

# Depresja - teoretyczna perspektywa Gestalt

Opublikowano w:

Roubal, Jan. Depression - A Gestalt Theoretical Perspective. British Gestalt Journal, 16, 1, od s. 35-43, 9 s. ISSN 0961-771X. 2007.

Jan Roubal

Opis: Terapia Gestalt, koncentrując się na trwającej relacji terapeutycznej, może przyczynić się zarówno do głębszego teoretycznego zrozumienia, jak i leczenia depresji. W tym artykule diagnoza depresji zostaje przedstawiona jako fenomen relacyjny. Depresja jest postrzegana jako patologiczne usztywnienie początkowo użytecznego mechanizmu twórczego depresyjnego przystosowania. Usztywnione wzorce interpersonalne depresji manifestują się w relacji klient - terapeuta i są dostępne do eksploracji i potencjalnych zmian.

Słowa kluczowe: *depresja, psychoterapia, terapia Gestalt, relacja terapeutyczna*

## Wstęp

Niezdrowe obniżenie nastroju, postrzegane jako choroba, było opisywane już ponad 2500 lat temu. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje depresję za czwarty najpoważniejszy globalny problem w dziedzinie zdrowia. Depresja dotyka setek milionów ludzi na całym świecie. Co najmniej 20% kobiet i 12% mężczyzn doświadcza w życiu depresji, a 15% osób chorujących na depresję kończy swoje życie samobójstwem (Akiskal, 2000). Pomimo szerokiego zastosowania antydepresantów, ich skuteczność pozostaje niesatysfakcjonująca. 15%-30% osób z depresją nie reaguje na leki antydepresyjne.

Psychoterapia, stosowana jako samodzielna metoda lub w połączeniu z antydepresantami, jest obecnie uważana za skuteczny sposób leczenia depresji. Z większości badań wynika jasno, że różne metody psychoterapii mają zbliżoną skuteczność w leczeniu depresji.

Analizując główny nurt literatury psychiatrycznej, dowiadujemy się, że jedynie terapia poznawczo-behawioralna (CBT) oraz psychoterapia interpersonalna (IPT) są szeroko stosowanymi i wspieranymi badaniami metodami w psychoterapeutycznym leczeniu depresji. Liczba publikacji naszych kolegów z nurtów CBT oraz IPT powinna nas inspirować. Jednakże wrażenie, jakie daje lektura literatury psychiatrycznej, znacznie różni się od powszechnej praktyki. W rzeczywistości istnieje szerokie spektrum podejść psychoterapeutycznych, które patrzą na leczenie depresji pod wieloma różnymi teoretycznymi i praktycznymi kątami.

Nas, jako terapeutów Gestalt, interesuje, jak terapia Gestalt może przyczynić się do teoretycznego zrozumienia oraz leczenia depresji. Zanim jednak spojrzymy na depresję z perspektywy Gestalt, krótko zaprezentuję inne podejścia. Różne modalności psychoterapeutyczne skupiają się na różnych aspektach choroby depresyjnej. Na przykład terapia psychodynamiczna podkreśla rolę agresji oraz zależności od innych. CBT skupia się

na negatywnych sposobach myślenia i przekonaniach oraz zachowaniach depresyjnych. Z kolei terapia interpersonalna wskazuje na rolę ograniczonych zdolności społecznych oraz zaburzonej komunikacji w interakcjach z innymi. Terapia systemowa pracuje z całym systemem rodzinnym, w którym izolacja i niezrozumienie osoby w depresji jest jednym z elementów tego systemu, wraz z narracją związaną z rolami pacjenta i opiekuna jako czynnikami utrwalającymi.

Możemy zauważyć, że poszczególne podejścia psychoterapeutyczne próbują oddziaływać na różne czynniki związane z depresją. Wierzę, że terapia Gestalt może znacząco wzbogacić te teoretyczne koncepcje i praktyczne podejścia poprzez skupienie na procesie tu i teraz, który przejawia się w relacji terapeutycznej.

Czym jest depresja z punktu widzenia terapii Gestalt? Czy terapeuta Gestalt może wcisnąć problemy i cierpienie swoich indywidualnych klientów w jedną diagnostyczną kategorię - depresję? Czy jest jakieś wyjątkowe podejście terapeutyczne właściwe dla klientów z depresją? Mierzyłem się z tymi pytaniami teoretycznie oraz praktycznie przez ostatnie pięć lat, pracując z osobami w depresji w ośrodku psychiatrycznym.

W tym artykule skupię się głównie na opisach depresji z perspektywy teorii Gestalt. Terapia i badania zostaną tu wspomniane jedynie pobieżnie. Tematy te zostały opisane dokładnie w innych tekstach (np. Greenberg i Watson, 2005) i zasługują na więcej uwagi.

Kiedy w niniejszym artykule mówię o depresji, mam na myśli dostępne dla psychoterapii stany umiarkowanej depresji. Bardzo ciężkie stany depresyjne mogą być postrzegane jako opisane dalej manifestacje ekstremalnie zorganizowanych form self, ale podejście psychoterapeutyczne nie jest w tych przypadkach właściwą wczesną interwencją.

## **Prośba o współpracę**

Pisząc ten artykuł, napotykałem trudności, którymi chcę się tutaj podzielić i dlatego zapraszam Was do czytania go w duchu współpracy. Podczas pisania przyszły do mnie wspomnienia moich klientów, czasu, który razem spędziliśmy i wspólnych doświadczeń. Powróciły związane z nimi uczucia - strach, niepewność, ekscytacja, nadzieja i rozczarowanie. Ponownie dotknęły mnie wspomnienia rzadkich i cennych chwil prawdziwego spotkania. I kiedy moje ciało przywołało te czasy, skuliłem plecy, poczułem ciężar na ramionach, napięcie w brzuchu, słabość w nogach i ekscytujące swędzenie w koniuszkach palców. W moich oczach pojawiły się łzy. Spojrzałem znowu w ekran komputera, wyprostowałem się, zamrugałem, powstrzymałem łzy, rozluźniłem ramiona. Zacząłem rozmyślać nad diagnozą, depresją, terapią Gestalt... W tym momencie ludzie z moich wspomnień zbledli, stali się płacy, a moje doświadczenia zniknęły. Obawiam się, że to samo może przydarzyć się także Wam czytającym artykuł. Jak możemy pisać lub czytać i jednocześnie doświadczać? Może pomocny okazałby się wiersz... ale w profesjonalnym artykule? To może być powód, dla którego terapeuci Gestalt nie piszą wiele - pracują głównie z doświadczeniem, które papier i tusz mogą przekazać tylko częściowo...

