestalt therapy*, in: Burton, A. (1976), *What Makes Behavior Change Possible?* New York, NY: Brunner/Mazel.
83. Pribram K.H. (1971), *Languages of the Brain: Experimental Paradoxes and Principles in Neuropsychology*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

84. Rizzolatti G., Craighero L. (2004), The Mirror-neuron system, *Annual Review of Neuroscience*, 27: 169–192.
85. Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
86. Robine J.-M. (2004), *Plis et Deplis du Self*, Bordeaux, Institut Français de Gestalt-thérapie.
87. Robine J.-M. (2008), Le fond du champ. *En arrière-plan du concept*, *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 22(1): 197–210.
88. Robine J.-M. (2016), *Self: Artist of contact*, in: Robine J.-M. (ed.), *Self. A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*, St. Romain-La-Virvée, L'Exprimerie, pp. 213–232.
89. Rogers C.R. (1951), *The Client-Centered Therapy. Its Current Practice, Implications and Theory*, Boston, MA, Houghton Mifflin.
90. Roubal J. (2007), Depression. A Gestalt theoretical perspective, *British Gestalt Journal*, 16(1): 35–43.
91. Roubal J., Rihacek T. (2014). Therapists' in-session experiences with depressive clients: A grounded theory, *Psychotherapy Research*, 26(2): 206–219.
92. Schmitz (2011), *Nuova fenomenologia. Un'introduzione*, Milano, Marinotti.
93. Schore A. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*, Hillsdale, NJ, Eribaum Associates.
94. Sichera A. (2001), *A confronto con Gadamer: per una epistemologia ermeneutica della Gestalt*, in: Spagnuolo Lobb M. (ed.), *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*, Milano, FrancoAngeli, pp. 17–41.
95. Siegel, D.J. (2012), *The Developing Mind: How the Relationships and the Brain Interact To Shape Who We Are* (2nd ed.), New York, NY, The Guilford Press.
96. Spagnuolo Lobb M. (2013), *The Now-for-next in Psychotherapy. Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society*, Milano, FrancoAngeli.
97. Staemmler F.-M. (1997), On cultivating uncertainty: An attitude for Gestalt therapists, *British Gestalt Journal*, 6(1): 40–48.

98. Staemmler F.-M. (2005), A Babylonian confusion? On the uses and meanings of the term “field”, *British Gestalt Journal*, 15(2): 64–83.
99. Staemmler F.-M. (2006), The willingness to be uncertain. Preliminary thoughts about interpretation and understanding in Gestalt therapy, *International Gestalt Journal*, 29(2): 11–42.
100. Staemmler F.-M. (2016), Taking another turn, *British Gestalt Journal*, 25(2): 3–19.
101. Stein E. (1989), *On the Problem of Empathy. The Collected Works of Edith Stein*, Dordrecht, Springer.
102. Stern D.N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, New York, NY, Basic Books.
103. Stern D.N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, New York, NY, Norton & Co.
104. Stern D.N. (2010), *Forms of Vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology and the Arts*, New York, NY, Oxford University Press USA.
105. Stolorow R.D., Atwood G.E., Brandchaft B. (eds.) (1994), *The Intersubjective Perspective*, Northvale, NJ, Jason Aronson.
106. Stolorow R.D., Brandchaft B., Atwood G.E. (1987), *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
107. Thompson E. (2001), Empathy and consciousness, *Journal of Consciousness Studies*, 8(5–7): 1–32.
108. Tolman E.C. (1959), *Principles of purposive behavior*, in: Koch S. (ed), *Psychology: A Study of a Science*, New York, NY, McGraw-Hill, vol. 2, pp. 92–157.
109. Tschascher W., Ramseyer F., Bergomi C. (2013), The subjective present and its modulation in clinical contexts, *Timing and Time Perception*, 1(2): 239–259. doi:10.1163/22134468-00002013
110. Tschascher W., Ramseyer F., Koole S.L. (2017), Sharing the now in the social present: Duration of nonverbal synchrony is linked with personality, *Journal of Personality*, 86(2): 129–138. doi:10.1111/jopy.12298

111. Yontef G. (1984), Modes of thinking in Gestalt therapy, *Gestalt Journal*, 7(1): 33–74.
112. Yontef G. (1993), *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*, Highland, NY, Gestalt Journal Press.
113. Yontef G. (2002), The relational attitude in Gestalt therapy theory and practice, *International Gestalt Journal*, 25(1): 15–36.
114. Weber M. (2004), *The Vocation Lectures. Science as a Vocation. Politics as a Vocation*, Indianapolis, IN, Hackett Publishing Company.
115. Wheeler G. (2000), *Beyond Individualism: Toward a New Understanding of Self, Relationship and Experience*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press/Gestalt Press.
116. Wolf A.W., Goldfried M.R., Muran J.C. (2013a), *Introduction*, in: Wolf A.W., Goldfried M.R., Muran J.C. (eds.), *Transforming Negative Reactions to Clients: From Frustration to Compassion*, Washington, DC, American Psychological Association, pp. 3–18.
117. Wolf A.W., Goldfried M.R., Muran J.C. (2013b). *Conclusion and clinical guidelines*, in: Wolf A.W., Goldfried M.R., Muran J.C. (eds.), *Transforming Negative Reactions to Clients: From Frustration to Compassion*, Washington, DC, American Psychological Association, pp. 269–282.
118. Wollants G. (2008), *Gestalt Therapy: Therapy of the Situation*, London, Sage.
119. Zahavi D. (2015), *The Oxford Handbook of Contemporary Phenomenology*, Oxford, Oxford University Press.
120. Zimbardo P.G. (2008), *The Lucifer Effect. Understanding How Good People Turn Evil*, London, Random House.

Notka biograficzna o autorze

Gianni Francesetti – psychiatra, terapeuta Gestalt, profesor adiunkt Podejścia Fenomenologicznego i Egzystencjalnego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu w Turynie (Włochy), międzynarodowy trener i superwizor. Autor licznych publikacji na temat psychoterapii i psychopatologii, eksplorujących oryginalne podejście do rozumienia cierpienia klinicznego z punktu widzenia fenomenologii i terapii Gestalt, a także proponujących nowe modele ujmowania poszczególnych zaburzeń klinicznych (m.in. doświadczeń paniki, depresji, psychozy oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych). Prezes Poiesis – Centrum Terapii Gestalt w Turynie (Gestalt Therapy Centre of Torino) oraz Międzynarodowego Instytutu Terapii Gestalt i Psychopatologii (IPsiG). Jest byłym przewodniczącym Europejskiego Stowarzyszenia Terapii Gestalt (EAGT), Włoskiego Stowarzyszenia Terapii Gestalt (SIPG) i Włoskiej Federacji Stowarzyszeń Psychoterapeutycznych (FIAP), a także członkiem Nowojorskiego Instytutu Terapii Gestalt (NYIGT), Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Terapii Gestalt (AAGT), Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii (European Association of Psychotherapy) oraz Stowarzyszenia na Rzecz Badań nad Psychoterapią (Society for Psychotherapy Research).

Contact: gianni.francesetti@gmail.com, www.ipsig.it