Perspektywa terapii Gestalt w odniesieniu do psychopatii: Znosić to, co nie do zniesienia

Gianni Francesetti

Oryginalna publikacja: Francesetti G. (2022), A Gestalt Therapy Perspective on Psychopathy: Bearing the Unbearable, In: Vitale E.J. (Ed.), The Complexity of Psychopathy, Springer, 459-484 ISBN: 978-3-030-83156-1

Tłumaczenie na j. polski: Marta Rommel, Ewa Pierańska-Norek

„Człowiek nie dąży do bycia dobrym;

dobre jest to, do czego naturalnie dąży człowiek."

— Perls i in., 1951, s. 115

„Dobrzy ludzie są zmysłami Pana na ziemi.

Dlatego cierpią, tak jak cierpi Stwórca w świecie."

— Dietrich Bonhoeffer, 2015, s. 25

„Zło, które niewinna ofiara odczuwa w sobie,

znajduje się w jej oprawcy, ale on sam nie zdaje sobie z tego sprawy."

— Simone Weil, 1952, s. 72

1. Oświadczenie intencji

Temat psychopatii otwiera wiele dróg poszukiwań - diagnostycznych, psychopatologicznych, terapeutycznych, klinicznych, sądowych, egzystencjalnych, etycznych - które razem tworzą niezwykle złożony krajobraz. Intencją tego rozdziału nie jest redukcja tej złożoności, lecz raczej, jeśli to możliwe, jej podkreślenie, a może nawet dalsze jej pogłębienie. Osią tej pracy jest poszukiwanie klinicznego wymiaru znaczenia doświadczenia psychopatycznego z perspektywy terapii Gestalt, bazując w szczególności na kluczowej dla tej metody koncepcji teorii pola.

Każdy krok w kierunku poszukiwania znaczenia jest sam w sobie kontrowersyjnym posunięciem, którego nie można uznać za oczywiste. Jaki sens ma poszukiwanie znaczenia w tych zakamarkach człowieczeństwa, w których samo człowieczeństwo zdaje się zanikać? Czy jest to etyczne? Czy nie lepiej po prostu uznać, że tam, gdzie dominuje uprzedmiotowienie drugiego człowieka, nie może być sensu ani znaczenia — tam, gdzie możliwe staje się to, co niewyobrażalne, niewypowiadalne i nie do zniesienia, gdzie kończy się człowieczeństwo istot ludzkich, a zaczyna królestwo potworów? Czy zło jest banalne (Arendt, 1963)? Czy wszyscy jesteśmy zdolni do potworności, czy jest to jedynie domena potworów?

Takie pytania są nieuniknione przy wejściu na ten teren — teren, po którym nawet *aniołowie boją się stąpać* (Pope, 1711) - i dlatego powinny zostać przynajmniej przywołane. Historia i codzienne wiadomości pokazują nam, że ta możliwość jest zbyt realna i zbyt ludzka, dotyka nas i domaga się naszej uwagi, nieustannie dowodząc swojej obecności — szacuje się, że w ubiegłym stuleciu każdego dnia ginęło około 30 000 cywilów (Raine, 2014).

W niniejszej pracy przyjmujemy krytyczną postawę, zgodnie z którą nikt z nas nie jest odporny na *efekt Lucyfera* (Zimbardo, 2008). Wychodząc z tego założenia, będziemy eksplorować problematykę psychopatii, nie rezygnując z poszukiwania znaczenia, które jest konstytutywne dla każdej fenomenologicznej analizy psychopatologii (Borgna, 1988; Stanghellini i in., 2019) oraz dla fenomenologicznego podejścia terapii Gestalt (Francesetti, 2015; 2019a).

Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że poszukiwanie znaczenia nie oznacza poszukiwania usprawiedliwienia. Oznacza poszukiwanie tła, z którego wyłania się dane zjawisko oraz *ruchu*, czyli intencjonalnego kierunku, w którym to zjawisko zmierza. W tym ujęciu próba zrozumienia jest nieunikniona — oznacza ona uchwycenie subiektywnego doświadczenia, sposobu, w jaki się ono wyłania, oraz znaczenia, jakie posiada.

Tylko w ten sposób praca kliniczna może wykraczać poza interwencję psychoedukacyjną lub farmakologiczną. Mamy nadzieję, że ta eksploracja może przynieść potencjalnie użyteczne spostrzeżenia dla praktyki klinicznej. Aby ułatwić czytelnikowi zrozumienie tekstu, w miarę możliwości będę posługiwać się językiem fenomenologicznym, unikając tam, gdzie to możliwe, terminologii ściśle teoretycznej terapii Gestalt.

2. Psychopatia a terapia Gestalt

Terapia Gestalt dostarczyła stosunkowo niewielu opracowań klinicznych na temat zaburzeń socjopatycznych i psychopatycznych, choć wniosła pomysły dotyczące ukierunkowania terapii (Bongers, 2013; Denham-Vaughan, 2009; Francesetti, 2012; Lapides, w przygotowaniu; Bloom, 2018; Djoric i in., 2016). Niemniej jednak podejście to wyłoniło się właśnie z krytyki freudowskiej teorii agresji i próby odrzucenia idei istnienia wrodzonego destrukcyjnego instynktu (*Tanatos*).

Człowieka nie można rozpatrywać w oderwaniu od jego środowiska ani izolować od kontekstu, w którym się znajduje. Koncepcja wrodzonych instynktów to uproszczenie, które pomija fundamentalny fakt, że człowiek wyłania się i kształtuje w każdej konkretnej sytuacji. Zamiast instynktów istnieją możliwości i granice kreatywnych reakcji w danych okolicznościach.[1]

Terapia Gestalt redefiniuje ludzką agresję jako twórczy i pozytywny ruch w stronę drugiego człowieka (*ad-graedior*, poruszać się ku) (Perls, 1942). Nie jest ona wyrazem instynktu śmierci, lecz siłą prowadzącą do spotkania z innym, prowadzącą do dekonstrukcji i poddającą się dekonstrukcji w poszukiwaniu nowego, twórczego sposobu współistnienia (Bloom, 2013b; Salonia, Spagnuolo Lobb i Sichera, 1996). Agresja staje się przemocą, gdy wykracza poza granice wzajemnej kontroli — a jest to tym bardziej prawdopodobne, im bardziej

[1] Warto zauważyć, że współczesny rozwój psychoanalizy zmierza w tym samym kierunku (Lackmann, 2001, Eagle, 2010)

agresja jest umniejszana, zaprzeczana i wypierana ze świadomości. Gdy zostaje zdelegalizowana, odrzucona i zaprzeczona, przekształca się w nieuświadomiony impuls, którego nie można kontrolować w ramach relacji.

W założycielskim dziele terapii Gestalt (*PHG*, 1951) centralne miejsce zajmuje analiza relacji między cierpieniem, agresją, terapią i społeczeństwem, co daje nam punkt wyjścia do zgłębienia omawianego tematu. Kontekst społeczny stanowi kluczowy fundament, którego nie można ignorować przy dokonywaniu ocen diagnostycznych, psychopatologicznych i terapeutycznych — oceny te nie mają sensu w oderwaniu od wymiaru relacyjnego, który je kształtuje na różnych poziomach. Takie podejście było bez wątpienia pionierskim i oświeconym wyrazem kulturowego klimatu panującego w powojennym Nowym Jorku oraz radykalnej krytyki społecznej, która z niego wynikała, w pełni ucieleśnionej przez twórców terapii Gestalt: Laurę Posner Perls i Fredericka Perlsa, żydowskich psychoanalityków, którzy po ucieczce z nazistowskich Niemiec osiedlili się w Nowym Jorku oraz Paula Goodmana, intelektualnego mentora ruchu protestu amerykańskich młodych ludzi, ukształtowanego przez Chicagowską Szkołę Pragmatyzmu (Chicago School of Pragmatism). gdzie zwracano uwagę na sprzeczności amerykańskiego społeczeństwa kapitalistycznego, rasistowskiego, seksistowskiego i konformistycznego lat 60. XX wieku, wspierając jednocześnie jego najbardziej innowacyjne nurty (Goodman, 1947, 1960). Twórcy terapii Gestalt przestrzegają nas przed każdą definicją psychopatologii, która nie uwzględnia relacji jednostki ze społecznością. To społeczność w sposób arbitralny wyznacza normy dla swoich członków, a tym samym, w sposób subtelny, określa ich zdrowie psychiczne. Jednocześnie społeczność może przyczyniać się do kształtowania (*patoplastyczność*) lub prowokowania (*patogeneza*) cierpienia jednostki.

Przykładem jest diagnoza *drapetomanii*, czyli „kompulsywnej chęci ucieczki", sformułowana w połowie XIX wieku w południowych stanach USA w celu stygmatyzacji niewolników, którzy buntowali się przeciwko swoim panom. Ten przykład wydaje się dziś rażąco oczywisty, ponieważ oddziela nas od niego dystans historyczny, ale podobne zagrożenia istnieją również współcześnie.[2]

[2] DSM 5 (APA,2013) wprowadził nowe kategorie diagnostyczne, w tym kompulsywne kupowanie; kompulsywne zachowania seksualne; zespół łagodnych objawów psychotycznych. DSM traktuje je jako zaburzenia indywidualne, ale jeśli weźmiemy pod uwagę nasze współczesne pole społeczne, możemy zapytać: czy to jednostki cierpią na zaburzenie kompulsywnego robienia zakupów, czy też istnieje pole cierpienia na konsumpcjonizm? Czy jednostki cierpią na zaburzenie kompulsywnych zachowań seksualnych, czy też istnieje pole cierpienia związanego z brakiem więzi i stabilności w związkach? Czy jednostki cierpią na łagodne objawy psychotyczne, czy też istnieje pole cierpienia związane z brakiem granic i gruntu? (Francesetti, 2013).

Naszym zdaniem niezwykle istotne jest podkreślenie złożoności relacji między siłami działającymi w polu społecznym, które ucieleśniają się w zachowaniach jednostek i które są przez nie odgrywane w sposób cyrkularny.

Każda diagnoza i klasyfikacja psychopatologiczna niesie ze sobą ryzyko przypisania jednostce mniejszego lub większego udziału społecznego zaburzenia, które ujawnia się w jednostce i w niej nabiera kształtu. Warto być świadomym tego ryzyka (Lingiardi, 2018; Francesetti i Gecele, 2009), zwłaszcza w kontekście omawianej problematyki. Złożoność relacji między jednostką a społeczeństwem wymaga więc szczególnej ostrożności przy używaniu pojęcia *socjopatia*:

„(...) możemy mówić o konflikcie między jednostką a społeczeństwem i określać pewne zachowania jako ‘aspołeczne’. W tym samym sensie musimy jednak również uznać, że pewne normy i instytucje społeczne są ‘antyosobowe’.” (*PHG*, 1994, s. 113).

Wiele psychopatycznych jednostek nie pozostaje w konflikcie z normami i wartościami społecznymi — przeciwnie, mogą one czerpać korzyści z uznanych społecznie wartości i otrzymywać nagrody, przeżywając swoje zaburzenie w sposób *ego-syntoniczny* oraz *socio-syntoniczny*. Wystarczy pomyśleć o psychopatii ludzi sukcesu we współczesnym świecie lub psychopatii bohaterów wojennych w czasach konfliktów i powszechnej przemocy społecznej.

Z drugiej strony, jednostki, które działają poza lub przeciwko przyjętym normom społecznym, a więc mogą być określane jako aspołeczne, mogą kierować się wartościami etycznymi zupełnie odmiennymi od doświadczenia psychopatycznego.

Z tych powodów preferujemy termin *psychopatia*, zamiast *socjopatii* czy *zaburzenia aspołecznego* (Cleckley, 1941; Hare, Hart i Harpur, 1991; Meloy, 1988; Lingiardi i McWilliams, 2017).

