

Krytykując projekcje: wspieranie dialogu w postkartezjańskim świecie¹

Lynne Jacobs

Tłumaczenie Ula Krasny

Streszczenie

Chociaż koncepcja projekcji jest wysoko ceniona w terapii gestalt, wiąże się z problemami teoretycznymi i etycznymi, które skłaniają mnie do zachęcania, abyśmy z niej zrezygnowali i wymyślili alternatywne sposoby rozumienia naszych doświadczalnych światów. Ilustruję etyczne i teoretyczne problemy i proponuję klinicznie przydatne alternatywy.

Jedną z najbardziej niezwykłych rzeczy w teorii terapii gestalt jest jej rola w rozwijaniu postkartezjańskiego zestawu poglądów na temat tego, co to znaczy być człowiekiem: na temat ludzkiego funkcjonowania i psychologii. Narodziny terapii gestalt, z jej jawnie postkartezjańskimi celami (Perls, Hefferline i Goodman, 1951, s. VIII), wiązały się z radykalną zmianą wielu istniejących koncepcji psychologicznych, w większości zaczerpniętych ze świata psychoanalizy. Pojęcia Self, Id, Ego, Osobowość i Nieświadomość zostały zmodyfikowane tak, by stały się bardziej zgodne z tym, jak w gestalcie rozumiemy doświadczenie.

„Projekcja” do niedawna wymykała się podobnej analizie (Sapriel, 1998). Być może to dlatego, że zajmowała tak centralne miejsce w naszej teorii klinicznej i kulturze słownej sięgającej początków naszej tradycji terapeutycznej (Smith, 2006). Ironicznym akcentem w powstaniu mojej własnej krytyki projekcji jest to, że została ona zainicjowana lekturą krytyki projekcji we współczesnym traktacie psychoanalitycznym (Stolorow, 1987)! Będę dowodziła, że słowo i koncepcja projekcji są tak mocno obciążone swoimi korzeniami i długim związkiem z kartezjańskim światem dualizmu, obiektywności, korespondencyjnej teorii prawdy i umysłu pojętego jako pojemnika, że lepiej jest rozwinąć bardziej fenomenologiczne i dialogiczne znaczenia dla ujęcia zjawisk, które kuszą nas by nazywać je projekcjami. Moja krytyka projekcji odbywa się na dwóch poziomach. Najpierw zilustruję problematyczne zastosowania tego pojęcia. Choć te problematyczne zastosowania nie są wystarczającym powodem do ponownego przemyślenia koncepcji jako takiej, tworzą problemy etyczne, które wynikają z tego, co uważam za problem epistemologiczny. Badanie podstawowego problemu epistemologicznego prowadzi do sugestii odrzucenia projekcji jako takiej, a nie tylko do sugestii odrzucenia przypadków nadużyć tej koncepcji.

Nadużycia koncepcji projekcji

1. Proponuję eksperyment myślowy: spróbuj przypomnieć sobie sytuacje, w których myślałeś, że pacjent dokonuje projekcji. Zgaduję, że myśli które przysły ci do głowy związane były z momentami, w których twój pacjent opisywał rzeczywistość, która była niepokojąco sprzeczna z twoim postrzeganiem.

¹ Jestem wdzięczna Danowi Bloomowi za przydatne komentarze do wcześniejszej wersji tej pracy. Jestem szczególnie wdzięczna Frankowi M.-Staemmlerowi, który wspomniał mi o uporządkowaniu i rozjaśnieniu mojej myśli. Nie chcę wypowiadać się w ich imieniu, dlatego przypominam czytelnikowi, że ich pomoc nie oznacza zgadzania się z moimi opiniami.

Takie użycie koncepcji projekcji ustanawia hierarchię prawdy. Wynika z niego, że ocena rzeczywistości pacjenta jest zniekształcona przez jakieś zaburzenie funkcji kontaktu i świadomości, podczas gdy ocena terapeuty taka nie jest (bo jeśli terapeuta dokonuje projekcji, to nie może „wiedzieć”, że pacjent dokonuje projekcji). W ten sposób powstaje ukryte założenie na temat nierównowagi sił, w której terapeuta twierdzi, że ma bardziej „trafny” obraz rzeczywistości.

