

## **Гранични поремећај личности из угла гешталт терапије**

Стеван Б. Стевановић

Европски акредитован психотерапијски тренинг институт Студио за едукацију Београд

(ЕАРТИ-СЕВ) и ЕАРТИ-GPTIM NETWORK (EGN)

Програм: Диплома из гешталт терапије

Модул: Завршни испит

Ментор: Сања Братина

Фебруар 2024. године

**Садржај**

<b>Апстракт .....</b>	<b>2</b>
<b>Шта је личност и шта су поремећаји личности? .....</b>	<b>3</b>
<b>Како се поремећаји личности могу сагледати из угла теорије гешталт терапије? .....</b>	<b>5</b>
<b>Гранични поремећај личности .....</b>	<b>7</b>
<b>Генеза ГПЛ – од биологије до појединца, и још даље.....</b>	<b>10</b>
<b>Посматрање проблема цепања из угла теорије гешталт терапије.....</b>	<b>19</b>
<b>Рад на контратрансферу .....</b>	<b>23</b>
<b>Рад на телу.....</b>	<b>28</b>
<b>Конкретни предлози .....</b>	<b>31</b>
<b>Места опреза – уместо закључка.....</b>	<b>36</b>
<b>Литература .....</b>	<b>37</b>

## Апстракт

*Гранични поремећај личности (ГПЛ) карактерише прожимајући образац нестабилности међуљудских односа, слике о себи и афекта, као и изражене импулсивности, почевши од раног одраслог доба, и испољава се у различитим контекстима. У овом раду ће бити представљено то на који се начин посматрају поремећаји личности уопште, како из угла психијатрије и клиничког контекста, тако и из угла теорије геиталт терапије (ГТ), која се ослања на теорију објекатских односа<sup>1</sup> (ТОО). Представићу становиште према коме је ГПЛ адаптација на нездраву ситуацију, и у контексту тога ограничења дијагнозе која је сувише статична, упућује на недостатак и представља ослонац за стигматизацију и ослобађање практичара од одговорности за неуспех. Затим ћу ГПЛ и његову генезу обработити најпре путем интеграције ТОО са теоријом ГТ, уз критичко разматрање ограничења ТОО. Следе разматрања која су својственија теорији ГТ, како би се гранични поремећај личности сагледао у својој комплексности и суптилности, као процес који има свој циљ. У овом раду издвојио сам геиталту својствена посматрања механизма цепања, а у центар рада са особама са ГПЛ ставио сам контратрансфер, и посебно сам посветио пажњу раду на телу. На крају, читалац ће добити конкретне предлоге како радити при сусрету са клијентом ког одликује гранична адаптација, као и упозорења која се односе на традиционално коришћене методе и технике у ГТ.*

---

<sup>1</sup> Иако је у нашој пракси распрострањен израз „објектни“, још сам на мастер студијама од појединих професора добио примедбу да реч „објектни“ није у духу српског језика, као ни да реч не постоји у речницима. Ово последње је фактографски тачно, а с обзиром на то да „објект“ у овој синтагми значи „нешто што се односи на објекат“, у Речнику српскога језика Матице српске (Вујанић и др, 2011, стр. 832) томе одговара реч „објекатски“, што ћу користити када пишем о поменутој теорији.

### Шта је личност и шта су поремећаји личности?

Имам потребу да се утемељим на адекватној дефиницији личности, пре него што дам дефиницију поремећаја личности. Зарад концептуалне јасноће, определио сам се да се водим тиме да је личност комбинација два међусобно повезана домена: темперамента и карактерних особина (Cloninger 2008, према Vajraktarov et al, 2017). Особа се може посматрати као мултидимензионални конструкт који укључује ниже и више нивое личног функционисања – кроз карактеристике темперамента и карактера. Темперамент одражава наследне и неуробиолошки засноване разлике у условљености понашања, а особине карактера одражавају и неуробиолошке и социокултурне механизме семантичког и самосвесног учења (Cloninger 2008, према Vajraktarov et al, 2017). Личност се одликује јединственим и непоновљивим начином на који се особа понаша, опажа и тумачи себе, друге особе, догађаје и ситуације (Vuković i sar, 2022). На основу интеграције ових разматрања, добијамо довољно добар гешталт за даљи пут кроз ову тему. Централне карактеристике поремећаја личности су дуготрајне сметње у функционисању аспеката сопствене личности-селфа и интерперсоналног функционисања (Vuković i sar, 2022). Генерално су присутне од раног одраслог доба, имају тенденцију да буду его-синтоне, Појављују се у различитим контекстима, и блиско су повезане са идентитетом појединца (Delisle, 2011). Резултат су више етиолошких фактора, природе и васпитања, генетских и психолошких, као и фактора ризика и отпорности, присутних у човеку и његовом развојном окружењу, и због тога се не могу једнодимензионално посматрати (Delisle, 2011).

