格式塔治疗的美学诊断[1]

Jan Roubal[23]，Gianni Francesetti[4]，Michela Gecele[5]

大会论文：这篇论文是《格式塔治疗中的美学诊断》和《当浸没在抑郁性场中如何保持愉悦和创造力：与抑郁性来访者工作时治疗师的体验及应对策略》这两篇文章的拓展版。上述两篇文章是在2017年10月5-7日海德堡举办的第19届秋季学术大会（Herbstakademie）上提交的，大会主题“具身美学：知觉、表达和治疗中的共鸣”。文本基于《格式塔治疗临床实践——从心理病理学到美学接触》这本书中关于心理病理学、诊断和抑郁相关章节内容。

收于：2017年9月7日；认可于：2017年10月13日；发表于：2017年10月17日

摘要：这篇文章描述了采用美学评估进行心理治疗的诊断过程。不同于经典诊断过程，经典诊断过程中，把临床专业人士使用诊断系统（DSM，ICD等）做出的观察结果进行比较，美学评估是一个前-反思性的，具身化，和前言语的过程。在这一过程中，临床人士使用自己此时此地的在场，这种在场在治疗性过程中形成的共享关系场中参与共同建立。本文介绍了一个美学评估过程的具体流程。本文呈现了与抑郁来访者工作的临床工作来说明此视角。

---

1 Francesetti G., Roubal J., Gecele M., *Aesthetic Diagnosis in Gestalt Therapy*, in Behavioral Sciences 2017, 7(4), 70; doi: 10.3390/bs7040070

2 心理治疗培训与格式塔研究中心，整合心理治疗培训师，捷克，布尔诺 601 77，马萨里克大学心理治疗研究中心。

3 联系方式：jan.roubal.cz@gmail.com

4 格式塔治疗与心理病理学国际学院。意大利，都灵10143，都灵格式塔治疗中心；gianni.francesetti@gmail.com 。

5格式塔治疗与心理病理学国际学院。意大利，都灵10143，都灵格式塔治疗中心；michelagecele@gmail.com

关键词: 心理治疗诊断过程（psychotherapy diagnostic process ）; 美学诊断（aesthetic diagnosis）；格式塔治疗（Gestalt therapy ）

1. 前言

格式塔治疗师经常对心理病理学和诊断持谨慎态度。从认识论、历史性，和政治的角度而言，这不是一种简单的关系【1，2】。而且，格式塔治疗具有特定的心理病学理解 :每种心理治疗模型都有 ,无论是外显的还是内隐的。人本主义运动的教导——每个人的独特和体验——一直是珍贵的。发展格式塔心理病理学不是为了给来访者贴标签，而是为了从体验和关系理论的角度理解他们的痛苦。

格式塔治疗把个体的症状和人类痛苦理解为从更大关系场中浮现的现象【3】，可以提供一种原初钥匙理解痛苦中的人，与其待在一起并支持他。更进一步，把人类痛苦看成是场现象，打开了在更宽广的社会视野下理解个体以及在个体经验的角度理解社会场的可能性。

在接触过程中，治疗师以共鸣【4，5】来访者的方式触及人类的痛苦，这暗示了一种美学转变过程。谈及美学我们指的是：（1）被感官知觉的（aesthesis，在希腊语中的意思是通过感官知觉）,（2）遵从格式塔心理【6】学描述的图形形成原则，而且（3）被感受为治疗过程中浮现的美感【7】。治疗过程中浮现的痛苦是来访者和治疗师共同创造的现象，它可以被接触过程转化【8】。这篇文章中，我们首先简要介绍了格式塔治疗取向的心理病理学。然后，我们描述了使用美学评估进行诊断的过程，美学评估是一种前-反射的，具身的和前言语过程。最后，用与抑郁来访者工作的临床案例说明这种视角。

2. 关系的受苦：格式塔治疗取向的心理病理学

对于格式塔治疗而言，在健康和所谓的病理学体验之间，是一种连续谱的存在，没有明显的区分。正是在此基础上，所以所有诊断分类和疾病分类

一直以来被审慎对待【6】。重点被放在每一刻的体验和组成所有活体体验的每一个偶然。这种价值观，是每一个具有人本主义传统的模式是共有的帮助治疗师不把人们和他们的痛苦体验，塑造成固化的格式塔。

从词源学上讲，“psychopathology（病理学）”包含三个词根：“psycho-”、“-patho-”、“-logy”。在希腊语中“psyche”意思是“灵魂(soul)” ,来源于“psychein”，意思是“呼吸”。“patho”来自希腊词“pathos”，意思是“情感，痛苦”，来源于（印欧语系的)“paschein” ,意为“受苦”。“logos” ,希腊语是“论述(discourse)”【9】。因此，心理病理学是对于呼吸相关的，一种捉摸不定的，无法限定在稳定物质形式的痛苦的论述。它是动态的呼吸的受苦，动态的活体（德文：Leib）受苦，不是物体（德文：*Körper*）。所有的生命体都生活地恰如其分，因为他们意向性地与环境接触【10】。心理病理学现象涉及主体与环境互动，或者准确地说，主体和环境的互动。

此处，我们来到一个根本性的分叉口。我们可以把心理病理学要么看成是个体的痛苦或者只考虑这个水平的探索，比如聚焦于来访者诉说的症状；要么我们可以把痛苦看成是更大的场痛苦在个体身上的表达。在心理治疗和格式塔治疗【21-41】中有多种不同的场定义。这里，我们指的是一种体验的现象场。我们说的“现象场”是这样一种范围——由相遇产生的体验现象从中浮现。它可以被理解成各种可能形式的范围，包含各种可能性（在这个场里不同形式的体验可以浮现）和局限性（在这个场里不是所有的体验形式都会浮现）。它是一个存在力的作用的空间-时间区域（Maxwell）。（参阅19世纪40年代麦克斯韦和法拉第提出的磁场概念：“一种特殊特殊条件主导的区域，尤其是不管是否存在物质媒介这种力或者作用都起效”【The New Oxford Dictionary of English, 1998, p. 680】）。现象场由一切能够在体验上制造区别的空间和时间相关因素构成——这些是它的边界【42】。这种焦点的变化打开了两种非常不同的世界观和两种截然不同的对待心理痛苦的方式。