Już w tym momencie mamy do czynienia z różnorodnymi problemami epistemologicznymi. Na czym się opierasz, kiedy stwierdzasz, że pacjent zniekształca rzeczywistość, a ty nie? Z pewnością tym oparciem nie może być gestaltowska teoria pola, która kładzie nacisk na ideę wielu równoważnych rzeczywistości albo horyzontalizmu fenomenologicznego. Nie może być nim również dialogiczna maksyma, która wymaga, abyśmy spotkali się z pacjentami wkładając wysiłek w zrozumienie ich z ich własnej perspektywy, bez założenia, że nasza perspektywa jest bardziej „obiektywna”. Rozwinę kwestię braku dopasowania [do teorii Gestalt - przyp. tłum] takiego użycia koncepcji projekcji w dalszej części tego artykułu.

2. Często słyszę, jak terapeuci gestalt mówią: „Może tylko tu projektuję, ale...” Wzdrygam się, gdy słyszę takie wprowadzenie. W wypowiedzi tej zawiera się zarówno deklaracja, że nadawcy komunikatu nie trzeba traktować poważnie, jak i „ale”, które prosi, by traktować go poważnie (mimo że „tylko projektuje”).

Czasami w tym zdaniu można rozpoznać unieważniającą moc takiego powszechnego użycia terminu „projekcja”. Jeśli mówiący tak „tylko” projektuje, to jego rzeczywistość można odrzucić jako zniekształcenie. Dlaczego osoba nie powie zamiast tego: „Mam pomysł”?

Czasami osoby mówią, że projektują, gdy obawiają się, że ich opinie mogą spowodować dysharmonię w grupie ich rozmówców. Stwierdzenie, że opinie są „tylko” projekcjami, może złagodzić możliwe konflikty. Z drugiej strony, natychmiast pozbawiają się siły, a „ale” wydaje się odzwierciedlać pewien dyskomfort związany z tą auto-negacją.

Te dwa przykłady świadczą o moich etycznych obawach związanych z używaniem przez nas pojęcia „projekcji”, nie poświęcając zbyt wiele uwagi implikacjom jego użycia (takim jak tworzenie niezasłużonej nierównowagi sił). W rzeczywistości zaczęłam rozwijać swoją krytykę z powodu własnego dyskomfortu związanego z częstotliwością, z jaką my, terapeuci, zdawaliśmy się używać (lub nadużywać) koncepcji projekcji w sposób, który patologizował empiryczne prawdy pacjentów. Postrzegam to jako niebezpieczne użycie tego pojęcia, które podważa nasze zaangażowanie w dialog fenomenologiczny. W istocie myślę, że koncepcje projekcji i identyfikacji projekcyjnej są często używane, w terapii gestalt i w innych terapiach, jako wsparcie dla defensywności terapeutów w obliczu zagrożeń dla naszej równowagi emocjonalnej.

To zagrożenie etyczne skłoniło mnie również do rozwinięcia krytyki epistemologicznej. Twierdzę, że projekcja jest koncepcją zdecydowanie kartezjańską, stosowaną do postkartezjańskiego światopoglądu. Jeśli uwolnimy naszą teorię od pojęcia, które jest tak łatwe w użyciu w służbie naszej defensywności, możemy rozwinąć inne pomysły zastępujące koncepcję projekcji; idee, które będą bardziej spójne z naszą postkartezjańską orientacją i które zapewnią nam silniejsze wsparcie koncepcyjne do pozostania w dialogicznej / fenomenologicznej eksploracji, nawet gdy jesteśmy zaangażowani w dialogi, które wystawiają na próbę naszą równowagę emocjonalną kwestionując nasze spojrzenie na rzeczywistość.

Powyższe przykłady przedstawiają nadużycia koncepcji projekcji. Czy zdarzają się jednak okoliczności, w których projekcja mogłaby zostać wykorzystana w służbie dialogu? Mój kolega Frank M.-Staemmler podaje właśnie taki możliwy przykład:

W zeszłym tygodniu, po trudnej rozmowie z kolegą wszedłem do swojego gabinetu terapeutycznego, aby po raz pierwszy w tym roku spotkać się z jednym z moich klientów. Od

razu odniosłem wrażenie, że wyglądał na zmartwionego, co też mu powiedziałem. Odpowiedział ze zdziwieniem: „Wcale nie, naprawdę czuję się dobrze. Po czym wniosłeś, że jestem zmartwiony?” Myślałem o tym przez chwilę i powiedziałem: „Kiedy wszedłem do pokoju, zmarszczyłeś brwi”. - „O tak” - odpowiedział - „oślepiało mnie słońce”. I z wyrazem figlarności dodał: „Może projektujesz?” Poczułem się zarówno złapany, jak i widziany, więc przyznałem: „Masz rację, to ja mam zmartwienie”.

