



EAGT Evropski akreditovan obrazovni
trening institut za psihoterapiju

Теоријски рад

Депресија као димензија људског искуства

Данијела Калањ

Европски акредитован психотерапијски тренинг институт Студио за едукацију Београд

(EAPTI-SEB) & EAPTI-GPTIM NETWORK (EGN)

Програм: Диплома из гешталт психотерапије

Модул: Завршни испит

Менторка: Душанка Јовановић

Јул, 2025.

Апстракт	2
Увод	3
Психопатологија из гештALT перспективе	4
Депресивно искуство из психијатријске перспективе	7
Униполарни поремећаји	8
(296.20 и 296.30) F32 и 33. Велика (мајор) депресија	8
(300.4) F34.1. Перзистентни депресивни поремећај – Дистимија	8
Биполарни поремећаји	9
(296.4) F31.80. Биполарни поремећај 1	9
(296.89) F31.81. Биполарни поремећај 2	9
Остали поремећаји расположења	9
Депресивно искуство из гештALT перспективе	12
Реч две о дијагностиковању - екстризична/интризичка дијагноза	12
Депресивно прилагођавање - фиксирани гештALT	14
Присуство одсуства: жаловање и поље реактивне депресије	17
Меланхолична депресија — одсуство присуства	18
Селф у меланхоличним искуствима	19
Фигура и позадина	22
Терапијски приступ	23
Агресија и конфронтација	24
Контратрансфер	26
Закључак	29
Референце	30

Апстракт

Овај рад истражује депресију као релациони и феноменолошки феномен, а не искључиво као клинички синдром. Полазећи од личне мотивације ауторке за разумевањем депресивног искуства — како из личног, тако и из терапијског контекста — рад спаја теоријске увиде и искуства из гешталт психотерапије са циљем да се осветли шта значи бити у депресивном пољу. Основни фокус је на меланхоличном искуству, губитку интеракције са другим и са светом, као и на функцији self-а у том процесу. Посебна пажња посвећена је концептима као што су фиксирани гешталт, ретрофлексја као доминантни механизам прекида контакта, агресија као интенционално кретање ка другом и терапијска улога контратрансфера.

У раду се депресија сагледава као процес који није само патолошки, већ и као могућност за креативну адаптацију и тражење нових значења, уколико постоји довољно безбедан релациони простор. Терапеутска улога није само у „лечењу симптома“, већ у томе да буде сведок, пратилац и чувар присуства, да подржи клијента да постепено оживљава контакт са собом и светом. Рад осветљава и интерсубјективне и пољске аспекте депресивног искуства, показујући како патња није само индивидуална, већ део ширег релационог и културолошког поља.

Кроз комбиновање теорије и личне рефлексije, рад позива на разумевање депресије као димензије људског постојања која, иако болна, у себи носи потенцијал за трансформацију, присуство и обнову односа са животом.

Кључне речи: депресивно искуство, фиксирани гешталт, жаловање, меланхолија, ретрофлексја

Увод

Жеља за истраживањем ове теме јавила се на темељима мог личног страха од депресивног искуства. Како је рад одмицао, видела сам да је ту много више од страха да станем у депресивно поље са неким (понајвише са клијентом). У блиској околини сам имала прилике да се сретнем са различитим видовима депресије, и тек сада назирем како је било тешко када си недостижан други. Такође, увидела сам да неки од мојих клијената заправо имају и ову тему као своју, негде у позадини, прикривену темама због којих су дошли, али ја је пре овог писања нисам могла јасно угледати и зато сам јако захвална што сам загревала у ово искуство, јер оно је, иако неким изгледа далеко, заправо јако близу свима нама.

Депресија се често сужава на клиничке дефиниције, дијагностичке критеријуме, фармаколошке протоколе. У овом раду желим да се померим од тог суженог погледа и истражим депресивна искуства као део онога што нас чини људима. Посматрајући депресију као простор у ком почињемо да губимо не само друге, него и себе, улазимо у питање шта значи бити у свету, шта значи бити са другима, и како се тај однос прекида и распада.

Теоријски, рад се ослања на релациону и феноменолошку гештALT перспективу, посебно на радове Ђанија Франчезетија, Јана Рубала, Франса Меулместера, Маргариту Спањоло Лоб и Лидију Пецотић, који депресију не виде само као симптом, већ као поремећај на самој граници контакта између организма и средине. Депресија, а нарочито меланхолија, није само реакција на губитак већ губитак самог „између“ — простора у ком настајемо, у ком се смисао и живот кокреирају. Из ове перспективе, депресија постаје искуство поремећене интеракције између селфа и света, искуство у ком се фигура више не може појавити, где време стаје, а простор се празни.

Циљ рада је да истражи депресивна искуства кроз кључне гештALT појмове: селф и његове функције, фигуру и позадину, интенционалност, ретрофлексију као доминантан механизам одбране, агресију и конфронтацију. Посебно се бавим питањем терапијског односа: како терапеут може да буде присутан у пољу у којем нестаје присуство? Како се у заједничком простору између терапеута и клијента може држати оно што је неподношљиво, без брзих решења, без спасавања, али са присуством које носи наду?

Овај рад је уједно и лично истраживање. Јер депресија није нешто што посматрамо само код других; она је део матрице људског искуства, могућност у нама, понор и тло, тишина и могућност поновног гласа. Пишем о њој са жељом да боље разумем и себе и оне који долазе по помоћ, али и са надом да ћу кроз то разумевање осетити шта је то што нас, упркос свему, држи у вези са животом.

Психопатологија из гештALT перспективе

Однос гештALT терапије (у даљем тексту ГТ) према психопатологији од самих почетака био је веома дискутабилан. Јер, ГТ, као и друге хуманистичке терапије, настала је као револуција у односу на претходне моделе – строго медицинско, категорисање и класификација клијената и њихових симптома. Овај приступ је био изражавање протеста и ослобађање од утврђених дијагностичких оквира.

Међутим, како је време пролазило, јавила се потреба за систематским описивањем стања и дијагностиком. Тако су и гештALT терапеути почели да се окрећу психоаналитичкој и медицинској литератури, тражећи одговоре за појављујуће феномене. Као што каже Делил: „Gešalt terapija zagovara razvoj terapeuta који ne sme biti naivan kada je u pitanju psihopatologija, a u cilju održavanja interpersonalnog odnosa sa svojim klijentom, u kome odanost i humanost moraju da preovladavaju. (Delisle, 1999).”