Како су различити теоретичари, практичари и истраживачи доприносили објашњењима развоја човека (а тиме и његове личности) са различитих филозофских/епистемолошких позиција, јавили су се и потреба и могућност да се ти

доприноси интегрису, да се начини дијалог између њих, а један од потенцијалних оквира се може извести из Левинове теорије поља (Lewin, 1951, према Delisle, 2011). Развојно поље је место где се психофизиолошки организам, који постаје личност, сусреће са окружењем: људским, физичким, економским, друштвеним и културним. Психофизиолошки организам се мобилише кроз генетски програм појединца и кроз људски еволуциони план. Какав год да је првобитни нагон организма, он се мора развијати у вишеструком и вишедимензионалном окружењу. Сваки од два пола поља организм-средина носи елементе који се могу означавати акцелераторима или кочницама (Lewin, 1951, према Delisle, 2011), или факторима ризика и отпорности (Cugulnik, 2000, према Delisle, 2011).

Растући селф се развија прихватањем окружења, прво кроз родитељске фигуре, затим контактом са ширим окружењем, које је мање посредовано од стране родитеља. Такође, обдарено еволутивним планом, мало људско биће има алате неопходне за кретање, за хватање и коришћење предмета, за ходање и разговор. Ако његов генетски потенцијал носи већи потенцијал за отпор према факторима ризика, имаће веће шансе да изврши ове задатке. Панксеп (Panksepp, 1998, према Delisle, 2011) с једне, а Клонингер и Швракић (Cloninger & Svrakic, 2000) с друге стране, говоре о еволутивним системима који организују емоције код појединаца, а који су у освит времена били неопходни за опстанак појединца и врсте. Они су „економични“, у смислу да омогућавају аутоматски одговор на биолошки значајне догађаје (Delisle, 2011). Индивидуални стилови карактера људи потичу од конститутивних варијација и разлика између појединаца (Delisle, 2011). Истраживања генетског наслеђа успевају да повежу одређене стилове карактера са различитим поремећајима личности. Стога можемо рећи да наслеђене карактеристике могу чинити и мешавину фактора ризика и фактора отпорности који су инхерентни од рођења у

психофизиолошком организму (Delisle, 2011). Исто важи и за окружење које такође носи одређену конфигурацију фактора ризика и отпорности: ментално и физичко здравље родитеља, услови живота, образовање, друштвени и политички преокрети, итд. (Delisle, 2011).

### **Како се поремећаји личности могу сагледати из угла теорије гешталт терапије?**

Гешталт терапија није примарно дизајнирана за рад са особама са поремећајима личности (дедукција из рада Greenberg, 2016, слично говори и Lobb, 2013). Историјски гледано, гешталт терапија првенствено се користила код претерано интелектуализујућих, неуротичних клијената (Greenberg, 2016). Из радова бројних аутора (Yontef, 1993; Delisle, 2011; Lobb, 2013; Joyce & Sills, 2014; Greenberg, 2016 и бројних других) можемо закључити да су гешталт терапеути интегрисали принципе теорије објекатских односа у свој систем, и да су били врло добро упознати са радовима Клајнове (Melanie Klein), Кохута (Heinz Kohut), Џ. Адлера (Gerald Adler), Мастерсона (James Masterson), Кернберга (Otto Kernberg) и других. Тако Делил говори о гешталт терапији објекатских односа (GORT) кроз чију се призму поремећај личности посматра као резултат неасимилованог искуства раног развоја. У процесу асимилације долази до проблема када је поље организовано тако да је искуство неопходно, али неподношљиво и стога се не може асимилovati. Једини одговор је интројектовање искуства. На тај начин човеку остаје оно што је неопходно, без свести да је то неподношљиво. Интројекција је начин интернализације при чему нешто узимамо из околине, а да то не уживамо, жваћемо или не испљунемо оно што је непробављиво (Delisle, 2011). Пример с бресквом: морате је угристи, пронаћи коштицу, сажвакати месо и бацити коштицу. У физичком смислу, интројекција би значила гутање целог воћа, што би било прилично изазовно за одраслу особу. За дете, селф у развоју, ово би било озбиљно нездраво