这两种对于心理痛苦现实的视角类似于物理中理解光的两种视角：它是波还是粒子？现实依赖于我们探索世界的方式。心理病理现象同样如此。心

理病理学既可以被看成是个体现象，也可被看成是从场中浮现的现象，属于“*Zwischenheit*”，引用布伯的说法【43-47】。用更严谨的格式塔理论术语来说，就是接触边界（接触边界是格式塔治疗的理论构建词语：它是主体和环境相遇的现象学边界，它是共建的和动力性的“第三”空间，不可削减为有机体或者环境，体验于此处涌出，见【48】）上浮现的现象。

我们的认识论基于这一思想：体验不是严格地只属于主体，或者只属于环境【6，47-49】。相反，体验是接触边界浮现的“中间声音”。如果我们把心理病理看作是接触边界的浮现，那么严格意义上来说不是主体在遭受痛苦。遭受痛苦的是主体和世界的关系，世界是主体进行体验的空间，心理病理，在这种视角下，是关系、接触边界、两者间的病态【50】。主体是痛苦敏锐和创造性的接收器：主体可以感觉到痛苦。

从格式塔角度而言，症状是创造性自体的产物和人类独特性的显现【6】。当它变得固化时，它不再服务于个体和环境的需要；它缩窄个体潜能范围。症状不被视为不连续的内容，而是窄化的功能谱【51】。症状体现了来访者反应灵活性的受限。他们无法按照实际的需要和潜能行动，相反他们的行为和当下体验被固化的模式所决定。他们依循习惯，而不是自主的选择【52】。

心理病理症状是可观测的固化格式塔显现的现象学，是场中关系性的共同创造现象。这些刻板的模式引起接触边界（当然个体参与了组织他们的关系场）和关系的受苦。它们（刻板模式）也成为治疗关系中的图形：来访者和治疗师是病理性的共同创造者，病理性浮现在他们的关系中。治疗师可以使用自己的觉察力走出刻板的场模式。以此，他们为关系提供支持，并为来访者提供一种拓宽可能性范围的机会。治疗师提供来访者缺失的接触体验，而这种体验是来访者一直追寻的【45，46，53】。在这种意义上症状总是一种对特定关系的呼唤：一种症状不再必要的接触【54】。

治疗中浮现出的缺失是对于特定和新接触体验的需要。这是关系性的需要，是治疗中来访者期待被满足——或者被觉察和被认可的——它是他们中

断的接触意向性（接触意向性是格式塔治疗的一个理论建构，来源于传统现象学的意向性）【55】。我们用意向性，指代治疗师和来访者之间接触浮现的张力，它推动着互动朝向当下治疗情境潜能的实现【3，6】，同时也朝向它们的历史和它们的下一步。所有的痛苦都有关系性的“下一步”，它朝着下一步定位自己，下一步也阐明了它的意义【53，56，57】。在给予支持时，指导治疗师的基本问题是“这个人在朝着什么样的关系体验前进”？这个问题的答案标定和指出了治疗的方向。

3. 格式塔治疗取向的诊断

格式塔治疗师对于诊断的怀疑，提醒我们有成为来访者生命的专家的风险，提醒我们治疗一个来访者的意象而不是与来访者相遇的风险。然而，意识到这点很重要，也就是我们无法避免做出某种程度的诊断。每一个体验在它诞生那一刻起都是随机、流变、无常，和混沌的【58】。把每种体验组织成有意义的结构是人类的基本倾向。我们组织我们对其他人在场的体验，我们为体验命名，赋予结构。我们一直在标记我们的环境。然而，作为治疗师我们这样做的时候必须考虑来访者的利益，并持续不断地反思我们形成诊断的过程。

当一个治疗师见到一个来访者，他们面临数量庞大的复杂信息。这些信息来自各种源头：来自治疗师的感官；来自他们自己的情绪和身体体验；来自即刻的想法和直觉洞见，以及会面过程中进入头脑的曾经的个人和职业体验；以及来自治疗师自身在教育过程中消化的理论概念和假设。为了加工所有这些信息，治疗师需要过滤器和概念帮助他们以有意义的方式组织信息。这对好咨询师来讲是必要的，对疗愈而非再次创伤的接触是必要的，对识别现实的治疗目标和程序是必要的，也是治疗师负责任的创造性的基础。

从格式塔治疗的角度而言，诊断是命名复杂、流变的咨询情境中浮现出来的意义的过程【59】。 格式塔诊断不在于固定的结论【60】，而是充当一种灵活和当下的工作假设【61】，让治疗师在临床情境中定向以及考虑准确

的治疗路径。当诊断是描述性的、现象学的，和灵活的时候最有效【62】。治疗师通过与来访者通过对话共同做出并且持续修正诊断。形成诊断的治疗师代表了实际关系网中不可分割的一部分，因此，治疗师和来访者之间的互动是治疗师探索兴趣的重要内容。治疗师寻求呈现的是关系受苦的方式，接触过程中它的意向性需要被支持。

外部诊断通过把治疗锚定于拓展的知识和经验库，一种沉积和共享的历史，专业团体里的方式支持治疗关系。与来访者一同建立的“元位置”或者“他者空间”，组成了稳定治疗关系的“第三”方【63】。它是由治疗师需要产生的空间，定向的需要，与来访者阅读共建体验，同时避免与这个体验融合的需要。它是由来访者需要产生的空间，相信存在起始点，以及终点的需要。

通过将治疗稳固在“第三方”，外部诊断可以支持治疗关系【63】。它来自于治疗师定向的需要，概念化与来访者共建的体验，同时避免与这个体验融合。当来访者感受到用词语表达他们的体验的需要，并且与治疗师的词语和背景知识进行比较的时候，外部诊断也促进这种接触。在这种情况下，诊断是更宽广的定义和构建自我确认的过程。与治疗师一同为自己的痛苦找到描述的词语，可以产生深远意义的和转化性的体验，它是在解释的框架下共同创造的结果【64】。在这一过程中，治疗师和来访者会带来各自对于正在发生什么的理解（包括疾病诊断描述的内容）他们尝试找到一种共享的方式命名并定义来访者的体验。特别是，他们不占有真理，而是寻求共建，通过一种具身化的对话方式，一种描述来访者和治疗师现实的共同方式。他们一起共建一种共享视野，这个视野支持治疗过程。