Oczywiście mój nastrój (jedna część mojego pola fenomenów) zabarwił moją spontaniczną percepcję/interpretację jego wyrazu twarzy (inna część mojego pola fenomenów). Równie dobrze można powiedzieć, że „projektowałem” tę „barwę” na ten ostatni aspekt mojego doświadczalnego świata. Poprzez dialog z moim klientem stałem się świadomy tego procesu. Jego pytanie pomogło nam ustalić wspólne znaczenia z szacunkiem zarówno do jego wyrazu twarzy, jak i mojego doświadczenia. To był dla mnie naprawdę miły dialog, ponieważ jego pytanie, w swojej przyjaznej i zabawnej formie, pomogło mi i nam zrozumieć naszą rzeczywistą sytuację. W wyniku tego dialogu zgodziliśmy się, że projektowałem, a to porozumienie stanowiło wspólną podstawę naszej dalszej rozmowy. (Staemmler, komunikacja osobista)

Problemy teoretyczne

Korespondencja a spójność jako stwierdzenia prawdy

Opisany przykład rodzi problem epistemologiczny, do którego teraz się odniosę. Po pierwsze, pozwólcie mi wyjaśnić, czego nie twierdzę. Nie próbuję zaprzeczać, że nasze nastroje, nasza historia, nasze potrzeby chwili koloryzują, kształtują i odgrywają dużą rolę w gestalcie naszych pierwszych wrażeń (jak również naszych następnych wrażeń i tak dalej). Nie twierdzę, że ostatecznie te pierwsze wrażenia okażą się bardziej adekwatne w odniesieniu do obecnej sytuacji niż wrażenia, które rozwijają się w czasie i obejmują większą złożoność zrodzoną z elastycznej refleksyjności i otwartości na dialog².

W dialogu pierwsze wrażenie traktujemy jedynie jako punkt wyjścia do zbadania naszej wspólnej sytuacji, a nie końcowe stwierdzenie. Następnie, w miarę kontynuowania rozmowy, niektóre czynniki, które dominowały w naszym początkowym wrażeniu, schodzą na dalszy plan, podczas gdy inne czynniki - takie jak informacja na temat odmiennego doświadczenia pacjenta - zaczynają dominować w kształtowaniu naszego kolejnego gestaltu. Istnieje ciągły proces przechodzenia od początkowego gestaltu, który jest bardziej kształtowany przez bezpośredni stan własnego umysłu, do gestaltów, które są coraz bardziej złożone i dodatkowo kształtowane przez doświadczenia w rozmowie, przez autorefleksję, przez poszerzony dostęp do swojej świadomości i swojej refleksyjnej świadomości. Te nieustannie pojawiające się gestalty stają się coraz bardziej adekwatnymi odnośnikami do wspólnej sytuacji, ponieważ partnerzy dialogu wspólnie przyczyniają się do kształtowania i ponownego kształtowania wzajemnych doświadczeń.

Podczas ponownego kształtowania zwykle zakładamy, że początkowa projekcja została skorygowana. Tutaj czytelnik może zobaczyć, jak łatwo pojęcie projekcji łączy się ze zniekształceniem lub niedokładnością. Jednak dokładność jest pojęciem osadzonym w korespondencyjnej teorii prawdy (kartezjańskiej teorii prawdy). Zamiast tego dowodzę tutaj, że chociaż pierwsze wrażenie Staemmlera zostało zmienione w późniejszym dialogu, nie możemy w rzeczywistości twierdzić czy jego pierwsze stwierdzenie jest zgodne z prawdą (że było albo „obiektywnie” prawdziwe, albo nie), ponieważ chociaż świadomość pacjenta nie obejmowała cierpienia, nigdy nie można wiedzieć, czego nie wie się o swojej sytuacji. Można powiedzieć, że otwartość Franka na różne doświadczenia pacjenta i gotowość pacjenta do podzielenia się tymi doświadczeniami były wsparciem dla „wspólnego

² Por. Fairfield, (2010) dla dobrego opisu procesu, wsparcia i pozostawania w kontakcie w trudnych warunkach.

przypisywania znaczenia”, które wydawało się im obu wystarczające do kontynuowania dialogu. Po uzyskaniu satysfakcjonującego wyjaśnienia nie potrzebowali dalej badać różnicy w ich doświadczeniach. Jedyne, co możemy powiedzieć o wartości prawdy, to to, że ma ona doświadczalny rezonans, odczuwaną słusność, która sprawiła, że ich różnice stały się dla nich spójne. To właśnie koherencyjna teoria prawdy, postkartezjańska, dialogiczna teoria prawdy.