W relacji z klientem terapeuta powinien potrafić płynnie przechodzić z profesjonalnego poziomu Ja-To na poziom ludzkiego spotkania Ja-Ty. Jestem świadom, że pisząc tutaj o depresji, zubażam bogactwo relacji terapeutycznej, pozostając na poziomie Ja-To.

Zauważam również, w jaki sposób borykam się z językiem. Nasz język potrafi wskazać na coś i nadać temu czemuś miejsce. Ale nie może opisać procesu wydarzającego się w danej chwili pomiędzy ludźmi. Mogę mówić o sobie jako terapeutę, potem o moim kliencie, ale w jaki sposób mogę opisać, co się zmienia w każdej chwili pomiędzy nami?

Kiedy mówię o depresji i depresyjnej osobie, proszę, wyobraźcie sobie, że spotykacie taką osobę. Dajcie sobie czas, żeby przywołać doświadczenie takiego kontaktu. Ja wyobraziłem sobie klientkę, którą widziałem wczoraj. Jest w depresji od prawie dwóch lat. Ponownie odczuwam beznadziejność, swoją skłonność, by chcieć coś pilnie zmienić (choć nie wiem co!). Czuję swoje sztywne plecy, a w nogach impuls do biegu i ucieczki...

Proszę, nie róbmy ze słowa „depresja” etykiety, która uprzedmiotawia człowieka. To tylko słowo, które jest nam potrzebne w komunikacji, by rozmawiać o podobnych osobistych doświadczeniach naszej terapeutycznej pracy. Kiedy używam etykiety „klient depresyjny”, mówię o usztywnionym, współtworzonym z moim klientem gestalcie, charakteryzującym się określonymi cechami dostępnymi w badaniu fenomenologicznym. Z praktycznych względów pożyczam słowo „depresja” z kontekstu psychiatrycznego.

### **Diagnoza i znaczenia słowa „depresja”**

Jestem funkcją pola. Także słowa, których używam, są funkcjami pola. Kiedy jako lekarz używam słowa „depresja”, oznacza ono coś innego, niż kiedy używam tego samego słowa jako terapeuta Gestalt. W tej drugiej konfiguracji ujednoczonego pola jestem kimś innym i słowa, których używam, znaczą coś innego.

Tradycyjna medycyna uważa depresję i jej symptomy za chorobę, zaburzenie, które należy wyleczyć. Zgodnie z diagnozą psychiatryczną depresyjna osoba cierpi na obniżony nastrój, spadek energii i aktywności, zmniejszoną zdolność do odczuwania przyjemności, słabą koncentrację i wyższy poziom zmęczenia. Głębokość depresji jest mierzona w oparciu o listę kryteriów.

Ten rodzaj fenomenologicznego opisu może być bardzo dokładny i użyteczny również dla terapeuty Gestalt. Ale tylko do pewnego momentu. Pozostaje statyczny, nieruchomy, ponieważ nie opisuje bogactwa dynamiki pomiędzy depresyjną osobą a jej środowiskiem.

Terapeuci Gestalt także diagnozują. Możemy tworzyć diagnozy z dwóch elementów. Pierwszy koresponduje ściśle ze współczesną diagnozą psychiatryczną, która nie poszukuje Źródła choroby psychicznej, tylko bazuje na fenomenologicznej obserwacji pacjenta. Analogicznie terapia Gestalt jest zorientowana funkcjonalnie, a nie etiologicznie (Delisle, 1991). Terapeuta Gestalt opisuje: „Klient ma ubogą w emocje twarz, jego ciało jest usztywnione, a słowom nie towarzyszą gesty. Patrzy w dół, nie nawiązuje kontaktu

wzrokowego. Mówi cichym, matowym głosem...”. Terapeuta Gestalt powinien mieć kliniczne doświadczenie wystarczające, by rozpoznać symptomy depresji i ich powagę.

Z perspektywy Gestalt symptomy są wytworami twórczego self i ujawniają ludzką wyjątkowość (Perls, Hefferline, Goodman, 1990). Symptomy, takie jak obniżony nastrój, myśli samobójcze, nadmierna męczliwość itp., są zjawiskami towarzyszącymi depresji. Terapia Gestalt skupia się raczej na specyficznym generowaniu procesu depresji (Greenberg, Watson i Goldman, 1998). Symptomy są postrzegane nie jako oddzielne elementy, lecz jako zawężone spektrum funkcji (Zinker, 1978).

Symptomy wskazują na ograniczoną elastyczność reakcji klienta. Jest on w związku z tym ograniczony w swojej zdolności, by pozostać w świadomym kontakcie ze swoim środowiskiem tu i teraz. Nie może zareagować zgodnie ze swoją aktualną potrzebą - jego zachowanie i bieżące doświadczenie są zdeterminowane przez utrwalone wzorce. Podąża za przyzwyczajeniem, a nie za świadomym wyborem (Yontef, 1993). Depresja to usztywniony gestalt.

Diagnoza medyczna tworzy dystans i widzi klienta jako usztywnioną strukturę. Podejście Gestalt z kolei nie postrzega self jako niezależnej struktury, lecz jako proces na granicy kontaktu. Self jest funkcją pola. Osoba nieustannie tworzy siebie przez syntezę i nadawanie osobistego znaczenia biologicznie zakorzenionym informacjom o emocjach i wiedzy kulturowej pozyskanych ze środowiska (Greenberg i Watson, 2005). Tożsamość formuje się poprzez utrwalone sposoby wchodzenia w relacje z otoczeniem. Tożsamość osoby nie leży w jej centrum, lecz wydarza się na granicy kontaktu.

