Alicja Głutkowska-Polniak

„Jestem niewystarczający/a aby mnie kochać” - terapeuta wobec udepresyjnionego pola

Wprowadzenie

Doświadczenie depresyjne ujawnia się zarówno na poziomie nastroju, motywacji, funkcjonowania, jak i relacji. Osoba depresyjna może przeżywać smutek, odrętwienie, znużenie, niepokój, anhedonię, zastój żywotności, bierność i niemożność podjęcia satysfakcjonującego działania. Często towarzyszą temu również obniżona samoocena, poczucie winy i bezwartościowości, a także myśli rezygnacyjne. W modalności Gestalt terapeuta nie pozostaje zewnętrznym obserwatorem - współtworzy pole z klientem/ką, jest zatem wciągany w tego rodzaju dynamikę pola i musi się z nią mierzyć. Celem niniejszego artykułu jest przyjrzenie się temu, co dzieje się w udepresyjnionym polu, którego terapeuta doświadcza wraz z klientem/ką, a także sposobom radzenia sobie z pojawiającymi się w nim trudnymi przeżyciami. Szczególna uwaga zostanie też poświęcona możliwościom wykorzystania pola jako źródła informacji oraz narzędzia pracy terapeutycznej z osobą doświadczającą depresji.

Doświadczenie depresyjne

Czym jest doświadczenie depresyjne? W DSM-5 epizod depresyjny jest uznawany za jeden z najczęstszych problemów, z powodu którego pacjenci szukają pomocy. Epizod musi trwać co najmniej 2 tygodnie i mieć co najmniej 5 objawów z podanych: obniżony nastrój, utrata przyjemności, utrata łaknienia, znużenie, zahamowanie psychoruchowe, niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy, problemy z koncentracją, myśli samobójcze (Morrison, 2016, s. 133). W ICD-11 zaburzenia depresyjne wywodzą się z zaburzeń nastroju i są wpisane w blok L2-6A7 (Kozłowiec M., Maruszewska P., Rudecko T., Sobolewska-Nowak J., 2022, s. 95) i opisane są podobnie jak w DSM-5.

Nancy McWilliams, psychoanalityczka, zastanawia się nad przyczynami doświadczenia depresyjnego, i jako jedną z istotniejszych, podaje stratę obiektu, co w efekcie skutkuje przedwczesną separacją dziecka. To prowadzi do pojawienia się różnych obron, chroniących opiekuna w oczach dziecka, które w modalności Gestalt moglibyśmy nazwać najpierw twórczą adapatacją, a następnie w toku pojawiających się trudności, relacyjnymi usztywnieniami. „Jednostki o introjekcyjnej psychice depresyjnej wierzą, że w głębi duszy są złe. Rozpaczają z powodu własnej chciwości, egoizmu, żądzy

współzawodnictwa, próżności, dumy, złości, zawiści, pożądliwości. Uważają wszystkie te normalne aspekty ludzkiego doświadczenia za niebezpieczne i nieprzyzwoite. Martwią się, że są z natury destrukcyjne. Lęki te mogą przyjąć wyraz oralny (boje się, że mój apetyt zniszczy innych), analny (mój bunt i sadyzm są niebezpieczne) lub bardziej edypalny (moje pragnienie rywalizowania o miłość i zdobycia jej, jest złe)" (McWilliams, 2021, s. 290). Poczucie odrzucenia doprowadza osobę z doświadczeniem depresyjnym do przekonania, że nie zasługuje na przyjęcie, że jest niegodna i niewystarczająca, by można było ją pokochać.

W podejściu Gestalt, u osób z doświadczeniem depresyjnym, również zakłada się utratę kontaktu ze środowiskiem i mówi o przedwczesnej pacyfikacji w ramach przymierza z introjektowanym autorytetem i wycofaniu swoich potrzeb. Tworzy się w ten sposób drętwota rezygnacji: „dziecko z konieczności się poddaje (…). Najczęstszą reakcją jest jednak uczucie otępienia, paraliż lub inna forma tymczasowego wyparcia. Jednakże po tym jak natychmiastowy kryzys przechodzi, jeśli okoliczności nie sprzyjają znalezieniu bardziej obiecującego rozwiązania, dalszy konflikt jest unikany, i self przestaje działać agresywnie, następuje bardziej znośna sytuacja ustabilizowanego wyparcia; człowiek rezygnuje" (Perls, Hefferline, Goodman, 2004, t.1, s. 278, Lamy, 2022, s. 144). Zaburzenie depresyjne jako takie jest patologicznym usztywnieniem pierwotnie użytecznego mechanizmu, ponieważ samo zachowanie/przystosowanie depresyjne jest adaptacyjne, szczególnie wtedy kiedy sytuacja nie daje nadziei, a aktywność staje się zbyteczna; jest to forma oszczędzania wewnętrznych zasobów. Depresyjne przystosowanie służy jako mechanizm do radzenia sobie w beznadziejnych przypadkach i jest procesem funkcjonowania w przytłaczającej sytuacji, a nie formą obrony przed nią. Hamuje niebezpieczne i bezwartościowe działania, w których organizm nie posiada wewnętrznych zasobów lub strategii realnej do wcielenia w życie. Oszczędza energię w okolicznościach, które prowadzą do nieosiągalnych celów. Te korzyści zachowały depresyjne przystosowanie w toku ewolucji jako korzystny mechanizm adaptacyjny (Roubal, 2007, s. 7). Dobrym przykładem twórczego wykorzystania depresyjnego przystosowania jest żałoba Jest to czas zatrzymania, rozważenia zmienionej egzystencjalnej sytuacji i podjęcia decyzji, co do alternatywnych strategii. Niestety, każdy pierwotnie przydatny adaptacyjny mechanizm może przekształcić się w usztywniony gestalt, a osoba z już utrwalonym wzorcem depresyjnym będzie doświadczała braku miłości, czuła się poniżana, zamknięta w pułapce, bezsilna i nie potrafiąca zmobilizować się do odmiennej reakcji (Francesetti, Roubal, 2017, s. 538).

Depresja jest ogólnie przyjętą nazwą medyczną. Wpływają na nią czynniki biologiczne, jak i socjopsychologiczne. W formowaniu się depresji rolę odgrywają niewątpliwie również predyspozycje genetyczne. Jednocześnie one same nie tworzą depresji. Są odpowiedzialne za określoną, szczególną wrażliwość człowieka, który w wymagających sytuacjach reaguje w sposób depresyjny. Współczesne teorie biologiczne wskazują w depresji na deficyt neuroplastyczności. Centralny układ nerwowy traci zdolność do elastycznej reakcji na bieżącą sytuację. Mózg funkcjonuje wówczas w sztywny,

stereotypowy sposób i wykazuje charakterystyczne zmiany w aktywności i neurotransmisji. Ta teoria niemalże wprost opisuje usztywniony gestalt z biologicznego punktu widzenia. Badania wykazują, że stosowanie antydepresantów może wspierać odblokowanie takich usztywnionych stanów i służyć przywróceniu elastycznej plastyczności połączeń pomiędzy komórkami nerwowymi (Roubal, 2007, s. 8).