3. Doświadczenie psychopatyczne

Trwa intensywna debata na temat definicji osobowości psychopatycznej. Opracowano i doskonalono różne skale umożliwiające identyfikację tego zaburzenia oraz określenie jego nasilenia. Po szczegóły odsyłam czytelników do literatury przedmiotu (Cleckley, 1941; Hare, 1980; Stone, 2006; Dazzi i Madeddu, 2009). W tym rozdziale odnosimy się do

doświadczenia psychopatycznego jako wymiaru osobowości o różnym stopniu nasilenia, którego funkcjonowanie może być neurotyczne, borderline lub psychotyczne (Lingiardi i McWilliams, 2017).

Centralną cechą doświadczenia psychopatycznego jest przemożna potrzeba sprawowania władzy nad innym człowiekiem poprzez jego uprzedmiotowienie (reifikację)[3] i podporządkowanie dla własnych celów. Świadoma manipulacja, przemoc, nadużycia, uwodzenie oraz kłamstwo stanowią narzędzia wykorzystywane do uprzedmiotowienia i dominacji nad drugą osobą.

Nieodłącznym elementem sprawowania władzy i uprzedmiotowienia jest wyrządzanie szkody drugiemu człowiekowi — przy czym może to być mniej lub bardziej zamierzone i świadome. Innymi słowy, krzywda może stanowić cel działania lub być jego efektem ubocznym w realizacji własnych zamiarów. Niemniej jednak, stanowi ona kluczowy aspekt doświadczenia psychopatycznego.

Traktowanie drugiego człowieka jako obiektu, a nie podmiotu, i w konsekwencji jego dehumanizacja, zawiera w sobie istotę tego zaburzenia — czyli obojętność wobec cierpienia innych lub wręcz czerpanie z niego przyjemności (Bloom, 2013a). Jest to doświadczenie, które prowadzi do *une souffrance inutile* — bezsensownego cierpienia, o którym Lévinas (1990) pisał obszernie, wychodząc od przerażającej i szokującej niezrozumiałości Holokaustu.

Trwa również debata nad tym, czy w doświadczeniu psychopatycznym istnieje zdolność do empatii, jednak różne stanowiska w tej sprawie często wynikają z nieprecyzyjnych definicji tego terminu.

Baron-Cohen w *The Science of Evil* (2011) przyjmuje pojęcie „erozji empatii" jako definicję psychopatii, przy czym *empatia* obejmuje nie tylko zdolność do rozpoznawania doświadczeń drugiej osoby, ale także zdolność do reagowania na nie odpowiednim stanem emocjonalnym.

Inni autorzy rozróżniają pojęcia *empatii* (rozumianej jako zdolność do identyfikacji stanów emocjonalnych innych osób) i *sympatii* (czyli zdolności do afektywnie zgodnej reakcji na te stany) (Englebert, 2019).

[3] Reifikacja, z j. łac.: res- rzecz, facere-robić, dosłownie: „robić rzecz"

W literaturze panuje dość szeroki konsensus, że psychopaci potrafią doskonale rozpoznawać emocjonalne i afektywne stany innych — w istocie, są w tym mistrzami, ponieważ umiejętność ta umożliwia im skuteczną manipulację. Jednak nie są oni zdolni do współodczuwania i reagowania współczuciem.

Innymi słowy, psychopaci doskonale rozumieją co czuje druga osoba, czego potrzebuje i jak ją zmotywować lecz nie wykazują autentycznego zainteresowania drugim człowiekiem poza traktowaniem go jako narzędzia do realizacji własnych celów. Nie odczuwają również ludzkiej i współczującej więzi wobec cierpienia innych.

Choć mogą wykazywać szczególne zainteresowanie, troskę, bliskość, a nawet emocje i uczucia, to w istocie pozostają zasadniczo zdystansowani i obojętni wobec drugiej osoby jako podmiotu.

W ujęciu Bubera (1953) fundamentalnym doświadczeniem psychopaty jest niemożność autentycznej relacji „Ja-Ty", choć może ona być skutecznie symulowana. Psychopaci są skazani na doświadczanie drugiego człowieka jedynie jako „To", czyli przedmiotu. Prawdziwe, autentyczne spotkanie i afektywna więź z drugą osobą są niemożliwe.

Ostatnim ważnym aspektem, który warto podkreślić, jest fakt, że doświadczenie psychopatyczne przypomina raczej galaktykę niż monolit.

Istnieją różne stopnie i ogromne różnice indywidualne w tym doświadczeniu — od obojętności wobec przeżyć innych, prowadzącej do emocjonalnej pustki, nawet w życiu pełnym silnych bodźców, po skrajną, niewyobrażalną przemoc wobec innych ludzi.

Niektórzy psychopaci funkcjonują samotnie, zupełnie poza granicami norm społecznych, podczas gdy inni uczestniczą w działaniach społecznie akceptowanych i nagradzanych; to elegancko ubrani psychopaci czasów współczesnych, jak również egzekutorzy w czasach wojny i prześladowań.

4. Warunki sprzyjające rozwojowi psychopatii

Literatura i badania wskazują na różne czynniki ryzyka oraz sytuacje sprzyjające rozwojowi zaburzeń psychopatycznych. Ogólnie można je podzielić na trzy główne klasy:

1. **Indywidualne** (uwarunkowania biologiczne i biografia jednostki),
2. **Sytuacyjne**,
3. **Antropologiczne**.

4.1. Czynniki indywidualne

4.1.1. Uwarunkowania biologiczne

Do indywidualnych czynników ryzyka zalicza się predyspozycje genetyczne i biologiczne (Rayne, 2014; Glenn i Raine, 2014). Ta linia badań, której pionierskie początki można odnaleźć w pracach Cesare Lombroso (Gibson, 2002), sugeruje istnienie biologicznych uwarunkowań sprzyjających zachowaniom przestępczym.

Niebezpieczne jest jednak założenie, że czynniki biologiczne mogą być jedyną przyczyną psychopatii, jeśli zamykamy się na poszukiwanie jej znaczenia w kontekście relacyjnym. Ostatecznie, postrzeganie psychopatów jako biologicznie odmiennych od reszty społeczeństwa prowadzi do ich uprzedmiotowienia — a to byłoby zrobienie tego samego, co psychopata robi innym.

Redukowanie ludzkich zachowań do określonej, identyfikowalnej przyczyny biologicznej, historycznie otworzyło drogę do dyskryminacji, prześladowań i eugeniki. Opierało się to na konsekwentnym założeniu, że posiadamy ostateczną, *a prioryczną* wiedzę o drugim człowieku — wiedzę, w której „drugi" nie jest już istotą *in statu creationis* (łac. „w trakcie stawania się"), lecz gotowym, poznanym w pełni obiektem. W ten sposób drugi człowiek zostaje uprzedmiotowiony.

Nie jest już istotą w procesie tworzenia, jak naucza egzystencjalizm. Nie jest ciałem, o którym nigdy nie możemy z całą pewnością określić co uczyni, jak to ujął Spinoza. Staje się obcym obiektem, który wydaje się nam w pełni znany. Istnieje wiele sposobów na uprzedmiotowienie Drugiego, a jednym z bardziej subtelnych jest udawanie, że się go zna (Bloom, 2019).

Dane biologiczne mogą mieć charakter korelacyjny (np. doświadczenie psychopatyczne jest związane z określonymi wzorcami neurologicznymi, hormonalnymi i immunologicznymi) lub mogą wskazywać na czynniki predysponujące (np. określony zestaw genetyczny

zwiększa prawdopodobieństwo zachowań psychopatycznych). Jednak traktowanie ich jako prostych mechanizmów przyczynowych jest zarówno ryzykowne, jak i naukowo błędne.

Nie oznacza to, że każda osoba z psychopatią może zostać zrehabilitowana czy poddana skutecznej terapii. Oznacza to jedynie, że założenie na podstawie samych danych biologicznych wiedzy *a priori* jest błędne i niebezpieczne.

Biologia jest jedynie relacyjnym osadem, wynikiem połączenia dwóch łańcuchów DNA w momencie poczęcia. Aby zrozumieć jej znaczenie, musimy zobaczyć ją w interakcji z historią i relacjami. Dopiero wtedy można zadać pytania dotyczące tego, jakie czynniki biologicznej podatności mogą zostać aktywowane w wyniku traumatycznych doświadczeń albo jakie ścieżki transmisji genetycznej i epigenetycznej przekazują traumatyczną anestezję kolejnym pokoleniom.

Innymi słowy, biologia to historia — zarówno ta niedawna, jak i odległa — osadzona w molekułach i połączeniach fizjologicznych.

4.1.2. Indywidualna biografia

W poszukiwaniu indywidualnych czynników ryzyka, przy jednoczesnym rozszerzeniu perspektywy na rodzinny i relacyjny kontekst, liczne badania wskazują na traumę wpisaną w historię dziecięcego rozwoju, która, w odniesieniu do psychopatycznych osobowości, jest zazwyczaj wszechobecna, głęboka i dotkliwa (Meloy, 1988; Kernberg, 1992; Fonagy, 1997; Athens, 1992; Lackmann, 2001).

Ten obszar badań sugeruje, że wczesnodziecięce doświadczenia relacyjne obejmujące poważne zaniedbanie, przemoc i nadużycia, pozostają nieprzetworzone, co prowadzi jednostkę do poszukiwania ochrony w różnych formach afektywnego odłączenia oraz hamuje rozwój zdolności do emocjonalnego dostrojenia i refleksyjności.

Liczne analizy w tej dziedzinie obejmują m.in. badania dotyczące dzieci-żołnierzy w Sierra Leone (Ardizzi, Martini, Umiltà i in., 2015). Dzieci te były narażone na ekstremalne wydarzenia; wiele z nich było świadkami gwałtów lub morderstw dokonywanych na ich rodzicach i rodzeństwie; wiele z nich zmuszano do torturowania i zabijania swoich przyjaciół oraz znajomych.

Z neurologicznego punktu widzenia ich dostęp do własnego smutku i bólu jest radykalnie ograniczony, jeśli nie całkowicie niemożliwy, natomiast dostęp do własnej złości jest wyraźnie nasilony.

Badania pokazują, że osoby, u których rozwija się psychopatyczna osobowość, zazwyczaj wychowywały się w rodzinach, gdzie takie uprzedmiotawiające siły były niezwykle potężne. Jako dzieci były uprzedmiotowiane w sposób tak traumatyczny, że przekraczało to ich zdolność do zrozumienia, iż ktoś, kto powinien się nimi opiekować, może jednocześnie wyrządzać im tak wielką krzywdę (Fonagy i Target, 1997).

Taki „nadmiar" można znieść tylko poprzez uprzedmiotowienie i dehumanizację samego siebie, co pozwala wyciszyć ból i zachować w pewien sposób relacyjną więź. W ten sposób dziecko może znieczulić się na nieznośny ból wynikający z nieludzkiego traktowania, ale wraz z zanikiem jego cierpienia zanika także możliwość spotkania się z innym człowiekiem w tej samej afektywnej przestrzeni bólu i współczucia.

Dzieci-żołnierze z Sierra Leone stanowią ekstremalny przykład tego procesu. Zamiast potwierdzania swojej ludzkiej wartości, dziecko doświadcza braku opiekuna, który nie tylko go porzuca, ale także unieważnia jego człowieczeństwo. Uciekając od swojego człowieczeństwa, dziecko ucieka od rzeczywistości zepsutego, zdehumanizowanego i nieznośnego świata (Arendt, 1958).

Każde doświadczenie relacyjne pozostawia po sobie ślad biologiczny, a organizacja biologiczna wpływa na to, jakie doświadczenia relacyjne są możliwe.

Jeśli nie popadnie się w skrajności, obie perspektywy — biologiczna i relacyjna — są komplementarne: konstytucyjna predyspozycja może sprzyjać psychopatycznej reakcji na środowisko traumatyczne, podczas gdy bezpośrednie doświadczenia traumy mogą modyfikować funkcjonowanie organizmu.

Ponadto doświadczenia przeżyte przez rodziców lub wcześniejsze pokolenia mogą być przekazywane epigenetycznie — traumy osadzają się w **pamięci transgeneracyjnej**, zapisując się w ciele każdej jednostki (Mucci, 2013; Francesetti i Spagnuolo Lobb, 2015).