ГТ је пре свега феноменолошки оријентисана. Она више описује феномене него што тражи узроке у прошлости. То не значи да прошлост није важна; напротив, гешталтисти посматрају особу као збир искустава – прошлих, садашњих и будућих. Већина пажње посвећује ономе што се дешава „овде и сада“, посебно на граници контакта.

Личност се у ГТ схвата као динамичка организација искустава која се одвија на граници контакта. Та граница се састоји од контактних функција: вербалних, чулних (аудицијских, тактилних), као и функција мириса и укуса. Терапеут посматра ове контактне функције, прекиде у циклусима контакта, и на основу тога закључује о стању особе.

„Disfunkcija se održava kroz otpor i prilagođavanje kontaktu, kao i putem nepotpunog i nepromišljenog upotrebljavanja ličnog sistema podrške. Otpori prilagođavanja kontaktnim procesima koje ja upotrebljavam su: konfluencija, introjekcija, projekcija, retrofleksija i defleksija. Sistemi podrške su: interpersonalni, kognitivni i biološki potporni sistem.“ (Isto).

Побројани отпори контакту се јављају када не помажу особи, већ је спутавају и ометају је у функционисању, а уколико их свесно користимо, онда постају начини адаптације на контакт, јер служе некој сврси у датом тренутку. „Za geštalt terapeuta je disfunkcija na granici kontakta srž psihopatologije. Disfunkcija se održava kroz modele otpora što znači da osoba ili u potpunosti ignoriše potporni sistem ili da ga koristi na takav način koji podržava poremećaj“ (Isto).

Управо су ови тзв. прекиди контакта, отпори, механизми обране, како год да их зовемо у једном тренутку ту да се особа креативно прилагоди на неку тешку ситуацију, али уколико се особа ту „заглави“, они постају фиксирани гешталти који више не служи особи, већ јој, напротив, сужава поље потенцијала (Francesetti & Roubal, 2013).

„Psihopatološki simptomi su manifestacije fiksiranih Geštalta koji se mogu opaziti fenomenološki. Ovi rigidni obrasci uzrokuju patnju na kontakt granici i odnosu (naravno da individua doprinosi oranzaciji svog relacionog polja)“ (Isto). Симптоми се, заправо, јављају као нека врста молбе, потребе да се контакт поново поправи, среди ту где је заустављен и управо ту гештALT терапеут одиграва главну улогу – посматра границу контакта, стоји на њој и тражи начин како да одговори на потребе клијента, односно како да буде ту за њега у контакту који му је потребан.

На крају овог поглавља, можемо да кажемо да да је психопатологија, према гештALT схватању, у ствари психопатологија односа, јер се дешава на граници контакта, онога што се налази „између“, на граници између особе и другог, особе и света. Може се чак говорити о некој врсти гештALT психопатологије, за коју би се могле издвојити одређене карактеристике, како наводе Франчезети, Гецел и Рубал (Isto). ГештALT психопатологија је:

1. **Феноменолошка**, што смо већ напоменули – не бави се интерпретацијама, већ посматрањем и истраживањем самог искуства.

2. **Релациона**, у смислу да је психопатологија заправо проблем у односу, те тако и терапеут стоји на граници, гледајући шта се формира у контакту са клијентом. Затим, клијентова патња се посматра као феномен који се појављује у терапијском пољу. Гледа се у прекиде контакта, где је закована спонтаност у контакту, и обраћа се пажња на тзв. „трећу страну“ у односу, односно на оно што је позадина из које се формирају и јављају фигуре.

3. **Временска**, што подразумева да се терапеут прилагођава времену и месту клијента, не би ли га модификовао, јер је време то које пуно утиче на сам однос.

4. **Холистичка**, што се односи на то да патња не обухвата само ментални, већ и телесни део.

5. **Оријентисана спрема креативности**, као што смо већ рекли, патња је креативно прилагођавање у датој тешкој ситуацији.

6. **Ситуациона**, јер је увек у оквиру неког контекста, јавља се у оквиру неке ситуације (односа).

7. **Развојна и оријентисана на будуће**, а то значи да је увек нешто из прошлости присутно у сада и овде, када се појавило нешто што је активирало патњу из претходног периода, али ипак са димензијом која усмерава особу ка неком циљу у будућности, јер у том новом односу са терапеутом, особа тежи формирању неког новог контакта.

8. **Естетска**, што се односи на лепоту контакта који је здрав, потпун, испуњен... „biti zdrav znači moći stvoriti figuru koja ima svjetlost, milost, ritam i harmoniju“ (Isto).

9. **Димензиона, пре него категоричка**, а то значи да се не поставља јасна граница између здравог и болесног, јер свакоме од нас може да се деси нека ситуација у којој можемо испољити патњу, патологију неке врсте... много тога зависи од прага толеранције сваке индивидуе.

„Gešalt terapija obezbeđuje dobru podlogu i vredne alatke pomoću kojih možemo razumeti ljudsku patnju; kao i koji kontakt i odnos traži osoba koja pati (Isto).“

Депресивно искуство из психијатријске перспективе

Према Међународној класификацији менталних поремећаја и поремећаја понашања Светске здравствене организације (у даљем тексту МКБ-10), као поремећаји расположења издвајају се: маничне и депресивне епизоде, биполарни афективни поремећај (фазе депресије и фазе маније), понављајући (рекурентни) депресивни поремећај, стални поремећаји расположења (циклотимија и дистимија), и неспецификовани поремећаји расположења. У постављању дијагнозе, осим клиничке

слике, узимају се у обзир и тежина симптома, епизоде и ток болести (Timotijević, Draganić Gajić, 2014).

Према DSM V депресивни поремећаји су подељени у следеће категорије:

Униполарни поремећаји

(296.20 и 296.30) F32 и 33. Велика (мајор) депресија

Присутна је епизода Велике депресије код пацијената који нису имали епизоде маније нити хипоманије. Потребно је да најмање 5 од наведених симптома буду присутни барем 2 недеље: депресивно расположење, губитак интересовања за свакодневним активностима (ова два симптома су есенцијална), прекомеран губитак или пораст телесне тежине, несаница или хиперсомнија, агитираност или успорена моторна активност, мањак енергије, слабост, осећај личне безвредности, осећај кривице, смањена концентracија, неодлучност, суицидне мисли и идеје.