Sprzeczność w naszym tekście założycielskim

W Terapii Gestalt (Perls, Hefferline i Goodman, 1951) znajdują się dwa cytaty odnoszące się do naszej dyskusji o projekcji. Oto pierwszy:

Projekcja to cecha, postawa, uczucie lub fragment zachowania, która faktycznie należy do twojej osobowości, ale nie jest doświadczana jako taka; zamiast tego przypisuje się ją przedmiotom lub osobom w środowisku. . . Osoba dokonująca projekcji, nieświadoma na przykład, że odrzuca innych ludzi, wierzy, że to oni ją odrzucają; lub nieświadoma swojego seksualnego nastawienia do innych, czuje, że inni są do niej nastawieni seksualnie. (s. 211)

Drugi: że projekcja jest czymś w rodzaju organizmu w środowisku. (s. 462)

Powyższe definicje projekcji ukazują trzy aspekty światopoglądu kartezjańskiego:

- 1) dualistyczne kategorie, dokonujące wyraźnego rozróżnienia na organizm i środowisko;
- 2) postrzeganie umysłu jako otoczonego granicami pojemnika z ostrym rozróżnieniem między tym, co wewnętrzne a tym, co zewnętrzne (coś w rodzaju organizmu w środowisku);
- 3) odniesienie do korespondencyjnej teorii prawdy, która utrzymuje, że to, co prawdziwe, zależy od wbudowania „zewnętrznego” świata w „wewnętrzne” reprezentacje „w” naszych umysłach. Nasi założyciele padają ofiarą tego szczególnego błędu kartezjańskiego, kiedy twierdzą, że neurotycy przypisują „coś ze środowiska osobie” i „coś z osoby środowisku”. (s. 462) Uznają wiedzę „co i gdzie”, która pasuje do kartezjańskiego obiektywizmu, ale jest niezgodna z teorią pola Gestalt.

Sprzeczność polega na tym, że PHG krytykowali te właśnie dualizmy w większości swoich tekstów w Terapii Gestalt. Twierdzili, że doświadczenie pojawia się na granicy kontaktu, a granicą tą nie jest „otoczony granicami” umysł jako pojemnik, ale raczej moment w czasie, w którym rozróżnienie ja / inny pojawia się fenomenalnie, a granica ta ma charakter „dwukierunkowości” [oryg: "reversability"] (Merleau-Ponty, 1964), która nie należy ani całkowicie do podmiotu, ani całkowicie do Drugiego. W większości Terapii Gestalt ich idee wyłamują się z dualistycznego i obiektywistycznego myślenia, ale w dwóch cytowanych powyżej fragmentach dualizm i obiektywizm, które są dwoma fundamentami myśli kartezjańskiej, wyraźnie się wyróżniają i, moim zdaniem, wprowadziły w błąd wielu terapeutów gestalt.

Powyższe cytaty stwarzają przynajmniej kilka problemów teoretycznych dla postkartezjańskiego ciągu terapii gestalt:

- 1) Rzeczywistość, zwłaszcza doświadczenie międzyludzkie, są z natury niejednoznaczne i nigdy nie mogą być w pełni poznane. Tak więc, kiedy pacjenci i terapeuci mają rozbieżne poglądy na temat ich wspólnej sytuacji lub wzajemnych osobistych procesów, najlepsze co pacjent i terapeuta mogą zrobić, to przeprowadzić rozmowę na temat tego, jak każdy z nich doświadcza bycia razem, oraz różnych interpretacji tego, "kto/jak" z nich jest. Cokolwiek o tym powiedzą, w najlepszym wypadku pozostaje to jednak tymczasowe (i miejmy nadzieję, że będzie ewoluowało). Ani terapeuta, ani pacjent nigdy nie mogą „poznać” rzeczywistości, chociaż, jak w powyższym przykładzie Staemmlera, z pewnością mogą dojść do satysfakcjonujących i użytecznych wspólnych opisów ich aktualności (ich poczucia

wspólnej sytuacji).