4.2 Czynniki sytuacyjne

Perspektywa sytuacyjna rzuca światło na te elementy kontekstu, które sprzyjają lub prowadzą do zachowań psychopatycznych. Badania w tej dziedzinie wykazały, że określona sytuacja może uruchomić mechanizmy psychopatyczne i wpłynąć na osoby, które nie wykazują żadnej biologicznej predyspozycji do psychopatycznych zachowań lub skłonić osoby, które przejawiają jedynie pewne elementy zaburzenia osobowości, do działania w jawnie psychopatyczny sposób.

Do takich badań należą eksperymenty Milgrama dotyczące posłuszeństwa wobec autorytetu (1974) oraz stanfordzki eksperyment więzienny, przeprowadzony w 1971 r. przez Zimbardo (Zimbardo, 2008), gdzie w określonych sytuacjach — charakteryzujących się np. naciskiem ze strony autorytetu lub pełnieniem określonej roli, a także rozproszeniem odpowiedzialności — pojawiają się zachowania psychopatyczne u ludzi uznawanych za „normalnych". Jest to banalność zła, którą opisała Hannah Arendt w swojej analizie zbrodni Eichmanna — do popełnienia potworności nie są potrzebne potwory. Jeśli Eichmann był „normalny", to nikt z nas nie jest całkowicie odporny na ryzyko czynienia zła.

„Porządni ojcowie rodzin", niezdolni już do walki na pierwszej linii frontu, stworzyli Batalion 101 — nazistowski korpus policyjny składający się z rezerwistów, który otrzymał rozkaz eksterminacji Polskich Żydów. Zbrodnie popełnione przez jego członków okazały się szczególnie okrutne i bestialskie (Browning, 2001).

4.3. Czynniki antropologiczne

Wreszcie istnieje podejście antropologiczne, trzecia perspektywa, którą można zidentyfikować i odróżnić od poprzednich (Bauman, 2011; Heidegger, 1954). Podejście to po raz pierwszy ujęte w teorii przez Günthera Andersa (1964), a następnie rozwinięte w pracach Emanuele Severino (1998) i Umberto Galimbertiego (2002), koncentruje się na relacji między złem a rozwojem technologicznych możliwości. Anders argumentuje, że istnieje luka między ludzką zdolnością do tworzenia technologii (*herstellen*) a naszą zdolnością do wyobrażania sobie jej skutków (*vorstellen*), a tym samym do ich kontrolowania. Gdy jakaś możliwość staje się dostępna technologicznie, zostaje zrealizowane — bezcelowe bombardowanie Würzburga pod koniec II wojny światowej przez aliantów oraz zrzucenie bomb atomowych na Hiroszimę i w szczególności trzy dni później na Nagasaki[4], miały

[4] Nagasaki zostało zbombardowane po pokonaniu Japonii

miejsce tylko dlatego, że byliśmy przygotowani, by to zrobić i mogliśmy to zrobić (Bauman, 2011).

Technologia pogłębia przepaść między działaniem (mocą) a jego konsekwencjami (zniszczeniem), sprawiając, że akt destrukcji staje się chłodniejszy, a przez to łatwiejszy: *„nie zaciska się zębów, naciskając guzik… Klawisz to klawisz”* (Anders, cytowany przez Baumana, 2011, s. 100). Podobne wnioski wysnuł Marshall McLuhan (1964) w swojej analizie wpływu technologii, niezależnie od jej zastosowania. Każdy postęp technologiczny potęguje określony ludzki organ lub jego funkcję — nóż wzmacnia nasze zęby, koło nasze nogi, okulary wzrok itd. Koszt takiego protetycznego wzmocnienia polega jednak na osłabieniu samego organu lub funkcji. Nasze zęby i nogi nie są już tak silne, jak u naszych przodków, a częste używanie okularów sprawia, że oczy stają się od nich zależne i mniej reaktywne po ich zdjęciu.

Nowe media analizowane przez McLuhana, takie jak radio i telewizja, rozszerzyły układ nerwowy człowieka, umożliwiając odbiór informacji w ilościach wcześniej niewyobrażalnych, skracając jednocześnie czas i przestrzeń. W efekcie świat stał się *globalną wioską*, ale kosztem otępienia naszych przeciążonych zmysłów. Żyjemy w epoce narkozy, co nie jest przypadkowe, gdyż słowo to ma wspólny rdzeń z *narcyzmem* — oznaczający osłabienie zdolności postrzegania innych. Skutkiem tej nadmiernej ekspozycji sensorycznej jest spłycenie afektu i emocjonalne odcięcie. Obojętność.

Nowsze wynalazki technologiczne idą jeszcze dalej, prowadząc do kolejnej zmiany antropologicznej: cały świat znajduje się teraz w naszym zasięgu — dosłownie, gdyż za pomocą smartfonów trzymamy go w dłoniach. To przyniosło nowy skok jakościowy: możemy być obecni wszędzie i działać wszędzie, w dowolnym czasie. Jednak wzrost obecności medialnej odbywa się kosztem samej *obecności*, która zostaje pozbawiona cielesności *tu i teraz*. W konsekwencji prowadzi to do wykorzenienia z teraźniejszej sytuacji i przyspieszenia czasu (Rosa, 2010). Rozproszona obecność, przyspieszenie czasowe i poczucie, że świat jest w zasięgu ręki, to cechy doświadczenia maniakalnego. Nie jest więc zaskoczeniem, że w psychopatologii obserwujemy wzrost zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i depresji — drugiej strony naszych społecznie maniakalnych czasów.

Interesująca jest również relacja między tymi zjawiskami a psychopatią. Luka technologiczna, desensytyzacja oraz rozproszenie obecności otwierają przepaści w relacjach

międzyludzkich, to zaś łatwo może prowadzić do obojętności wobec cierpienia innych. Już na przełomie XIX i XX wieku Pinel określał psychopatię mianem *manie sans délire* (mania bez urojeń). Uprzedmiotowienie drugiego człowieka występuje zarówno w manii, jak i w psychopatii, ale podczas gdy w pierwszym przypadku podmiotowość, która jest ukonstytuowana, nie utrzymuje więzi ze wspólnym światem, w drugim taka więź zostaje zachowana (Stanghellini i in., 2019).

W świecie, który sam w sobie funkcjonuje w sposób maniakalny, można uprzedmiotowić drugiego człowieka, nie zrywając jednocześnie więzi ze wspólną rzeczywistością — ponieważ, jak wspomniano, sam świat jest maniakalny. W społeczeństwie ukształtowanym antropologicznie w sposób, w którym psychopatia nie jest już tylko cechą jednostek, ale całych społeczeństw, może to stanowić poważne ryzyko, które warto traktować z należytą uwagą.

Perspektywy: indywidualna, sytuacyjna i antropologiczna określają więc obszary ryzyka, które aktywują się w różny sposób i w różnym stopniu, w zależności od konstytucyjnych predyspozycji, osobowości, historii oraz sytuacji biograficznych, historycznych, kulturowych, a także mikro- i makrosytuacji. Jak już wspomniano, psychopatia jest bardziej galaktyką niż monolitem, a w uniwersum tym niebezpieczne jest myślenie, że można w łatwy sposób zredukować jego złożoność.

5. Poszukiwanie sensu w tym, co nie ma sensu: psychopatia w świetle teorii pola

5.1. Niektóre definicje wstępne

Teoria pola to konstrukcja teoretyczna oparta na podejściu terapii Gestalt, ukształtowana pod wpływem psychologii Gestalt, Kurta Lewina i Jana Smutsa (Robine, 2001; Wollants, 2008; Parlett i Lee, 2005; Staemmler, 2006; Francesetti, 2019b). W pracy klinicznej warto mieć na uwadze koncepcje pola fenomenalnego, pola fenomenologicznego i pola psychopatologicznego.[5] Pole fenomenalne to horyzont zjawisk fenomenalnych w danej sytuacji, granica, w obrębie której pewne zjawiska mają tendencję do wyłaniania się, a inne nie. Na przykład na przyjęciu z przyjaciółmi łatwo pojawiają się żarty, chwile radości i lekkości, a czas zdaje się płynąć szybciej. Podczas czuwania pogrzebowego bardziej

[5] W celu pogłębionej dyskusji odsyłam czytelników do opublikowanych wcześniej artykułów (Francesetti, 2015, 2019a, 2019b, Francesetti i Griffero, 2019)

prawdopodobne jest pojawienie się uczucia ciężkości, spowolnienia lub rozrzedzenia czasu, ponurości i bezruchu. Pole fenomenalne jest wyczuwalne zmysłami jako atmosfera sytuacji, w której poruszają się siły warunkujące pojawianie się zjawisk. W przypadku czarnych dziur siłą zakrzywiającą horyzont zdarzeń jest grawitacja; w przypadku pola fenomenalnego są to intencjonalności, które je kształtują. W spotkaniu terapeutycznym te siły – ucieleśnione intencjonalności – poruszają zarówno pacjenta, jak i terapeutę i są przez nich współtworzone. Jednak w tym paradygmacie[6] – w którym self nie jest strukturą, lecz zjawiskiem wyłaniającym się z sytuacji – siły w polu fenomenalnym są w ruchu, zanim podmioty zostaną zróżnicowane i określone, co oznacza, że terapeuta i pacjent wyłaniają się, „są tworzeni" w sytuacji i są poruszani przez siły pola. Pole fenomenalne to patos: jest doznawane a nie wybierane (Waldenfelds, 2011). Zdolność do uświadamiania sobie tego pola, dostrzegania sił, które nami kierują, i ciekawości wobec tego, co się dzieje, przekształca cierpienie pola fenomenalnego – gdzie jestem poddanym podmiotem – w pole fenomenologiczne – gdzie jestem podmiotem działającym – czyli w pole, w którym przestrzeń możliwości się rozszerza, umożliwiając refleksję nad tym, co się dzieje, i podejmowanie decyzji. To przejście od fenomenalnego do fenomenologicznego jest bliskie temu, co Fonagy (Fonagy i Target, 1997) opisuje jako zdolność do refleksji i mentalizacji. Niemniej jednak z perspektywy, którą proponujemy, zdolność do refleksji i werbalizacji nie jest jedynie kompetencją poznawczą, lecz łączy się z ucieleśnionym dostrojeniem do fenomenów sensorycznych w ruchu.

Czym zatem jest pole psychopatologiczne? To pole fenomenalne, w którym obecna jest nieobecność, czyli niemożność bycia obecnym wobec drugiego – albo dlatego, że percepcja lub emocja są przytępione lub ograniczone, albo dlatego, że nie jest możliwe ukształtowanie się jako zróżnicowane i połączone podmioty należące do wspólnego świata (w takim przypadku doświadczenie ma charakter psychotyczny). Psychopatologia może być postrzegana jako wyraz sposobów, na jakie można być nieobecnym w relacji, a terapia jako sytuacja, w której ktoś – terapeuta – jest w stanie być obecnym wobec tych nieobecności.

[6] Paradygmat w tym przypadku jest fenomenologiczny (Wiesing, 2014), zgodny z badaniami percepcji w psychologii Gestalt (Francesetti, 2016), badaniami neurobiologicznymi nad jaźnią prowadzonymi przez Damasio (2010) i podejściem filozoficznym estetyki patycznej (Griffero, 2017; Böhme, 2017).

Koncepcja pola może być nam przydatna w tym rozdziale, po pierwsze do zrozumienia wyłaniania się doświadczenia psychopatycznego, a po drugie do zrozumienia zjawisk klinicznych i ukierunkowania pracy terapeutycznej.

5.2. Pole psychopatyczne: dążenie do uprzedmiotowienia

Pole psychopatyczne charakteryzuje się reifikacją drugiego człowieka, brakiem autentycznego rezonansu afektywnego, który jest niezbędny do konstytuowania drugiego jako innego niż ja, ale jednocześnie jako innego podobnego do mnie. Drugi człowiek staje się więc „tym - czymś", co jest mi służebne, a nie „tym - kimś", którego godność uznaję i którego szanuję oraz z którym potrafię się utożsamić (Buber, 1923). Jestem głuchy na etyczne wezwanie spotkania drugiego (Lévinas, 1961; Orange, 2018; Bloom, 2013a, 2019). Widzieliśmy, jak taka głuchota może być napędzana przez biologiczne predyspozycje i jak często jest wynikiem traumatycznych historii, ale w niektórych specyficznych sytuacjach może zaskakująco łatwo pojawić się u osób, które „słyszą wyraźnie".