(300.4) F34.1. Перзистентни депресивни поремећај – Дистимија

Карактерише се хроничним депресивним расположењем које траје најмање две године током којих нема већих депресивних епизода, ни симптома маније и хипоманије, а има барем два од следећих симптома: смањен или повећан апетит, несаница или хиперсомнија, умор, слабост, лоша самоподршка, слаба концентracија, тешкоће при доношењу одлука, осећање очаја и безнадежности. Симптоми узрокују клинички нарушено функционисање у социјалној, породичној, професионалној и другим животним сферама. Уколико почне пре 21. године, категорише се као рани дистимични поремећај, а као касни ако је почетак након 21. године.

Биполарни поремећаји

(296.4) F31.80. Биполарни поремећај 1

Карактерише се манијом коју могу да прате или да јој претходе епизоде хипоманије или велике депресије. Често постоји једна или више епизода велике депресије.

(296.89) F31.81. Биполарни поремећај 2

Карактерише се једном или више епизода велике депресије и најмање једном епизодом хипоманије.

(301.13)

F34.0.

Циклотимија

То је стање хроничне флукуације расположења између маније и депресије, али нема критеријума за дијагнозу ни велике депресије ни маније. Симптоми трају најмање две године, особа није без симптома највише два месеца.

Остали поремећаји расположења

У ову групу спадају манични или депресивни поремећаји расположења који су настали услед органских болести, злоупотребе алкохола, дроге, лекова. Према ДСМ-у 5, уколико код пацијента постоји неки губитак или жаловање због губитка, онда је могуће и оправдано је да се постави дијагноза велике депресије. Иако постоји разлика између клиничких симптома, тј. депресије и егзистенцијалних, тј. туге, чињеница је да су са фармаколошког становишта они изједначени, и то је вероватно у основи оваквог тумачења жаловања.

Животна преваленца за развој депресивног поремећаја у општој популацији је 2-4%, зависно од студије која се се посматра. Депресија се, на пример, чешће развија код жена, и то два пута, и то се тумачи хормоналним поремећајима, као и социјалним

факторима којима су жене изложене, а мушкарци не. Биполарни поремећај је нешто ређи, преваленца је 0,5-1/1,6% код оба пола подједнако; дистимија се јавља у 3-6%, а циклотимија 0,4-1% популације. Фактори ризика су бројни, почев од пола (навели смо да од депресије чешће обољевају жене), затим животног доба (млађе доба је оно у ком се ови поремећаји најчешће испољавају), социоекономски статус (нижи је, на пример, типичан за појаву депресија, а виши за биполарни поремећај), брачни статус, као један од најсталнијих фактора, наследни фактори, рана искуства (нпр. смрт родитеља пре једанаесте године живота)... Када је у питању настанак поремећаја расположења, савремена истраживања указују на то да је у питању спој више врста фактора – генетски, психосоцијални и неуробиолошки фактори. Бављење овим факторима превазилази намере овог рада, те ћемо то оставити за неку другу прилику, а у наставку ћемо се мало позабавити детаљније приказом депресивног поремећаја, јер је он главна тема овог рада, а остали поремећаји расположења ће остати по страни и бити додирнути колико то захтева овај рад.

Наиме, у депресији се поремећај јавља на нивоу емоција пре свега, али и на нивоу мишљења, воље и нагона. Депресивне особе су безразложно тужне, та туга траје необјашњиво дуго, описују своје нерасположење различито од обичне туге... често се јавља осећај кривице, губитка самопоштовања, анксиозност је такође чест пратилац депресије. Даље, поремећај мишљења се испољава у негативном доживљају себе, прошлости, будућности, света око себе. Све ово долази из мањка самопоштовања, осећаја кривице, промашености... Особа је заглављена у мислима о наведеним осећањима, па често може доћи и до мисаоног блока, успорености говора итд. Када су у питању психотичне депресије, може доћи до појаве суманутих идеја код депресивних пацијената, а најчешће су сумануте идеје персекуције, кривице, љубоморе, хипохондарске или нихилистичке сумануте идеје. Поремећај вољних активности је

посебно истакнут код депресивних пацијената – немају енергије, тешко им је да се покрену да заврше неке од основних дневних обавеза, немају мотивацију да започињу било шта ново. Гашење воље може у тешким случајевима да се заврши и ступором, у ком нема чак ни воље за узимањем хране. Снижен је апетит, потреба за спавањем или снижена или потпуно преузима особу овај нагон, па превише спавају, смањен је и сексуални нагон... и на крају, угрожен је и нагон за животом, што је оличено у прилично великом броју суицида код депресивних пацијената (10-15% оболелих изврши суицид). Анхедонија – престанак уживања у стварима које су раније причињавале задовољство, типична је за депресивни поремећај. Тешкоће у памћењу су, такође, врло честе код депресивних пацијената, и изражавају се у заборавности, проблемима са упамћивањем, сниженом концентрацијом... Пажња је угрожена код ових пацијената, у смислу да је расута, не могу да се сконцентришу на оно што се очекује од њих јер су стално заокупљени неким својим мислима. Када је у питању перцепција, она је угрожена пре свега код психотичних депресија у којима се јављају разне врсте халуцинација, најчешће аудитивне. Свест и интелигенција бивају ненарушене у депресији, а увид у болест је релативно очуван, те се ови пацијенти често сами јављају за помоћ, осим у случајевима психотичне депресије.

Када је реч о диференцијацији поремећаја расположења од других поремећаја, нагласићемо само да је понекад тешко разликовати велику тугу од депресије, али не и немогуће. Пре свега, процес туговања је временски краћи, и другачији је ток од депресије. Уколико процес туговања почне да се компликује неким халуцинацијама, мумификацијом, суицидним идејама, онда се ипак мора констатовати депресивни поремећај. Важно је напоменути да је јако важно да се депресивни поремећај најпре добро процени од стране стручњака, затим да се направи план излечења, који може

подразумевати више начина – фармакотерапију, психосоцијалну терапију, биолошку терапију, и на крају уколико је потребно, хоспитализацију.

Сада када смо размотрили у најкраћим цртама депресивни поремећај из угла медицине и психијатрије, можемо се окренути сагледавању депресије из угла ГТ, са нагласком на то да и сви теоретичари чији су радови употребљени и за ову прилику, наглашавају да не треба искључити медицински домен, јер је у неким случајевима потребна фармакотерапија као подршка психотерапији итд. ГТ је управо та која се бори против искључивости, тако да је циљ овог одељка био да се укаже на другу страну, која је ту и треба је имати у виду у раду са депресивним клијентима, јер нама као терапеутима, често може бити велика подршка уколико можемо да се обратимо некоме од колега за сарадњу (Пецотић, 2025).