- 2) Gestaltowska teoria fenomenologii horyzontalizuje - przynajmniej jako punkt wyjścia - stwierdzenia na temat doświadczenia (McConville, 2001, Spinelli, 2005), podczas gdy decydując, że pacjent dokonuje projekcji, traktuje jeden rodzaj doświadczenia (nie projektowany) jako poprawniejszy niż inny rodzaj doświadczenia (projektowany), a tym samym narusza tę podstawową regułę fenomenologiczną.
- 3) Teoria pola i teoria fenomenologiczna stosowane w terapii gestalt unikają sztywnego rozgraniczenia między self a środowiskiem czy między „wewnętrznym” a „zewnętrznym”. Granica między self a innym jest zawsze chwilowa, nieustannie zmieniająca się, wysoce płynna, wylaniająca się w czasie, a wyraźne rozgraniczenie jest niemożliwe do znalezienia. Nie można więc z jakąkolwiek pewnością stwierdzić, że coś jest doświadczane tak, jak w środowisku, kiedy faktycznie należy do organizmu. Takie stwierdzenie jest zbyt ostrym rozgraniczeniem między osobą a jej doświadczalnym światem, a także oznacza, że opis terapeuty jest uprzywilejowany w stosunku do perspektywy pacjenta.

Rozwiązanie teoretyczne

Uważam, że istnieją zdecydowanie bliższe doświadczeniu sposoby na zrozumienie fenomenów, w których perspektywa pacjenta różni się od perspektywy terapeuty. Poniżej przedstawiam jeden przykład, czerpiąc z perspektywy fenomenologicznej teorii pola.

Pacjent mówi do terapeuty: „Znowu jesteś na mnie zły”. Załóżmy, że terapeuta nie czuje, że jest zły. Załóżmy również, że ten konkretny terapeuta nigdy nie spotkał się z pojęciem projekcji, przyjmuje natomiast ideę rzeczywistości z natury niejednoznacznej, płynnej i tylko częściowo poznawalnej. (Ten terapeuta byłby bliski naszym pragmatycznym prekursorom!). Realia terapeuty i pacjenta są rozumiane jako perspektywy, które można potencjalnie rozszerzyć poprzez dialog. Taki terapeuta może się zastanawiać: „W jakim doświadczalnym świecie jest to prawdziwe stwierdzenie?” (Orange, 2008 s. 189). Terapeuta wraz z pacjentem podejmuje się zadania zrozumienia komentarza pacjenta i jego konsekwencji. Możemy się zastanawiać jakie utrwalone oczekiwania wchodzą w grę i jaki jest nasz udział w wywołaniu tych oczekiwań.

Możliwe są różne podejścia do takiej eksploracji. Podaję dwa przykłady. W jednym z nich terapeuta może powiedzieć: „Nie jestem tego świadomy. Ale powiedz mi, co zauważyłeś. Jak to dla Ciebie jest doświadczać takiego mnie? Jak Ci z tym, że ja nie zauważyłem tego, o czym mówisz? (Oczywiście nie wszystko jest powiedziane od razu, ale odnosi się do podejścia, w którym po prostu próbujemy wspólnie zrozumieć i rozszerzyć nasze bezpośrednie doświadczenie).

W innym wariantcie terapeuta mógłby odpowiedzieć: „Och, tak. Myślę, że rozumiem. To jest znana sytuacja dla nas. Kiedy powiedziałem słowo 'ty', zamiast mówić o 'my' lub 'nas', usunąłem się z obrazu i mówię o tobie tak, jakby twoje uczucia były złe i błędne, i jakby mój udział nie miał z nimi związku”.

Jednym ze sposobów rozumienia powtarzalnej czujności pacjentów na określone zjawiska, wyrażonej np. zdaniem „często jesteś na mnie zły”, jest to, że horyzonty doświadczeniowe pacjentów są dość zawężone i usztywnione (zwykle jest to konsekwencją traumy) i nie mają wystarczającego wsparcia, by rozpoznać swoje doświadczenie jako perspektywę. Mogą przyjmować, że część (ich spojrzenie na wspólną sytuację) stanowi całość sytuacji. Otwartość na dialog i umiejętność kontekstualizacji pierwszych wrażeń poprzez refleksję nad własnym procesem świadomości, są stosunkowo powszechne w zwykłych sytuacjach, ale stają się znacznie trudniejsze, gdy sytuacje są bardziej naładowane emocjonalnie i są

prawie niemożliwe, gdy ktoś wpadł w strauumatyzowany stan umysłu.