Patrząc na psychopatię z perspektywy teorii pola, to, co najpierw bierzemy pod uwagę, to zaangażowane **intencjonalności**, nawet zanim podmioty zostaną zróżnicowane. Jak w „Sześciu postaciach w poszukiwaniu autora" Pirandella (1921), możemy sobie wyobrazić, że w pewnej sytuacji mogą istnieć siły, które poszukują ciał, przez które mogą się ujawnić. Te siły, oczywiście, nie są niezależne od osób zaangażowanych i obecnych. Istnieje poziom samowyłaniania się, na którym podmioty jeszcze nie zostały zdefiniowane, a na tym niezróżnicowanym, przedosobowym poziomie, siły, które działają, nie należą jeszcze do nikogo i nie mogą być przypisane żadnej konkretnej osobie. W Standfordzkim Eksperymencie Więziennym na przykład, siły reifikujące pojawiły się u strażników nie dlatego, że mieli oni psychopatyczne osobowości, ale dlatego, że ich rola sprawiła, iż stało się to bardziej prawdopodobne — ale same siły poruszały się w polu jako wyraz sytuacji. W pewnym momencie eksperymentu role mogłyby zostać odwrócone, ale wynik byłby ten sam (jak często smutno pokazuje historia w przypadkach, gdy uciskani stają się ciemiężycielami, kiedy dochodzą do władzy). Taka perspektywa może mieć również implikacje makrospołeczne, ponieważ ogólny klimat społeczny może sprzyjać pojawianiu się sił reifikujących, które następnie „opanują" większość społeczeństwa, podążając za rozkładem Gaussa. Na skrajnych punktach krzywej większą rolę odgrywają cechy indywidualne — w słynnym Batalionie 101, niektórzy byli zadowoleni z przydzielonego im zadania (najprawdopodobniej osoby z silniejszymi skłonnościami psychopatycznymi), inni byli

bardziej niechętni i prosili, by nie uczestniczyć w najbardziej brutalnych egzekucjach (może były to osoby o słabszych skłonnościach psychopatycznych), z kolei większość przeprowadzała masakry bezbronnych dzieci, kobiet i osób starszych bez większego zaangażowania afektywnego. Siły reifikujące w tej sytuacji były ekstremalne i wywarły swój wpływ na większości osób, które były na nie narażone.

5.3. Pole psychopatyczne w spotkaniu terapeutycznym: Przemoc krąży i nawet terapeuta przyczynia się do jej krążenia.

W celu dogłębnego poznania opisu doświadczeń terapeuty w spotkaniu klinicznym z pacjentem psychopatycznym odsyłam czytelników do literatury (McWilliams, 2011). Tutaj ograniczymy nasze obserwacje do tego, jak często terapeuci odczuwają obrzydzenie, gniew, strach oraz całą gamę ich kombinacji i niuansów oraz złożoności afektywnych, jakie przynosi każda konkretna sytuacja. Rezultatem jest zazwyczaj odrzucenie pacjenta i pragnienie, by nie prowadzić z nim terapii.

Perspektywa pola pomaga nam uniknąć traktowania takich doświadczeń jako niewłaściwych lub jako wskaźnika braku umiejętności terapeuty, ale także, z drugiej strony, jako czegoś, co nie wymaga dalszego badania („kto nie odczuwałby odrazy wobec pedofila?"). Zamiast tego, perspektywa pola otwiera możliwość zbadania, w jaki sposób nawet terapeuta może zostać pochwycony przez reifikujące siły działające w polu psychopatycznym. Przyjrzyjmy się fragmentowi sesji superwizyjnej.

T.: Za każdym razem, gdy muszę spotkać S., chciałbym być gdzie indziej… mój żołądek kurczy się, zanim jeszcze postawię stopę w gabinecie. Wtedy widzę go, obojętność na jego twarzy lub jego rozbawienie, gdy opowiada o wszystkim, co zrobił swoim dwóm wnuczkom, jak uwodził je dzień po dniu i jak udało mu się przekonać je do grania w jego „małe gierki", jak je nazywa… jak molestował je seksualnie, tak jak molestował ich matkę — swoją córkę — gdy była dzieckiem.

S.: A co czujesz, gdy widzisz „obojętność na jego twarzy"?

T.: Czuję pogardę… Chciałbym sprawić, by poczuł ból, jaki odczuwały jego wnuczki i jego córka, sprawić, by poczuł zło, które wyrządził. Chciałbym go skrzywdzić fizycznie, rozwalić mu głowę i zobaczyć, jak cierpi. Tego właśnie pragnę! Jaką to by było satysfakcją!

Albo inny fragment sesji superwizyjnej z koleżanką, która pracuje w więzieniu.

T.: Jestem kompletnie wstrząśnięta. Moja ostatnia sesja z R. była naprawdę niepokojąca. Był w dobrym humorze, radosny i zaproponował grę liczbową, którą wymyślił, która ostatecznie okazała się wskazywać datę moich urodzin. Byłam przerażona, sparaliżowana strachem. Skąd mógł wiedzieć? Czy mnie szpiegował? Czułam się przytłoczona niebezpieczeństwem i chciałam po prostu uciec tak daleko, jak to możliwe, ale czułam się bezradna, głupia i po prostu bezsilna… i po prostu się uśmiechałam, przerażona. Wtedy przypomniałam sobie, że za drzwiami jest strażnik i uspokoiłam się, wystarczyło, że zawołam, a on wejdzie. Ale przez chwilę było to absolutnie przerażające. Teraz, kiedy o tym mówię, wydaje się to głupie, nie było ku temu żadnego powodu, ale wtedy było to straszne… W każdym razie nigdy więcej nie chcę go widzieć!

Doświadczenia terapeuty są zrozumiałe i najprawdopodobniej każdy z nas w pewnym stopniu odczuwałby coś podobnego, choć w różnych odcieniach i z różną intensywnością. Jednak nie możemy poprzestać na tym stwierdzeniu. Terapeuta, który pragnął, aby pacjent cierpiał, chciał sam móc sprawić mu cierpienie – i powiedział, że przyniosłoby mu to "satysfakcję". Czy nie jest to reifikujący ruch wyłaniający się w odpowiedzi na intencjonalność skrzywdzenia drugiego? Czy nie jest to ta sama siła, która charakteryzuje pole psychopatyczne? Terapeuta zostaje pochwycony przez pole fenomenalne, w którym ból musi wyłonić się poprzez drugiego człowieka – to jest rdzeń pola psychopatycznego. Ból, który musi wyłonić się z niezróżnicowanego, przybrać formę i być odczuwany przez drugiego. Pierwsze pochwycenie psychoterapeuty przez pole psychopatyczne polega na skłonieniu go do jego podtrzymania.

Co więcej, można by argumentować, że byłoby terapeutyczne dla pacjenta, gdyby odczuł ból – ból ofiary, a następnie poczucie winy. Jednak akt terapeutyczny oparty na zaprzeczeniu i zmierzający do wywołania bólu u pacjenta jedynie aktualizuje pole psychopatyczne na nowo.

Pobudka do ujawnienia bólu poprzez drugiego człowieka ujawnia się jako możliwy kierunek znaczenia, który otwiera interesujące ścieżki interwencji klinicznej. Trudno to zaakceptować, ale wydaje się fundamentalne, aby uwzględnić ten wymiar: psychopata potrzebuje ciała drugiego, aby dehumanizujący ból mógł się pojawić; ból, którego nie mógłby sam poczuć bez użycia drugiego. Podobną myśl wyraża Simone Weil, opisując swoje doświadczenia oporu wobec nazizmu: "Niewinna ofiara, która cierpi, zna prawdę o swoim oprawcy.

Oprawca jej nie zna. Zło, które niewinna ofiara odczuwa w sobie, tkwi w jej oprawcy, ale oprawca nie jest w stanie go poczuć. Niewinna ofiara może poznać zło jedynie w postaci cierpienia. To, czego oprawca nie odczuwa, to jego własna zbrodnia. (...) To niewinna ofiara może poczuć piekło. (...) Każda zbrodnia to przeniesienie zła z tego, kto działa, na tego, kto doświadcza skutków tego działania" (Weil, 1952, 122; 124). Przemoc jest więc sposobem na ujawnienie się zła obecnego w polu relacyjnym.

Prosty przykład polega na tym, gdy ktoś, kto doświadcza przemocy zaczyna ją zadawać, a zło, którego doznaje, przekształca się w zło zadawane, czyli w przemoc. Jedynie poprzez ujawnienie doświadczonego zła można znaleźć dla niego inną drogę wyjścia – alternatywę wobec reifikującej anestezji, która prowadzi do przemocy. Tylko w ten sposób może ono ulec transformacji. Psychopatyczna nieobecność – reifikacja drugiego – to sposób, w jaki ujawnia się ból oprawcy, którego on sam nie jest w stanie poczuć.

Ból, którego oprawca nie może poczuć, może być jego własnym bólem – bólem jego własnej historii traumy, bólem doświadczonym, ale niemożliwym do przepracowania. Może być to także ból przeszłych pokoleń, przekazywany relacyjnie i biologicznie, ból utrzymywany przy życiu w traumatycznych stratyfikacjach całych populacji, być może nawet całej rasy ludzkiej. Może być również obecny w konkretnej sytuacji mikro- lub makrospołecznej, gdzie reifikująca anestezja (wynikająca z ról społecznych, posłuszeństwa autorytetom, władzy technicznej czy technologicznej) sprawia, że niemożliwe jest jego poczucie. W tym sensie psychopata jest kimś, kto ujawnia ból relacyjny, ale nie jest w stanie sam go odczuć – prowokuje więc go w drugim człowieku. Nie jest w stanie przyjąć bólu na własne ciało, dlatego wykorzystuje ciało drugiego, by mógł się on ujawnić i zaistnieć.

Rdzeń doświadczenia psychopatycznego leży głębiej niż zwykła erozja empatii czy brak współczucia, które prowadzą, jako skutek, do reifikacji drugiego. Wręcz przeciwnie – to reifikacja drugiego jest konieczna, aby ból, który istnieje (jako su-ferre - nosić na sobie), ale nie może być odczuwany, mógł się ujawnić. Chłodna bezwzględność jest sposobem na jego wydobycie. Takie spojrzenie może nadać sens temu, dlaczego psychopata poszukuje przemocy – która zazwyczaj nie jest przypadkowa, lecz zaplanowana i celowa, napędzana potrzebą wyrządzenia krzywdy. Jest to przemoc intencjonalna, w tym sensie, że jest napędzana impulsem, który zmierza w określonym kierunku, ku jakiemuś “potem”. Ale jaki jest cel tego ruchu, który budzi w nas przerażenie?

Gdy ból zostaje odczuty – w tym przypadku przez drugiego człowieka – nieobecność staje się bólem, a ból ten jest obecny - nie jest już nieobecny. A to otwiera możliwość ruchu transformacyjnego. W odniesieniu do przemiany nieobecności w odczuwany ból Weil pisze: "Fałszywy Bóg zamienia cierpienie w przemoc. Prawdziwy Bóg zamienia przemoc w cierpienie. (...) Cierpliwość polega na nieprzekształcaniu cierpienia w zbrodnię. Samo to wystarcza, aby przemienić zbrodnię w cierpienie. (...) Czystość jest absolutnie niewrażliwa jako czystość, w tym sensie, że żadna przemoc nie może jej umniejszyć. Jest jednak wysoce wrażliwa, w tym sensie, że każdy atak zła sprawia, że cierpi, że każdy grzech, który ją dotyka, zamienia się w niej w cierpienie. (...) Zło zawsze polega na niszczeniu konkretnych rzeczy, w których obecne jest dobro. Zła dokonują ci, którzy nie mają świadomości tej realnej obecności. W tym sensie prawdą jest, że nikt nie jest złym dobrowolnie. (...) To, co nadaje istotom i rzeczom więcej rzeczywistości, jest dobre, to, co im ją odbiera, jest złe" (Ibidem, s. 122 i nast.).