Drugim składnikiem diagnozy Gestalt jest świadomość doznaniowa terapeuty. Terapeuta Gestalt z ciekawością przygląda się temu, czego doświadcza w kontakcie z depresyjnym klientem. Dla przykładu, w taki sposób pewien terapeuta opisywał swoją świadomość doznaniową: „Siedzę naprzeciwko klienta i czuję napięcie w barkach i w szczękach. Chcę pomachać ramionami i krzyknąć, ale obawiam się to zrobić. Wstydzę się siebie. Czuję się bezsilny, mój żołądek się skręca i nie mogę się ruszyć...”. Ten sposób diagnozowania już działa terapeutycznie. Terapeuta uświadamia sobie swój wkład w organizację depresyjnego pola tu i teraz, w kontakcie z pacjentem. Jest częścią tego pola. Jest także częścią diagnozy i w związku z tym może mieć na nią bezpośredni wpływ. Diagnoza staje się terapeutyczną możliwością (Baalen, 1999). Jeśli terapeuta pozostaje w swojej świadomości doznaniowej, nie wpada w nieświadome reakcje na usztywniony gestalt klienta. Świadomość doznaniowa terapeuty otwiera przestrzeń na zmianę pojawiającą się w terażniejszości, w relacji terapeutycznej.

W terapii Gestalt diagnozujemy relację. Opisujemy sposób, w jaki klient wchodzi w relację z otoczeniem i diagnozujemy proces ujawniający się w kontakcie granicznym. W zdrowym kontakcie cykl wchodzenia w kontakt i wychodzenia z niego jest płynny. Jeśli te procesy są zablokowane, kontakt uważany jest za niezdrowy (Korb, Gorrel i Van de Riet, 1989). Na przykład terapeuta tak może opisać to, czego jest świadomy: „Próbuję pomóc klientowi i zapominam o sobie. Moje wysiłki zdają się wpadać do głębokiej studni. Mam wrażenie, że klient reaguje na mnie z obowiązku. Nieustannie obwinia się o to, że z niczym sobie nie radzi. Jestem tym zmęczony i szukam, gdzie ja popełniam błąd. Potem następuje ciężka

cisza, każdy z nas pogrąża się w sobie”. Możemy już tu zauważyć typowe cechy relacji depresyjnej - retrorefleksję i przerwanie cyklu kontaktu przed działaniem - co opiszę później szczegółowo.

Diagnostujemy, w jaki sposób klient i terapeuta wspólnie tworzą depresyjną relację. Nie powiemy, że klient jest w depresji, raczej że klient i terapeuta tu i teraz udepresyjniają się razem. Ten rodzaj diagnozy jest pierwszym krokiem terapii. Z nim przychodzi świadomość usztywnionych wzorców relacji klienta, nie tylko ze swoim terapeutą, ale także ze środowiskiem i z samym sobą. Diagnoza służy jako narzędzie zmiany (Melnick, Nevis, 1998).

Sposób diagnozowania przez terapeutę Gestalt ma tę przewagę, że uwzględnia nieunikniony subiektywizm tego, kto diagnozuje. Co więcej, czyni z tego użytek. Terapeuta Gestalt używa swojej świadomości doznaniowej i diagnozuje relację, którą tworzy tu i teraz ze swoim klientem. Te same zniekształcenia, których klient doświadcza z innymi osobami, ujawniają się w bieżącej relacji psychoterapeutycznej.

Przyjrzyjmy się bliżej kategorii diagnozy. Kiedy mówimy, że jacyś ludzie mają depresję, zbiorowo nadajemy im etykietę i przestajemy dostrzegać cierpienie pojedynczej osoby. Czy jest możliwe nadanie etykiety depresji i mimo wszystko pracowanie w duchu Gestalt, przywiązującym tak dużą wartość do indywidualnego doświadczenia?

Istnieją klienci, którzy wpisują się w pewien szczególny, podobny i stereotypowy sposób organizacji pola relacyjnego. Na przykład osoby w stanach psychotycznych lub osoby z określonymi zaburzeniami osobowości. Kiedy używamy formalnej diagnozy, odnosimy się do osobistego, powtarzającego się wzorca formowania figury/tła (Melnick, Nevis, 1998).

Możemy następnie pogrupować ludzi o podobnych wzorcach w kategorii diagnostyczne, mając jednocześnie świadomość kontinuum pomiędzy diagnozą a tak zwaną normalnością.

Zaburzenie depresyjne może być także postrzegane jako określony sposób usztywnionej organizacji pola relacyjnego. Jako terapeuta Gestalt pytam siebie w takich przypadkach: „Jak doświadczam tej relacji, co się ze mną dzieje?”. Podczas spotkania z beznadziejnie depresyjnym klientem, jako terapeuta mam tendencję, by dawać mu nadzieję, wspierać go i podnosić jego wiarę w siebie. Depresja jest czasami porównywana do dziecięcego płaczu. To sygnał, wołanie i pragnienie bycia zaopiekowanym. Jeśli jednak potrzeba klienta jest skrajnie natarczywa, zaczynam jako terapeuta odczuwać skłonność do złości, do odmawiania opieki. Mogę próbować unikać tego klienta. Ludzie w jego towarzystwie regularnie odczuwają ten rodzaj spolaryzowanej reakcji - troski i odrzucenia. Świadomość tych reakcji u samego terapeuty jest częścią diagnozy Gestalt. W przypadku osób, które deformują swoje kontakty na inne usztywnione sposoby - na przykład w procesie, który moglibyśmy nazwać borderline - świadomość terapeuty jest fundamentalnie odmienna.

### **Depresyjne przystosowanie**

Kiedy patrzymy na depresję jako na utrwalony gestalt, przypuszczamy, że w przeszłości pacjenta pełnił on funkcje relacyjne (wynikające z istniejących warunków pola), które z

czasem uległy usztywnieniu. Z perspektywy Gestalt sposób, w jaki osoba depresyjna odnosi się do otoczenia i samej siebie, nie jest zaburzeniem. Możemy nazwać go zaburzeniem, tylko jeśli klient używa depresyjnego sposobu wchodzenia w relacje w swoim życiu w usztywniony i stereotypowy sposób, który ogranicza jego zdolność do twórczego przystosowywania.

Możemy zatem zapytać, jaki rodzaj gestaltu „uległ usztywnieniu” w przypadku depresji. Każdy stan emocjonalny wpływa na funkcjonowanie całego organizmu i w określony sposób reguluje interakcje pomiędzy organizmem a środowiskiem. Podstawową funkcją emocji jest stworzenie określonego stanu w organizmie, który umożliwi mu efektywne sprostanie sytuacji (Nesse, 2000). Funkcjonalny stan emocjonalny, który przypomina depresję, możemy opisać jako obniżony nastrój (Nesse, 2000). Jest to nie tylko zmiana nastroju, ale także przełączenie organizmu w stan oczekiwania („standby mode”). Prowadzi do obniżenia poziomu aktywności i ograniczenia intensywności doświadczenia. Te symptomy są podobne do symptomów depresji. Niemniej nie jest to patologiczne zaburzenie, lecz mechanizm adaptacyjny.