Pacjenci pozbawieni niezbędnego wsparcia - takiego jak dostrojona reakcja na swoje stany emocjonalne - w celu rozwijania odporności emocjonalnej, muszą koniecznie być czujni na warunki emocjonalne, które stanowią zagrożenie dla ich spójności doświadczeniowej. Muszą uważać na warunki, które destabilizują ich samoregulację. Tak więc, zamiast na przykład „projektować” własną złość, po prostu podążają za imperatywem „bezpieczeństwo przede wszystkim”. Są wrażliwi na te aspekty sytuacji, które stanowią potencjalne zagrożenie. Te zagrożenia dla równowagi pacjenta mogą nie być zauważalne dla terapeuty. Wiemy z gestaltowskich badań nad percepcją że niebezpieczeństwo jest percepcyjnie wyraźne i nadrzędne. A sam fakt, że terapeuci są wolnymi osobami, oznacza, że potrafią się złościć. To jest niebezpieczne. Jeśli poczucie spójności osoby jest zagrożone przez doświadczenie gniewu - czyjegokolwiek gniewu - własnego lub innych, to trzeba być czujnym na jego obecność wszędzie.

Dopiero gdy rozwinię się pewien stopień odporności emocjonalnej, osoba ma wsparcie do tego, by wyrzec poza źródła potencjalnego zagrożenia, także na źródła potencjalnego pożywienia i wzbogacenia. Tylko wtedy można zaryzykować stwierdzenie „często jesteś na mnie zły” jako część większej całości, na którą składa się także współczucie terapeuty, dowcip, chęć pomocy, niezdarność, głupota, błyskotliwość itp. - miejsce pośród różnorodnych zdolności i skłonności, które wszyscy mamy. Złozczenie się zajmuje swoje miejsce pośród różnorodnych zdolności i skłonności, które wszyscy mamy.

Problem kliniczny

Moim zdaniem największym problemem klinicznym koncepcji projekcji jest to, że często zatrzymuje ona dialog. Eksploracja może być kontynuowana, ale nie może być dialogiem, jeśli doświadczenie jednej osoby zostanie potraktowane jako mniej prawdziwe niż doświadczenie innej osoby. Pacjenci nie mogą wykorzystywać swoich doświadczeń, aby korygować pomysły terapeutów, jeśli ich doświadczenia nie są traktowane na równi z doświadczeniami terapeutów. Dialogi muszą być wzajemne.

Staram się wypracować możliwie najbardziej radykalnie dialogiczną postawę, w której wzajemność i obopólność oddziaływań emocjonalnych uważa się za rzecz oczywistą; taką, w której jest zrozumiałe, że obie strony procesu terapeutycznego są osadzone we wspólnej sytuacji, która uwzględnia doświadczalną historię ich obu, i w której jest zrozumiałe, że każde doświadczenie którejkolwiek z osób jest współwytłanianym fenomenem we wspólnej sytuacji. Żadna z osób nie ma „Boskiego spojrzenia” (Nagel, 1974) na proces kontaktowania się, w który te osoby są zaangażowane.

Kiedy ktoś zakłada, że dochodzi do projekcji, przestaje próbować zrozumieć doświadczenie pacjenta z jego perspektywy. Nie można już uczyć się od pacjenta, ani być przez niego zmienianym. Zdecydowano już o naturze tego doświadczenia. To, co hermeneutyczny filozof Georg Gadamer nazwał „przechodzeniem przez sytuację”, dobiegło końca (Gadamer, 1975/1991)³. Rozpoczęła się analiza. Odnosząc się do rozmów, Gadamer (1975/1991) również stwierdził, że gdy wchodzimy w rozmowę czy też angażujemy się w nią, prawdziwa rozmowa jest nieprzewidywalna. „Projekcja” kończy dialog z Drugim i staje się rozmową o *Drugim*.

Niebezpieczeństwo skupienia się na projekcji polega na tym, że zakłada się, że istnieje doświadczenie, które pacjent powinien mieć, bardziej odpowiednie niż to, o którym pacjent

³ Zob. zwłaszcza wprowadzenie do Gadamerowskiej perspektywy zrozumienia i dialogu w: Staemmler, F-M. 2009. Aggression, time, and understanding: contributions to the evolution of gestalt therapy (paperback).

mówi. Jest to zdecydowanie antyfenomenologiczne stanowisko dla terapeuty gestalt. Koncepcja projekcji sprawia, że wyobrażenia terapeuty na temat tego, czego pacjent powinien lub nie powinien doświadczać, są traktowane tak, jakby były ważniejsze niż rzeczywistość pacjenta. Oczywiście prostym zabezpieczeniem przed tą „powinnością” jest zaangażowanie się w dialog na temat naszych różnych doświadczeń, zwłaszcza jeśli możemy angażować się z zamiarem nauczenia się czegoś nowego, nawet jeśli jest to dla nas wyzwanie.