и физички немогуће покушати. Исто важи и за психичку интернализацију. Искуство интројектовано на овај начин омогућава нам да имамо неопходан „плод“ (однос, искуство, везаност, итд.) без схватања да постоји неподношљив „камен“ (самопорицање, понижење, итд.). Метафорички, интројектован објекат остаје у стомаку несварен. Иако је у нама, није део нас, као што би било исправно асимилирано искуство. То је страном тело. Искуство које би се нормално завршило асимилацијом и метаболизацијом је тако прекинуто и остаје недовршено (Delisle, 2011). Резултат је губитак уједињеног Ја. Трајна релациона искуства, микрокосмоси поља, узимају се „на велико“ у селф. Они „живе“, али су ван свести. Они чине несвесну масу, али су динамични и живи. Ове микрокосмосе, интројектоване у примарној фази живота, Делил назива интројектованим микропољима (ИМ). Она оживљавају искуство, и постоји неподношљив ризик од њиховог освешћивања. Када се појављује искуство које је вођено овим ИМ, постоји некомплетна ситуација која делује у његовом тлу и даје му енергију (Delisle, 2011).

Гешталтисти су упознати са концептом Ида, који је прилично битан за ову тему. Иако преузет из психоаналитичке традиције, Ид у Гешталту нема исту тежину или важност као фројдовски Ид, није структура психе, већ функција, тренутак у процесу израћања селфа. Када интегришемо гешталт теорију са теоријом објекатских односа, Ид задржава део своје функције динамичког несвесног, при чему, поред тога што је тренутак када селф настаје у току циклуса контакта, Ид у патолошким случајевима представља и контејнер за несвесну структуру у којој бораве ИМ. Ид је, дакле, контејнер за недовршене ситуације, или она ИМ, која су његова основа, и за енергију коју она и даље носе. Све трајне релације које су резултат неуспеха контакта су интројектована микропоља. Такве релације се чувају и одржавају ван свесности у позадини (ground), пошто би свесност о њима била

неподношљива. Са ове основе, из свести, али ипак динамичне, оне контаминирају процес формирања фигуре и могу се погрешно сматрати спољашњим пољем (Delisle, 2011).

### **Гранични поремећај личности**

Значајно нам је да направимо разлику између неуротичног клијента, клијента са поремећајем личности, психотичног клијента, и клијента чије стање захтева медицинску интервенцију, јер без минималног дијагностичког разврставања психотерапија се не може сматрати професионалном и компетентном (Yontef, 1993). Другим речима, да бисмо ефикасно помогли нашим клијентима, морамо бити отворени за то да видимо и именујемо образце који се понављају, фиксне гешталте и уобичајене стилове контакта, како бисмо разумели како њихов начин успостављања контакта са светом доприноси њиховим потешкоћама (Jouse & Sills, 2014). Најновија Међународна класификација болести (ICD-11) више не подразумева одвојене категорије поремећаја личности, већ све некадашње поремећаје личности обједињује у једну категорију, са нагласком на димензионални приступ (Vuković i sar, 2022), а конкретне критеријуме за дијагностиковање граничног поремећаја личности (ГПЛ) можемо наћи и у петом издању Дијагностичког статистичког приручника (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013): ГПЛ карактерише прожимајући образац нестабилности међуљудских односа, слике о себи и афекта, као и изражене импулсивности, почевши од раног одраслог доба, и који је присутан у различитим контекстима, на шта указују пет (или више) критеријума:

1. Избезумљени напори да се избегне стварно или замишљено напуштање;
2. Образац нестабилних и интензивних међуљудских односа које карактерише наизменично смењивање екстремне идеализације и обезвређивања;



3. Поремећај идентитета: изразито и упорно нестабилна слика о себи или осећај о себи;
4. Импулсивност у најмање две области које су потенцијално самоштетне (нпр. трошење, секс, злоупотреба супстанци, безобзирна вожња, преједање);
5. Понављајуће самоубилачко понашање, гестови или претње или самоповређивање;
6. Афективна нестабилност због изражене реактивности расположења (нпр. интензивна епизодична дисфорија, раздражљивост или анксиозност која обично траје неколико сати, а ретко више од неколико дана);
7. Хронични осећај празнине;
8. Неприкладан, интензиван бес или потешкоће са контролисањем беса (нпр. често испољавање темперамента, стална љутња, понављајуће физичке туче);
9. Пролазне параноичне идеје повезане са стресом или тешки дисоцијативни симптоми.