Zdarzają się sytuacje, kiedy depresyjny wzorzec kontaktu jest korzystny dla osoby w jej interakcji ze środowiskiem. Jeśli ktoś używa depresyjnego sposobu wchodzenia w kontakt jako twórczego przystosowania, możemy mówić o depresyjnym przystosowaniu. To nie zaburzenie, lecz specyficzna forma twórczego przystosowania. Depresyjne przystosowanie to jeden ze sposobów radzenia sobie z określonymi sytuacjami życiowymi. Smutna osoba oszczędza osobiste zasoby (Nesse, 2000). Rozważmy sytuację, w której ktoś nie może zaspokoić swoich potrzeb, a efektywne działanie jest niemożliwe. Może się tak zdarzyć po śmierci partnera lub utracie pracy. W takich przypadkach depresyjne przystosowanie prowadzi do ekonomicznego gospodarowania wysiłkiem i ochrony zasobów. Umożliwia osobie zatrzymanie się i przyjrzenie się sytuacji oraz podjęcie decyzji w sprawie alternatywnych strategii działania.

Optymizm zwykle pomaga poradzić sobie w trudnych sytuacjach. Ale zdarzają się okoliczności, w których optymistyczne nastawienie pogarsza sprawę. Wówczas korzyści może przynieść wyhamowanie wysiłków i poddanie się. Przykładem może być sytuacja, w której należy rzucić wyzwanie dominującej figurze nie do pokonania (Price, 1967). Depresyjne przystosowanie ekonomicznie reguluje osobiste zaangażowanie i zapobiega marnotrawieniu energii, ponadto pomaga porzucić dążenie do bezproduktywnego wysiłku.

Depresyjne przystosowanie jest ważne nie tylko dla jednostki, ale także dla społeczeństwa. Społeczno-biologiczna perspektywa wskazuje na zespół depresyjny jako mechanizm adaptacyjny w społeczności (Hoschl, Libiger i Svestka, 2006). Wywodzi się z etologicznej teorii, zgodnie z którą agresja jest integralną częścią emocjonalnego wyposażenia zwierząt (Lorenz, 2003). W populacjach o wysokiej liczebności agresja może stać się zagrożeniem i dlatego istnieją mechanizmy, które wpływają na potencjalnie niebezpieczne konsekwencje i zarządzają nimi. Jednym z tych mechanizmów jest hierarchia społeczna (Price, 1967). Cztery typy emocji kierują doświadczeniami każdego z członków społeczności:

1. Niepokój wywołany przez dominujących.
2. Rozdrażnienie wywołane przez podległych.

3. Uczucia przyjemności związane z pięciem się po szczeblach hierarchii.
4. Uczucia smutku i depresja związane z utratą pozycji w hierarchii.

Utrata pozycji w hierarchii zazwyczaj związana jest z odniesieniem obrażeń, chorobą, starzeniem się lub utratą kogoś bliskiego. W tych momentach pojawiają się symptomy bliskiej depresji. Depresyjne przystosowanie służy jako mechanizm adaptacyjny w czasach utraty pozycji w społeczności. Może wydawać się, że smutna osoba jest skazana na porażkę i nie jest pożyteczna dla społeczności. Ale depresyjny styl wchodzenia w kontakt jest częsty i przenika historię rasy ludzkiej. Musi być więc w jakiś sposób opłacalny.

Jaka jest funkcja depresyjnego przystosowania? Jakie selektywne siły wspierały rozwój tego sposobu interakcji w toku naszej ewolucji? Obniżony nastrój zapewnia ochronę jednostce i jest korzystny dla całej społeczności. Kiedy jednostka traci zainteresowanie kolejnym krokiem na drodze do swojego przeznaczenia, nie walczy o nie i nie zostaje zraniona ani zabita. Co więcej, kiedy dobrowolnie oddaje swoją pozycję w społeczności, energia zaoszczędzona w wyniku rezygnacji z walki staje się korzyścią całej społeczności (Price, 1967).

Możemy zatem skonkludować, że depresyjne przystosowanie służy jako mechanizm do radzenia sobie w beznadziejnych przypadkach. Hamuje niebezpieczne i bezwartościowe działania w sytuacjach, w których organizm nie posiada wewnętrznych zasobów lub strategii realnej do wcielenia w życie. Oszczędza energię w okolicznościach, które prowadzą do nieosiągalnych celów. Te korzyści zachowały depresyjne przystosowanie w toku ewolucji jako korzystny mechanizm adaptacyjny.

Usztywniona depresyjność: kiedy depresyjne przystosowanie staje się usztywnionym gestalem.

Skoro depresyjne przystosowanie odgrywa rolę w ludzkim życiu i w życiu społeczeństwa, dlaczego wpływamy na nie w terapii? Kiedy próbujemy leczyć depresję, patrzymy na nią jak na oznakę choroby. Generalnie istnieją trzy oznaki choroby (Nesse, 2000).

Pierwsza to bezpośrednie zranienie; na przykład rana cieleśna. Wymaga szybkiego leczenia. W kontekście psychoterapii byłaby nim interwencja kryzysowa.

Drugą oznaką choroby jest obrona organizmu, na przykład ból lub wymioty. To, co uznajemy za patologię, w rzeczywistości zapobiega większym szkodom dla organizmu. Wyeliminowanie tej ochrony może być niebezpieczne dla organizmu. Na przykład, jeśli sztucznie zapobiegniemy wymiotom, nasz pacjent nie pozbędzie się trującego jedzenia. Kiedy znieczulamy ból, wyłączamy sygnały, którymi ciało informuje nas, że dzieje się coś złego. Depresyjne przystosowanie opisane wcześniej odpowiada tej kategorii. W przypadku naturalnej żałoby po śmierci bliskiej osoby depresyjne przystosowanie działa jako adaptacja i obrona. Próba pracy terapeutycznej w celu wygenerowania bardziej optymistycznej reakcji może być w istocie szkodliwa. Pacjent może nie mieć wystarczających zasobów, by mierzyć się z wymagającymi okolicznościami. Depresyjne przystosowanie służy ochronie, jest mechanizmem przetrwania.