W ten sposób wyłania się możliwy sens tego, co wydaje się pozbawione sensu – przemoc jest sposobem na ujawnienie bólu obecnego w polu, bólu, który prowadzi psychopatę do działania, ale którego on sam nie jest w stanie odczuć. Ofiara zostaje zmuszona do poczucia i ujawnienia bólu, którego oprawca nie jest w stanie sam przyjąć i uczynić rzeczywistym. Ból obecny w polu nie może być zapomniany ani wyeliminowany. Możemy się na niego znieczulić, ale on nadal tam jest. Może jednak zostać przekształcony poprzez kontakt międzyludzki – ale aby tak się stało, musi stać się obecny. Sprawianie bezużytecznego cierpienia jest sposobem, aby ból wyłączony ze świadomości został przetransponowany, ujrzał światło dzienne. Zło jest przejściem od znieczulenia do czucia, od nieobecności do obecności używając ciała drugiego człowieka. Zło to umieszczenie bólu, który się niesie, w ciele drugiego.

Terapeuta jest wystawiony na działanie tych samych sił i może ulec pokusie odrzucenia pacjenta i pragnienia zadania mu bólu, wykorzystując do tego moc i wiedzę terapii. Ale jest to tylko sposób, w jaki terapeuta doświadcza i odczuwa fenomenalne pole. To dopiero pierwszy krok terapii – prowadzący do następnego: świadomości tego, co się dzieje, oraz ciekawości, co za tym stoi i jakie może to mieć znaczenie.

5.4. Psychopatyczne pole w spotkaniu terapeutycznym: Współczucie wyrasta z tła

Co się dzieje, gdy terapeuta zauważa reifikujące siły oddziałujące na niego, ale zamiast je odreagować, zatrzymuje się, wykazuje zaciekawienie i czeka, aż coś jeszcze wyłoni się z tła? Takie podejście stanowiłoby interwencję fronetyczną, a nie technikę czy protokół, który można zastosować wobec określonego zachowania[7]. Zatrzymanie się i zaciekawienie samo w sobie oznacza zróżnicowanie się i wyjście z psychopatycznego pola fenomenalnego, aby być obecnym bez opuszczania sytuacji, ale również bez bycia przez nią przytłoczonym. Aby dokonać takiej zmiany w polu, w którym zaangażowane siły mogą być szczególnie intensywne i skłaniające do odrzucenia sytuacji i ucieczki, kluczowe jest zakotwiczenie się w stabilnej „trzeciej stronie" – otoczeniu gwarantującym bezpieczeństwo zarówno terapeuty, jak i pacjenta, solidnej teorii, wiedzy o psychopatycznym polu, regularnej superwizji, jasnym i stabilnym wzorcu etycznym oraz sieci społecznej, która zapewnia terapeucie wsparcie emocjonalne i poczucie pewności siebie.

Nie można pracować z psychopatią bez silnego zakotwiczenia w tej „trzeciej stronie", która wspiera terapeutę i relację, mocno osadzając ją na stabilnym gruncie (Francesetti i Gecele, 2009). Jeśli terapeuci zdołają rozpoznać sposób, w jaki wspierają cyrkulację przemocy (ulegając siłom reifikacji, które mogą przybierać formę strachu, gniewu i obrzydzenia) oraz poczuć zaciekawienie i poczekać, coś nowego zacznie się wyłaniać w ich odczuciach. To, co się wyłoni, zależy – fronetycznie – od samego terapeuty, pacjenta i sytuacji, ale kierunek tej zmiany prowadzi do odczucia bólu.

Ten drugi ból różni się od pierwszego. Pierwszy to ból ofiary, który wywołuje gniew i obrzydzenie, a terapeuta może odczuwać go osobiście poprzez strach. Drugi to ból dla pacjenta albo ból pacjenta – ból, którego on sam nie może poczuć. Jest to ból, który nosi, ale go nie czuje, oraz ból jego niemożności odczuwania bólu. I to właśnie ta szczelina w psychopatycznym polu pozwala na wprowadzenie antidotum w postaci współczucia.

Współczucie nie oznacza bliskości. Nie ma tu ruchu terapeuty w kierunku pacjenta. Każdy ruch oddalenia od pacjenta (odrzucenie i strach) lub w jego stronę (uwiedzenie) byłby równie niebezpieczny i powinien być postrzegany jako działanie sił w psychopatycznym polu

[7] Więcej informacji na temat praktyki klinicznej opartej na teorii pola można znaleźć w: Francesetti, 2019b; Roubal i Francesetti, w druku; Francesetti i Roubal, w druku.

fenomenalnym. Nie ma podziwu, fascynacji ani usprawiedliwienia. Nie ma współpracy, sojuszu ani współudziału. Nie ma uczucia ani przyjaźni. Może się to wydawać oczywiste, ale w relacji terapeutycznej niezwykle łatwo dać się wciągnąć w psychopatyczną grę.

Współczucie – łacińskie "cum" (razem) i "patior" (cierpieć) – oznacza uczestnictwo w cierpieniu drugiego. Kiedy to się dzieje, pole przestaje być psychopatyczne, zmienia się. W chwili, gdy terapeuta przeżywa to przejście, nie czuje się blisko pacjenta; wręcz przeciwnie, może poczuć się od niego bardzo oddalony, ponieważ uświadamia sobie ogrom ciężaru, który pacjent niesie, nie odczuwając go, a który musi zostać poczuty przez kogoś innego. Terapeuta jest sam w tym jałowym krajobrazie i w ten sposób odczuwa bezgraniczną, nieznośną samotność psychopaty, której on sam nie może poczuć.

Poprzez doświadczenie własnej bezradności i udziału w tym nieskończonym cierpieniu, terapeuta dostrzega pacjenta i ujawnia jego egzystencjalne jądro. W tym momencie ból, który dotychczas mógł wyłonić się tylko poprzez przemoc, zaczyna nabierać kształtu jako ból, rana i samotność, czyli skrajnie uciążliwa i krucha skończoność ludzkiej kondycji. Nie jest przypadkowe, że po kilku latach terapii pacjent psychopatyczny często wpada w gęstą, poważną i ryzykowną – ale zdrową – depresję (Greenwald, 1974). Inaczej mówiąc, terapeuta nie robi nic, by poczuć współczucie; po prostu czeka, aż ono go opanuje, wyłaniając się. W tym wzruszającym sposobie bycia obecnym wobec nieobecności, ból zaczyna swoją transformację w spotkaniu, a znakiem, że taka transformacja jest w toku, jest piękno (Francesetti, 2012). Kiedy nawiązuje się tego rodzaju kontakt — i kiedy jest on prawdziwy, to znaczy, kiedy nie jest owocem manipulacji ze strony pacjenta lub strategii terapeuty — oznacza to punkt zwrotny w relacji terapeutycznej, otwierając nową drogę dla bólu, oferując alternatywne ujście dla przemocy. Jednak może minąć dużo czasu, zanim to nastąpi, dlatego ważne jest, aby trzecia strona, o której mówiliśmy, pozostała stabilna i obecna, a terapeuta znalazł właściwą postawę, by cierpieć w polu, różnicując się i czekając, aż wykiełkuje współczucie.

Teoria pola odwraca perspektywę: to nie pacjent ma się zmienić, ale terapeuta (Francesetti, 2019b; Francesetti i Roubal, w przygotowaniu; Roubal i Francesetti, w przygotowaniu). W psychopatycznym polu to współczucie terapeuty otwiera drzwi do depresyjnego, zdrowego bólu pacjenta.

5.5. Możliwość często pomijana: aktualizacja pola psychopatycznego, gdy to ofiara trafia na terapię

Pole psychopatyczne może pojawić się w doświadczeniu terapeuty nie tylko wtedy, gdy pracuje on z osobą cierpiącą na to zaburzenie, ale również wtedy, gdy klientem jest ofiara. Taka sytuacja może mieć istotne implikacje kliniczne, z których tutaj wskażę dwie.

Pierwszą z nich jest narażenie terapeuty na traumę zastępczą – kontakt z ofiarą staje się dla niego doświadczeniem traumatycznym, co prowadzi jego samego do przeżycia traumy. Doświadczenia pojawiające się w reifikującym polu mogą być dla terapeuty nie do zniesienia. W takiej sytuacji może on utracić zdolność bycia obecnym wobec doświadczenia i ulec dysocjacji, co ogranicza jego możliwość wspierania pacjenta, a jednocześnie czyni go ofiarą przytłaczających sił, na które jest wystawiony. Może to mieć różne konsekwencje osobiste, dlatego kluczowe jest, aby terapeuta miał możliwość korzystania z superwizji, której celem jest monitorowanie wpływu sytuacji terapeutycznej na niego samego, tak aby móc rozpoznać i zarządzać takim ryzykiem.

Druga implikacja kliniczna jest rzadziej opisywana w literaturze, co czyni ją tym bardziej istotną do podkreślenia. Chodzi o to, że terapeuta może zostać pochwycony przez reifikujące siły wyłaniającego się pola psychopatycznego i tym samym nieświadomie reprodukować przemoc, wtórnie traumatyzując ofiarę. Krótki przykład kliniczny z sesji terapii grupowej może pomóc zilustrować ten mechanizm.

W grupie Weronika czuje się głęboko poruszona i staje się bardzo emocjonalna, dlatego prosi o osobistą pracę.

„*Mój syn, teraz 10-letni, został wykorzystany seksualnie, gdy miał 2 lata, przez chłopca dużo starszego od siebie*”

Opowiada mi, jak jej syn opowiedział jej i jej mężowi o grach, w które starszy chłopiec kazał mu grać, a ona zdenerwowała się i zaczęła krzyczeć, mówiąc, że to nie może być prawda, że to jest złe, że to niemożliwe i uciekła krzycząc i płacząc, zostawiając dziecko z ojcem. Pobiegła do matki i gdy później wróciła, była spokojniejsza, ale nie była w stanie mówić o tym, co się stało. Po dwóch latach zdecydowali się na terapię rodzinną i było to bardzo dobre

dla nich wszystkich. Po tym, przez ostatnie 6 lat, nikt w rodzinie nigdy już nie wspomniał o nadużyciach.

Teraz Weronikę ogarniają silne emocje, trzęsie się, płacze. Jestem bardzo wzruszony i dostrojony i daję jej wsparcie fizyczne, aby pozwolić na ujawnienie się uczuć pomiędzy nami. Zbliża się do szczytu, jej ciało trzęsie się i drży:

„*Jestem wstrząśnięta, boję się, niedobrze mi, zaraz zwymiotuję*". Zaczyna mieć gwałtowny odruch wymiotny i torsje.

W tej nie do zniesienia intensywności mówi „*Nie mogę! Nie mogę! Nie mogę tego znieść! Nie mogę!"*

Trzymam ją za ręce i od razu czuję zmianę w sobie: czuję, że moje ciało staje się silniejsze i sztywniejsze i myślę, że „ona musi", że to zdecydowanie jej obowiązek jako matki, aby to znieść, że powinna zostać przy swoim dziecku zamiast uciekać. Czuję to „musisz!" bardzo mocno i zaczynam być ciekawy... wydaje się zbyt silne, nawet gwałtowne... Czuję intensywność i absolutną pewność w momencie, gdy zauważam, że moja reakcja jest nie na miejscu. Obserwuję, że moje ciało jest pełne mocy: wiem, co trzeba zrobić i chcę to narzucić. Jej „nie mogę" wcale nie jest istotne.

Jestem zaskoczony, jak mocno te uczucia mną owładnęły. Więc czekam... i czuję, że stałem się zimny i potężny, czuję nieproporcjonalną władzę nad nią... Zdaję sobie sprawę, że stosuję wobec niej pewnego rodzaju przemoc. Nie mogę zaakceptować, że mówi „nie mogę"; musi to tolerować! Jestem z tym.