Како ово није једина листа карактеристика особа са ГПЛ, и како је више теоретичара покушало да их на свој начин сажме, ваља узети у обзир Јонтефов (Yonteff, 1993) покушај да нам представи једну амалгамску листу, а која је настала под утицајем теоретичара објекатских односа. Треба напоменути да ова листа није добила истраживачку потврду и да је понуђена као једна од могућности:

1. Полисимптоматичност;
2. Импулсивно, зависно и одигравајуће понашање (acting out)<sup>2</sup>;

---

<sup>2</sup> Acting-out представља понављајуће проживљавање унутрашње драме која се не може призвати у сећање, не може се осетити нити појмити (McWilliams & Shedler, 2017). Можда је боље уместо наведеног израза

3. Манипулативност и суицидалност. Гранични пацијенти често манипулишу помоћу покушаја самоубиства и претње. (То не значи да претње треба олако схватити);

4. Појачана и лабилна афективност, нарочито дисфорично расположење. Доминирају љутња, бес, горчина и депресија;

5. Блага психотична искуства. Гранични клијенти понекад имају са стресом повезана, пролазна и его-дистона психотична искуства, честа дисоцијативна искуства;

6. Поремећени блиски односи (што је у вези са коришћењем механизма цепања и конфлуенцијом);

7. Неспецифичне манифестације слабости Ја.

Постоје бројна мишљења о проблематичности дијагнозе ГПЛ. Термин „гранични поремећај личности“ наводи на погрешан закључак, зато што не садржи ни једну значајну ни дескриптивну информацију, док с друге стране упућује на психопатологију (Erskin, 2023). Ова дијагноза доприноси стигматизацији клијената и негативном погледу на могућности њиховог третмана (Linehan & Dexter-Mazza, 2008), а томе је допринео и „рани речник“ теоретичара у оквиру теорије објекатских односа – баш ми је била забавна анегдота где Кернберг замера Адлеру што је пун разумевања за граничне клијенте, затим говори да су „садисти, примитивни и вођени бесом“. Адлер му одговара са: „Након терапије са тобом можда су и постали“ (Greenberg, 2016). Поремећаји личности су често довођени у везу са аморалним понашањем, што није увек оправдано и заправо представља остатак некадашњег поистовећивања поремећаја личности са антисоцијалним поремећајем (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Такође, Вејлан говори о томе како ова дијагноза често служи клиничарима да

---

користити израз enactment, али у сваком случају се ради о начину на који клијент своје трансферне фантазије испољава кроз понашање, пре него кроз речи (Hirsch 1998, према Akhtar, 2009).

означе пацијенте који им се не свиђају (Vaillant, 1992), а јунговски аналитичар, Нејтан Шварц-Салант говори да постоји тенденција да терапеути лише себе одговорности за грешке када неке надену ову дијагнозу (Schwartz-Salant, 1989). Столоров наводи да је приписати афективни хаос или шизоидно повлачење пацијената који су били злостављани као деца „фантазији“ или „граничној организацији личности“ једнако је окривљавању жртве и, на тај начин, репродукују се карактеристике оригиналне трауме (Storoloff, 2007, према Taylor, 2014). Ова запажања ће бити значајна када будемо расправљали о значају обраћања пажње на контратрансфер при раду са граничним клијентима.

У наредном одељку ћу писати о развојном путу и развојним основама ГПЛ, што ће бити најпре засновано на интеграцији гешталт терапије и теорије објекатских односа. Биће представљени и поједини налази из неуронаука, а уметнуће се и по који став теоретичара и практичара из не нужно правца гешталт терапије, не бих ли демонстрирао како смо из различитих перспектива дошли до комплементарних закључака.