格式塔治疗师以此时此地与来访者的相遇为基础，他们以某种特定方式理解情境，在其中定向自己，并相应地指导他们的干预。旅行在这里似乎是有用的比喻。在心理治疗中，来访者和治疗师开启一段共同发现的旅程。治疗师具有特定的角色和责任，有时候治疗师领路，有时候他们让自己被带领。与来访者，一起，他们发现了这片疆域有趣、有用和危险的特征。他们可以有或者没有清晰目标地旅行。

他们可能迷路。治疗师那时需要停下来，看一看地图定位。如果这是在临床情境下，治疗师需要暂时后撤，让他们慢下来，以便治疗情境为他们提供意义。然后他们可以给这种意义一个名字，也就是诊断。当下时刻，治疗师暂时地和有意识地没有聚焦于来访者和关系，而是聚焦于对情境意义的描述，情境代表着“第三”方。然而，通过改变焦点，治疗师尽管指出地图上的位置并为共同旅程指明方向，但是治疗师没有从与来访者的接触中逃跑，而是支持与他们的接触。比如，当治疗师和来访者是边缘性场的一部分时，和治疗师和来访者是精神病性场的一部分时，支持治疗关系的干预方向是不同的。

4. 美学诊断

当涉及治疗关系时存在两种诊断【1】。第一种，上面简要描述过的那种，也许可以叫做外部或者地图式诊断。它来自关于现象的模型和现象本身之间的比较，当治疗师有意识地聚焦于描述情境的意义时被创造。然而，当面对来访者，治疗师不能总是停下来思考如何理解情境。在实践中，他们只能时不时地这样做，可能大部分是在咨询结束之后。在现场对话时，治疗师及时反应。他们在一眨眼的功夫里就要用词语、手势或者语音语调反应。这里，他们也有指导自己反应的纲领。这些纲领不是通过转换焦点达到的，相反，是通过充分地投入关系流达到的。治疗师感觉到完全地投入接触过程，他们的行动支持作为整体的治疗关系。

第二种诊断可以被称作内部或者美学诊断，它是具体的格式塔治疗诊断。它产生于美学原则(Joe Lay, in [65])，它是对发生的事情，或者没发生的事情的美学品质的知觉，指导治疗师调整与来访者在一起的言行。我们可以把外部诊断比作治疗情境这片疆域的地图。内部诊断我们可以看作治疗师在穿越疆域的时候感受到的方向感。两种诊断都服务于为治疗师提供更好的定向，但是实现的方式大有不同。地图提供全景和理解，提供一种对于即刻的决定和在陌生的地形移动很重要的方向感。

“有两种评估，内部评估和比较性评估。内部评估体现在每一个正在进行的行动中；它是过程的尽头，未完成情境走向完成，张力达到高潮等。评估的标准来自行为本身，并且，最终，行为本身是整体”【6】（pp.65-66）。瞬息之间，治疗师和来访者之间的互动发生得不可预测地和无序，每一秒钟都引入了上千种元素。互动不可思议地复杂：它是视觉的、听觉的、触觉的、肌肉的、腺体的、神经的、味觉的、嗅觉的，激活的多层记忆起伏着，等待着准备参与形成图形。

定向通过被感知的美学评估实现，这种感知的美学评估来自每一刻的接触边界。它为治疗师提供定向，它是经过（dia）感官的此时此地关于关系的知识（gnosis）。诊断的行为不是模型与现象之间的比较。我们把第二种诊断叫做“内在或者美学诊断”，因为它是过程固有的，因为它基于感官知觉。

治疗师促进意向性浮现之接触的指导原则，蕴含在当下时刻关系里。这是一种美学原则（*aesthetic criterion*），以感官为基础，并且导向某个方向。在接触过程中，出现一种朝向建立“良好格式塔”的张力，根据格式塔心理学的原则，一种体验图形被主观地知觉为好的【6，65，67】。在治疗性相遇流中，人们之间的自然动力每时每刻变化，而外部评估方法，基于发生的事情与作为基准的外部规范之间的比较【6】，没有用。然而，在个案概念化的时候是有帮助的，如下面所描述得，它是治疗师在治疗间隙，或者在一节中的关键时刻做出的。治疗师持续知觉接触的质量并在接触边界上调整自己的在场：这组成了一体化的诊断和治疗行为。

这种定向基于对一个接触情境的直觉性评估：它是从接触边界浮现的一种特定知识，发生于有机体和环境还没有分化的时刻。因此，美学知识是内隐的（前-言语）并且已经调谐主体间维度【7，68，69】。下一个干预的指导原则根据美学原则进行即刻评估。只有之后治疗师才可以为他们对于某个特定干预命名：“似乎保持安静只是看着来访者的眼睛在那一刻是对的，就是感觉合适”；或者“我在那种情况下不敢面质来访者，似乎不合适”等。这种评估是前-认知和前-言语的，它暗示的不仅是一种被动的行为，而且也是主动的，

直接带引领治疗师进行干预行为。在从一刻到下一刻的互动流中时间不是花费在认知加工上。

使用内部诊断工作，我们使用直觉作为支持治疗的资源。大多数即刻的干预不是通过有意识的认知做出的，而是治疗师通过美学原则指导的觉察做出的。经常，只有一节治疗结束之后，治疗师才能找到言语描述方式，以及在认识上理解他们刚才做了什么，以及为什么这样干预。这不是说治疗师工作很混乱。而是他们对临床情境的理解和他们的干预是由直觉引领的。他们的直觉被体验和培训培养。培养直觉让治疗师更敏锐地知觉治疗情境微妙的层次，以及即刻做出合适的干预，甚至不需要认知加工。直觉可以他们在“两者间”的空间，通过一个柔软的微小信号网络引领他们，因为语言和想法是太粗糙的工具。它可以被看成是一种现象学态度，一种在另外一个人面前在场的态度，跟随着共同创造的体验流【70】。