Депресивно искуство из гештALT перспективе

Реч две о дијагностиковању - екстринична/интризичка дијагноза

Како бисмо избегли категоризацију када је у питању дијагностиковање депресивног искуства, ваља рећи понешто о начинима на које дијагнози приступају гештALT терапеути. Први вид дијагнозе јесте екстринична дијагностика. Она подразумева управо сваку носологију, па и горе наведене психијатријске приручнике. Служи томе да одређеној појави дамо неко име, да је негде сместимо, како Францезети каже: “да је предметимо” (Francesetti, 2015). Међутим, аутор подсећа да иако је ова врста дијагностике општеприхваћена и важна, често се деси да најнормалнијим животним искуствима дамо дијагнозу. На пример, туга или жаловање узроковани неким егзистенцијалним догађајем, могу бити дијагностиковани као депресивни поремећај. Такође, важно је уместо натуралистичке перспективе увести херменеутичку перспективу јер ће нам она омогућити да исту појаву сагледавамо из више углова.

Други тип дијагностиковања у гешталту је интризичка или естетска дијагноза. Када је реч о естетској дијагностици, она не подразумева, као у претходном случају, поређење клијента и његове појаве са већ задатим шаблонима, већ значи посматрање квалитета контакта на граници контакта на којој смо заједно са клијентом. Она не долази из промишљања, већ из осећања (исто), и омогућава нам да посматрамо како се у односу са клијентом ствара фигура у коју гледамо, како се ствара интенционалност.

Обе ове дијагнозе се користе заједно, с тим да нам прва служи као нека врста оријентације, а друга нам помаже да будемо у односу, у контакту и да, свесно пратећи све оно што се збива. Медицинска дијагноза држи одређену дистанцу у односу на клијента и посматра га као статичну структуру, док гешталт терапеут, с друге стране, себе и клијента посматра као део истог поља, гледа у оно што се дешава на граници контакта са клијентом (Roubal, 2007). Тако дијагноза постаје терапијска могућност (Baalen, 1999). То значи да терапеут користи своју свесност о процесу који се дешава између клијента и њега, сада и овде, у одређеном простору.

У овом теоријском раду ћемо пратити поделу депресивних искуставапредлаже Франчезети (Francesetti, 2015), са фокусом на жаловању и меланхоличном депресивном искуству. Наиме, критеријуми који су коришћени за разликовање депресивних искустава су: квалитет искуства, однос између искуства и ситуације у којој оно настаје (везе са животним догађајима, животним стиливима итд.) и органски узроци искуства. Издвајају се:

1. Жаловање и искуства реактивне депресије
2. Меланхолично депресивно искуство
3. Депресивна искуства повезана са стилем личности
- Нарцистичка искуства
- Гранична (бордерлајн) искуства

- Зависна искуства
 - Хистерична искуства
 - Опсесивно-компулзивна искуства
4. Депресивна искуства са познатим органиским узроком

Депресивно прилагођавање - фиксирани гешталт

Депресија није само стање тужне или безнадежне особе. Многе терапије гледају на депресију као на природан механизам којим човек покушава да се прилагоди ситуацијама које једноставно не може променити. У овом смислу, депресија представља мудар одговор организма – повукао се у себе како би сачувао своје ресурсе и смирио се у тренутку када је активност бесперспективна (Пецотић, 2025).

Када особа доживљава губитак или се суочава с немогућношћу да реализује свој циљ, њено тело и ум се теже успоре, снижавају активност и смањују потрошњу енергије. Ово није знак слабости или слабости личности, већ одговор на ситуацију која је изван њихове контроле. У тим тренуцима, повлачење и успоравање кретања могу бити начин да се избегне додатна штета, а истовремено представљају паузу која омогућава да се дубље размисли, процесуира губитак и припреми за нови почетак.

Наравно, такво стање традиционално се посматра као тешко и непотребно, али ако се посматра са друге стране, ту постоји и нешто корисно. То је време када особа може да се посвети себи, да свесно обрађује своје осећаје, да размишља о својим вредностима и интересима. Повлачење и тишина могу постати платформа за опоравак, доносећи могућност да се унутрашње снаге обнове.

Процес депресије, у ствари, подразумева одлазак из активног света и унутрашњу рефлексију. Тиме се ствара простор за схватање себе, за учење о себи и својим границама. Иако су бол и разочарање присутни, ово није стање које само одзвања као неуспех или слабост. Напротив, то је трагање за новим путевима и новим значењима у животу.

У том смислу, депресија се може посматрати као један од начина на који човек, у одсуству могућности за кретање напред, успоставља контакт са својом унутрашњошћу. То је време у коме се учи, расте и припрема за нове кораке које ће тада доћи. Бол и тишина, упркос својој тежини, постају основа за проналажење нових начина постојања, кроз које се постепено гради нови осећај себе и света.

У свом чланку, Рубал истиче да је такво повлачење уско повезано са одбраном енергије у скоро немогућим условима: „У ситуацијама у којима је акција непоерљива, организам улази у стање слично хибернацији — како би сачувао ресурсе и избегао узалудне напоре“ (Roubal, 2007). Ово представља природни механизам унутрашње адаптације који, иако изгледа као стагнација, у ствари представља период припреме за следећи корак.

За разлику од депресивног прилагођавања које подразумева активан и креативан процес обраде губитака и изгарања, фиксирани гешталт представља стање у којем особа остаје заробљена у одређеном емоционалном програму, без могућности да га превазиђе. У таквом стању, она се чврсто држи почетне реакције, и на тај начин не дозвољава себи да крене напред или да оздрави. У том контексту, Рубал указује да „депресивно стање које се фиксира у једном одређеном облику представља овај унутрашњи гешталт — стагнацију у којој особа остаје заробљена у прошлости, без могућности да га превазиђе“ (исто).

За разлику од креирања нових начина реаговања и исцељења који су део креативне адаптације, фиксни гештALT одржава особу у стању стагнације, чиме се губи свака прилика за промену и лични раст. Ово стање често је праћено осећајем безнађа, беса или губитка унутрашње енергије, јер особа у том случају не успева да преиспита свој одговор на ситуацију, већ је заробљена у својој рутини или осећањима, без могућности да се отргне из те замке.

Фиксирање депресивних образаца развија се кроз живот на основу различитих фактора. Један од најважнијих је генетска предиспозиција, али је и значајна улога биолошких промена у мозгу — као што је смањена неуропластичност. У тренутку када мозак изгуби способност да се флексибилно адаптира на нове услове, он улази у стање фиксације, и „функционише на крхкој и стереотипној основи“. “Ова теорија заправо описује фиксирани гештALT на биолошком нивоу” (исто).