### **Генеза ГПЛ – од биологије до појединца, и још даље**

Код особа са ГПЛ често можемо да видимо удружене проблеме са регулацијом афекта (изливе беса) и проблеме у домену свести (дисоцијације). Иако се поремећаји свести и афекта држе у одвојеним нозолошким категоријама, налази у оквиру неуронаука говоре у прилог томе да су афекти и свест дубоко испреплетани (Panksepp, 2003). Феномени повезани са дисрегулацијом беса код граничних могу произићи из комбинације хиперактивности у још увек нејасно дефинисаним регионима за обраду претње у супкортексу (нпр. амигдала и медијални хипоталамус) и хипоактивности инхибиторних региона вентралног префронталног кортекса (Davidson et al., 2000, према Pankespp, 2004).

Главнина разматрања развоја ГПЛ појединца проистекла из теорије објекатских односа, те се природно намеће расправа развојног проблема константности објекта, као и коришћења примитивних механизма одбране.

Достизање константности објекта представља значајан развојни задатак, од есенцијалне важности за интеграцију и развој разумно стабилне и тачне слике интерперсоналног света. Нас не треба учити томе да је сто четвртаст, иако га можда гледамо из неког угла одакле се механички региструје на ретини као ромб. После одређеног узраста ми можемо да замислимо објект који је делимично или потпуно ван нашег видног поља. Пре тог узраста објекат не само да је "далеко од ока, далеко од срца", већ је и "изван егзистенције". Ми исто тако морамо да научимо да људи постоје када су ван домаћаја опажања. Не само то, ми учимо да се они поново појављују. Мама одлази, а затим се враћа. Када дете прохода, оно учи да може да оде, а затим де се врати. Тако оно може да тестира своју независност и да се врати и потражи подршку када је то потребно. Мајка ће бити ту. И дете учи да задржи очекивање коегзистенције независности/аутономије и прикладне породичне слике. Дете такође учи емоционалну константност објекта, да добри родитељи понекад раде нешто лоше. Дете грешти, повређује и учи да љубав наставља да постоји. Слика доброг родитеља (и доброг детета) остаје константна иако у том тренутку у ваздуху постоји снажан бес (Yontef, 1993).

Дете се уобличава и разобличава у дуалном јединству матрице мајка-дете (Mahler, 1968, према Piran & Lerner, 1988). Процес детиње сепарације-индивидуације почиње најранијим показатељем његове диференцијације у односу на мајку, затим оно прелази у период у коме је потпуно апсорбовано у своје аутономно функционисање, скоро до искључења мајке; затим долази период поновног приближавања у којем дете, због своје

увећане независности у функционисању, бива понукано да своју пажњу поново усмери на мајку, што коначно води до умањена првобитног осећаја селфа и константности објекта жеље („libidinal object“). Путеви сепарације и индивидуације су два испреплетана, али не увек сразмерна развојна процеса. Док сепарација укључује процесе диференцијације, дистанцирања, формирања граница, дотле индивидуација укључује развој унутарпсихичке аутономије, опажања, памћења, когниције и тестирања стварности (Mahler, 1968, према Pisan & Lerner, 1988).

У раним фазама, одговарајуће мајчинство се састоји од прихватања потпуне зависности одојчета и задовољавања већине његових или њених потреба на време (и емоционалне и физичке потребе). Ако се то уради, дете развија осећај основног поверења у своју околину и постављају се темељи за љубав и поверење у друга људска бића. Касније, како дете постаје покретљиво и почиње да истражује околину, и даље су му потребни љубав и подршка; али поред тога, мајка сада треба да дозволи детету више аутономије. Са око 15-24 месеца, према Малеровој, деца пролазе кроз „кризу приближавања“: акутно схватање сопствене одвојености заједно са осећајем екстремне рањивости (Mahler et al., 1975, према Greenberg, 2016). Мало дете реагује тако што наизглед жели да буде сједињено са својом мајком и истовремено одвојено од ње. У овом периоду уобичајени су изливи беса, тужна расположења и кукњава. Тада је посао мајке да буде разумно толерантна према негативним реакцијама свог детета и да настави да нуди љубав и подршку тамо где је то потребно (Greenberg, 2016). Дакле, развој селфа је у складу са мајчином комплементарном способношћу да оствари контакт (Latner, 1983). Ако мајка и даље пружа подршку и дозвољава детету да буде и зависно и независно у зависности од потреба детета, овај тежак период пролази и дете почиње да себе доживљава као засебног и допадљивог човека

различитог од мајке (Greenberg, 2016). Уколико мајка није способна да дете препозна као аутономно, фигура неће бити комплетна (Latner, 1983). С обзиром на тежину улоге мајке и колико ствари могу кренути наопако, сведочанство је наше урођене снаге као људских бића да већина нас пролази кроз овај период релативно стабилно и функционално (Greenberg, 2016).