那么做出内部诊断到底是什么意思呢？是觉察，清醒着，感官感觉活跃着，同时放松着，允许你自己被发生的内容触动【7，71】。对混乱的确“合理（make sense）”保持信心，有了足够的支持意义自会浮现。治疗师不是在无头绪，而是在场。他们不是漫无目的，而是准备参与来访者和治疗师接触的接触边界上所展开的“舞蹈”。治疗师准备好收集意向性以及支持它的展开。正是朝向接触的意向性为主体间的混乱带来秩序。当意向性的箭头失去能量掉落时，被治疗师恢复，赋予新的动量。当箭头掉落被恢复又重新发射的时候，那一刻的情绪强度被增强。充分接触的时刻总是无法预料的：我们不知道它们什么时候会发生，在哪一分哪一秒的接触。尽管它们不是偶然发生的：随着来访者的意向性一分一秒地展开并与治疗师自己的意向性相遇，治疗师通过支持来访者的意向性护卫这些时刻【72】。

意向性引导治疗过程。失去动量，意向性的掉落或者中断促动治疗师干预：干预也可能是无声的，静止的，或者几乎知觉不到的动作。干预被导向朝着格式塔完成的方向，支持预备出现的潜能。治疗师如何注意到意向性的动作或者中断呢？答案就是在接触边界的在场，让自己的感官警醒，以及觉

察自己的身体、情绪和认知共鸣。这些共鸣模糊地浮现，不是通过认知加工，而是通过给予时间去展开，只有通过事后的反思它们才能被识别。

充满活力的原则引导着这种觉察：引领治疗师和来访者共同建立良好的接触格式塔的美学原则（(Joe Lay, in [65])。再次，在这种诊断取向里，没有进行现象模型和现象本身（使用诊断地图）的比较。这里，我们有的是对发生内容的流动性的知觉，或者没有能发生的事情的知觉，它引导治疗师调整与来访者在一起的方式。 它是不在调的音符，是位置不对的笔画，太多或太少的触碰，有点太早或者有点太晚。它不是一个引导我们的先验（a priori）模型，而是在特定情境下人际关系独特的，特殊的美学特质。就如我们知道如何识别一个走掉的音，我们也可以感觉到有些东西脱离了原本的位置或者时间，或者进行的相互反应中无法定义的奇怪或者疲劳。“在治疗中发生的和我们感觉到‘美的’既不是客观的美（它不是物体的性质）也不是主观的美（仅对我而言，就像是一种个人的品味）。”它，的确是，出现在对自己的感官在场的人身上——他，因此，觉察和参与，与情境紧密相关并且与之共鸣。对我们来讲这是美的——在场并尽可能被发生的事情触动。实际上，我们不是，介绍一种物体（我们可以与之分离）的美，也不是一些“美好”、优雅、舒服和赏心悦目的东西。当卷入美的沉思时我们的眼睛会变化，我们的呼吸改变：美不属于客观或者主观而是一种浮现现象。我们更多地是关注一种发生转化和攫住我们的现象，它具有像潮汐一样的情绪破坏力，或者高山上微弱的具有穿透力的空气一样的力量。而且，因为它会转化，所以它自会留下踪迹。（……）美学、觉察、生命世界和转化之间的联系会更清晰地出现，如果我们深度探究词语的词源学，就如古典语言学家Richard Onians那样：

> 希腊动词*aisthanomai*（*aisthomai*长的格式：“知觉【*to perceive*】”），从这个词演变出“aisthesis”，是荷马式的“aisto”，意思是“我喘息”或者“吸气”。词语的密切关系表明了生命的“呼吸” “aisthesis”与“aion”有相同词根，意味着自我再生的时间，先于通过身体流动的“生命力”。

这种“一秒接一秒”的诊断取向的关键点，在此时（时间体验）和此地（空间体验）的生命体验，它在接触边界显现。治疗师对于改变犹如地震仪的指

针，记录（通过个体共鸣）此时此地关系的美学价值，而不是个体参数。治疗师利用感觉-躯体整体测量这些变量，并且根据变量持续地调整位置。比如，在创伤性来访者身上，美学感受性“警告”治疗师不要使用潜在的再次创伤的过度表达性干预，它“引导”治疗师聚焦于更安全的此时此地治疗情境。通过这种方式，治疗师不仅带来了内部诊断行为，而且本身就是治疗行为：这构成了一体化的诊断-治疗行为【6，65】。感知意向性的中断，从一刻到另一刻地，治疗师在关系中重新定位，引导和疗愈它。

5. 一起抑郁：美学评估地临床案例

一个来访者抑郁的严重程度可以通过他们与两者间的距离进行测量，他们缺席接触边界的程度。两者间是我们在接触边界上持续共建的共同基础。它是从一刻到下一刻连接我们与世界的脉络。在严重抑郁的案例中，这种共同基础不再存在，因此不能行走于两者间。因此造成了独特的忧郁体验。两者间不再是一个相会的地方【73】。

共同创造的接触图形是不可能的。这种功能不良是咨询师与来访者连接困难的核心因素，是治疗师无法保证通常的共鸣、协调与不协调流转的原因，这种流转应该填满治疗的空间和时间。简言之，在治疗两者间没有任何东西回响，而治疗师美学性地知觉到这一点，因此在与抑郁来访者接触时形成内部诊断。

抑郁体验的核心面是缺少任何兴趣。这不是简单地主体没有被任何东西吸引或者参与任何事情。它还有更激进的暗示：它们不再位于“存在（esse）”“之间（inter），某种程度上它们被从两者间移除了，从全部生活无限可能面向汇聚的神经中心移除了【74】。无生气的感觉，也许是抑郁最显著的特征之一。健康的自体成长需要有机体可以自如离开和进入世界。与世界的连接在严重的抑郁体验中是缺失的。

严重的抑郁体验首要的和最突出的特征是图形/背景动力的迟钝：图形费力地从缺乏能量的基础浮现。它们既不是兴趣、刺激，也不是意向性的冲动。来访者经常一整节沉默和一动不动地坐在椅子上。没有哪怕最微弱的图形闪过的迹象。一切都不相关联。没有任何意义，因为意义本身就是图形/背景接触边界上发展出来的，图形在此处获得形状、深度，通过与背景的关系体现意义。