Self i relacyjny wymiar cierpienia

W doświadczeniu depresyjnym z punktu widzenia modalności Gestalt, self przestaje reagować elastycznie na bieżącą sytuację i zaczyna organizować się w usztywniony sposób jako beznadziejne, bezsilne i niepewne. Depresyjna osoba stara się radzić sobie z emocjami, wycofując się z kontaktu z innymi i blokując doświadczanie. Sądzę, że w doświadczeniu takim self korzysta w dużym stopniu z komponenty introjekcji i retrofleksji jako podstawowych stylów kontaktowania się z otoczeniem. Agresja self, by sięgnąć i dostać, na skutek doświadczanych porażek, obraca się przeciwko własnemu self. Poprzez introjekcję osoba próbuje uzyskać kontakt, jednak ten zostaje utracony (utrata miłości), zagubiony i nie sposób go odzyskać. Retrofleksja powoduje, że kurczą się impulsy intencjonalności, energia osoby kieruje się przeciwko osobowości i ciału, pojawia się uczucie osamotnienia, choroby, poczucie winy, frustracja. To, co daje nadzieję terapeucie Gestalt w leczeniu osoby z doświadczeniem depresyjnym, to wiara w potencjał jaki posiada self. Carmen Vazquez Bandin opisuje self „jako elastyczny proces czasowy, który syntetyzuje doświadczenia, nadaje znaczenie naszemu życiu, i który wyłania się z *id sytuacji,* rozwija się nadając kształt figurze w <<my>>, by zakończyć się indywidualizacją i indywidualnością z asymilacją wspólnego doświadczenia" (Vazquez Bandin, 2021, s. 32). Psychoterapia Gestalt ma tu zatem pole do działania, ponieważ self jako takie jest aktywne, kreatywne, elastyczne i wciąż na nowo może syntetyzować doświadczenia. W relacji klient/ka - terapeuta, self tego pierwszego ma szanse doświadczyć czegoś nowego, znaczącego. „Self jest organizatorem kontaktu, katalizatorem doświadczenia i artystą życia" (Robine, 2021, s. 308). Szczególnie ta ostatnia cecha self wskazuje na kreatywny, twórczy aspekt. Zaoferowanie zatem pacjentowi w terapii, zarówno korektywnej relacji, jak i eksperymentu, które pozwolą na rozpuszczenie utrwalonego gestaltu, będzie drogą do przywrócenia żywotności i naturalnej agresji.

W doświadczeniu depresyjnym psychoterapia, stosowana jako samodzielna metoda lub w połączeniu z antydepresantami, jest obecnie uważana za skuteczny sposób leczenia. Z większości badań wynika jasno, że różne metody psychoterapii mają zbliżoną skuteczność w leczeniu depresji. W psychoterapii Gestalt etykieta depresji, a nawet zaburzeń depresyjnych jako takich, nie funkcjonuje. Występuje raczej płynne rozróżnienie między doświadczeniem zdrowym a doświadczeniem patologicznym. Doświadczenie depresyjne można by nazwać swego rodzaju cierpieniem relacji w kontakcie granicznym, a nie tylko subiektywnym cierpieniem podmiotu. „Zaburzeniu podlega

najpierw nie tyle wymiar intrapsychiczny ani nawet intraorganizmiczny, ile sama egzystencja jako bycie w świecie" (Blaize, 2024, s. 59). Zamiast wzrostu i rozwoju osoba cierpiąca doświadcza stagnacji i regresu. Jej niemożność wyjścia poza usztywniony gestalt powodują „cierpienie i <<głód> >, emocjonalną i relacyjną anemię" (Vazquez Bandin, 2021, s. 39). Osoba taka jest niedożywiona, ponieważ jej style kontaktowania zubożają, niekiedy znacząco, czerpanie pokarmu z relacji. Najistotniejsze jednak jest to, że nie jest to cierpienie samego podmiotu, i to nie tyle konkretna osoba cierpi z powodu doświadczenia depresyjnego, co relacja między nią a światem. Patologia zatem tkwi w tym, co „pomiędzy". „Podmiot jest wrażliwym i kreatywnym odbiorcą cierpienia: podmiot może odczuwać ból. Cierpienie może być postrzegane i kreatywnie wyrażane przez podmiot, wyłania się ono jednak z kontaktu granicznego. Pośrednikiem tego uczucia (wszystkich uczuć) jest self będące funkcją kontaktu" (Francesetti, Gacele, Roubal, 2017, s. 81.). Doświadczenie depresyjne zatem będzie brakiem znaczącego kontaktu i będzie wyrażało ten brak. Przekładając tę wiedzę na praktykę terapeutyczną, będzie oznaczało to dla terapeuty uważne bycie w relacji, bycie w pełni obecnym na granicy kontaktu, bo tylko wtedy terapia „jest w stanie rozwiązać konkretne problemy dotyczące ludzkich relacji" (Spagnuolo Lobb, 2021, s. 364).

Cierpienie depresyjne jest triadyczne: odczuwane subiektywnie, relacyjnie i w polu. Subiektywnie, ponieważ klient przychodzi z cierpieniem i go doświadcza po swojemu. Relacyjnie, bo cierpienie wydarza się pomiędzy klientem/ką a światem, ale też klientem/ką a terapeutą. W zwykłej codziennej relacji nie każda ze stron będzie odczuwała cierpienie spowodowane doświadczeniem depresyjnym, w terapii natomiast terapeuta, jeśli ma pomóc klientowi/tce, musi pozwolić sobie go doświadczyć. Ostatnie - cierpienie wynikające z pola, jest jeszcze czymś innym - zakotwicza to doświadczenie w relacji, ale też nadaje tej relacji znaczenie. Bardzo istotne w psychoterapii Gestalt jest to, co się wyłania z pola, zobaczenie tych sił i treści, zrozumienie, spojrzenie na nie niejako z metaperspektywy przez terpaeutę, który jednocześnie stanowi tło dla pojawiających się figur. Jest to dodatkowe wsparcie dla relacji, forma ugruntowania czasoprzestrzennego dla całości relacyjnej. Terapeuta jest w tej sytuacji otwarty na intencjonalność kontaktu, która usiłuje się wyłonić. Ważne jest, by wraz z klientem/ką stworzyć atmosferę/przestrzeń sprzyjającą pojawieniu się trudnych, często wypartych treści relacyjnych, otworzyć się na dostępność tych treści; terapeuta czuje, znosi i daje oparcie klientowi/tce. W doświadczeniu depresyjnym będzie to „podróż przez najbardziej spustoszone i bolesne krainy ludzkiej duszy" (Francesetti, Roubal, 2017, s. 521). Ważne jest, by w tej podróży nie zagubić się, płynnie przechodzić z profesjonalnego poziomu Ja-To, na poziom ludzkiego spotkania Ja-Ty (Buber, 1992, s. 47).