Coś w moim ciele, gdzieś w mojej piersi mięknie. I zdaję sobie sprawę, że forsuję jej granice, jej ograniczenia... i to naprowadza mnie na myśl, oczywiście, że ma prawo nie być w stanie tolerować... Co bym czuł, gdybym był nią? Oczywiście, że ma prawo mieć ograniczenia i nikt nie ma prawa ich przekraczać na siłę.

Mówię do niej bardzo prosto: „*nie, oczywiście, że nie możesz... nie możesz*"

Atmosfera i emocje natychmiast się zmieniają. Pozostają ekstremalne, ale nie ma już torsji.. Zamiast tego pojawia się płacz, ulga, głęboki szloch.

Wyłonił się temat przekraczania i naruszania granic, obecny w każdym nadużyciu. Ucieleśniam go. Dzięki poczuciu, że to nie na miejscu, dzięki niereagowaniu, ale czekaniu, mogło przyjść do mnie coś delikatniejszego i mogłem poczuć szacunek do niej. To mnie ukierunkowało. Nie odegrałem tego, co jest zwykle obecne w polu nadużycia, lecz potwierdziłem granicę, czyli zrobiłem to, co w polu nadużyć jest kluczowe i transformujące.

Po tym, jak minął szczyt emocji, powiedziała, że to „*nie mogę*" zawsze było obecne. Ale było postrzegane jako poczucie winy nie do zniesienia, całkowicie delegitymizowane, więc szybko zostało odłączone i zapomniane. Przez to stało się niewypowiadalne. W obu przypadkach, odczuwania i dysocjowania poczucia winy, nie mogła się tym podzielić z mężem, ponieważ poczucie wina z powodu ucieczki była zbyt wielka. Ale pozostawała w jej umyśle każdego dnia, każdego dnia przez ostatnie dziewięć lat.

Teraz, gdy ograniczenie i granica zostały potwierdzone między nami i w grupie, wszystko płynie. Pojawia się nowa świadomość chęci dzielenia się z mężem, a kobieta wyraźnie zdaje sobie sprawę, że oboje potrzebują wsparcia, że sesje rodzinne sprzed sześciu lat były dobre, ale że wciąż jest wiele kwestii do procesowania i reprocesowania, szczególnie teraz, gdy ich syn wkracza w okres preadolescencji.

„*Jak się czujesz, Veronica*?"

„*Czuję się wyczerpana... tak, naprawdę wyczerpana... i wolna"*.

Ten przykład ilustruje, jak siły reifikacji mogą pochwycić terapeutę również wtedy, gdy to ofiara jest na terapii. Ryzyko retraumatyzacji jest wysokie i, ponownie, potrzebna jest superwizja, aby odróżnić i rozpoznać siły pola i kierunek terapeutyczny.

5.5. Niektóre końcowe rozważania kliniczne

Perspektywa pola, którą tutaj przedstawiliśmy, nie jest alternatywą dla wskazań, które znajdujemy w literaturze dotyczącej leczenia zaburzeń psychopatycznych. Naszym celem jest dodanie kolejnego wymiaru rozumienia, a tym samym leczenia, w obliczu trudnej pracy, jaką wykonują klinicyści w tej dziedzinie.
Podsumowując, oto kilka kluczowych elementów pracy z pacjentami psychopatycznymi.

5.5.1. Pierwszy element: Możliwość leczenia

Ważne jest określenie możliwości leczenia danego pacjenta (Stone, 2006). Należy podkreślić, że możliwość leczenia zależy oczywiście od pacjenta, od jego świadomości, motywacji do terapii i możliwości stworzenia przymierza terapeutycznego. Ale nie tylko – zależy także od terapeuty, jego wykształcenia, superwizji i gotowości do kontaktu z ekstremalnymi obszarami przemocy i reifikacji. Istotne jest, aby terapeuta mógł zdecydować, czy podejmie się terapii konkretnego pacjenta, ponieważ w przeciwnym razie sam poczuje się przymuszony do jej prowadzenia – tak jak często czuje się pacjent.

Możliwość leczenia zależy także od otoczenia – od wsparcia, jakie zarówno pacjent, jak i terapeuta otrzymują od instytucji, środowiska społecznego oraz społeczności zawodowej. Powszechne jest przekonanie, że tacy pacjenci nie mogą być leczeni, zwłaszcza gdy trafiają na terapię z nakazu sądowego. Jak pisze Meloy (1988, 325): „Jest to w pewnym sensie masowa postawa odwetowa, w której osąd moralny wpływa na profesjonalną ocenę. Behawioralna patologia psychopaty, polegająca na dewaluacji i dehumanizacji innych, staje się również mechanizmem identyfikacyjnym klinicysty, który robi wobec psychopaty to, co postrzega, że psychopata robi innym.

Ocena możliwości leczenia jest zatem kluczowym etapem, który należy przeprowadzić starannie i bezpośrednio poprzez spotkanie z pacjentem oraz przedyskutowanie możliwości z zespołem klinicznym lub superwizorem, uwzględniając wiele czynników - nie tylko te, które odnoszą się do samego pacjenta.

5.5.2. Drugi element: Nieprzekupność (Niesprzedajność)

Nancy McWilliams (2011, 168) wskazuje nieprzekupność jako kluczowy składnik terapii psychopatów: „nieprzekupność terapeuty, ramy terapeutyczne i warunki umożliwiające terapię”. W pełni zgadzamy się z potrzebą rygorystycznej nieugiętości wobec granic terapii, których nie wolno przekraczać. Ostatecznie, to właśnie w ten sposób obecność „trzeciej strony” staje się namacalna w terapii, zapewniając fundamentalne wsparcie terapeucie.

Terapeuta musi wiedzieć, że każda empatia czy emocjonalne zrozumienie, jakie może wykazywać pacjent, prawdopodobnie nie jest autentyczne; nie jest to szczere uczestnictwo uczuciowe ani prawdziwe zainteresowanie terapeutą. Tak samo jak każda narcystyczna gratyfikacja, którą może odczuwać terapeuta, jest prawdopodobnie częścią manipulacyjnego schematu sił działających w każdym polu psychopatycznym.

Jasność i szacunek dla granic wspierają terapeutę w byciu uczciwym i wiarygodnym – w trzymaniu się kontraktu, w przejrzystym wyrażaniu swojego stanowiska, w mówieniu tego, co naprawdę czuje, ani więcej, ani mniej. Obejmuje to również uczciwość wobec samego siebie, w uznaniu własnych uczuć gniewu, obojętności, strachu, obrzydzenia, a nawet podziwu, współudziału, przyciągania czy przyjemności, i odpowiednim zarządzaniu nimi w ramach procesu terapeutycznego. Naturalnie, dzielenie się takimi doświadczeniami jest kluczowym elementem terapii. Jednak z perspektywy pola nie powinno się nimi dzielić, dopóki nie staną się one całościowym doświadczeniem terapeuty – ponieważ jeśli terapeuta zostanie pochłonięty przez pole, nie będzie w stanie ich różnicować. Dopiero poprzez różnicowanie może wyłonić się nowy grunt afektywny i emocjonalny, na którym dzielenie się doświadczeniami stanie się możliwe (zob. Francesetti, 2019b; Francesetti i Roubal, w przygotowaniu; Roubal i Francesetti, w przygotowaniu).

5.5.3. Trzeci element: Godność (Dignity)

Słowo „godność" pochodzi od łacińskiego *Dignus*, które z kolei wywodzi się z greckiego *Axios*, oznaczającego zarówno „godny", jak i „aksjomat". Etymologia tego terminu dostarcza kluczowej wskazówki do jego zrozumienia. Aksjomat to twierdzenie, prawda oczywista, niewymagająca dowodu – taka właśnie jest godność. Jest to wewnętrzna, pokorna, fundamentalna i niezbywalna wartość wynikająca z samego faktu bycia człowiekiem. Nie zależy od żadnego wyboru, działania ani cechy.

Równa godność wszystkich ludzi jest historycznym osiągnięciem ludzkości, którego nie można uznawać za oczywiste i które musi być nieustannie potwierdzane. Psychopata, reifikując drugą osobę, odbiera jej godność. Klinicysta podejmujący się terapii pacjenta psychopatycznego musi opierać się na silnej etyce *a priori*, która pomoże mu uznać godność pacjenta. W polu psychopatycznym presja, by zaprzeczyć godności drugiej osoby, może być silna, dlatego tym bardziej istotne jest, aby terapeuta zwracał uwagę na ten aspekt.

Uznanie godności drugiej osoby zawsze jest chwilowym osiągnięciem – nawet w tych sytuacjach klinicznych poczucie własnej godności i godności pacjenta będzie zmienne. Świadomość tych fluktuacji i ich znaczenia w kontekście tego, co dzieje się w terapii, jest fundamentalnie ważne, ponieważ poczucie własnej godności i godności pacjenta stanowi niezwykle czuły termometr ukazujący stopień psychopatii obecnej w polu, w którym jesteśmy zanurzeni.

5.5.4. Czwarty element: Współczucie

Współczucie to specyficzny element, który teoria pola pozwala nam wydobyć na światło dzienne, na co wskazywaliśmy już wcześniej. Pojawia się ono, gdy obecne są wszystkie trzy poprzednie warunki: możliwość leczenia, nieprzekupność (niesprzedajność) i godność. Jest czymś, co wyłania się samoistnie, gdy klinicysta potrafi trwać w polu psychopatycznym, jednocześnie różnicując siebie, czekając i nie próbując wymusić zmiany. Może minąć dużo czasu, zanim terapeuta pozwoli, aby to uczucie się pojawiło – w polu, które z definicji wyeliminowało wszelkie ślady ludzkiego współczucia. Dlatego terapeuta musi być przygotowany na możliwość, że to się nigdy wydarzy. Powinien czekać z łagodnością, która jest specyficzną postawą kliniczną i etyczną (Borgna, 2019).
Zdolność do odczuwania współczucia jest kluczową zmianą, którą klinicysta może wprowadzić w takie pole. To pierwszy krok ku możliwości odczucia bólu pacjenta, a to z kolei otwiera drogę do przeżywania depresji. Literatura uznaje to za punkt zwrotny w procesie terapeutycznym pacjentów psychopatycznych. Jednak prawdziwa zmiana terapeutyczna leży w zdolności terapeuty do otwarcia się na współczucie, które tkwi w zalążku w polu psychopatycznym.

Każdy może odczuć, że tym, czego brakuje w działaniach psychopaty, jest współczucie. Ten brak jest pustą przestrzenią, w której klinicysta przebywa ostrożnie, cierpliwie, precyzyjnie, z szacunkiem, wiernością, a być może nawet z ironią. Terapeuta wypełnia pustą przestrzeń współczucia swoją obecnością, która czeka na to uczucie – obce w psychopatycznym świecie. W tym przebywaniu bez jakiejkolwiek widocznej akcji, dokonuje fundamentalnego aktu, jakim jest użyczenie swojej cielesności (Marion, 2003), by poczuć ból, którego nie da się poczuć, i poczuć współczucie, które nie znajduje nikogo innego, kto mógłby je wypuścić na światło dzienne.

5.5.5. Krótki przypadek kliniczny.

Z., pacjent z psychopatycznym zaburzeniem osobowości[8]*, odnoszący wielkie sukcesy w branży finansowej, trafił na terapię w wieku 46 lat, po narodzinach syna. Ciąża jego partnerki była dla niego nieoczekiwana i niechciana, ale z różnych powodów społecznie korzystna, więc ostatecznie przez niego zaakceptowana. Z. to typowy, elegancko ubrany psychopata, przyzwyczajony do wykorzystywania ludzi dla swoich zawodowych celów,*

[8] To proces psychoterapeutyczny, pod moja superwizją. Tutaj odnoszę się do niego jako terapeuta.

którymi są zyski za wszelką cenę. W tajemnicy czerpie jednak satysfakcję, gdy jego sukces oznacza stratę dla konkurenta lub nawet klienta, o ile tylko jego udział w sprawie pozostaje niewidoczny. Jego życie seksualne jest rozwiązłe, często o charakterze przemocowym, czego jego partnerka nie do końca jest świadoma. Kłamstwa, manipulacja, uwodzenie i przemoc stanowią dla niego narzędzia sukcesu. Jednak po narodzinach syna coś się zmieniło. Z. zaczął doświadczać napadów niekontrolowanego gniewu, które doprowadziły go do fizycznych starć z innymi kierowcami podczas kłótni na drodze, do uderzenia starszego mężczyzny, który był nieuprzejmy wobec jego partnerki w kinie, oraz do brutalnego zdemolowania kuchni pewnej nocy, gdy jego partnerka odpowiedziała mu w sposób, który uznał za lekceważący. To skłoniło go do poszukania diagnozy terapeutycznej, by sprawdzić, czy „coś jest nie tak z jego mózgiem". Oczywiście, z jego punktu widzenia miał całkowitą rację we wszystkim, co zrobił, bo to nie jego wina, że prawie wszyscy mają IQ złotej rybki – powinni zostać eksterminowani dla dobra ludzkości, ale hipokryzja społeczeństwa na to nie pozwala. Niemniej jednak chce odzyskać samokontrolę, którą miał jeszcze niedawno.