没有意向性浮现，因为意向性不属于任何单独的个体，而是从接触中浮现和展现：它是驱动我们所有接触边界的相遇的力量。当我们进入一个严重抑郁的关系场，我们的感官遇到了空无，一片荒芜之地，有时似乎是由石头组成，有时似乎是由一种流动、吞噬一切的迷雾组成。“我的脑袋里全是雾，一直在变化没有特定的形式。我真的很困惑。我不知道要做什么。”其他时刻又好像似乎一切都没有任何意义：“我看着外面的景色就好像它们不过是平面屏幕上的静止图片。山，过去一直是我快乐的源泉，现在只是待在哪里：无法触及，静止和没用。没什么能吸引我。没有任何东西我可以连接，没有任何东西对我有意义”。

治疗师知觉到缺乏方向的感觉在时间和空间膨胀。人类存在的这两个超个人基石被改变了。说图形占用预先存在的空间和时间是不准确的。而是，时间和空间在图形被共同创造的每一个当下浮现。当抑郁凸出时，当下时刻浮现失败。它缺少走到尽头的前一刻(retentio)和正在形成的后一刻(protentio)，这两者的支持。

当治疗师在来访者的关系场中安放自己的时候，他们会立即觉察到这种被修改的时间感，已经膨胀到中断的点，到达一个时间几乎完全停止的点。空间，同时，在一种持续扩张的状态。治疗师和来访者的椅子之间的距离似乎变大了，达到了似乎难以逾越的程度。穿越这种距离所需要的能量似乎不可能。然而，它的缺失引起剧烈痛苦这一事实，实际上显示了意向性的存在。它出现在每一个痛苦里，源于知觉到它（意向性）的缺失。如果意向性缺失的痛苦感觉存在于图形中，那么意向性一定在背景里。

抑郁体验发生在关系场里。时间和空间是我们找到所爱的和必要东西时，设想自己的路径。它们是关系-因变量，通过旅程的动力产生，它从来不仅仅是单方动作而是共同动作（co-movement）。当这个动作失败的时候，我们体验的是深渊，令我们分离。情感的桥梁（我们的自体通过它被组织起来，从它我们的主体性涌出）丧失了。抑郁体验是个体对特定关系体验的表达：也就是不可能触及另外一个人。抑郁是个体在面对触及另外一个人的愿望变得徒劳时，缴械投降不抱希望的主观体验。抑郁可以被理解为共同建构的关系现象，包括三个内在和本质特征：深刻的依恋，通过它另一个人被爱被和是必要的，所有触及另一个人的努力都失败了，以及关系中的另外一个人的情感缺失。

每个人的抑郁体验都是独特的；它总是这个人独特生活故事不可分割的一部分。抑郁性体验也具有人际间的本质，它是一种共同创造的现象：它出现在关系中也是在关系中被维持。考虑到生命故事的背景和关系网，抑郁体验可以被看成整个场的功能，是一种创造性调整。它帮助一个人在困难的情境下存活，它可以是生活转变的信号和重新找寻生命意义的信号，它可以促进僵化的习惯性关系模式改变，等等。 然而，如果一个人在生活中以僵化和刻板的方式使用抑郁的方式与人联系，那么抑郁性功能变成了一个固化格式塔（fixed Gestalt）。可以将它看成是一个恶性循环，它降低了有机体应对自己的精神和躯体过程和外部需求的能力。它导致了更频繁的失败，随着又加深了抑郁状态，反过来又进一步降低了有机体的能力。一开始作为有利的适应机制的抑郁性适应【75】可能变成了一个耗竭、绝望的抑郁固化格式塔，成了一种痛苦，严重限制一个人创造性调整的能力。把抑郁性体验概念化成“最初有利的创造性调整固化成格式塔”是一种外部诊断 ,在抑郁来访者复杂的历史关系中为提供治疗师一种定向。

上面描述的一般关系场组织方式也倾向于在治疗情境中重复。治疗师变成了场的“抑郁性组织”。来访者的家人或者其他最亲近的人的对他们的抑郁状态的通常反应是极化的。他们一开始想要鼓励她/他(“加油 ,很快会好起来的。

咱们做点开心事儿，能帮助你克服。”）之后，当这种努力无效之后他们变得耗竭，他们想要保护自己并敬而远之（经常带着或多或少的攻击性）。

治疗师发现自己处在同样的关系模式中，同样感觉到重复上述反应的冲动。治疗师可能，比如，尝试用精心设计的实用建议鼓励来访者会改变有压力的生活条件，然后当来访者不能做出任何改变的时候，体验到挫败或者恼怒。多亏他们的觉察力，治疗师有机会走出这种僵化的关系模式并且能够对抑郁病人做出不同的反应——他们仍然可以接触，不会责备自己和来访者，不放弃希望。用这样的做法，治疗师改变了一半的僵化的场组织，也为来访者的改变打开了空间。

当应对严重抑郁的来访者时，恐惧是普遍的初始反应。可能一开始的形式是无法定义但是强大的一种不自在的感觉，或者对来访者强烈的恐惧感。有时候治疗师可能希望离开来访者，或者把他们交给其他人处理。在他们的场背景里框出这些体验是非常重要的。所有这些反应都反应了治疗师的知觉，知觉到了缺乏关系场的基础。出于这个原因，第三方的参与提供了一种重要的锚点【1】。第三方的形式可能是药物支持、督导、与同事的会面，或者深入的理论培训（希望也包括阅读本章节）。

反移情的另外一个方面与治疗师把自己置于抑郁性场的副作用有关。抑郁性状况让治疗师在悬崖边摇晃，感觉一种可怕的重力把他们拉向深渊、真空、孤独状态、恐惧和极度无能的感觉，失去了任何方向感。这可能导向一种愤怒感，可能导致自我贬损（我还不够格和这个来访者工作），或者失去对培训和专业的信念（“我选择的治疗取向不足以让我应对这个来访者”或者“心理治疗对这类来访者根本没用：他们只需要药物！”）。