Teoria pola jako rama rozumienia depresji

Zanim przejdę do głębszej analizy doświadczenia depresyjnego, ważne jest, by wyszczególnić jakie aspekty pola wchodzą w jego teorię i jakie cechy ono posiada. Gro Skottun i Ashild Kruger (za Kurtem Lewinem) podają 3 podstawowe cechy pola: „zasadę współzależności sił pola, zasadę tu i teraz oraz trzecią, czyli znaczenie potrzeb w regulacji" (Skottun, Kruger, 2023, s. 28). Pierwsza z nich, mówi o tym, że wszystkie części systemu są ze sobą połączone, a zmiana w jednej wpływa na wszystkie pozostałe. Klient/ka i terapeuta współtworzą pole w gabinecie, oboje wpływają na kształtowanie się procesu. Wszystko, co zostaje w tym procesie stworzone, odbywa się według drugiej zasady – tu i teraz. Relacyjne doświadczenie klienta zawsze odbywa się w teraźniejszości, nawet jeśli dotyczy tam-i-wtedy. Do tego dochodzi dodatkowa regulacja pola poprzez potrzeby, co oznacza, że dopiero kiedy można domknąć gestalt, dokończyć zadanie i zrealizować jakąś potrzebę, można pójść dalej. Inaczej klient/ka pozostaje w usztywnionych strukturach i schematach, które zatrzymują taką osobę w miejscu. Zatem aby coś zmienić, trzeba zmienić postrzeganie pola.

Osoby z doświadczeniem depresyjnym często uważają, że stoją w miejscu, a w ich relacjach obecne jest powtarzanie schematu „nie mogę po nic sięgnąć". Próba przełamania tego powtarzalnego stylu kontaktowania za pomocą samej woli jest zwykle bezcelowa. Impas odczuwany w polu jest trudnością, która ma zmobilizować energię klienta do przełamania. Istotne jest to, by to nie terapeuta dążył do przekroczenia impasu, który współodczuwa. Jest to dość bierny, ale potrzebny etap trwania w dyskomforcie pola. „Można powiedzieć, że impas jest jednym z momentów samoregulacji, takim w którym na pozór wszystko się zatrzymało, ale w którym pracuje <<to>>" (Blaize, 2024, s. 56). Chodzi tu zarówno o funkcję id (to) klienta/ki (przedrefleksyjne pragnienia, potrzeby, doznania), ale też *id pola*. W doświadczeniu depresyjnym id (zarówno klienta, jak i pola) też ulega zakłóceniu. Osoba taka nie może wykonać „ruchu do" połączenia, niemożliwe więc staje się współtworzenie figury kontaktu, a impas staje się tłem. Jednak *id pola* to tło, w którym terapeuta i klient/ka tworzą większą sumę elementów, niż tylko dwoje siedzących naprzeciwko ludzi, kreują spotkanie i dają szanse na wyłonienie się jakiegoś nawet bardzo subtelnego sensu, figury. Choć w przypadku osób z doświadczeniem depresyjnym nie będzie to łatwe, to jednak jest możliwe, ponieważ tym, co dane w sytuacji, w polu jest coś więcej - spotkanie to zetkniecie się ze sobą, cicha komunia, gesty, spojrzenia, wyraz twarzy, błysk w oczach, drżenie ust itp. „Świadomość *id sytuacji* umiejscawia nas w królestwie czucia, wewnątrz pola nierefleksyjnego doświadczenia, w świecie zamieszkanym przez Drugiego. Doświadczenie to zaprasza nas do pozostawienia naszych uszu otwartych na to, co szepcze w polu; postrzegamy subtelności dominujących sygnałów obecnych w sytuacji i słuchamy, jak to ujął Marlau-Ponty, głosów ciszy wyrażanych językiem bezpośrednim" (Botelho Alvim, 2021, s. 457). Na tym poziomie relacyjnym, najprawdopodobniej uruchomiona zostanie też funkcja estetyczna terapeuty: jego zdolność do współtworzenia form, które zostaną wprawione w ruch (Robine, 2016, s. 14). Ruch natomiast zmienia postrzeganie pola, przekształca się zatem również relacja i sam podmiot jej doświadczający.

Kolejnym istotnym czynnikiem dla zrozumienia działań terapeuty Gestalt w polu, jest rozróżnienie trzech różnych pojęć: pola fenomenalnego, pola fenomenologicznego i pola psychopatologicznego. W terapii zawsze mamy do czynienia z tą trójcą jako całością, jednak to, co terapeuta wychwyci w polu, z czym się świadomie i refleksyjnie zetknie, zależy od jego kompetencji. Pole fenomenalne jest swego rodzaju „atmosferą sytuacji, w której poruszają się siły warunkujące pojawienie się zjawisk. Te siły pola są intencjonalnościami: wewnętrznymi napięciami zmierzającymi do spełnienia się potencjalności sytuacji" (Francesetti, Roubal, 2020, s. 3). Dzięki tym siłom terapeuta i klient wyłaniają niejako z *tu-i-teraz* sytuacji, i są funkcjami pola fenomenalnego. Pole to jest doświadczane, a nie wybierane, jest jak fala, która zabiera. Z kolei pole fenomenologiczne jest bardziej refleksyjne, to forma przyglądania się wyłaniającym się zjawiskom, fenomenom i poszukiwania sensu oraz intencjonalności. W polu fenomenologicznym terapeuta jest bardziej zaciekawiony tym, co się pojawia i chce się temu przyglądać. Jest to też kolejny poziom świadomości sytuacji. „W ten sposób pole fenomenalne - któremu podlegam - przekształca się w pole fenomenologiczne - którego jestem podmiotem. Teraz możliwa jest refleksja nad tym, co się dzieje i dokonywanie wyborów. Rozszerza się przestrzeń możliwości. To przejście od tego, co fenomenalne, do tego, co fenomenologiczne, jest działaniem wprowadzającym logos, z możliwością, jaką daje refleksja, formułowanie, myślenie, opowiadanie, nadawanie znaczenia i wybór" (Francesetti, Roubal, 2020, s. 3). Jest wreszcie i trzecie - pole psychopatologiczne, powiązane z diagnozą psychopatologiczną, dla mnie teoretycznie najciekawsze, odnoszące się bowiem do braku, nieobecności wobec drugiej osoby, niemożności kontaktu, w którym style kontaktowania odnoszą fiasko, a osoba zostaje sama, zamknięta niejako w swoim świecie i mierzy się z cierpieniem spowodowanym nieobecnością Drugiego. Nie może zareagować zgodnie ze swoją aktualną potrzebą - jej zachowanie i bieżące doświadczanie są zdeterminowane przez utrwalone wzorce. Podąża za przyzwyczajeniem, a nie za świadomym wyborem (Yontef, 2021, s. 179).