Przypomina mi się pacjentka, o której pisałam [już kiedyś] w kontekście wcześniejszego etapu naszej wspólnej pracy (Jacobs, 2004). Jej negatywny i nieufny stosunek do innych był dla mnie dość niepokojący. Znalazłam wiele przesłanek, by twierdzić, że jej perspektywa jest po prostu błędna, motywowana różnymi obronami, i starałam się trzymać z daleka od okropności jej światopoglądu. Dopiero kiedy ponownie zaangażowałam się w docenienie perspektywicznej prawdy jej światopoglądu, mogłam zadać sobie pytanie o to, co przeszkadza mi przejść przez naszą sytuację razem. Dowiedziałam się, jak bardzo moje własne samopoczucie emocjonalne bazowało na bardziej „niewinnym” spojrzeniu na ludzi i ich intencje. Chciałam, aby światopogląd mojej pacjentki był fałszywy, aby nie musieć rozszerzać mojego własnego spojrzenia na świat i obejmować zła, na które wskazywał jej światopogląd. Zaczęłyśmy łatwiej uczyć się od siebie nawzajem z chwilą, kiedy opowiedziałam o moim osobistym lęku przed jej perspektywą, a ona o swojej tęsknocie i strachu przed moją. Oba nasze światopoglądy stały się głębsze dzięki naszej wspólnej pracy.

Sugerowane rozwiązania

Być może moja sugestia dotycząca dalszej pracy bez projekcji stała się już oczywista. Rozwinę ją opierając się na akapicie zaczerpniętym z wcześniejszych prac (Jacobs, 2005).

Perls, Hefferline i Goodman (1951) piszą, że w procesie neurotycznym „uwaga jest wzmożona, aby stawić czoła niebezpieczeństwu, nawet jeśli nie ma niebezpieczeństwa” (ibid, s. 264). Interesuje mnie to, ponieważ twierdzą również, że „nie ma obojętnej, neutralnej rzeczywistości” (tamże, s. 233). W takim razie, jak terapeuta decyduje, że nie ma zagrożenia dla pacjenta? Można jedynie powiedzieć, że dla terapeuty nie ma oznak niebezpieczeństwa. Ale ta rzeczywistość nie jest rzeczywistością pacjenta. Później Perls i wsp. przeprowadzają nas przez jakąś wyimaginowaną pracę terapeutyczną z pacjentem, o którym mówią, że znajduje się w „nieistniejącej”, chronicznej sytuacji zagrożenia niskiego stopnia (oryg: “non-existent” chronic low-grade emergency) (ibid, str. 65). Chociaż mówią, że “zagrożenie” tej sytuacji nie istnieje, wskazują, że dla pacjenta ta sytuacja dopiero po czasie była „odczuwana jako bezpieczna, ponieważ pacjent jest na etapie odpowiednim do wymyślenia adekwatnego dostosowania” (ibid, s. 65). W przeciwieństwie do stwierdzenia Perlsa i wsp. - o „nieistniejącym” niebezpieczeństwie - wydaje mi się, że jeśli pacjent nie ma jeszcze dostępu lub możliwości korzystania ze wsparcia własnego i środowiskowego dla swojego twórczego dostosowania, wówczas dla pacjenta niebezpieczeństwo jest realne!

Frank-M Staemmler (2007) pisał o wartości angażowania się w hermeneutyczny dialog oparty na przemyśleniach Gadamera na temat wspólnego przechodzenia sytuacji w kierunku połączenia horyzontów doświadczenia. Hycner i ja (1995), opierając się na Buberze, podkreślamy, że obejmuje to poddanie się dialogowi, w którym interafektywne oddziaływanie poszerza horyzonty doświadczeniowe obu uczestników. W tym sposobie myślenia, to że terapia gestalt skupia się na świadomości, może zwracać uwagę na ograniczenia perspektywy poszerzania naszego doświadczenia. Każde doświadczenie ma ograniczające horyzonty i jak wskazał Gadamer, uświadomienie sobie horyzontu jednocześnie go przekracza (Gadamer, 1977 xxi).