Trzeci rodzaj oznaki choroby to rozregulowana lub skrajna obrona. Pierwotnie chroniący mechanizm rozwinięty przez pacjenta usztywnia się i przestaje spełniać swoją pierwotną funkcję. Ból sygnalizujący zranienie staje się bólem chronicznym, paraliżującym. Wymioty, służące pozbyciu się przez organizm trującego jedzenia, nie ustają i powodują wycieńczenie organizmu przez odwodnienie. Podobnie pierwotnie naturalne depresyjne przystosowanie usztywnia się jako rozregulowana obrona. W tym momencie traci swoją pierwotną użyteczność zarówno dla jednostki, jak i społeczeństwa. Depresja ujawnia patologiczne usztywnienie pierwotnie użytecznego mechanizmu.

Z punktu widzenia teoretycznej perspektywy Gestalt mówimy o usztywnionym gestalcie. Podczas powtarzających się sytuacji, w których bieżąca potrzeba organizmu nie została zaspokojona, sposób zachowania i doświadczenia uległ usztywnieniu. W przypadku depresji należałoby mówić o „usztywnionej deperesyjności”, kiedy osoba staje się usztywniona w swoim podejściu do środowiska i traci umiejętność zaspokajania swoich bieżących potrzeb tu i teraz. W dalszej części będę używał terminu „depresyjne przystosowanie” dla funkcjonalnego, twórczego przystosowania i terminu „depresja” dla ograniczającego, usztywnionego gestaltu.

### **Powstawanie depresji: w jaki sposób gestalt się usztywnia?**

Jak wygląda droga, na której pierwotnie użyteczny, adaptacyjny mechanizm depresyjnego przystosowania staje się dominujący i przyjmuje niszczącą formę depresji?

Usztywnione sposoby reakcji rozwijają się w trakcie życia. Wpływają na nie czynniki biologiczne, jak i socjopsychologiczne. W formowaniu się depresji rolę odgrywają niewątpliwie również predyspozycje genetyczne. Jednocześnie one same nie tworzą depresji. Są odpowiedzialne za określoną, szczególną wrażliwość człowieka, który w wymagających sytuacjach reaguje w sposób depresyjny. Ciekawe, że współczesne teorie biologiczne wskazują na deficyt neuroplastyczności. Centralny układ nerwowy traci zdolność do elastycznej reakcji na bieżącą sytuację. Mózg funkcjonuje wówczas w sztywny, stereotypowy sposób i wykazuje charakterystyczne zmiany w aktywności i neurotransmisji. Ta teoria w istocie opisuje usztywniony gestalt z biologicznego punktu widzenia. Badania wykazują, że stosowanie antydepresantów prowadzi do odblokowania takich usztywnionych stanów i przywrócenia elastycznej plastyczności połączeń pomiędzy komórkami nerwowymi (Gabbard, 1997).

Psychologiczne i społeczne czynniki także odgrywają ważną rolę w powstawaniu depresji. Greenberg i inni (Greenberg, Watson i Goldman, 1998) przyjmują, że osoba, która doświadczyła znaczącej straty we wczesnym etapie życia, zwłaszcza jeśli strata ta wiązała się z upokorzeniem i bezsilnością, zachowuje to doświadczenie w formie tak zwanych depresjogennych schematów emocjonalnych. Kiedy osoba znajdzie się w sytuacji podobnej do jej wczesnych traumatycznych doświadczeń, jej reakcja emocjonalna może te schematy aktywować. Reprezentują one sztywne, utrwalone wzorce wpływające zarówno na postrzeganie, jak i doświadczenie. Osoba odczuwa brak miłości, czuje się upokorzona, uwięziona i bezsilna i nie jest w stanie zareagować w alternatywny sposób. Schematy te często zawierają zintrojektowane, negatywne oceny, takie jak: „jestem bezwartościowy”.



Greenberg opisuje ten stan jako depresyjną organizację self. Depresyjna osoba jest przytłoczona uczuciami strachu, samotności, braku poczucia bezpieczeństwa i wstydu. Rozwija negatywne przekonania o sobie i innych.

Wkład Greenberga i Watsona w sposób patrzenia teorii Gestalt na depresję jest bardzo wartościowy i wspiera eksperymentalną terapię w ramach głównego nurtu badań klinicznych nad depresją. Jednakże nie kładą oni nacisku na wzajemne (klient-terapeuta) współtworzenie terapeutycznego pola wyłaniającego się pomiędzy terapeutą a klientem. W swojej koncepcji depresjogennych schematów emocjonalnych nie opisują również depresyjnego przystosowania jako formy mechanizmu adaptacyjnego, jak sugerowałem, za to skupiają się bardziej na psychopatologii.

W depresji self przestaje reagować elastycznie na bieżącą sytuację i zaczyna organizować się w usztywniony i stereotypowy sposób jako beznadziejne, bezsilne i niepewne. Depresyjna osoba stara się radzić sobie z emocjami, wycofując się z kontaktu z innymi i blokując doświadczenie. Tym samym intensyfikuje swoje depresyjne trudności i utrwalony gestalt staje się jeszcze sztywniejszy.

Przerwa w cyklu kontaktowania: typowe przejawy depresji

Utrata twórczego przystosowania przejawia się szczególnym wycofywaniem z kontaktu. Depresyjnej osobie brakuje pewności siebie, woli i motywacji do kontaktu. Możemy zaobserwować powtarzający się wzorzec przerwy w kontakcie (Mackewn, 1999). Terapeuta zauważy to i doświadczy tego w trakcie procesu terapeutycznego. Depresyjny klient zazwyczaj osiąga dobry poziom świadomości. Jednakże utyka przed przejściem do następnej fazy cyklu kontaktowania. Gdy tylko zacznie mobilizować swoją energię, zatrzymuje się przed działaniem, które mogłoby zaspokoić jego bieżącą potrzebę w relacji z otaczającym światem. Klient ma niewystarczającą ilość energii, by kontynuować i pozostaje depresyjny. Jest w błędnym kole, nie widzi przed sobą przyszłości, pozostaje zrezygnowany. A jeśli uda mu się jednak zmobilizować energię, może popełnić samobójstwo.

Jedna z moich depresyjnych klientek, mama małego dziecka, tuż po rozpoczęciu terapii zostawiła w drzwiach mojego biura wiadomość: „Drogi Panie doktorze, bardzo mi przykro. Przepraszam, ale nie dam rady. Chcę Panu podziękować za wszystko. Żałuję czasu, który Pan przeze mnie zmarnował. Nie mogę się zmienić, zawsze będzie tak samo”.