Doświadczenie terapeuty w udepresyjnionym polu

Jak ujawnia się doświadczenie depresyjne w polu, biorąc pod uwagę jego trzy powyższe aspekty? Jaka forma nieobecności wyłania się z cierpienia depresyjnego? I jak terapeuta i klient/ka uczestniczą w nim i je współtworzą?

Ponieważ formy psychopatologiczne, w tym doświadczenie depresyjne są wynikiem zdolności osoby do twórczego przystosowania się do tego, co nie mogło być w pełni doświadczone i przetworzone, terapeuta styka się z tą niemożnością (nieobecnością, nieuformowaniem) i z jej obudową w postaci skutków, jakie przyjmuje na siebie osoba cierpiąca. „Nieobecny inny staje się nieobecnością w bieżącym kontakcie. Terapia jest sztuką bycia obecnym wobec tej nieobecności" (Francesetti, Roubal, 2020, s. 4). Praca w udepresyjnionym polu jest mozolna. Terapeuta

współtworząc pole, przyczynia się do pojawienia się tego, co nieznane i nieuformowane, użyczając swojego ciała siłom pola. Stąd odczucia terapeuty mogą być porównywane do spotkania z nicością, apatycznym pustkowiem, magmą przez którą nie można się przebić. Osobiście, w spotkaniach z osobami doświadczającymi stanów depresyjnych, odczuwam często zastój żywotności, bezsilność, bezradność, cielesną bezwładność i przerażające osamotnienie. Podczas spotkania z depresyjnym klientem/ką, jako terapeutka, mam tendencje ucieczkowe, proponuje farmakoterapię, próbuję szukać jakiejś drogi ewakuacyjnej, z początkowej nadziei szybko wpadam w stan przeciwny. Depresja jest czasami porównywana do niemowlęcego płaczu. To sygnał, wołanie i pragnienie bycia zaopiekowanym. Jeśli jednak trwa długo, odczuwam skłonność odsunięcia się, ucieczki, przekazania klienta/ki komuś innemu. Moja reakcja jest spolaryzowana, jest tu i troska, obawa, i odrzucenie. Te same zniekształcenia, których klient doświadcza z innymi bliskimi osobami, ujawniają się więc w bieżącej relacji psychoterapeutycznej.

W cyklu doświadczania kontaktu (Zinker, 1991, s. 21), depresyjna osoba często utyka już na początku, ma problemy z czuciem i uświadomieniem sobie doznań płynących z ciała. W takim doświadczeniu wymiana między ciałem i przestrzenią jest również zakłócona, a „percepcję charakteryzuje utrata jakości zmysłowości i żywotności. Ekspresje motoryczne/ruchowe są zredukowane podobnie jak impulsy do życia i rozszerzania swojej ekologicznej niszy. Przestrzeń kurczy się do tego najbliższego otoczenia. Sztywność w ciele jako podstawowy fenomen nie tylko manifestuje się w poczuciu byciu ciężkim i niezdolnym do wyjścia do środowiska, ale jeszcze subtelniej w utracie rezonansu emocjonalnego. To zakłócenie emocjonalnego rezonansu jest boleśnie doświadczane przez klientów jako poczucie odrętwienia. Doświadczają także utraty międzycielesnych rezonansów - tej empatycznej relacji z innymi, której potrzebujemy. Klienci doświadczają utknięcia ruchu w ich życiach. Ich bycie w świecie, w czasie może być także rozumiane jako rodzaj desynchronizacji” (Willauer, 2021, s. 5). Ponadto, osoba z doświadczeniem depresyjnym, ma duże problemy po przejściu do fazy mobilizacji energii w cyklu kontaktowania. Gdy tylko zacznie mobilizować swoją energię, zatrzymuje się przed działaniem, które mogłoby zaspokoić jej bieżącą potrzebę w relacji z otaczającym światem. Osoba taka czuje często niewystarczającą ilość energii, by kontynuować. Jest w błędnym kole, pozostaje zrezygnowana. Mobilizacja energii, która może zwiększyć się za sprawą leków antydepresyjnych, może też doprowadzić do podjęcia działania typu *acting out* i skończyć się próbą samobójczą, po której osoba z doświadczeniem depresyjnym wraca właściwie do poprzedniego stanu. Doświadczyłam tego osobiście. Klientka z doświadczeniem depresyjnym targnęła się na swoje życie, w momencie kiedy w terapii zaczęła odczuwać więcej energii. Zrobiła to, kolejnego dnia po terapii. Poczułam się wtedy naprawdę źle, jakby oddzielona od niej grubym murem, bezradna i zostawiona. Tak, jakby nie było między nami żadnej relacji.

W psychoterapii Gestalt diagnozujemy właśnie relację. Terapeuta uświadamia sobie swój wkład w organizację depresyjnego pola tu i teraz, w kontakcie z klientem/ką. Jest częścią tego pola.

Jest także częścią diagnozy, i to może stać się, z kolei, terapeutyczną możliwością. Jeśli terapeuta pozostaje w swojej świadomości doznaniowej, ma szanse nie wpaść w nieświadome reakcje na usztywniony gestalt klienta/ki, nawet jeśli początkowo da się ponieść siłom pola fenomenalnego. Świadomość doznaniowa terapeuty zatem otwiera przestrzeń na zmianę pojawiającą się w teraźniejszości, w relacji terapeutycznej. Ogromnym problemem jest to, że osoba z cierpieniem depresyjnym utraciła możliwość kontaktu z drugim człowiekiem i zanim dojdzie do jakiejkolwiek zmiany, potrzeba zwykle dużo czasu. „Miarą ciężaru depresji pacjentów jest odłączenie ich od <<*po-między*>>, stopień w jakim są oddaleni w kontakcie granicznym. <<Po-między>> to wspólny grunt, który stale współ-tworzymy w kontakcie granicznym, materia, która łączy nas ze światem i z życiem z chwili na chwilę" (Francesetti, Roubal, 2017, s. 530). Stąd terapeuta musi mierzyć się z nieobecnością, otchłanią, co bywa trudne do wytrzymania. Klient/ka na sesji często siedzi nieruchomo i milcząco, albo mówi o mało istotnych codziennych sprawach. Wydaje się, że nic nie jest istotne i nic nie ma znaczenia, żadna figura nie wyłania się z tła, nie ma życia. Nadzieję budzi to, co czuje w tej sytuacji terapeuta, ponieważ to ujawnia jakąkolwiek intencjonalność kontaktu, parcie w kierunku współtworzenia. „Jeśli nieobecność intencjonalności boleśnie egzystuje w figurze, to musi być ona obecna w tle" (Francesetti, Roubal, 2017, s. 532).