Психосоцијални фактори такође доприносе формирању фиксираног гештALTа. Ако је особа у раном животу доживела велики губитак, понижење или безнадежност, она може чувати та искуства у виду „депресогених емотивних шема“ (исто) које, услед сличних ситуација у каснијем животу, активирају ове механизме. Оне га чврсто везују за осећај безвредности, изолованости и неспособности да реагује флексибилно. У том случају, „самоорганизована депресивна структура“ постаје неподложна променама и претерује у својим негативним размишљањима, што доводи до стања фиксираних патолошких образаца.

У закључку, можемо рећи да фиксирана депресија представља стање у коме се органска или психолошка кретања заустављају и остају у стању „залепљености“. То је стање у коме особа губи флексибилност и способност да реагује новим и позитивним начинима, и тиме се одржава у патолошком стању дугорочно.

Присуство одсуства: жаловање и поље реактивне депресије

Када размишљамо о губитку — било да је реч о вољеној особи, значајном односу, здрављу или животном плану — увек се сусрећемо са простором који остаје празан. У гештALT приступу, овај простор није само индивидуална рана, већ се посматра као релациона појава, део поља у којем се сусрећу присуство и одсуство, живот и сећање, покрет и стагнација.

Франчезети (Francesetti, 2015) пише да реактивна депресија и жаловање нису поремећаји, већ природни одговори на губитак: „Ситуација подразумева доживљај немоћи да се досегне жељени циљ... да нисмо у стању да будемо са другим на жељени начин.“ Жаловање нас ставља пред изазов двоструке лојалности — да останемо верни односу који више није ту и да наставимо да живимо. Меулместер (Meulmeester, 2015) упозорава да је разлика између здравог туговања и заглављености у тузи у протоку времена: „У првом случају, време пролази, а присуство одсуства постепено подстиче нагон за животом; у другом, часовник више не откуцава.“

У свом раду Фројд (Freud, 1957) је говорио о повлачењу либида са изгубљеног објекта, али гештALT терапија додаје релациони оквир: трагови изгубљеног односа не нестају, већ постају део онога ко остаје. Као што Франчезети описује, „недоступност другог остаје фигура“, али временом се појављује нова врста присуства, где однос живи у нама у другом облику.

Терапија ту није да уклони бол, већ да помогне особи да га изнесе, да га осети у контакту. Пример клијенткиње Донателе, коју Франчезети описује, приказује тренутак када клијенткиња први пут може да се ослони на неког, да доживи да није сама. То је искуство које „одмрзава време“, јер тек када бол нађе место у контакту, може се појавити ново сада. Терапијски однос овде има кључну улогу: клијент кроз контакт са терапеутом

почиње да ствара нова искуства, учи да се ослони на другог, да препозна да бол није терет који мора носити сам. Како Меулместер наглашава, терапеутова присутност омогућава клијенту да исприча свој бол, да га подели и тако му да нови облик, а не само да га носи у тишини.

Терапијски рад овде укључује питање: шта пустити, а шта задржати? Меулместер (2015) описује и фазе процеса жаловања: фазу бежања, када особа избегава суочавање с губитком кроз порицање, преокупираност или чак злоупотребу супстанци; затим фазу суочавања, где особа пролази кроз контрадикторна осећања као што су туга, бес, кривица, олакшање, и најзад фазу тражења новог смисла и начина живота, у којој полако гради нови идентитет, често уз пратећу дилему: да ли наставак живота значи издају онога кога је изгубила.

Франчесети такође упозорава да је наша култура сиромашна у простору за туговање. Смрт се често своди на сензацију, а бол се брзо изгурује у приватност. Ипак, како он наводи, наше искуство није само наше — оно је део поља, релације, историје, породичног и друштвеног контекста. У том светлу, терапија није само индивидуални процес, већ начин да се обнови смисао у пољу, да се живот настави, носећи у себи трагове онога што је било.

Меланхолична депресија — одсуство присуства

Меланхолична депресија представља један од најдубљих и најинтензивнијих облика депресивног искуства. У гештALT психотерапији она се посматра као стање прекинутог контакта, губитка виталне везе са светом и собом, што Франчесети (2015) назива „одсуством присуства“. Клијент је телом ту, али његова енергија, намера и осећај сврхе делују замрзнуто и недоступно.

Како Лидија Пецотић (2025) истиче, депресивно повлачење понекад има адаптивну функцију: то је време за тишину, туговање, увид, тражење нових значења. Али ако се та фаза утврди и не води ка трансформацији, она постаје фиксни гешталт — животна позиција у којој повлачење више није процес тражења, већ је само себи циљ. Тада настају поремећаји расположења, губитак интересовања, пад енергије, самоповређивање и дубока изолација (Francesetti, 2015).

У овом стању јавља се поремећај присуства. Бити присутан значи бити телесно, ментално и емоционално у „сада и овде“, са способношћу за контакт. Код меланхоличне депресије, тај капацитет је изгубљен: мисаони процеси су у служби потврђивања кривице и безвредности, а тело је успорено, често праћено генерализованим болом и умором, нарочито ујутру (Пецотић, 2025). Ово није само психолошки него и егзистенцијални губитак — прекид са животном интенционалношћу, са оним покретом посезања за светом који карактерише живо биће (Francesetti, 2015).

Важно је разликовати одсуство присуства од присуства одсуства. Прво је губитак капацитета за повезивање, док друго описује стање туговања, у коме особа одржава нит са животом кроз свест о губитку и могућност да о томе говори. Управо ту, у повратку присуства упркос одсуству, лежи почетак терапијског пута.

Селф у меланхоличним искуствима

Селф у гешталт перспективи није фиксна структура нити искључиво индивидуална особина, већ динамична функција која настаје на граници контакта, у простору између организма и средине (Francesetti & Spagnuolo Lobb, 2013). У меланхоличној депресији, управо је тај простор између, који уобичајено представља тло за повезивање са другим, изгубљен. Како пише Франчезети, „оно што је изгубљено у

меланхолији није само одређена особа или објекат, већ само сидро које човека повезује са светом“ (Francesetti, 2015).

Даље, поменути аутор описује меланхолију као губитак интенционалности, оног покрета ка свету који чини основу живости. Клијент више није у стању да себе доживи као субјекта у односу — он је фиксиран у идентитету „ја сам безвредан“, „ја нисам за живот“. Пецотић (2025) истиче да се такав селф исцрпљује у интројектима, унутрашњим порукама о неадекватности, као и у ригидним шемама кривице, стида и самопоништавања.