Постоје одређена ограничења теорије објекатских односа. Елинор Гринберг (Greenberg, 2016) се оградајује када у свом раду користи реч мајка – наводи да треба у обзир узети свакога ко пружа негу, то ради и Јонтеф када критикује Мастерсона (Yontef, 1933) због исте ограничене терминологије и онога што види као „механицистичко и линеарно“ сагледавање развоја, а вреди вратити се и на почетак овог рада и сагледати комплексност поља у ком израња оно што зовемо личност (Delisle, 2011). Однос мајка-дете, иако битан, исувише је узак, јер ми настајемо у матрици односа које никако не можемо да избегнемо, чак ни у машти (Erskin, 2023). Историја граничних пацијената носи обележје **породичне** историје кажњавања независности, или неког другачијег вида дихотомизовања (независност значи потпуну независност, без могућности враћања неговатељу, што чини малом детету сваки покушај кретања изузетно тешким), и да се ти проблеми могу јавити и пре 18. месеца живота (Yontef, 1993). Деца из породица са „проагресивним ставовима“, где су родитељи укључени у криминалне активности, где родитељи злостављају своју децу, имају већу шансу да развију ГПЛ (Carr, 2006). Особе са ГПЛ имале су неподржавајућу средину (Linehan & Dexter-Mazza, 2008). Ово се може обухватити појмом ране емоционалне конфузије или емоционалне дисрегулације, у смислу ране борбе клијената са кумулативним занемаривањем и са комплексном релационом траумом (Erskin, 2023), што је довело до тога да су код малог детета претерано стимулирани амигдала, хипокампус и систем

поливагалних нерава (Damasio 1999, према Erskin, 2023; Cozolino 2006, према Erskin, 2023; Porges, 2011, према Erskin, 2023).

Дискусију о развоју ГПЛ често остварујемо терминима недостатака - бриге, пажње и слично. Када говори о развоју емоционалне конфузије код особа са ГПЛ, Ерскин наводи да су те особе као деца можда добијале чак и много пажње, само то није она пажња која је детету потребна у складу са развојним стадијумом, потребама и задацима које се пред њим налазе. Једна моја клијенткиња описује како су јој родитељи били брижни током већег дела живота, али су зато умели да контролишу где излази и с ким излази до касних двадесетих година. Те „неусаглашености“ о којима Ерскин прича нису ограничене на однос мајке и малог детета, већ се оне могу јавити у сваком развојном периоду – клијенти уопштено говоре да је њихов осећај аутономије разбијан честим критикама, одбацивањима или кажњавањем (Erskin, 2023). Тако једна моја клијенткиња бива обезвређена када показује жељу да упише одређену уметничку школу након основне. Отац који је са заједљивим смехом одреаговао на њену жељу (и одредио јој шта ће да упише уместо жељене школе), бива до тада сматран добрим и брижним. Проблем снажне емоционалне конфузије није ограничен само на један период, већ се поткрепљује и одржава у различитим стадијума живота, и тако појединац бива склон да понавља своја ранија искуства (Erskin, 2023). Иста клијенткиња има потребу да се искаже пред оцем као добар студент (за шта јој отац од почетка говори да је сувише глупа), и сада ретрофлектује покрет којим би задовољила свој здрави егзибиционизам, те црвени, муца, изненада не може да нађе „прави начин“ (стално мисли о томе да ли се добро изражава, да ли је стварно глупа, или није – ето интројектованих микропоља која узбуркавају позадину!). Ово се дешава не само пред оцем, него и преда

мном, с тим да са мном ретрофлектује и на доста суптилнији начин – врло висока, често се толико скупи на фотељи да делује мање од мене.