Osoba z doświadczeniem depresyjnym ma znacznie osłabioną funkcję ego (ja) w self, która przegrywa z funkcją id. Jest to to sytuacja, w której relacja z drugim człowiekiem nie może zostać utworzona, Drugi jest nieobecny, stąd też nie ma intencjonalności, która to z założenia ciągnie nas w kierunku czegoś. Poczucie istnienia możliwości wyłaniających się w czasie, wiara w relację, ufność w obliczu nowości, są utracone. Depresja to jakby próba powstrzymania upływu czasu (Botelho Alvim, 2021, s. 451). Figura nie może się ukonstytuować, podobnie teraźniejszość. Czas jest zawieszony, a przestrzeń staje się otchłanią. Dominującym odczuciem w polu staje się brak nadziei. Jest on spowodowany niemożnością dotarcia do drugiego człowieka, za którą ukrywa się sfrustrowana ogromna potrzeba bycia kochanym i przyjętym. Jest to silnie ucieleśniona tęsknota za drugą osobą, która nie jest emocjonalnie dostępna, a wszystkie wysiłki, by do niej dotrzeć, są niweczone przez wszechogarniające poczucie beznadziei. Jest to źródłem ogromnego cierpienia i bólu, który osoby w depresji opisują jako taki, który rani bardziej niż ból fizyczny (Roubal, , 2019, s. 2).

Terapeuta w udepresyjnionym polu doświadcza zwykle „zarażenia depresją", poczucia zwątpienia w siebie, uczucia niepowodzenia, bezradności, beznadziei, a także ogólnej nudy i zmęczenia. Traci zdolność do odróżnienia własnego doświadczenia od doświadczenia klienta/ki. Jego doświadczenie łączy się z doświadczeniem klienta/ki, a więc sam doświadcza objawów depresji. Traci jasność myślenia i koncentracji, na poziomie cielesnym odczuwa sztywność, ciężkość, osłabienie i wyczerpanie: „nic nie działa, nie nadaje się do tej pracy". „Wirus depresji" jest obecny w polu. „Terapeuci, którzy są oczywiście obecni w sytuacji terapeutycznej nie tylko jako profesjonaliści, ale również jako istoty ludzkie, nie mogą uniknąć przeżywania tych ogólnie ludzkich, samoochronnych,

automatycznych reakcji, gdy są osobiście zagrożeni przez wciągającą siłę wiru depresji" (Roubal, 2019, s. 7). To współodczuwanie jest też odpowiednim momentem, by terapeuta wszedł na poziom pola fenomenologicznego, w którym już bardziej refleksyjnie będzie mógł zaobserwować, co się dzieje w polu fenomenalnym. Co prawda, z punktu widzenia teorii pola, terapeuta jest definiowany przez dynamikę sytuacji depresyjnej, której funkcją staje się wraz z klientem. Taka perspektywa przynosi też bardzo ważny, nowy sposób rozumienia doświadczeń. Poczucie beznadziejności, bezradności, bezwładu i wyczerpania terapeuty jest sygnałem, że jest on naprawdę obecny, jest wraz z klientem w relacji Ja-Ty, a nie Ja-To. Jak zauważa Roubal „bezradność terapeuty jest dla klienta potwierdzeniem na jego prawdziwe bycie z nim/nią w depresji" (Roubal, 2019, s. 9). Z drugiej strony jednak, terapeuta musi być świadomy, że ten sposób bycia z klientem/ką, odsuwa go też od niego i tym samym wspiera pozbawione nadziei doświadczenie niemożności sięgnięcia do drugiej osoby. Chodzi tu zatem o wrażliwy estetyczny balans w kontakcie z klientem/ką między relacyjnym Ja-Ty, a Ja-To.

Implikacje dla pracy terapeutycznej

Praca terapeutyczna z klientem/ką depresyjnym skupia się wokół zadania stworzenia bezpiecznego środowiska, bezpiecznego pola relacyjnego, w którym samoregulacja i samouzdrawiające siły takiej osoby mogą zostać aktywowane. Są to zdolności, których osoba z doświadczeniem depresyjnym nie mogła rozbudzać w powtarzających się nieprzychylnych i niebezpiecznych sytuacjach interpersonalnych, stąd też takie przystosowanie stało się utrwalonym gestaltem. Uważam, że wspólne poszukiwanie zasobów klienta/ki, które często są z przeszłości, z tam-i-wtedy, są również ważnym czynnikiem wspierającym i samoleczącym. Istotne jest, by pokazać, że są one nadal w nim/niej tu-i-teraz (uśpione i zablokowane). Najważniejszym zadaniem jednak, jest bycie z klientem/ką, akceptowanie jego obecnego stanu emocjonalnego, dostrojenie, często polegające na słuchaniu skarg na niski nastrój, brak skuteczności i pewności siebie. Jest to też bardzo namacalny przykład tego, że terapeuta jest swoim własnym narzędziem, pracuje sobą.

Osoba z nawykowym przystosowaniem depresyjnym musi się nauczyć, jak chronić siebie w sposób inny niż izolacja. Potrzebuje przyswoić, jak kierować swoje doświadczenie na kontakt z otoczeniem. Szukanie w niej więc oznak większej żywotności i pobudzenia (ruchu) jest ważnym elementem pracy terapeutycznej. Kiedy zatem terapeucie uda się taką oznakę złapać, może przejść do eksperymentu jako ważnej części pracy z osobami o sztywnym przystosowaniu depresyjnym. Terapeuta zaczyna od tego, że sprawdza gotowość klienta/ki do tego typu działania. Dobry moment jest wtedy, gdy klient/ka ma wystarczającą zdolność do odkrywania i przetwarzania czegoś nowego, ale jednocześnie brakuje mu impulsu do tego. Eksperyment daje okazję do nawiązania kontaktu ze swoimi uśpionymi zasobami i rozpoczęcia nauki, jak z nich korzystać. Eksperyment w psychoterapii Gestalt jest aktywną interwencją, która wspiera wspólną eksplorację doświadczenia klienta/ki