Jeśli klienci przeżyją swoją próbę samobójczą tak, jak na szczęście ta młoda kobieta, zazwyczaj poddawani są hospitalizacji i farmakoterapii, co przywraca ich do stanu, w którym znajdowali się przed fazą działania. W ten sposób sztywny wzorzec depresyjny zostaje wzmocniony medycznie.

Kiedy piszę o depresyjnych klientach zatrzymujących się w trakcie mobilizacji energii i przed działaniem, mam świadomość dwóch kwestii wartych dyskusji:

Po pierwsze, upraszczam to, co jest w istocie różnymi wariantami klinicznych form depresji. Depresja nie jest jednolitym zaburzeniem i tylko niektórzy ludzie są klasycznie depresyjni, z

niskim nastrojem i brakiem energii. Wielu doświadcza lęku, złości, nadużywa substancji lub cierpi z powodu chronicznego bólu (Greenberg i Watson, 2005).

Po drugie, blokada przed działaniem jest pierwszym poziomem, który jest oczywisty dla terapeuty. Zatem blokady na wcześniejszych etapach cyklu kontaktowania (co może wpływać na różnorodność klinicznych obrazów depresji) będą najbardziej oczywiste w zatrzymaniu przed działaniem (Melnick i Nevis, 1998).

## **Rola retrofleksji**

Różnorodność depresyjnych fenomenologii sugeruje, że dotyczą one różnych stylów kontaktowania. Z mojego doświadczenia, głównym mechanizmem, którym depresyjne osoby przeszkadzają sobie w cyklu kontaktowania, jest retrofleksja. Retrofleksyjny styl kontaktowania jest ekonomicznym sposobem pod względem energetycznym. Osoba nie oddaje energii na zewnątrz, lecz zawraca ją do siebie. Retrofleksja nie jest zaburzeniem. Są sytuacje, w których ma żywotną i prozdrowotną rolę. Generalnie tymi sytuacjami są decyzje - zarówno w ważnych momentach życia, jaki i w życiu codziennym. Retrofleksja staje się zaburzeniem, kiedy retrofleksyjny wzorzec utrwała się i w kontakcie ze środowiskiem jest używany sztywno, bez względu na bieżącą potrzebę organizmu w sytuacji tu i teraz. Tak samo jest z depresją.

Depresyjna osoba nie ujawnia swoich impulsów i żądań na zewnątrz, lecz zawraca je do siebie. Nie wyraża otwarcie swoich potrzeb dotyczących środowiska, lecz w zamian torturuje samą siebie nierealnymi żądaniami. Powoduje to kolejną frustrację niezaspokojonych potrzeb, dalsze obniżenie wiary w siebie, woli i motywacji. Depresyjna organizacja self zostaje wzmocniona i w konsekwencji osoba staje się jeszcze bardziej niezdolna do nawiązania kontaktu.

## **Terapia**

W następujących dwóch częściach krótko opisuję praktykę i badania terapii Gestalt nad depresją, nie twierdząc jednocześnie, że jest to opis wyczerpujący.

W praktyce terapia Gestalt różnicuje smutek i depresję. To rozróżnienie możemy znaleźć już wyraźnie wyjaśnione we wczesnych dziełach psychoanalitycznych Abrahama (1912), a następnie Freuda (1917) w jego klasycznym artykule „Smutek i melancholia”. Depresja i smutek mają podobne symptomy, ale w praktyce bardzo ważne jest ich rozróżnienie. Praca psychoterapeutyczna ze smutkiem i z depresją poprowadzona w taki sam sposób może zaszkodzić klientowi (Smith, 1985).

Smutek jest emocją towarzyszącą adaptacyjnemu mechanizmowi, który nazwałem depresyjnym przystosowaniem. W tym przypadku terapeuta wspiera naturalny proces żałoby. Nie próbuje mu przeciwdziałać, ingerować w niego czy go unikać.

W przypadku depresji podejście terapeutyczne jest inne. Terapia Gestalt nie skupia się przede wszystkim na uzdrawianiu symptomów depresji. Celem jest, tak jak w przypadku

innych zaburzeń, w centrum których znajduje się utrwalony gestalt, by przywrócić zdolność self do twórczego przystosowania zgodnie z bieżącymi potrzebami organizmu i ustalić zdolność do płynnego i elastycznego kontaktowania i wycofywania z kontaktu.

Pracując z osobami depresyjnymi, terapeuta musi wzmacniać poczucie bezpieczeństwa, strukturę i zdolność uczenia się. Wsparcie i docenienie wysiłków mają pierwszeństwo przed frustrowaniem w pracy terapeutycznej. Osoby depresyjne frustrują same siebie nieustannie (Roubal, 2004). W trakcie terapii klienci najpierw uczą się, jak przyjąć wsparcie ze swojego otoczenia, a potem tworzą system samowsparcia przez samych siebie. Praca skupia się wokół najważniejszego zadania stworzenia bezpiecznego środowiska, bezpiecznego pola relacyjnego, w którym samouzdrawiające siły pacjenta mogą zostać aktywowane. Są to zdolności, których pacjent nie mógł aktywować w powtarzających się nieprzychylnych i niebezpiecznych sytuacjach interpersonalnych, w których depresyjne przystosowanie stało się utrwalonym gestalem.

W przypadku powtarzających się doświadczeń ograniczenia, gróźb i nadużyć ze strony otoczenia lub powtarzania tych doświadczeń z przeszłości, osoba nie może rozwinąć pełnego spektrum funkcji self. Potrzebuje stworzyć je w procesie trwającej relacji terapeutycznej (Zinker, 1978).

Ważne jest, by ponownie podkreślić, że terapeuta Gestalt nie postrzega klienta jako obserwowanego obiektu, wobec którego stosuje procedury terapeutyczne. Terapeuta Gestalt pracuje z relacją pomiędzy klientem i terapeutą.

Zadaniem terapeuty jest postawienie sobie pytania: „W jaki sposób współdziałam w tworzeniu obecnej formy relacji z klientem?”. Zatem w przypadku depresyjnego klienta terapeuta pyta: „W jaki sposób przyczyniam się do faktu retrofleksowania i stopowania samego siebie przed podjęciem działania przez klienta siedzącego naprzeciwko? W jaki sposób udepresyjniamy się razem?”. Następnie terapeuta bada te wzorce relacyjne w relacji terapeutycznej tu i teraz. Co więcej, w tej samej relacji eksperymentuje z nowymi, nietypowymi dla klienta sposobami zachowania i bycia w relacji.