Лобова и Гринбергова говоре о томе како је на појаву граничних феномена утицало и само друштво, у смислу да су одређене адаптације личности плод односа између генерација (Lobb, 2013), или плод духа деценија (Greenberg, 2016). ГПЛ је тако за Лобову производ нарцистичког друштва, које је карактерисало генерације пре седамдесетих година прошлог века (оне појаву ГПЛ смешта у генерације које су расле између 1970-1990, Lobb, 2013). Заузети родитељи, сваки у свом личном испуњењу, слепо верујући у аутономију детета коју су чврсто намеравали да му дају (пошто су морали да се боре да је добију од сопствених родитеља), нетолерантни према породичним и институционалним везама, неспособни да толеришу грешке или неспретност своје деце (Lobb, 2013). Деца су за почетак бежала у „вештачке рајеве“ (дрога, пре свега), налазила су задовољство у групној динамици (није случајно што је 70-тих и 80-тих интересовање за групу и утапање у групу било највеће), затим су налазила задовољство ван интимних односа (дрога и рад, 90-те), док особе које су одрасле почетком овог века постављају у први план своје тело и захтеве према сопственом телу које треба да произведе задовољство, а све је то закомпликовано флуидним друштвеним односима и масовним комуникацијама (Lobb, 2013). О томе и ја пишем у једном блогу за саветовалиште у ком држим терапију, када кажем да видим да пораст анксиозних и депресивних стања, као и импулсивност, повезујем са фрагментираним временом и простором у коме никада ништа не завршавамо пре него што пређемо на ново. Гринбергова прави малу „рокаду“ и наводи да су деведесете године прошлог века довеле до појаве нарцистичког друштва, управо када су статус и посао били највише вредновани, уз појачано коришћење кокаина (Greenberg, 2016).



На крају, чак и када сагледамо овако широко поље које је одговорно за појаву ГПЛ, остаје чињеница да су особе са ГПЛ имале проблема при сусрету са разматраним развојним задацима (Yontef, 1993; Joyce 2014; Greenberg, 2016). Многи клиничари су приметили да гранични клијенти обично испољавају проблеме у понашању и емоционалне проблеме веома сличне онима који су примећени код нормалне мале деце пре постизања константности објекта и консолидације идентитета: имају потешкоћа да виде исту особу као добру и лошу истовремено; нису у стању да одрже позитивну афективну везу са неким на кога су љути; и нису у стању да самостално функционишу на комфоран начин. Ово је навело теоретичаре да закључе да одрасле особе са ГПЛ пате од нерешених развојних потешкоћа које датирају из тог периода (Greenberg, 2016).

Особе које пате од ГПЛ склоне су коришћењу примитивног цепања (splitting), које је развојни претходник потискивања. Можемо га дефинисати као одржавање контрадикторних афективних стања одвојеним како би се спречило да негативни афекти надвладају и на крају униште позитивне. Особе са ГПЛ не могу да формирају целовит однос са објектом и ометена им је константност објекта (Kernberg, 1975). Гранична особа користи цепање и друге примитивне одбране које потпомажу да се опозити држе одвојеним (негирање, пројекција, пројективна идентификација, примитивно обезвређивање, дисоцијација и слично) како би сачувала добра осећања према себи и важним другима. Ове одбране искривљују стварност и ометају граничну особу да види себе и друге као интегрисане целине које истовремено имају и добре и лоше аспекте (Greenberg, 2016).

Тешкоћа остваривања гешталта који се бави контрадикторностима и поларитетима нарочито је важна за граничну организацију личности. Гранични упорно избегава свест о супротностима. Када их постане свестан, он доживљава панику и анксиозност (Yontef,

1993). Делови доживљаја себе који заједно конституишу целину држе се засебно у свести, а да не делују једни на друге. Особа је свесна и једних и других, али никада истовремено, док са потискивањем оно што се држи ван свесности, остаје ван свесности, а оно што је свесно, сасвим је доступно свесности (Yontef, 1993). Као пример механизма цепања на делу, представљам своју клијенткињу која је од скоро код мене у терапији. Једном приликом ми наводи како је она „најгора особа на свету“, у следећем тренутку говори како има потребу да докаже да је најпаветнија, а следећој сеанси наводи како јесте најпаветнија. Једном приликом, када ми је поновила како је „најгора и најодвратнија особа на свету“, рекао сам јој: „Дивим се Вашем труду да ме убедите колико сте одвратни“, на шта се она смеје и одговара: „Ма, знам ја, знам да нисам само једно или само друго, али ја сам увек у „негативној средини“. Хвала јој за ово искуство које је поделила са мном, оно сјајно одсликава цепање. Дакле, недоступна страна граничног цепања недоступна је до одређеног степена. Понекад је недоступна страна потпуно потиснута у одређеном тренутку. Често гранични може да се "сети" друге потиснуте стране – али је за њега емоционално непрепознатљива (Yontef, 1993). Цепање се такође одражава на представу граничних о другима. Делови друге особе који би заједно конституисали разумно тачну слику друге особе, држе се одвојено у свести посматрача, тако креирајући врло погрешну и нетачну слику. Када је гранични пацијент љут на другог, он или она често не може да се сети да је икада осећала било шта позитивно према њему. А када осећају љубав, не сећају се ничег негативног (Yontef, 1993). Ово говори о изоморфности конституисања Ја и Другога.