„Eksperyment pomaga klientce aktywnie i z nowej perspektywy zbadać konflikt, impas, czy pojawiający się temat" (Joyce, Sills, 2021, s. 175). W pracy z osobami depresyjnymi będzie to raczej eksperymentowanie z ruchem, ze zwiększonym pobudzeniem, wzmocnioną żywotnością, czyli „wychodzeniem z hibernacji", po to, by poszerzyć świadomość doznań cielesnych klienta/ki na to, co teraz czuje, gdzie w ciele, co to za ruch i czy można go uzewnętrznić, wzmocnić, wyrazić i zaopiekować się nim, ale też wzmocnić ekscytację z nim związaną. Wzmacnianie ekspresji czy agresji jest ważnym elementem, jednakże i tu trzeba być bardzo ostrożnym. Chodzi bardziej o wspieranie świadomości agresji, niż samą agresję, ponieważ wspieranie samej agresji może niestety zakończyć się *acting out-em* - autoagresją lub nawet próbą samobójczą. Co istotne, w momencie proponowania eksperymentu dialogiczny wymiar spotkania przechodzi do tła. Zamiast tego na pierwszy plan wysuwa się wymiar bezpośredniego doświadczania, zorientowanego na zadanie i podejmowanie ryzyka. Zmienia się również zadanie terapeuty. Przez określony czas trwania eksperymentu bierze on większą odpowiedzialność za kierowanie procesem terapii poprzez aktywne kształtowanie obecnej sytuacji. Terapeuta staje się bardziej dyrektywny.

Kiedy terapeuta eksperymentuje, ważne jest to, by eksperyment był zintegrowany z całym procesem psychoterapii. Uważam, że może on być bezpiecznie i skutecznie stosowany tylko wtedy, gdy opiera się na wypracowanej wcześniej bezpiecznej, wspierającej i zaufanej relacji terapeutycznej (Roubal, 2019, s. 6.). Pobudzenie, ekscytacja, ekspresja u osoby z przystosowaniem depresyjnym są zahamowane, więc bezpieczne wychodzenie poza strefę komfortu, pozwalanie sobie na przepływ życia są niezwykle istotne, i jeśli się przydarzają, staram się robić z nich użytek. Ważną intencją eksperymentu jest stworzenie bezpiecznego miejsca, w którym klient/ka może zaakceptować swój lęk przed wyjściem z tego, co znane, i zaryzykować działanie w inny sposób. Dzięki wsparciu terapeuty klient/ka może odważyć się na wyjście z utrwalonych wzorców zachowań. Poprzez eksperymentowanie jego własna kreatywność zostaje ożywiona i staje się zasobem do wypróbowywania nowych rozwiązań i doświadczania własnej sprawczości (Roubal, 2019, s. 17).

Ważne jest tu szczere zainteresowanie klientem/ką jako wyjątkową istotą ludzką i budowanie autentycznego kontaktu, dopiero to może stworzyć warunki do skutecznego stosowania eksperymentów, które kierują proces terapeutyczny w stronę nowego, świeżego doświadczenia osoby depresyjnej. Takie doświadczenie daje kolejną szansę na autentyczne osobiste spotkanie w ramach relacji terapeutycznej, ponieważ pojawia się w obecności terapeuty i jest współtworzone zarówno przez klienta/kę, jak i terapeutę. Klient/ka może poczuć, że jest w pełni akceptowany i w ten sposób uczy się akceptować siebie, również w swojej żywotności i sięganiu po drugą osobę. Żywotność jest cielesna, jest formą zmobilizowanej energii, która szuka ujścia na zewnątrz. Depresyjna osoba, jak już zostało powiedziane, potrafi mobilizować energię, ale ma problem by przejść do działania. Terapeuta ma być otwarty na ten kontakt, niemalże wyczekiwać go. W pracy swojej mam wyobrażenie, że stoję z otwartymi ramionami, cierpliwie czekając na *ruch-do-kontaktu* zainicjowany przez klienta/kę, dając

przekaz „możesz do mnie przyjść, jestem tu i czekam na Ciebie”. Ruella Frank zauważa, że „kiedy obiekt zainteresowania jest postrzegany jako niechciany i niezapraszający, zdrowa osoba odsuwa się z podobnym przekonaniem i jasnością. Nie chce stać się częścią drugiej osoby. Spontanicznie zamyka swoje ciało i odsłania znacznie mniej siebie. Jej receptywność zmniejsza się, deklaruje, że „inny” nie należy do jej doświadczenia. Jest wykluczony” (Frank, 2001, s.2.). Dla osoby z doświadczeniem depresyjnym takie postrzeganie staje się utrwalonym gestaltem, drugi człowiek jako taki jest „niezapraszający”, „wykluczający”. Klient/ka zatem tak też postrzega terapeutę, jako „nie należącego” do jego/jej doświadczenia. Na tym polega impas tej relacji. Czasami odczuwana odległość w polu między klientem/ką a terapeutą wydaje się być ogromna, jakby spotkanie było w ogóle niemożliwe. Innym razem dystans trochę zmniejsza się, co sprawia, że można bardziej poczuć drugą osobę. Zarówno dla terapeuty, jak i klienta/ki, obserwacja i doświadczanie wzorców sięgania po drugiego człowieka to istotna metoda eksploracji pola relacyjnego. Budując relację klienci/ki zwracają się w stronę terapeuty, uważnie mierząc odczuwaną odległość między sobą a nim. W akcie sięgania klienci/ki odkrywają, w jakim stopniu w danym momencie chcą włączyć drugą osobę w swoje doświadczenie. Jeśli terapeuta jest autentyczny, akceptujący i otwarty również cieleśnie, to współtworzy sytuację przyjmowania, daje oparcie i bezpieczeństwo, co buduje również w kliencie/tce poczucie wystarczania (Frank, 2021, s. 512). Terapia otwiera przestrzeń, w której mogą pojawić się nowe możliwości, tzw. „bezpieczna sytuacja awaryjna”, w której klient/ka i terapeuta asymilują nowe możliwości świata i ich samych (Philippson, 2021, s. 466).