Тежиште клијентове депресије може се мерити тиме колико је он одвојен од стања између, тј. од границе контакта. Стање између је заједничка основа коју стално креирамо на граници контакта — то је ткање које нас повезује са светом. У меланхолији, међутим, то стање више није место сусрета, већ нешто попут космичког бездана (Исто). Када ид-функција селфа буде поремећена, организам губи основно упориште у искуству. Клијент осећа да време стаје, да простор постаје магловит, да ништа не дотиче, да је свака активност неподношљива или немогућа. „Осећам се као да сам изгубио свет, у пуном пустошењу сваке интенционалности и сваке интерсубјективности“ (Borgna, 1992, према Francesetti & Spagnuolo Lobb, 2013). Селф се разлаже: ид-функција више не подстиче спонтаност, его-функција не повезује унутрашње и спољашње процесе, а функција личности губи способност да пружи границе и структуру искуству.

У том смислу, важан аспект који обележава селф у депресивном искуству јесте присуство ретрофлексије као доминантног механизма прекида контакта. Како истиче Рубал, „главни механизам којим депресивни људи ометају глатко и здраво контактирање је ретрофлексија“ (Roubal, 2007). Она представља енергетски економичан стил контакта: уместо да енергија крене ка спољашњем свету, особа је враћа ка себи. У здравим

условима, ретрофлексција може имати виталну улогу — на пример, у тренуцима доношења одлука или самоиспитивања. Међутим, у депресији, ретрофлексивни образац постаје фиксиран и круто се примењује без обзира на стварне потребе организма „овде и сада“. Тако особа више не манифестује своје импулсе и захтеве, не изражава потребе у односу са средином, већ их враћа себи, што доводи до самоокривљавања, фрустрације и додатног урушавања самопоуздања. Овај зачарани круг јача депресивну организацију селфа и онемогућава да се обнови контакт са другим.

У том контексту, терапеут постаје „чувар присуства“ (Francesetti, 2015), својом стабилношћу и сталношћу подсећајући клијента да селф још увек може да се обликује у односу. Рад на селфу постаје рад на оживљавању контакта: кроз тело, речи, поглед, заједничко трпљење тишине. Као што Пецотић (2025) напомиње, терапеутска љубав овде није романтична, него егзистенцијална — подразумева да останемо у присуству, у чекању, у сведочењу чак и онеме што делује непомично.

Селф није нешто што терапеут „даје“ клијенту — то је оно што се рађа између њих, у сваком тренутку када се додирну, макар погледом или тишином.

У терапијском раду, важно је препознати ову организацију селфа не као неуспех клијента, већ као позив за заједнички рад на повратку у „између“ — простор у којем је могуће осетити чак и парадоксалну интенционалност присутну у болу. Тада терапеут, својим присуством, пружа основу на којој клијент може постепено да изгради нова искуства: „Само када селф достигне зрелост, он може да очува присуство другог чак и у његовом одсуству“ (Francesetti & Spagnuolo Lobb, 2013).

Фигура и позадина

У тешком депресивном искуству фигура се напреже да се појави из позадине. Нема интереса, стимулуса, интенционалности. Клијент седи непокретан на столици, тих је. На граници контакта, у динамици фигура–позадина, формира се значење. У оваквим искуствима нема значења, тј. ништа значи свашта.

Интенционалност је снага која покреће све наше сусрете на граници контакта. Сама реч је коришћена у феноменологији и везана је за настајање фигуре на граници контакта, а односи се на ид-функцију. Треба је разликовати од намере, која је везана за его-функцију.

У тешким депресивним искуствима као да не постоји ништа са чиме клијент може да се повеже. Присутна је једна опустошеност, као прожимајућа магла: „Моја глава је пуна неке врсте магле која се константно мења... Збуњен сам, не знам шта да радим“ (Francesetti & Rubal, 2013). У самом тренутку у ком се фигура кокреира у садашњости настају време и простор. У меланхолији, садашњи тренутак се не појављује. Клијент има модификован осећај времена – оно је проширено готово до тачке потпуног стајања. Такође, доживљај простора бива измењен, тако да се даљина између терапеутове столице и клијента чини много већом, у неким случајевима као непремостива.

Али, парадоксално, интенционалност је и тада присутна. Присутна је у самом болу, тј. када у фигури постоји болан осећај одсуства интенционалности, значи да је она присутна у позадини (Francesetti, 2015). С обзиром на то да су време и простор путеви које ми замишљамо и да су они релационо зависне варијабле, оне нису само појединачне кретње већ увек кокретње. Уколико овај покрет не успева, тада се јавља искуство понора који нас одваја. Тако да је депресивно искуство немогућност досезања другог. То је пут

на ком субјект доживљава одрицање од наде јер је суочен са неефикасним и узалудним покушајима да досегне другог.

Терапијски приступ

Рад са клијентима који доживљавају меланхоличну депресију представља изазов не само због тежине симптома, већ и због дубоке релационе динамике која се ствара у терапијском односу. Као што Рубал (2007) примећује, терапеут и клијент „заједно падају“ у специфично поље депресије, где време успорава, дијалог се проређује, а терапеут почиње да осећа безнађе, умор и губитак професионалне самопоузданости. Ово поље није само простор у којем један „помагач“ подиже другог, већ релационо искуство које обухвата обоје (Francesetti & Roubal, 2013).

Феноменолошки гледано, клијент доноси фиксирани гештALT у терапијски простор. Његова повученост, недостатак интенционалности, измењени осећај времена и простора стварају атмосферу магле у којој чак и терапеут ризикује да изгуби оријентацију. „У меланхолији, садашњи тренутак се не појављује; време је проширено до тачке стајања, простор је деформисан, а удаљеност између терапеута и клијента делује непремостиво“ (Francesetti, 2015).

Рубал (2007) описује унутрашњи покрет терапеута: или се приближава депресивном искуству, идентификујући се с клијентом, или се удаљава, осећајући фрустрацију, љутњу, нестрпљење. Управо у препознавању ових поларитета лежи могућност за терапијски рад. Кључно је да терапеут развије сензибилитет за поље и сопствене реакције, те да на њих не одговара аутоматизмом, већ са свесношћу. „Парадоксално, чак и када интенционалности нема у фигури, она је присутна у позадини — у самом болу, у жељи за досезањем другог“ (Francesetti, 2015).