治疗师与抑郁性来访者在一起的体验可以用一个比喻来描述，“抑郁磁力”。治疗师感觉到被拽向来访者就像被磁铁吸引。然后他们要么通过戴上专业面具保持安全的情绪距离，让抑郁性体验远离自己，有时候甚至为整个场承担不适量的责任；或者治疗师靠近来访者，以某种程度分享来访者的抑郁性体

验。治疗师体验到坠落、孤独、无助、羞耻和沉重。这种情况下，他们可能感觉被“抑郁性感染”的风险危及，他们体验到：“这对我来说太过了”，于是用自我保护和/或对来访者的攻击做出反应：“她让人无法忍受。她需要我于是我就在这，我伸出了我的手她却看不见！”或者“我做的一切都没用，那她爱干什么就干什么吧！“。治疗师可能感觉被诱惑着违抗或者挑战来访者：“那行，我们看看谁更强大：是我的努力还是你的惰性！”

治疗师觉察到自己的体验，并且不责备他们的来访者会或者自己，是非常重要的，因为责备是抑郁性场组织的突出特征。治疗师可以使用“抑郁磁力”的比喻，他们的体验表明了抑郁“磁力”的强度，以及治疗师与之相对的位置。

治疗师被抑郁性场组织威胁。他们可能被来访者的抑郁“传染”也变得抑郁。临床观察到一种抑郁在人际接触间扩散的现象。“抑郁的传染性”是一个理论概念，一种更好理解来访者的工具，而不是指责抑郁“携带者”的工具。这个概念被针对40个研究项目进行的元分析证实【76】，有足够的证据支持以下表述：“抑郁症状在亲密关系中具有传染性”。治疗师在抑郁性场中的具体体验序列被描述为【77】“抑郁性共同体验轨迹”。

治疗师的任务是当很容易变得迷失、困倦，或者发脾气，或者很容易失去希望的时候，不陷入抑郁，保持在场。这种情况是心理治疗师面临的最艰难任务的代表：他们把自己的自体放置于来访者的意向里，但是这种情境下，他们可能体验到两者间仿佛是深渊【78】。他们如何能够在这样一个窟窿里，一个深渊里栖居？

治疗师的所有的体验都应该被带入觉察，因为他们代表了关系场里与另外一个人相处的方式。场的视角为治疗师从两个方面提供支持：让治疗师理解弄明白自己情绪以及同时让他们采取行动。通过问自己“我们如何在此时此地共同创造抑郁”或者“我们是如何一起抑郁的”【75】，治疗师把情境带回轨道。

6. 结论

作为心理治疗师，我们既需要地图（外部诊断）也需要一种方向感（内部诊断）。外部诊断是心理治疗师的基础。任何我们做出外部诊断的时候，我们都在使自组织的治疗情境场的某个特定方式固定。我们聚焦于对当下治疗情境意义的描述，我们没有聚焦于与来访者待在当下。然而，如果我们给自己负担要求自己应该一直聚焦于治疗关系流，我们反而限制了我们的治疗灵活性。如果我们也允许自己花些时间找到方向和意义，去用第三方锚定自己，去斩断，那么就会发展出一种流动和滋养的接触流。

我们可以有多种地图，每一种从不同角度描述临床情境。我们也可以有一种基于对此时此地共同创造过程的观察形成的地图，另外一个是基于对系统中角色和互动的观察形成的地图，还有一个是基于对症状的现象学观察。在心理治疗的过程中，我们会自然地发展为体验赋予意义的地图。我们无法避免做出某种诊断。我们所有能做的就是对诊断过程保持觉察，并把我们的觉察带入与来访者的接触。我们必须牢记诊断不是对我们面前这个人的描述，它仅仅是一种工具，让我们把与这个人在一起的体验进行有意义的组织，所以

随着治疗师获得更多专业知识，外部诊断逐渐变得不重要。所有的旅行者都需要地图指引自己，但是同样真实的是你的旅行经验越多，你就越能够依靠自己的方向感。方向感是你的旅途中，不需要使用太多的地图就一刻一刻地发展起来的。内部或者美学诊断在每时每刻互动中定位我们自己时是必要的。它在格式塔治疗中是提供具体支持的基础。没有地图能够洗知道提醒我们路上的坑或者轨道上的弯儿。也没有地图能够完备到指出此时此刻会发生什么。这种定向，在进行广泛旅行和研究了不计其数的地图之后，是足够的，此时旅行者有信心知道如何穿越未知疆域。

作者们的贡献：前两位作者写作了这篇文章，第一位作者负责组织写作。三位作者都同等地参与了《格式塔治疗临床实践——从心理病理学到美学接触》这本书中，心理病理学、诊断和抑郁的有关章节的写作，这些章节是本论文的基础。

兴趣冲突：作者们声明不存在兴趣冲突或者冲突状态。

References

1. Francesetti, G.; Gecele, M. A Gestalt Therapy Perspective on Psychopathology and Diagnosis. *Br. Gestalt J.* **2009**, *18*, 5–20.

2. Francesetti, G.; Gecele, M.; Roubal, J. *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2013; ISBN 978-88-204-2072-7.

3. Francesetti, G. “You Cry, I Feel Pain”. The Emerging, Co-created Self as the Foundation of Anthropology, Psychopathology and Treatment in Gestalt Therapy. In *Self—A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*; Robine, J.-M., Ed.; L’Exprimerie: St. Romain-la-Virvée, France, 2016.

4. Rosa, H. *Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung*; Suhrkamp Verlag: Berlin, Germany, 2016.

5. Fuchs, T.; Koch, S.C. Embodied Affectivity: On Moving and Being Moved. *Front. Psychol.* **2014**, *5*, 1–12. [CrossRef] [PubMed]

6. Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*; Gestalt Journal Press: Highland, NY, USA, 1951.

7. Francesetti, G. Pain and Beauty. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact. *Br. Gestalt J.* **2012**, *21*, 4–18.

8. Francesetti, G. From Individual Symptoms to Psychopathological Fields. Towards a Field Perspective on Clinical Human Suffering. *Br. Gestalt J.* **2015**, *24*, 5–19.