Akceptowanie obecnego stanu emocjonalnego klienta może być tego przykładem. Terapeuta traktuje poważnie wszystkie skargi klienta na niski nastrój, brak skuteczności i niski poziom pewności siebie, ale nie pociesza ani nie staje się zrezygnowany. Nie powtarza, na ile tylko jest to możliwe, reakcji znanych już klientowi z własnego środowiska, i takich, które wspierały go w utrwalaniu gestaltu depresji. Rodzina klienta próbuje go pocieszać: „Nie jest tak źle, jak mówisz. Nie martw się, niedługo wszystko będzie dobrze”. Ale kiedy depresyjna osoba nadal retrofleksuje i wycofuje się z kontaktu, jego bliscy rezygnują i wysyłają go do specjalisty. Robiąc to, ponownie wspierają jego usztywniony wzorzec depresyjny.

Terapeuta stara się unikać wszystkich tych wzorców. Oczywiście w trakcie terapii poczuje pokusę pocieszenia klienta lub zapadnięcia się z nim w stan rezygnacji. Używa siebie jako instrumentu w terapii. Bazując na swojej świadomości, uwalnia się od automatycznych reakcji na klienta i tworzy wolną przestrzeń z potencjałem na nowe sposoby wchodzenia w relacje. To umożliwia klientowi wyjście ze sztywnego wzorca depresyjnego. Klientka, o której wspominałem wcześniej, wróciła na terapię po próbie samobójczej i po jakimś czasie mogła powiedzieć: „Odkryłam, że sprawy można rozwiązywać w inny sposób niż zabijanie się”.

W terapii osób depresyjnych, które nie mogą stworzyć dobrego kontaktu ze swoim otoczeniem, praca z retrofleksją jest bardzo specyficzna. Depresyjny klient kieruje do siebie uczucia i dążenia, które chciałby zwrócić w kierunku swojego otoczenia - na przykład złość i krytykę. Terapeuta bada te relacyjne wzorce bezpośrednio w bieżącej relacji z klientem. I w tej relacji eksperymentuje z nowymi sposobami zachowania i bycia w relacji. Zadaniem terapeuty jest umożliwienie klientowi, zaczynając od najmniejszych kroków, wyrażenie energii, której doświadcza w sobie (Zinker, 1978). Ważne jest, by znaleźć, podkreślić i docenić nawet najkrótsze chwile, podczas których klient mobilizuje swoją energię do działania, co prowadzi do interpersonalnego kontaktu, na przykład kiedy patrzy prosto w oczy drugiej osoby lub wyraża swoją opinię. Terapeuta wskazuje na te momenty i prowadzi pacjenta do świadomości procesu. W jaki sposób zmobilizował swoją energię w tym konkretnym punkcie? Czego potrzebował, by stało się to możliwe? Klient może dojść do innowacyjnego stwierdzenia: „Ta niewielka sprawa to coś, z czym sobie poradziłem. Może nie jestem kompletnie niezdolny do działania”. Powoli i stopniowo znajduje własną drogę, by potwierdzać siebie, mobilizować energię i zmierzać do działania. Uczy się, jak moderować wyrażanie energii. Terapeuta pomaga zatrzymać retrofleksyjny wzorec własnym przykładem i otwarcie wyraża swoje doświadczenia i emocje.

Podczas pracy z retrofleksją ważne jest, by przekierować energię z wewnętrznej walki do relacji z otaczającym światem (Polster i Polster, 2000). Terapeuta Gestalt jest zazwyczaj przyzwyczajony do pracy z defleksją i projekcją, do przywracania klientów do nich samych i do ich głębszych doświadczeń. W przypadku wielu klientów wspiera to retrofleksję. Ale depresyjni klienci znają ten sposób zbyt dobrze. Spędzają oni większość czasu na torturowaniu samych siebie i obracaniu przeciwko sobie wszystkiego, co im się przydarza. Nie ma potrzeby wzmacniania sztywnego wzorca retrofleksji.

Depresyjna osoba musi się nauczyć, jak chronić siebie w sposób inny niż izolacja. Potrzebuje przyswoić, jak kierować swoje doświadczenie na kontakt z otoczeniem. Pracując w ten sposób z retrofleksją, może przeorientować sztywny wzorec kontaktowania w przeciwną stronę - na zewnątrz. Cykl kontaktowania, który utknął przez retrofleksję przed działaniem, może być kontynuowany. W bezpiecznej relacji z terapeutą klient uczy się na nowo zdolności do elastycznego wchodzenia w kontakt i wychodzenia z kontaktu. Później stopniowo używa wsparcia relacji terapeutycznej do wypróbowywania nowych umiejętności w relacjach innych niż terapeutyczna.

## **Badania**

Terapia Gestalt stopniowo znajduje swoje miejsce w praktyce klinicznej. Nadal jednak brakuje badań poświęconych terapii Gestalt w depresji. Wydaje się, że skuteczność tej modalności jest porównywalna z innymi, na przykład z terapią poznawczo-behawioralną (Rosner, Frick i Beutler, 1999, Beutler, Engle i Shoham-Salomon, 1991). Efekt terapii opartej na wspierającej relacji terapeutycznej może zostać wzmocniony przez użycie skupionych na emocjach interwencji właściwych dla terapii Gestalt (Greenberg, Watson i Goldman, 1998). Greenberg prezentuje dowody oparte na terapii skoncentrowanej na emocjach (EFT), którą opisuje jako dialogiczną formę terapii Gestalt (Greenberg, 2004). W trzech różnych badaniach podręcznikowa forma EFT była tak samo lub bardziej efektywna niż czysto

relacyjne podejście empatyczne i poznawczo-behawioralne. EFT było bardziej skuteczne w redukcji interpersonalnych problemów niż wymienione metody i wpływało silniej na zmianę symptomów. EFT było także bardzo skuteczne w zapobieganiu nawrotom (Greenberg i Watson, 2005).

Inne badania wskazują, że terapia Gestalt jest wyjątkowo efektywna w przypadku klientów skłonnych do internalizacji, którzy mierzą się z depresją poprzez intrapunitivność (Beutler, Engle i Shoham-Salomon, 1991).