Терапијска интервенција укључује рад на контекстуализацији депресивног искуства, реконструкцији идентитета, препознавању интројеката и постепеној рестаурацији фиксног гешталта у динамичан процес. Неопходан је рад на граунду и функцији личности пре него што се подстакне било каква активност, јер пребрзо извлачење из ретрофлексивног образаца може клијента оставити без подршке, па чак га може и угрозити (Пецотић, 2025). Фокус је на малим корацима — препознавању и артикулацији чак и најмањих помака, посезања, потреба. У терапији са депресивним клијентом ретрофлексивна се не разматра као нешто што треба брзо „сломити“ или превазићи, већ као важан сигнал који открива начин на који је клијент до сада покушавао да регулише контакт са светом. Како наводи Рубал (2007), ретрофлексивна постаје проблем тек када се фиксира и понавља без обзира на стварне потребе. Терапеут стога ради тако што помаже клијенту да постепено уочи своје унутрашње процесе: уместо да импулсе враћа ка себи, учи да их препозна, именује и доведе у однос са другим. Ово подразумева пажљиво креирање сигурне релационе основе, где терапеут примећује моменте када се појављује дефлексивна или ретрофлексивна (нпр. клијент избегава поглед, прекида реченице) и лаганим експериментима позива на ново искуство — на пример, кроз телесну мобилизацију или усмеравање пажње на присутне сензације, осећања или потребе. Циљ није форсирање акције, већ стварање простора у којем клијент може да истражи шта се дешава када остане у контакту са својим жељама, фрустрацијама или љутњом, без враћања целе енергије ка себи.

Ово поглавље не заговара херојски став терапеута, већ препознавање лимита, рад на свесности и брижност — као предуслове за заједничко кретање ка обнови присуства упркос одсуству.

Агресија и конфронтација

У депресивном искуству, а нарочито у меланхоличној депресији, агресија се јавља као проблематичан аспект који је често запостављен или ретко изричито препознат. Са гештALT перспективе, депресивна патња настаје услед повлачења интенционалности ка другом који је недоступан, а одустајање од агресије — у свом првобитном, етимолошком значењу „кретати се ка“ — претходи повлачењу и депресивном повлачењу у себе. Ово одустајање има функцију очувања енергије и заштите другог, али и самог себе.

Према класичним психоаналитичким теоријама, агресија која се усмерава према себи представља преношење агресије која је првобитно била усмерена ка вољеном, али недостижном објекту. Ово је видљиво у самопрекидању, самооптуживању и аутоагресивном понашању депресивних пацијената. Међутим, овај приступ је више применљив на неуротична искуства и не одговара потпуно психотичној димензији у којој функција ид-а није активна, те агресија у таквом стању није ни усмерена ни препозната као агресија, јер други као објект недостаје.

Због тога, терапијски рад са агресијом у депресивној интроспективној фази мора бити веома пажљив и осетљив. Терапеут не подржава само изражавање агресије, већ пре свега развијање свесности о агресији као покретачкој сили. Свесност представља основу која омогућава да агресија постане контакт и комуникација, а не импулс који се испољава на неприлагођен начин, као што је аутоагресија. Прерана или неконтролисана подршка агресивним импулсима може довести до актингаута.

Клијент у депресивном стању често нема довољно јаку ид-функцију која би му омогућила да смести и контролише емоционалне нагоне. Енергија је још увек увучена унутар себе, испуњена осећајем кривице и неадекватности, што онемогућава усмерење агресије према спољашњем свету. У том смислу, терапеути понекад избегавају

конфронтацију, страхујући да ће појачати клијентову неадекватност или изазвати повлачење. Међутим, одсуство конструктивне конфронтације може спречити артикулацију и каналисање агресије, што је кључно за терапијски напредак.

Зато је неопходно да терапеут у сигурном и подржавајућем релационом простору уводи лагане, пажљиве експерименте који активирају повезивање и посезање — на пример, подстицањем клијента да окрене поглед ка терапеуту и тиме започне процес дефлексије и ретрофлексије. Ови мали кораци у циклусу контакта омогућавају постепено долазак до стварних потреба и осећања која су раније била блокирана.

Терапијски рад са агресијом подразумева да клијент прође фазе ризиковања, интерперсоналног искуства и враћања на раније шеме, уз сталну подршку терапеута који остаје са њим и помаже артикулацију и интеграцију новог искуства. У овом процесу поново се активирају ид, его и функција персоне, које су у депресивном искуству биле поремећене. Кроз вербализацију и понављање овог новог искуства, клијент гради ресурсе и „звезде“ које носи са собом из терапије у свакодневни живот.

Важно је истаћи да терапијски приступ агресији мора бити усмерен ка развијању саосећања према себи и разумевању сопствене патње као дела ширег релационог поља. Патња пацијента није изолована, већ је део породичне и друштвене историје патње, коју терапија има потенцијал да исцели преношењем и трансформацијом у присуство и живот.

Контратрансфер

Што се тиче дељења контратрансфера, терапеут не би требало много да дели из сопственог искуства. Уколико дели, то треба да буде са мало речи: „Ту сам за тебе“, „Шта ти треба од мене?“ и уз минималне покрете. Ова обазривост и сведеност је

потребна би се избегла реактивација доживљаја клијента да није довољан. Интервенције морају да буду мале и пажљиве да њима случајно не повећамо депресивно поље.

Пошто је терапијски циљ нови облик креативне адаптације клијента са средином - а то је процес коме је потребно време, темпо, респект - онда је императив на константној и доследној повезаности са клијентом тако да он може довољно подржано да улази у те нове начине одношења. Ово може да представља велики изазов за терапеута у периодима интензивнијих депресивних епизода, зато што је тада доминантан осећај одвојености од терапеутске везе, па терапеут може да осети како се бори да задржи своје очи отворене током сеансе. Он се може тада осећати потпуно бескорисно. Али, често ће клијенти након оваквих епизода изразити своју захвалност због терапеутове истрајности и доследне присутности, јер је управо то трачак топлоте и подршке насупрот изолацији и хладном космичком вакууму у коме је клијент био. Иако клијент тада није могао да посегне и узме понуђену руку, њему много значи то што је терапеут био и даље са њим (Roubal, 2015).

Депресивно искуство има пре свега интерперсоналну природу: то је кокреирани феномен, појављује се у везама и ту се одржава (Francesetti & Spagnuolo Lobb 2013). Оно јесте функција поља (у смислу форме креативног прилагођавања). У терапији терапеут постаје део депресивне организације поља. Иначе, као што смо претходно и поменули, реакција клијентове породице и блиских људи на његово депресивно стање је поларна. Они у почетку покушавају да га охрабре, да би касније (када ови напори због неефикасности постану исцрпљујући) они променили однос према њему. Сада они покушавају себе да заштите тако што се повлаче од њега, и то са мање или више скривене агресије. Тако сада терапеут проналази себе у истом овом обрасцу везе и такође се сада и код њега јавља импулс да понови описане реакције.