9. Cortelazzo, M.; Zolli, P. *Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*; Zanichelli: Bologna, Italy, 1983.

10. Minkowski, E. *Vers une Cosmologie*; Payot & Rivages: Paris, France, 1999.

11. Baranger, M. Field Theory. In *Truth, Reality and the Psychoanalyst: Latin American Contributions to Psychoanalysis*; Lewkowicz, S., Flechner, S., Eds.; International Psychoanalytical Association: London, UK, 2005; pp. 49–71.

12. Baranger, M.; Baranger, W. The Analytic Situation as a Dynamic Field. *Int. J. Psychoanl.* **2008**, *89*, 795–826. [CrossRef] [PubMed]

13. Combs, A.W. Being and Becoming: A Field Approach to Psychology. *Humanist. Psychol.* **1999**, *25*, 237–243. [CrossRef]

14. Ferro, A. The Field Evolves. In *Advances in Contemporary Psychoanalytic Field Theory*; Katz, S.M., Cassorla, R., Civitarese, G., Eds.; Routledge, Taylor & Francis Group: New York, NY, USA, 2016.

15. Neri, C. The Analytic Field as a Resonator and Instrument for Revealing the Presence of Other Fields. In *Advances in Contemporary Psychoanalytic Field Theory*; Katz, S.M., Cassorla, R., Civitarese, G., Eds.; Routledge, Taylor & Francis Group: New York, NY, USA, 2016.

16. Orange, D.M.; Atwood, G.E.; Stolorow, R.D. *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*; The Analytic Press: Hillsdale, NJ, USA, 1997.

17. Pribram, K.H. *Languages of the Brain: Experimental Paradoxes and Principles in Neuropsycholgy*; Prentice-Hall: Upper Saddle River, NJ, USA, 1971.

18. Stern, D.N. *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology and the Arts*; Oxford University Press: New York, NY, USA, 2010.

19. Stolorow, R.D.; Atwood, G.E.; Brandchaft, B. *The Intersubjective Perspective*; Jason Aronson: Northvale, NJ, USA, 1994.

20. Tolman, E.C. Principles of Purposive Behavior. In *Psychology: A Study of a Science*; Koch, S., Ed.; McGraw-Hill: New York, NY, USA, 1959; Volume 2, pp. 92–157.

21. Bloom, D. Sensing Animals/Knowing Persons. A Challenge to Some Basic Ideas in Gestalt Therapy. In *Advanced Gestalt Therapy*; Levine Bar-Yoseph, T., Ed.; Routledge: New York, NY, USA, 2011.

22. Bloom, D. The Relational Function of Self: Self Function on the Most Human Plane. In *Self—A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*; Robine, J.-M., Ed.; L'Exprimerie: St. Romaine-la-Virvée, France, 2016.

23. Bloom, D. Sensing and Knowing. *Gestalt Rev.* **2017**, forthcoming.

24. Cavaleri, P.A. Dal campo al confine di contatto. Contributo per una riconsiderazione del confine di contatto in psicoterapia della Gestalt. In *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e Clínica*; Spagnuolo Lobb, M., Ed.; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2001.

25. Cavaleri, P.A. *La Profondità della Superficie. Percorsi Introduttivi alla Psicoterapia della Gestalt*; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2003.

26. Day, E. Field Attunement for a Strong Therapeutic Alliance: A Perspective from Relational Gestalt Therapy. *J. Humanist. Psychol.* **2016**, *56*, 77–94. [CrossRef]

27. Jacobs, L. The Inevitable Intersubjectivity of Selfhood. *Int. Gestalt J.* **2005**, *28*, 43–70.

28. Jacobs, L.; Hycner, R. *Relational Approaches in Gestalt Therapy*; Routledge, Taylor & Francis Group: New York, NY, USA, 2010.

29. Kennedy, D. The Phenomenal Field. *Br. Gestalt J.* **2003**, *12*, 76–87.

30. Latner, J. This Is the Speed of Light: Field and Systems Theories in Gestalt Therapy. *Gestalt J.* **1983**, *6*, 71–90.

31. O'Neill, B. Relativistic Quantum Field Theory: Implications for Gestalt Therapy. *Gestalt Rev.* **2008**, *12*, 7–23.

32. Parlett, M. Reflections on Field Theory. *Br. Gestalt J.* **1991**, *1*, 68–91.

33. Parlett, M. Contemporary Gestalt Therapy: Field Theory. In *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*; Woldt, A.L., Toman, S.M., Eds.; Sage: London, UK, 2005.

34. Philippson, P. Revisiting the Field. 2017. Available online: https://www.amazon.it/s/ref=nb_sb_noss/262-9211115-1726344?__mk_it_IT=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&url=search-alias%3Ddigital-text&field-keywords=Peter+philippson (accessed on 14 September 2017).

35. Robine, J.-M. *Plis et Deplis du Self* ; Institut Français de Gestalt-thérapie: Bordeaux, France, 2004.

36. Spagnuolo Lobb, M. The Now-for-next in Psychotherapy. In *Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society*; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2013.

37. Staemmler, F.-M. A Babylonian Confusion? On the Uses and Meanings of the Term "Field". *Br. Gestalt J.* **2005**, *15*, 64–83.

38. Wheeler, G. *Beyond Individualism: Toward a New Understanding of Self, Relationship and Experience*; The Analytic Press/Gestalt Press: Hillsdale, NJ, USA, 2000.

39. Wollants, G. *Gestalt Therapy: Therapy of the Situation*; Sage: London, UK, 2008.

40. Yontef, G. Modes of Thinking in Gestalt Therapy. *Gestalt J.* **1984**, *7*, 33–74.

41. Yontef, G. The Relational Attitude in Gestalt Therapy Theory and Practice. *Int. Gestalt J.* **2002**, *25*, 15–36.

42. Francesetti, G. The Field Strategy in Clinical Practice: Towards a Theory of Therapeutic Phrone¯sis. In *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy*, 2nd ed.; Brownell, P., Ed.; Cambridge Scholars Publishing: Tyne, UK, forthcoming.