W terapii osób z doświadczeniem depresyjnym ta „bezpieczna sytuacja awaryjna” pojawia się niezbyt często, i raczej spontanicznie, nie można jej zaplanować, terapeuta bowiem nie jest postrzegany jako znaczący Drugi. Istotne jest jednak to, by dla terapeuty klient/ka był znaczącym Drugim, wyjątkowym, unikalnym człowiekiem ze swoją osobista historią życia. Zadaniem terapeuty jest pozostać obecnym w sytuacji, w której łatwo się zagubić i stracić cierpliwość i nadzieję. Utrzymywanie w polu relacyjnym świadomości bycia ze znaczącym Drugim, jakim jest klient/ka może stać się karmiącym doświadczeniem, dającym osobie z nawykowym przystosowaniem depresyjnym poczucie bycia „wystarczającym do kochania”. Perspektywa pola zapewnia terapeucie podwójne wsparcie, po pierwsze w nadawaniu sensu własnym emocjom, po drugie pozwala działać w doświadczeniu, utrudniającym ruchy, które jest jak bagno (Francesetti, Roubal, 2017, s. 542). Potrzebne jest powolne działanie, wspieranie małych ruchów jako przejawów żywotności. Niekiedy, w silnej depresji, jedynym co może robić terapeuta jest udostępnianie nadziei, natomiast w mniej przytłaczających doświadczeniach depresyjnych można eksplorować wraz z klientem/ką znaczenie tego doświadczenia, w kontekście jego/jej życia i relacji.

Praca terapeutyczna z utrwalonym przystosowaniem depresyjnym to dla mnie przede wszystkim, praca z introjekcją i retrofleksją. Zadaniem terapeuty jest przenoszenie doświadczenia takiej osoby do kontaktu granicznego, do tego co „pomiędzy” nią a środowiskiem. Terapeuta, jako że

jest swoim własnym narzędziem, bada to „pomiędzy", w swojej bieżącej sytuacji z klientem/ką (co odczuwa, czego doświadcza, jaki widzi sposób „wydostania się z bagna"). Każdy minimalny *ruch-do-kontaktu* osoby depresyjnej powinien być doceniany i wzmacniany, zarówno ten emocjonalny, jak i ten fizyczny. W ogóle, aktywność fizyczna jest istotnym czynnikiem leczącym, ponieważ ruch wzmacnia odczuwanie i przepływ energii. Chodzi o zaangażowanie ciała, o jego ruch, który klient/ka może wykonywać zarówno podczas sesji terapeutycznej (szczególnie jeśli jest to ruch-do-terapeuty), jak i poza gabinetem. Każde ożywienie jest cielesne, a sam ruch można ująć w kategoriach dążenia do kontaktu. Osoba z cierpieniem depresyjnym ma ogromne pragnienie autentycznego kontaktu, spotkania z drugim człowiekiem, choć straciła nadzieję na nawiązanie głębokiej więzi. Autentyczna obecność terapeuty jest zatem warunkiem koniecznym zapoczątkowania jakiejkolwiek zmiany. Ważne, by obecność ta była inkluzywna, włączająca Drugiego jako znaczącego, ze zrozumieniem jednak jego odmienności. Jak zauważa Lynne Jacobs „by obecność drugiej osoby stała się częścią procesu uzdrawiania, musi być wyważona, zharmonizowana z gotowością pacjenta do spotkania innego" (Jacobs, 2020, s. 314). Terapeuta Gestalt kieruje się estetycznym wyczuciem, dostosowuje siebie do klienta/ki, kiedy zaistnieje potrzeba, staje się tłem dla pola relacyjnego, by mogła wyłonić się figura.

Zakończenie: wymiar estetyczny (i etyczny) pracy terapeuty

Praca w udepresyjnionym polu nie jest łatwym przedsięwzięciem. Depresyjny bagnisty teren może wydawać się ciężki, mroczny i monotonny w doświadczeniu. Posiada jednak swój estetyczny wymiar, który rodzi się w spontanicznym, autentycznym spotkaniu, pełnym zaangażowania i współ-odczuwania kontakcie, i jako taki jest w swej wymowie również etyczny. „Ludzkie serce pragnie kontaktu, a nade wszystko autentycznej rozmowy (…) Każdy skrycie marzy o tym, by <<zostać spotkanym>> - by jego wyjątkowość, pełnia i bezbronność zostały dostrzeżone i rozpoznane. Pragniemy żeby inni autentycznie cenili nas za to, kim jesteśmy, a nawet – że w ogóle jesteśmy. Nasze jestestwo potrzebuje uznania, od nas samych i od innych osób. Bez tego nie czujemy się spełnieni, nie jesteśmy w pełni sobą" (Hycner, 2020, s. 19). Osoba z cierpieniem depresyjnym przychodzi do gabinetu, bo w głębi serca również chce zostać zobaczona, uznana, doceniona za to, że jest taka jaka jest. Pragnie stać się wystarczającą, by móc ją pokochać, chce poczuć, że zasługuje na miłość i swoją, i innych. Jej doświadczenie kontaktu można opisać w kategoriach estetycznych. Estetyczność jak zauważa współczesny filozof Arnold Berleant „sięga poza sztukę, do świata, w którym żyjemy, do środowiska naturalnego, i tego który stworzył człowiek, do serca społeczności i osobistych relacji" (Berleant, 2007, s. 26). Jak doświadcza tych relacji osoba depresyjna? Jako nieprzyjemnych, przytłaczających, wstrzymanych, mrocznych czy zakłóconych. Nie odczuwa w kontakcie ze środowiskiem rytmu, spontaniczności i harmonii, a docelowo takie jakości estetyczne są pożądanymi dla wzrostu. Zadaniem terapeuty będzie zatem praca nad przywróceniem żywotności,

naturalnych rytmów życia. „Tylko bowiem wtedy, gdy organizm uczestniczy w uporządkowanych relacjach swojego środowiska, zapewnia sobie stabilność niezbędną do kochania. A gdy udział ten następuje po fazie zakłóceń i konfliktów, nosi w sobie zalążek spełnienia zbliżonego do estetyki" (Dewey, 1975, s. 10).

Psychoterapia Gestalt likwiduje przepaść miedzy życiem a sztuką, estetyką a etyką; wszelkie wartości są zakorzenione w życiu i jako takie mają być żywotne, mieć zahaczenie w każdym aspekcie funkcjonowania człowieka w środowisku. Psychoterapia Gestalt to nie tylko całościowe podejście do człowieka, ale też do kontekstu, w jakim funkcjonuje. Wszelkie zaburzenia wynikają z wyalienowania człowieka z jego środowiska i z wartości jakie ono ze sobą niesie. W estetycznym aspekcie psychoterapii Gestalt chodzi o osiągnięcie spontaniczności w kontakcie, harmonii i elastyczności (Spagnuolo Lobb, 2025, s. 39). Self samo w sobie jest kreatywne, twórcze, jest „artystą życia". Jedną z głównych kompetencji terapeuty Gestalt będzie więc rozpoznanie, w jaki sposób klient/ka stworzył unikatowe dzieło swojego życia. I to właśnie ta estetyczna „wiedza relacyjna pozwala terapeucie doświadczyć stylu kontaktowania klienta/ki i zmienić je niejako "od wewnątrz" (Spagnuolo Lobb, 2017, s.4). Zmienić rezygnacyjny mrok we wzrost i pobudzenie. Ponieważ dzieło sztuki, jakie tworzy każdy człowiek na przestrzeni swojego życia, ma być w ciągłym procesie, w nieustającej aktualizacji. Dojrzałość jest twórczą i elastyczną adaptacją do środowiska. Kontakt ze środowiskiem (w tym z terapeutą) może dać, jako jedyny, poczucie pełni i przyjemności, ponieważ rodzimy się ze zdolnością do nawiązywania życiodajnego kontaktu. Przywrócenie go klientowi/ce jest zadaniem terapii.