Страх је нпр. честа иницијална реакција терапеута у раду са озбиљно депресивним клијентима. Јавља се као или још увек недефинисан моћан осећај нелагоде, или као интензиван страх за клијента. Некад има порив да побегне од њега, да га пошаље неком колеги.

Други аспект контратрансфера је продукт учешћа у депресивном пољу у коме терапеут осећа као да се љуља на ивици пропасти. Он може да осећа велику тензију која га вуче доле у понор, у стање усамљености, вакум, огромну немоћ где не може да угледа никакав правац. Због свега наведеног терапеут може да осети огромну љутњу и према самом себи кроз самоодбацивање („Ја не радим са овим клијентом“), или да изгуби наду у своју професију („Психотерапија не може да помогне овом клијенту, њему само треба лечење“).

Занимљива је и тзв. „магнетска моћ депресије“ (Roubal, 2015): тада терапеут осећа да га клијентово искуство магнетски привлачи. Да би се заштитио, он тада може да одржава емоционалну дистанцу кроз професионалну маску и тада је депресивно искуство непознато за њега. У другом случају може да преузме неадекватну одговорност за целу ситуацију. Може да осећа усамљеност, беспомоћност, падање, стид, тежину. Тада може да се осети угроженим од депресивне заразе („Ово је превише за мене“) и да реагује због самозаштите агресијом на клијента („Он је неподношљив“, „Хајде да видимо шта је јаче, да ли моја посвећеност или твоја инерција“).

Захваљујући освешћеном контратранферу, терапеут може да остане присутан а да не постане депресиван (Francesetti & Spagnuolo Lobb, 2013; Roubal, 2015). Задатак терапеута је веома захтеван пошто он ставља сопствени селф клијенту на располагање. То је јако тешко у раду са овим клијентима зато што се тада терапеутова ид-функција сасреће са амбисом. У тим тренуцима јако помаже питање: како смо ми сада депресивни

заједно? (Francesetti 2015; Roubal, 2015). Овако се отвара поље перспективе и он сада може да искорачи из овог ригидног обрасца везе, и може да одговори другачије. Он онда остаје и даље отворен за контакт, не криви ни себе ни клијента, и даље се нада. Само тако може да се промени уобичајено ригидно организовано поље и тако се отвара простор за промену.

Закључак

Депресија није само психијатријска дијагноза, скуп симптома или проблем који треба отклонити. Она је, из релационе и феноменолошке перспективе, део људског искуства који нам говори о границама наших односа, о рањивости контакта са другим и са самим собом, о крхкости присуства. У овом раду смо истраживали како депресивно искуство настаје на граници контакта, где се сусрећу организам и средина, где се јавља и губи смисао, интенционалност, и где се креативна адаптација замрзава у фиксиране гешталте.

Посебну пажњу посветили смо меланхолији као стању прекинутог присуства, али и ретрофлексiji као доминантном механизму прекида контакта у депресији, који доводи до аутоагресије, самоокривљавања и изолације. Радили смо и на разликовању депресије од процеса жаловања, показујући како у терапијском простору присуство одсуства може постати простор за интеграцију губитка, а не само за патњу.

Терапијски однос у раду са депресивним клијентима носи велике изазове. Терапеут је позван да буде „чувар присуства“, да сведочи ономе што је неподношљиво, да остане у пољу где време и простор губе значење. Његова способност да буде са клијентом у тим тренуцима отвара могућност за оживљавање контакта, за враћање интенционалности, за настајање нових фигура, макар у малим корацима.

На личној равни, овај рад је био и мој покушај да се приближим искуству које ме је дуго плашило — да се не склањам пред депресивним пољем, већ да га погледам као нешто што је део свакога од нас. Кроз ово истраживање, учила сам не само о депресији, већ и о нади: о томе да је довољно само мало — један поглед, једна реч, једно „остати“ — да се у пољу појави нешто ново.

Депресија као димензија људског искуства подсећа нас да патња није нешто што треба брзо поправити, већ нешто што тражи присуство, сведочење и заједништво. Управо у том заједништву крије се могућност за нови живот.

Референце

- Baalen, D. (1999). *Gestalt diagnosis*. Oslo: Norsk Gestaltinstitutt.
- Delil, Ž. (1999). *Poremećaj ličnosti iz perspektive geštalt terapije*. Geštalt zbornik.
- Francesetti, G. (2015). *Phenomenology and approach to depressive experience in Gestalt therapy*. In G. Francesetti (Ed.), *Absence is a bridge between us. Depressive experiences from the perspective of Gestalt therapy*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti, G. and Roubal, J. (2013). *Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences*. In G. Francesetti, M. Gecele and J. Roubal (Ed). *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to Aesthetics of Contact* (1st ed., 433-459). Franco Angeli.
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XIV*. Hogarth Press.
- Meulmeester, F. (2015). *Depression in old age: A Gestalt therapy perspective*. In G. Francesetti (Ed.), *Absence is a bridge between us: Depressive experiences from the perspective of Gestalt therapy*. Milano: FrancoAngeli.

Pecotić, L. (2025). Depresivna iskustva - predavanje iz Teorije i metodologije Geštalt terapije. Beograd: Studio za edukaciju Beograd.

Roubal, J. (2015). *Depression from the perspective of Gestalt therapy*. In G. Francesetti (Ed.), *Absence is a bridge between us. Depressive experiences from the perspective of Gestalt therapy*. Milano: FrancoAngeli.

Roubal, J. (2007). Depression – Gestalt theoretical perspective. *British Gestalt Journal*, 16(1), 35–43. Preuzeto sa <https://www.researchgate.net/publication/XYZ>

Spagnuolo Lobb, M. (2015). *The depressive experience in Gestalt therapy: Introduction*. In G. Francesetti (Ed.), *Absence is a bridge between us. Depressive experiences from the perspective of Gestalt therapy*. Milano: FrancoAngeli.

Timotijević, I., Draganić Gajić, S. (2014), Poremećaji raspoloženja. U: M. Jašović Gašić, D. Lečić Toševski (Ur.). Psihijatrija. Udžbenik za studente medicine. (str. 139-154). Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. CIBID – Centar za izdavačku, bibliotečku i informacionu delatnost.

Vukša, V. (2023). *Put kući. Rečnik geštalt terapije*. Srpsko udruženje za geštalt psihoterapiju.