Wspomniane badania wskazują jedynie na mierzalne rezultaty psychoterapii. To, czego z pewnością trzeba, to dalsze studia (zarówno ilościowe, jak i jakościowe), które pokażą, że terapia Gestalt jest odpowiednią metodą dla leczenia zaburzeń depresyjnych.

## **Podsumowanie**

Praca z diagnozą to twórczy proces, który ma w sobie również ukryty potencjał uzdrowienia. Od samego początku istnieje kontrakt - jedna osoba potrzebuje wsparcia i inspiracji, ta osoba organizuje się jako klient. Druga osoba organizuje się jako terapeuta, ten, kto wspiera i inspiruje. Nawet ta podstawowa konfiguracja ma leczący skutek dla depresyjnej osoby. Organizuje pole, ustala zasady dotyczące granic relacji.

Ale nadal doświadczenie bieżącej relacji jest niepewne, niestałe, bezkształtne i chaotyczne. Taka jest natura doświadczenia, a podstawową ludzką tendencją jest taka organizacja doświadczenia, by nadać mu znaczenie. Diagnoza jest ważną częścią procesu nadawania znaczeń. Klient doświadcza ulgi: „Teraz wiem, co się ze mną dzieje. Mam depresję, ten ekspert ją rozpoznał. Orientuję się”. Ale druga osoba, terapeuta, także czuje ulgę. „Wreszcie wiem, co się tutaj dzieje, on ma depresję... a ja jestem OK”.

Obydwie strony czują ulgę i istnieje ryzyko, że będą tym usatysfakcjonowane. Mogą utrwalić swoją relację w tej formie. Ale diagnoza nie jest celem, lecz wyłącznie narzędziem wspierającym proces terapeutyczny, który musi trwać. Terapeuta zachęca klienta, żeby wziął odpowiedzialność i poszukał samowsparcia. Zamiast: „Mam depresję”, klient uczy się mówić: „Robię moją depresję”.

Znowu na tym etapie proces może się gwałtownie zatrzymać i klient może zostać obwiniony o generowanie symptomów. Klient musi oprzeć się pokusie ukrycia się w bezpiecznej diagnozie. A terapeuta musi wyjść z bezpieczeństwa, jakie daje mu rola eksperta i uznać swoją rolę w diagnozie.

W następnym kroku terapeuta musi wziąć z powrotem odpowiedzialność i nauczyć się mówić wraz z klientem: „Współtworzymy depresję. Udepresyjniamy się”. Badają razem, jak tworzą depresyjny sposób wspólnego funkcjonowania. Utrwalone wzorce, pojawiające się w obecnej relacji tak samo, jak w innych relacjach, są dostępne dla świadomości i tym samym, przynajmniej częściowo, stają się kwestią wolnego wyboru.

Terapeuta zapobiega tworzeniu kolejnej utrwalonej formy relacji: depresyjny klient-diagnostujący ekspert. Przywraca pierwotny chaos i płynność doświadczenia, które były oczywiste na początku procesu diagnozowania. Ale istnieje różnica. Tym razem chaos jest wspólnym doświadczeniem. Obaj, klient i terapeuta, biorą odpowiedzialność za proces i tym samym otwierają się na możliwość zmiany na inny, niedepresyjny rodzaj twórczego przystosowania. Proces diagnozy staje się terapią.

Tłumaczenie: Ewa Pierańska-Norek

Redakcja/Korekta: Maria Krawczyk

## **Bibliografia**

- Akiskal H. S. (2000) Mood disorder: Introduction and Overview. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 14.4.
- Baalen, D.v. (1999) Gestalt Diagnosis. Gestalt tijdschrift.
- Beutler, L.E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., et al. (1991) University of Arizona: Searching for differential treatments. Psychotherapy research: An international review of programmatic studies. American Psychological Association, Washington DC, 90-97.
- Delisle, G. (1991) A Gestalt Perspective of Personality Disorder. The British Gestalt Journal, 1, 42-50.
- Gabbard, G.O. (1997) Dynamic Therapy in the Decade of the Brain. Connecticut Medicine, 61 (9), 537-542.
- Greenberg, L. & Watson, J. (2005) Emotion-focused Therapy for Depression. APA Press, Washington D.C.
- Greenberg, L., Watson, J. & Goldman, R. (1998) Process Experiential Therapy of Depression. Handbook of Experiential Psychotherapy: Foundations and Differential Treatment. Guilford, New York, 227-248.
- Greenberg, L. (2004) Re: Gestalt and Depression [electronic mail]. Message to: Jan Roubal. Personal communication.
- Hoschl, C., Libiger, J., Svestka, J. (2002) Psychiatrie. Tigis, Praha.
- Korb, M. P., Gorrel, J., Van De Riet, V. (1989) Gestalt Therapy: Practice and Theory. Allyn and Bacon, Needham Heights.
- Lorenz K. (2003) Takzvané zlo (Das sogenannte Böse). Academia, Praha.
- Mackewn J. (1999) Developing Gestalt Counselling. Sage, London.
- Melnick, J., Nevis, S.M. (1998) Diagnosing in the here and now: A Gestalt therapy approach. Handbook of Experiential Psychotherapy: Foundations and Differential Treatment. Guilford, New York, 428-447.
- Nesse, R. M. (2000) Is Depression an Adaptation? Arch Gen Psychiatry, 57, 14-20.
- Perls, F., Hefferline, R.F., Goodman, P. (1990) Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality. Souvenir Press, London.
- Polster, E., Polster, M. (1973) Gestalt Therapy Integrated, Contours of Theory and Practice. Brunner/Mazel.
- Price J. (1967) The Dominance Hierarchy and the Evolution of Mental Illness. Lancet, II, 7502, 243-246.

- Rosner, R., Frick, U., Beutler, L.E., et al. (1999) Course of Depression in Different Psychotherapies - An Application of Hierarchical Linear Models. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*, 28 (2), 112-120.
- Roubal, J. (2004) Gestalt approach in the therapy of depression. *Konfrontace*, 15 (1), 31-36.
- Ruh, M. (1999) Diagnosis in Gestalt Therapy: Map or Territory. *Studies in Gestalt Therapy*, 8, 292-293
- Smith, E. (1985) A Gestalt Therapist's Perspective on Grief. *Psychotherapy Patient*, 2 (1), 65-78.
- Yontef, G. (1993) *Awareness, Dialogue and Process*. Gestalt Journal Press, Highland, NY.
- Zinker, J. (1978) *Creative Process in Gestalt Therapy*. Vintage Books, NY.