43. Buber, M. *Il Principio Dialogico e Altri Saggi*; San Paolo: Milano, Italy, 1993.

44. Francesetti, G. La sofferenza della Zwischenheit. Una lettura gestaltica di "Colpa e sensi di colpa" di Martin Buber. In *Martin Buber. Colpa e sensi di Colpa*; Bertolino, L., Ed.; Apogeo: Milano, Italy, 2008.

45. Salonia, G. Disagio psichico e risorse relazionali. *Quad. Gestalt* **2001**, *32–33*, 13–22.

46. Spagnuolo Lobb, M. From the Epistemology of Self to Clinical Specificity in Gestalt Psychotherapy. In *Contact and Relationship in a Field Perspective*; Robine, J.-M., Ed.; L'Exprimerie: Bordeaux, France, 2001.

47. Spagnuolo Lobb, M. Classical Gestalt Therapy Theory. In *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*; Woldt, A.L., Toman, S.M., Eds.; Sage Publications: Thousand Oaks, CA, USA, 2005; pp. 21–39.

48. Dewey, J. *Art as Experience*; Penguin: New York, NY, USA, 1980.

49. Spagnuolo Lobb, M. La teoria del sé in psicoterapia della Gestalt. In *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e Clínica*; Spagnuolo Lobb, M., Ed.; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2001.

50. Francesetti, G.; Gecele, M.; Roubal, J. Gestalt Therapy Approach to Psychopathology. In *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*; Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J., Eds.; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2013; pp. 59–76.

51. Zinker, J. *Creative Process in Gestalt Therapy*; Vintage Books: New York, NY, USA, 1978.

52. Yontef, G.M. *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*; Gestalt Journal Press: Highland, NY, USA, 1993.

53. Salonia, G. Tempi e modi di contatto. *Quad. Gestalt* **1989**, *8–9*, 55–64.

54. Sichera, A. A confronto con Gadamer: Per una epistemologia ermeneutica della Gestalt. In *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e Clínica*; Spagnuolo Lobb, M., Ed.; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2001; pp. 17–41.

55. Husserl, E. *Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology*; G. Allen & Unwin, Limited: New York, NY, USA, 1931.

56. Polster, E.; Polster, M. *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory and Practice*; Vintage Books: New York, NY, USA, 1974.

57. Spagnuolo Lobb, M. Sessualità e amore nel setting gestaltico: Dalla morte di Edipo all'emergenza del campo situazionale. *Idee Psicoter.* **2008**, *1*, 35–47.

58. Melnick, J.; Nevis, S.M. Diagnosing in the Here and Now: A Gestalt Therapy Approach. In *Handbook of Experiential Psychotherapy*; Greenberg, L.S., Watson, J.C., Eds.; The Guilford Press: New York, NY, USA, 1998.

59. Roubal, J. The Three Perspectives Diagnostic Model: How Can Diagnosis Be Used in the Gestalt Approach and in Psychiatry Without an Unproductive Competition. *Gestalt J. Aust. N. Z.* **2012**, *8*, 21–53.

60. Brownell, P. *Gestalt Therapy: A Guide to Contemporary Practice*; Springer: New York, NY, USA, 2010.

61. Höll, K. Integrative Gestalt Psychoterapy. In *Psychotherapeutic Diagnostic*; Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., Wiesnagrotzki, S., Eds.; Springer: New York, NY, USA, 2008.

62. Joyce, P.; Sills, C. *Skills in Gestalt Counselling and Psychotherapy*; Sage: London, UK, 2006.

63. Roubal, J.; Gecele, M.; Francesetti, G. Gestalt Therapy Approach to Diagnosis. In *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*; Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J., Eds.; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2013; pp. 79–106.

64. Gadamer, H.-G. *Truth and Method*; Bloomsbury Academic: London, UK, 2004.

65. Bloom, D. "Tiger! tiger! burning bright"—Aesthetic Values as Clinical Values in Gestalt Therapy. In *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*; Spagnuolo Lobb, M., Amendt-Lyon, N., Eds.; Springer: New York, NY, USA, 2003; pp. 63–78. ISBN 978-3-7091-7302-2.

66. Ash, G.M. Gestalt Psychology in the German Culture, 1890–1967. In *Holism and the Quest for Objectivity*; Cambridge University Press: Cambridge, UK, 1998.

67. Robine, J.-M. *La Psychothérapie Comme Ésthetique*; L'Exprimérie: Bordeaux, France, 2006.

68. D'Angelo, P. *Estetica*; Laterza: Roma-Bari, Italy, 2011.

69. Desideri, F. *La Percezione Riflessa*; Raffaello Cortina Editore: Milano, Italy, 2011.

70. Merleau-Ponty, M. *Phenomenology of Perception: An Introduction*; Routledge: New York, NY, USA; London, UK, 2003.

71. Spagnuolo Lobb, M. L'*awareness* dans la pratique post-moderne de la Gestalt-thérapie. *Gestalt XV* **2004**, *27*, 41–58.

72. Bloom, D. The Phenomenological Method of Gestalt Therapy: Revisiting Husserl to Discover the *Essence* of Gestalt Therapy. *Gestalt Rev.* **2009**, *13*, 277–295.

73. Francesetti, G.; Roubal, J. Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences. In *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*; Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J., Eds.; FrancoAngeli: Milano, Italy, 2013; pp. 433–459.

74. Bonani, M.M. L'interessamento come terapia. *Prospett. Soc. Sanit.* **2009**, *39*, 11–13.

75. Roubal, J. Depression—A Gestalt Theoretical Perspective. *Br. Gestalt J.* **2007**, *16*, 35–43.

76. Joiner, T.E., Jr.; Katz, J. Contagion of Depressive Symptoms and Mood: Meta-analytic Review and Explanations from Cognitive, Behavioural, and Interpersonal Viewpoints. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* **1999**, *6*, 149–164. [CrossRef]

77. Roubal, J.; Řihácˇek, T. Therapists' in-session experiences with depressive clients: A grounded theory. *Psychother. Res.* **2014**, *26*, 206–219. [CrossRef] [PubMed]

78. Francesetti, G. "Absence Is a Bridge between Us". In *Gestalt Therapy Perspective on Depressive Experiences*; Istituto di Gestalt HCC Italy Publ. Inc.: Siracusa, Italy, 2015. © 2017 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).