Bibliografia:

1. Berleant A., *Prze-myśleć estetykę. Niepokorne eseje o estetyce i sztuce*. Kraków 2011.
2. Blaize J. *Przestając wiedzieć. Fenomenologia i etyka psychoterapii*, Warszawa 2024
3. Bloom D., *„Tygrysie, błysku…" – wartości estetyczne jako wartości kliniczne w terapii Gestalt,* 2019.

   https://bibliotekagestalt.pl/dokumenty/Tygrysie.pdf
4. Botelho Alvim M., *Id sytuacji jako wspólne tło doświadczenia*, (w:) J. M. Robine (red.), *Self. Polifonia współczesnych terapeutów*, Warszawa 2021.
5. Buber M., *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych,* Warszawa, 1992.
6. Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, Warszawa 2013.

7. Dewey J. *Sztuka jako doświadczenie*, Wrocław 1975.

8. Francesetti G., Gacele M., Roubal J., *Podejście psychoterapii Gestalt dp psychopatologii*, (w:) G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal, *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychoterapii do estetyki kontaktu*, Gdańsk 2017

9. Francesetti G., Roubal J., *Psychoterapia Gestalt wobec doświadczeń depresyjnych*, (w:) G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal, *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychoterapii do estetyki kontaktu*, Gdańsk 2017

10. Francesetti G., Roubal J., *Teoria pola we współczesnej terapii Gestalt, część 1: Modulowanie obecności terapeuty w praktyce klinicznej*, 2020. https://bibliotekagestalt.pl/dokumenty/Teoria_pola3.pdf

11. Frank R., *Sięganie i bycie dosięgniętym_ą*, 2001. https://bibliotekagestalt.pl/dokumenty/RuellaFrank1.pdf

12. Frank R., *Self w ruchu*, (w:) J. M. Robine (red.), *Self. Polifonia współczesnych terapeutów*, Warszawa 2021.

13. Hycner R., *Wstęp*, (w:) R. Hycner, L. Jacobs, *Terapia w dialogu. Od psychologii self do terapii Gestalt*, Warszawa 2020.

14. Jacobs L., *Terapeutka jako inny. Pacjent w poszukiwaniu relacyjności*, (w:) R. Hycner, L. Jacobs, *Terapia w dialogu. Od psychologii self do terapii Gestalt*, Warszawa 2020.

15. Joyce Ph., Sills Ch., *Umiejętności psychoterapeuty Gestalt*, Kraków 2020.

16. Kozłowiec M., Maruszewska P., Rudecko T., Sobolewska-Nowak J., *Zaburzenia nastroju (blok L1-6A6)*, (w:) P. Gałecki (red.), *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznania według ICD-11*, Wrocław 2022. 2022

17. Lamy A., *To, co seksualne. O terapii Geastalt poza słowami*, Warszawa 2022

18. McWilliams N., *Diagnoza psychoanalityczna*, Sopot 2021.

19. Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków 2016.

20. Perls F., Hefferlin R., Goodman P., *Terapia Gestalt. Pobudzenie I wzrost w osobowości człowieka*, t. 1, Warszawa 2024.

21. Philippson P., *Self I Inny*, (w:) J. M. Robine (red.), *Self. Polifonia współczesnych terapeutów*, Warszawa 2021.

22. Robine J.-M., *Self: artysta kontaktu*, (w:) J. M. Robine (red.), *Self. Polifonia współczesnych terapeutów*, Warszawa 2021.

23. Robine J.-M., *Self sytuacji*, 2016.

    https://bibliotekagestalt.pl/dokumenty/Self-sytuacji-1.pdf

24. Roubal J., *Depresja – teoretyczna perspektywa Gestalt*, 2007.

https://bibliotekagestalt.pl/wpcontent/uploads/2024/06/depresja_teoretyczna_perspektywa_gestalt.pdf

25. Roubal J., *Zawierzyć nadziei: terapeuta w sytuacji depresyjnej* 2019.

https://drive.google.com/file/d/1zHfE__AGHqCpJ69flbynNzodbMH6G5N8/view

26. Roubal J., *Podejście eksperymentalne: Podążaj, prowadząc*, 2019.

https://bibliotekagestalt.pl/dokumenty/Podejscie_eksperymentalne_Podazaj_prowadzac.pdf

27. Skottun G., Kruger A., *Praktyka terapii Gestalt*, Warszawa 2023.

28. Spagnuolo Lobb M., *Od utraty funkcji ego do kroków tanecznych pomiędzy psychoterapeutą a klientem. Fenomenologia i estetyka kontaktu w psychoterapeutycznym polu*, 2017. https://bibliotekagestalt.pl/dokumenty/SpagnuoloLobb1.pdf

29. Spagnuolo Lobb M., *Self jako kontakt, kontakt jako self. Przyczynek do doświadczenia tła w teorii self w terapii Gestalt,* (w:) J. M. Robine (red.), *Self. Polifonia współczesnych terapeutów*, Warszawa 2021.

30. Spagnuolo Lobb M., *Teraz-dla-potem w psychoterapii. Psychoterapia Gestalt w ponowoczesnym społeczeństwie,* Gdańsk 2025.

31. Vazquez Bandin C., *Teoria self w terapii Gestalt*, (w:) J. M. Robine (red.), *Self. Polifonia współczesnych terapeutów*, Warszawa 2021.

32. Willauer B., *Współczesne rozumienie fenomenologii. Czy fenomenologia jest dyscypliną filozoficzną?*, 2021.

https://bibliotekagestalt.pl/dokumenty/BeateWillauer.pdf

33. Yontef G. M., *Self w terapii Gestalt. Polemika ze Stephanerm Tobinem*, (w:) J. M. Robine (red.), *Self. Polifonia współczesnych terapeutów*, Warszawa 2021.

34. Zinker J., *Proces twórczy w terapii Gestalt,* t. 2 i 3, Warszawa 1990.