Z. jest naprawdę bardzo inteligentny, jego sposób myślenia uderza i fascynuje mnie. Jest dobrze wykształcony, a jego logiczne, naukowe rozumowanie jest niepodważalne – potrafi dostrzec aspekty rzeczywistości, których ja sam nie zauważam. Jego cynizm jest tak gładki i przekonujący. Nie mogę nie podziwiać jego cech. Muszę jednak uważać, by nie dać się wciągnąć w rywalizację intelektualną, co byłoby dla nas obu walką o dominację, a jednocześnie nie ulegać uczuciom podziwu czy, przeciwnie, dezaprobaty i obrzydzenia. On już to wszystko zna – podziw i obrzydzenie to uczucia, które budzi w codziennych relacjach, więc nie potrzebuje płacić mi, by ich doświadczyć.

Stopniowo zaczyna wyłaniać się jego historia. Nie lubi o niej mówić i twierdzi, że to bezcelowe, ponieważ ma tylko mgliste wspomnienia, ale powoli pozwala mi zobaczyć fundamenty swoich doświadczeń. Porzucony w wieku dwóch lat przez uzależnioną od narkotyków matkę, nigdy nie poznał ojca i zamiast rodziców wychowywała go bogata ciotka, która nigdy się nim tak naprawdę nie zajmowała. Wychowywały go opiekunki, które ciotka ciągle zatrudniała, a potem zwalniała, uznając je za niegodne jej domu. Bał się ciemności i w ramach kary za każdym razem, gdy płakał, regularnie zamykano go w ciemnej komórce na szczotki lub bito srebrnym kandelabrem – nie pierwszą lepszą drewnianą łyżką. Szybko nauczył się powstrzymywać łzy. Egzystencja Z. wydaje mi się skrzyżowaniem możliwych

biologicznych predyspozycji, traumatycznego rozwoju i warunków społecznych, które zachęcają i nagradzają jego psychopatię.

Po dwóch latach terapii Z. opowiada mi, jak w wieku siedemnastu lat zmusił trzynastoletnią dziewczynkę, sąsiadkę z letniego domu nad morzem, do seksu. Jego ciotka zdusiła całą sprawę, płacąc rodzicom dziewczyny, ale potem go pobiła kandelabrem i ostrzegła, by następnym razem nie był tak głupi, by dać się złapać. Z. opowiada mi to wszystko spokojnym i beznamiętnym tonem, bez śladu poczucia winy ani świadomości cierpienia, jakie zadał dziewczynie. Historia mnie przeraża i czuję się zdezorientowany. Mam ochotę na niego krzyczeć, powiedzieć mu, że to, co zrobił, jest po prostu złe, że jest szalony, że ma stąd wyjść, że nigdy więcej nie chcę go widzieć. Ale potem myślę, że jeśli naprawdę jest szalony, to właśnie tu jest jego miejsce...

Dlaczego czułem tak silną potrzebę, by go odesłać? Uświadamiam sobie, że w jakiejś części mnie nie ma dla Z. miejsca i mam dziwne, zaskakujące poczucie, że on nie ma domu, że jest bezdomny, że nigdy się nie narodził jako dziecko. Ogarnia mnie osobliwy smutek, nie osobisty ani nie tylko dla niego, ale dla horyzontu nędzy, który otworzył się poprzez niego. Moje myśli są nielogiczne, ale wywołują silne mdłości. Pozwalam im dojrzewać w milczeniu. Nawet Z. milczy, co u niego nie jest normalne. Czuję grozę jego sytuacji, co jest dla mnie nowym doświadczeniem. Grozę braku domu, braku miejsca dla siebie. Nie miał go w łonie matki ani w ramionach ojca. Nie miał domu w rodzinnym domu ani u ciotki. Nie ma go i dzisiaj, ponieważ zrezygnował z poszukiwania swojego miejsca wśród ludzi, i nie ma go tu, bo mnie od niego odrzuca. Nie wiem, dlaczego. Czuję, że to nieuzasadnione i niewłaściwe, a nawet czuję winę za tamtą dziewczynę, za ból, który teraz odczuwam. Ale jednocześnie odczuwam z jego powodu jakiś rodzaj cierpienia. Powstrzymuję swoje emocje, są zbyt silne; gdybym im uległ, zacząłbym płakać i szlochać. Nic nie mówię. Po prostu oddycham, pozwalając, by wszystko było takie, jakie jest. Z. obserwuje mnie. Nie jestem pewien, co dzieje się za jego oczami, ale pojawia się jakaś forma porozumienia, być może bez treści, ale istniejąca. Przez chwilę czuję, że jesteśmy w tym samym czasie i miejscu.

Sesja kończy się bez dalszych wydarzeń, jedynie zamykając nową otchłań, która się otworzyła, a w której, być może, mieliśmy nowe doświadczenie kontaktu.

Na następnej sesji Z. wkracza z pewnością siebie i mówi mi, że jest faszystą, że tylko faszyści rozumieją, jak działa świat. Moja reakcja to desperacka nuda, coś w rodzaju: „Znowu to

samo...", ale w jego spojrzeniu jest coś ironicznego, co sprawia, że pozostaję czujny i uważny. Wyjaśnia, że prawdziwy faszysta nie ma nic wspólnego z karykaturami, które zamieszczają w historii i które w ostatnich czasach wypełniają gazety. Prawdziwy faszysta to ktoś, kto wierzy w coś, za co byłby gotów oddać życie; jest bezkompromisowy, uosobienie integralności. Zaczynam zdawać sobie sprawę, że może przynosi coś nowego, zapakowanego w stare opakowanie, ale nowego — ideę bycia całością, nieakceptowania kompromisu, umierania raczej niż tracenia własnej godności, która jaskrawo kontrastuje z uwodzicielską i kłamliwą manipulacją, która charakteryzowała jego życie. Jaka nowość, prawie ją przeoczyłem! Następnie mówi mi, że byłby gotów umrzeć za kogoś, że byłby gotów umrzeć za mnie — zupełnie poważnie. Pozostaję osłupiały i bez słów. Uśmiecha się, wie, że przekroczył granicę, ale wierzy też, że wierzę w jego słowa. Spoczywa na nas ogromny ciężar. Próbuję to złagodzić, mówiąc z uśmiechem: „Cóż, nigdy nie myślałem, że pewnego dnia prawdziwy faszysta mógłby uratować mi życie!" To zdanie sprawia, że atmosfera staje się lżejsza i obaj się śmiejemy. Jednak od tego momentu zaczynają pojawiać się u Z. doświadczenia depresyjne - stają się coraz bardziej obecne, silniejsze i martwiące. I zdrowe.

6. Rola Judasza: prowokacyjne zakończenie

Reifikacja drugiego człowieka, pozbawiona refleksji nad wywołanym złem, jest charakterystyczną cechą pola psychopatycznego. Ale czy nie jest to przypadkiem jedna z najpotężniejszych sił działających w dzisiejszym społeczeństwie? Społeczeństwo oparte na kapitale, maniakalnej, przyspieszonej konsumpcji jest nieustannie napędzane przez alienujące siły, które traktują ludzi jak przedmioty. Czy psychopatia nie może być epifenomenem, który ujawnia ukryty, powszechny ból wynikający z faktu, że nie jesteśmy podmiotami? Czy to, co obserwujemy w doświadczeniu klinicznym i codziennych doniesieniach medialnych, może być ekstremalnymi, wyrazistymi lub mniej społecznie syntonicznymi przejawami normalnego, wszechobecnego fenomenu, który niemal konstytuuje nasze organizacje społeczne?

Jeśli odwrócimy perspektywę - nieco prowokacyjnie - obraz stanie się jeszcze bardziej złożony. A co, jeśli to psychopaci najlepiej identyfikują się z dominującymi siłami społecznymi i najlepiej się do nich przystosowują, co czyni ich - paradoksalnie - najmniej antyspołecznymi spośród nas wszystkich? Oczywiście, są to jedynie prowokacje, ale istotne jest, byśmy nigdy nie zapominali, że tło społeczne jest zawsze obecne, nawet w indywidualnych historiach oraz w każdej diagnozie i w każdym opisie psychopatologicznym

(Gecele, 2013). Jest to szczególnie ważne w pracy klinicznej, aby zrozumieć, że my sami i nasi pacjenci jesteśmy ziarnami piasku, w których można zobaczyć cały świat (Blake, 1863) oraz że pole społeczne może wspierać lub utrudniać procesy terapeutyczne. Ta perspektywa jest również konieczna, by uniknąć nieświadomego poddania się siłom społecznym i odgrywania ich dynamik, za których konsekwencje będziemy musieli zapłacić. Pomaga nam to w mówieniu "nie" i w przełamywaniu konfluencji z siłami społecznymi.

To spojrzenie przypomina także fundamentalne pytanie egzystencjalne, które zajmowało założycieli terapii Gestalt (Laura Perls, 1992; Goodman, 1968a; 1968b), a mianowicie kluczowe pytanie teodycei: "unde malum?" - skąd bierze się zło? To pytanie stawia Hiob, niewinny i prawy człowiek, któremu Bóg zabrał wszystko: majątek, dzieci i zdrowie (Poma, 2005). Jeśli Bóg jest dobry i wszechmocny, to dlaczego dobrzy ludzie cierpią? Jest to pytanie, które należy do nas wszystkich, gdy doświadczamy cierpienia.

Jedna z możliwych, radykalnych odpowiedzi brzmi, że bez zła nie mogłyby istnieć owoce tej transformacji, która "destyluje" cierpienie w piękno, brak w obecność. Poprzez ten proces powstaje szczególna i unikalna jakość miłości, która może narodzić się jedynie w istotach ograniczonych, takich jak my, ludzie. Żaden Bóg, właśnie przez wzgląd na swoją wszechmoc, nie byłby w stanie jej wytworzyć. Jeśli więc Bóg istnieje, to potrzebuje nas, abyśmy stworzyli ją dla niego. Kreacja miłości z bezsilnego bólu jest możliwa jedynie dla istoty ograniczonej, która jest konstytutywnie zanurzona w cierpieniu i dlatego ma ona możliwość jego przekształcania.

To spojrzenie ujawnia przedsięwzięcie, w które angażuje się cała ludzkość: produkcję unikalnej miłości, którą tylko my jesteśmy w stanie stworzyć. A w miarę jak jesteśmy skłonni dążyć do piękna, jesteśmy nieuchronnie twórczy. Jak mówi Bhagawad Gita (4:11): "Gdziekolwiek by nie byli, ludzie podążają moimi śladami" (Francesetti, 2012).

Być może nawet Judasz i zdrajcy jak on, którzy popełniają zło, mają do odegrania swoją rolę, dźwigając na swoich barkach - cierpienie - to, co w historii jest nie do zniesienia, aby mogło wyjść na światło dzienne i zostać przekształcone.

Literatura

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition, text revision). Washington DC: APA.

Anders G. (1964). *Wir Eichmannsöhne: Offener Brief an Klaus Eichmann.* München: Beck (eng. trans.: *We Sons of Eichmann. Open Letter to Klaus Eichmann*. http://anticoncept.phpnet.us/eichmann.htm).