Nasze pragmatyczne korzenie również dostarczają wskazówek. Są to wglądy i postawy

dotyczące „wiedzy” i „prawdy” u Jamesa, Deweya i Pierce'a (Menand, 1997, Menand, 2001), które Goodman dobrze wykorzystał w rozwijaniu teorii terapii gestalt. Jeśli zaczniemy od prawd perspektywicznych, na które zwracają uwagę Gadamer i Buber oraz pragmatycy, ustrukturyzujemy rozmowę terapeutyczną jako dialog zgodny z wytycznymi Bubera i Gadamera; wystarczy tutaj dodać, że pragmatycy przypominają nam, że początkowa trafność każdego stwierdzenia podlega korekcie w trakcie rozmowy (na przykład James, s. 95). Zatem początkowe stwierdzenie „często jesteś zły” może przekształcić się w stwierdzenie: „Boję się, kiedy myślę, że jesteś na mnie zły”, a później: „Wzdrygałem się, kiedy widziałem, jak się złościłeś. Teraz albo nie denerwujesz się tak często, albo nie martwię się na tyle, żeby to zauważyć!”

Dialog, poprzez który następuje takie poszerzenie, zależy od wsparcia dla nabywania umiejętności emocjonalnych, a to przychodzi poprzez dostrojoną reakcję w dialogu. Umiejętności te niełatwo zdobyć i często wymagają od terapeutów, aby cierpieli razem z pacjentami, zamiast próbować zmieniać ich perspektywy. Zmiany wynikają raczej z bycia dogłębnie poznanym i rozumianym jako towarzysz podróży, niż z oceny adekwatności procesu kontaktowania się dokonanej z rzekomo neutralnej perspektywy. Jeśli więc nasi pacjenci znajdują się w sytuacji zagrożenia, jak w powyższym przykładzie, naszym zadaniem jest wspólne ustalenie, w jaki sposób ta sytuacja jest dla nich niebezpieczna, zamiast konfrontować ich, by zobaczyli, że nie ma zagrożenia, że projektują na nas swój gniew. Zagłębiając się w sposoby w jakie tworzymy sytuację zagrożenia, nasi pacjenci mogą poczuć się dostatecznie wspierani, aby zrezygnować z próby „wynalezienia” użytecznego dostosowania i by pozwolić na wspólne wyłonienie twórczego dostosowania.

Bibliografia

- Fairfield, M. (2010) Dialogue in complex systems: The hermeneutical attitude, in Jacobs, L. and Hycner, R. Relational approaches in gestalt therapy. Gestalt Press, Santa Cruz, CA. 193-220.
- Gadamer, H. (1975/1991) Truth and method. Crossroads, New York.
- Gadamer, H. (1976) Linge, D., (trans. and ed.) Philosophical hermeneutics. University of California Press, Los Angeles, CA.
- Hycner, R., & Jacobs, L. (eds.) (1995). The healing relationship in gestalt therapy: A dialogic/self psychology approach. Gestalt Journal Press, Highland, NY.
- Jacobs, L. (2004). Ethics of context and field: The practices of care, inclusion and openness to dialogue, in Lee, R. G. (Ed.) (2004). The values of connection: A relational approach to ethics. Gestalt Press/Analytic Press, Hillsdale, NJ 35-56.
- Jacobs, L. (2005). The inevitable intersubjectivity of selfhood. International Gestalt Journal 28/1, 43-70.
- James, W. (1903/1997). What pragmatism means, in Menand, L. (1997). Pragmatism. Vintage, NY.
- McConville, M. (2001). Husserl's phenomenology in context. Gestalt Review, 5:3, 195-204.
- Menand, L. (ed.). (1997). Pragmatism: A reader. Vintage, NY.
- Merleau-Ponty, M. (1964). Sense and non-sense. Northwestern University Press, Evanston, IL.
- Nagel, T. (1974). What is it like to be a bat? Philosophical Review 83: 435-450.
- Orange, D. (2008) Recognition as: intersubjective vulnerability in the psychoanalytic dialogue. International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 3:2, 178-194.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951) Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality. The Julian Press, NY.
- Sapriel, L. (1998) Can gestalt therapy, self-psychology and intersubjectivity theory be integrated? British Gestalt Journal 7:1, 33-44.
- Smith, E. (2006) Projection in depth. International Gestalt Journal, 29:1, 101 -128
- Spinelli, E. (2005). The interpreted world: An introduction to phenomenological psychology: Sage, London.
- Staemmler, F.-M. (2007). On Macaque monkeys, players, and clairvoyants: Some new ideas

for a gestalt therapeutic concept of empathy. *Studies in Gestalt Therapy: Dialogical Bridges* 1:2, 43-63.

Staemmler, F.-M. (2009). *Aggression, time, and understanding: contributions to the evolution of gestalt therapy*. Gestalt Press, OH.

Stolorow, R., G. Atwood, et al. (1987) *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ, The Analytic Press.