Ardizzi M., Martini F., Umiltà M.A., Evalngelista V., Ravera R., Gallese V. (2015). Impact of Childhood Maltreatment on the Recognition of Facial Expressions of Emotions. *PloS ONE*, 10(10): e0141732.

Arendt H. (1958). *The Human Condition*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Arendt H. (1963). *Eichmann in Jerusalem. A Report on the Banality of Evil*. New York: Penguin. Athens L. (1992). The Creation of Dangerous Violent Criminals. Chicago: University of Illinois Press.

Baron-Cohen S. (2011). *The Science of Evil. On Empathy and the Origins of Cruelty.* New York: Basic Books.

Bauman Z. (2011). A Natural History of Evil. In: *Collateral Damages. Social Inequalities in a Global Age.*

Cambridge: Polity Press.

Blake W. (1863). Auguries of Innocence. In: *The Pickering Manuscript*. Whitefish, MT: Kessinger, 2004. Bloom D. (2013a). Situated Ethics and the Ethical World of Gestalt Therapy. In: Francesetti G., Gecele M.

and Roubal J. (eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.* Milano: FrancoAngeli, pp. 131-148.

Bloom D. (2013b). Reflection: In Dialogue with Philip Lichtenberg's 'Exclusive and Inclusive Aggression': A Window to the Next Resistance. *Gestalt Review*, 17, 3: 284-289.

Bloom D. (2018). Evil: the Sight That Cannot Be Seen; the Speaking That Cannot Be Said. In: Spagnuolo Lobb M, Bloom D., Roubal J., Zeleskov Djoric J., Cannavò M., La Rosa R., Tosi S., Pinna V. (eds.), *The Aesthetic of Otherness: Meeting at the Boundary in a Desensitezed World. Proceedings.* Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Publishing Co.

Bloom D. (2019). From the Night Before Being: Contacting the Other. *Gestalt Review*, in press.

Böhme G. (2017). *The Aesthetics of Atmospheres*. New York, NY: Routledge.

Bongers D. (2013). Violent Behaviours. In: Francesetti G., Gecele M. and Roubal J. (eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano: FrancoAngeli, pp. 679-696.

Bonhoeffer D. (2015). *La fragilità del male. Scritti inediti*. Milano:
Piemme. Borgna E. (1988). *I conflitti del conoscere*. Milano:
Feltrinelli.

Borgna E. (2019). *La follia che è anche in noi*. Torino: Einaudi.

Browning C.R. (2001). *Ordinary Men: Reserve Police Battalion 101 and the Final Solution in Poland*. London: Penguin.

Buber M. (1923). *I and Thou*. New York, NY: Touchstone.

Buber M. (1953). The History of the Dialogical Principle. In: *Between Man and Man*. Oxford: Routledge and Kegan Paul.

Cleckley H. (1941). *The Mask of Sanity. An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality*. Oxford: Mosby.

Damasio A. (2010). *Self Comes to Mind. Constructing the Conscious Brain*. New York: Pantheon Books.

Denham-Vaughan S. (2009). Ravishing Beauty: in Our Darkest Hours What Will Sustain Us? *British Gestalt Journal*, 18, 2: 28-29.

Dazzi S., Madeddu F. (2009). *Devianza e antisocialità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Djoric, J. Z., Cannavo, M., & Medjedovic, J. (2016). Emerging beauty beyond freedom: Gestalt therapy approach with offenders using CORE and CHAP instrument. In J. Roubal (Ed.), *The world of contemporary Gestalt therapy. Towards a research tradition in Gestalt therapy* (pp. 314-334). Newcastle upon Tyne, United Kingdom: Cambridge Scholars Publishing.

Eagle M.N. (2010). *From Classical to Contemporary Psychoanalysis. A Critique and Integration*. New York, NY: Routledge.

Englebert J. (2019). The Psychopathology of Psychopaths. In: Stanghellini G., Broome M., Raballo A., Fernandez A.V., Fusar-Poli P. and Rosfort R. (eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology.* Oxford: Oxford University Press.

Fonagy P. (1997). Attachment. The Development of the Self, and Its Pathology in Personality Disorders. In: Maffei C., Derksen J. and Groen H. (eds.), *Treatment of Personality Disorders*. New York: Plenum Press,

pp. 53-68.

Fonagy P. and Target M. (1997). Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-organization.

Development and Psychopathology, 9(4): 679-700.

Francesetti G. (2012). Pain and Beauty. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact. *British Gestalt Journal*, 21,2: 4-18.

Francesetti G. (2013). The Emergent Suffering. Field Perspective on Psychopathology in Gestalt Therapy. In: Klaren G., Levi N., Vidakovic I. (eds.), *Yes, We Care! Social, Political and Culturale Relationships as Therapy's Ground. A Gestalt Perspecitve.* The Netherlands: EAGT, chapter 6.

Francesetti G. (2015). From Individual Symptoms to Psychopathological Fields. Towards a Field Perspective on Clinical Human Suffering. *British Gestalt Journal*, 24, 1: 5-19.

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.

Francesetti G. (2019a). *Fundamentos de psicopatología fenomenológico-gestáltica: una introducción ligera*.

Madrid: Los Libros del CTP.

Francesetti G. (2019b). The Field Strategy in Clinical Practice: Towards a Theory of Therapeutic Phronesis. In: Brownell P. (ed.), *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy (2nd edition)*. Newcastle Upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing.

Francesetti G. and Gecele M. (2009). Gestalt Therapy Perspective on Psychopathology and Diagnosis. *British Gestalt Journal*, 18,2: 5-20.

Francesetti G. and Griffero T. (eds.) (2019). *Psychopathology and Atmospheres. Neither Inside nor Outside*.

Newcastle Upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing.

Francesetti G. and Roubal J. Field Theory in Contemporary Gestalt Therapy. Towards a Field Based Clinical Practice. *Gestalt Review*, forthcoming.

Galimberti U. (2002). *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica.* Milano: Feltrinelli.

Gecele M. (2013). Introduction to Personality Disturbances. Diagnostic and Social Remarks. In: Francesetti G., Gecele M. and Roubal J. (eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.* Milano: FrancoAngeli, pp. 601-608.

Gibson M. (2002). *Born to Crime: Cesare Lombroso and the Origins of Biological Criminology*. Westport: Praeger.

Glenn A.L. and Raine A. (2014). *Psychopathy: an Introduction to Biological Findings and Their Implications*.

New York: New York University Press.

Goodman P. (1947). *Communitas: Means of Livelihood and Ways of Life*. New York, NY: Vintage Books. Goodman P. (1960). *Growing Up Absurd. Problems of Youth in the Organized Society*. New York: Vintage

Books.

Goodman P. (1968a). In: Pursglove, P. D. (1968). *Recognitions in Gestalt Therapy*. Oxford, UK: Funk & Wagnalls.

Goodman P. (1968b). In: Pursglove, P. D. (1968). *Recognitions in Gestalt Therapy*. Oxford, UK: Funk & Wagnalls.

Greenwald H. (1974). *Treatment of the Psychopath*. In: Greenwald H. (ed.), *Active Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, pp. 363–377.

Griffero T. (2017). *Quasi-Things. The Paradigm of Atmospheres*. Albany, NY: SUNY Press.

Heidegger M. (1954). *The Question Concerning Technology, and Other Essays*. Harper Perennial Modern Thought.

Hare R.D. (1980). A Research Scale for the Assessment of Psychopathy in Criminal Populations. *Personality and Individual Differences*, 1: 111-120.

Hare R.D., Hart S.D. and Harpur T.J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV Criteria for Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3): 391-398.

Kernberg O. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions.* New Haven-London: Yale University Press.

Lackmann F.M. (2001). *Transforming Aggression: Psychotherapy with the Difficult-to-Treat Patient.* Lanham, MD: Jason Aronson.

Lapides A. *Hate in the Field: A Dialogue. Alienation of Otherhood*. Forthcoming.

Lévinas E. (1961). *Totality and Infinity. An Essay on Exteriority*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1969. Lévinas E. (1990). *Alterity and Transcendence*. New York: Columbia University Press.

Lingiardi V. (2018). *Diagnosi e destino.* Torino: Einaudi.

Lingiardi V. and McWilliams N. (eds.) (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2).* New York: Guilford Press.

Marion J.-L.(2003). *The Erotic Phenomenon*. Chicago, IL: University of Chicago Press. McLuhan M. (1964). *Understanding Media. The Extensions of Man*. New York: McGraw-Hill. Mc Williams N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York-London: The Guilford Press.

Meloy J.R. (1988). *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics and Treatment.* Lanham, MD: Jason Aronson. Milgram S. (1974). *Obedience to Authority. An Experimental View*. London: Tavistock.

Mucci C. (2013). *Beyond Individual and Collective Trauma. Intergenerational Transmission, Psychoanalytic Treatment, and the Dynamic of Forgiveness*. London: Routledge.

Orange D.M. (2018). My Other's Keeper. Resources for the Ethical Turn in Psychotherapy. In: Spagnuolo Lobb M, Bloom D., Roubal J., Zeleskov Djoric J., Cannavò M., La Rosa R., Tosi S., Pinna V. (eds.), *The Aesthetic of Otherness: Meeting at the Boundary in a Desensitized World. Proceedings.* Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Publishing Co.

Parlett M. and Lee R.G. (2005). Contemporary Gestalt Therapy: Field Theory. In: Woldt A.L. and Toman S.M. (eds.), *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 41-63.

Perls F. (1942). *Ego, Hunger and Aggression. A Revision of Freud's Theory and Method*. London: G. Allen & Unwin, 1947.

Perls F., Hefferline R. and Goodman P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality.* Gouldsboro, ME, Gestalt Journal Press, 1994.

Perls L. (1992). *Living at the Boundary*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.

Pirandello L. (1921). *Six Characters in Search of an Author*. In: *Six Characters in Search of an Author and Other Plays (trans. by M. Musa).* London: Penguin Classics, 2010.

Pope A. (1711). *An Essay on Criticism.* London: The British Library,

2010. Poma A. (2005). *Parole vane*. Milano: Apogeo.

Raine A. (2014). *The Anatomy of Violence: the Biological Roots of Crime.* New York: Vintage Books.

Robine J.-M. (2001). From the Field to the Situation. In: Robine J.-M. (ed.), *Contact and Relationship in a Field Perspective.* Bordeaux: L'Exprimerie, pp. 95-107.

Rosa H. (2010). *Alienation and Acceleration. Towards a Critical Theory of Late-Modern Temporality*. Aarhus: Aarhus University Press.

Roubal J. and Francesetti G. Field Theory in Contemporary Gestalt Therapy. Paradoxical Theory of Change Reconsidered. *Gestalt Review*, forthcoming.

Salonia G., Spagnuolo Lobb M. and Sichera A. (1996). Prefazione. In: Perls F., Hefferline R. and Goodman P., *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio.

Severino E. (1998). *Il destino della tecnica*. Milano: Rizzoli.

Spagnuolo Lobb M. and Francesetti G. (2015). La normalità creativa. *PNEI Rreview*, 6: 58-67.

Staemmler F.M. (2006). A Babylonian Confusion? On the Uses and Meanings of the term Field. *British Gestalt Journal*, 15,2: 64-83.

Stanghellini G., Broome M., Raballo A., Fernandez A.V., Fusar-Poli P. and Rosfort R. (eds.) (2019). *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology.* Oxford: Oxford University Press.

Stone M.H. (2006). *Personality-Disordered Patients: Treatable and Untreatable*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Waldenfels B. (2011). *Phenomenology of the Alien: Basic Concepts*. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Weil S. (1952). *Gravity and Grace*. Trans. by E. Crawford and M. von der Ruhr. London and New York: Routledge, 2002.

Wiesing L. (2014). *The Philosophy of Perception. Phenomenology and Image Theory.* London: Bloomsbury. Wollants G. (2008). *Gestalt Therapy. Therapy of the Situation*. London: Sage.

Zimbardo P.G. (2008). *The Lucifer Effect. Understanding How Good People Turn Evil*. London: Random ouse Trade.