Речено језиком теорије објекатских односа, унутрашњи свет граничне особе насељен је бројним неинтегрисаним, контрадикторним погледима на себе и друге (Greenberg, 2016). Уместо да реагује на сваку интерперсоналну ситуацију као интегрисану целину која је у

основи стабилна у времену, гранична особа може да одговори само у смислу једног свог делимичног-ја. Сходно томе, када он или она реагује на нас у терапијској ситуацији, не доживљава нас као наше целовито интегрисано ја, већ само као делимични објекат (Yontef, 1993). По питању нестабилности идентитета, треба поменути један мало другачији став који је изнео Кепнер (Кернер, 2013), који сматра да конфузија идентитета и осећај празнине, посебно код граничних клијената са нешто вишим нивоом функционисања, произилазе не толико из јаза у развоју колико из дубоке десензитизације, с тим да ја сматрам да су проблем тела, проблем константности објекта и проблем идентитета неодвојиве теме.

С друге стране, механизми одбране имају позитивне ефекте (опет идем против теме „недостатка). Особа се помоћу њих најпре адаптира, пре него што се брани од нечега. Они држе афекте унутар подношљивих граница, помажу при успостављању поремећене психолошке хомеостазе, омогућавају да се „добије на времену“ како би се овладало променама које не могу да буду моментално интегрисане, и уопштено помажу (ја бих рекао да код граничних особа остављају шансу) да се разреши конфликт са значајним другима, било живим или мртвим (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017), и ово дубоко резонује са Фромовим схватањем да гранична особа функционише тако да у контакту са нама (а ове механизме можемо регистровати најпре кроз контакт са клијентом) у ствари представља себе онолико колико заправо може (Lobb, 2013). Селф није поремећен. Нема смисла говорити о поремећеном селфу, ако је он систем садашњих контаката (Latner, 1983). ГПЛ је адаптација или је макар започело као здрава адаптација на нездраве услове (Greenberg, 2016).

## Посматрање проблема цепања из угла теорије гешталт терапије

Механизам цепања је базичнији од цепања садржаја на добро и лоше – то није његова суштина. Повезан је са базичним его функцијама и нимало није ограничен на добро и лоше (Yontef, 1993). У гешталт терапији поларизација (дихотомизација) се сматра базичним аспектом целокупне психопатологије и патолошких аспеката модерног живота (Perls et al, 1951, Yontef, 1993).

Основна теорија гешталт терапије, са наглашеним централним појмом у виду контакта, или још боље, гешталт терапија која је психоаналитички информисана, веома је корисна за разумевање граничних клијената и за рад са њима. Гешталт терапеут се бави *процесом* цепања, а не садржајем. Када се феномен посматра на овакав процесни начин, цепање код граничних делује распрострањено и покрива многа подручја мишљења, опажање и емоционално доживљавање. Заправо, јавља се нови расцеп који Јонтеф сматра важнијим од расцепа на добро и лоше – гранична особа цепа повезивање и раздвајање, од чега се састоји сам контакт (Yontef, 1993).

Гранични клијент мисли да је контакт или повезаност исто што и конфлуенција, фузија, регресија, губитак аутономије и компетентности. Они могу да схвате емоционалну блискост и могу да схвате компетентност и аутономију, али не могу да виде на који начин је то једно са другим повезано. Они цепају ово двоје. Бити близак са неким значи да тај неко други води бригу о њима, значи бити некомпетентан (Yontef, 1993). Повезаност је изједначена са фузијом, сепарација или аутономија је изједначена са напуштањем, изолацијом или изгладњивањем. Бити аутономан и компетентан значи бити сепарисан. Сепарација је стање без повезаности било које врсте. Бити компетентан значи немати потребу за помоћи. За граничне клијенте, зависност и компетентност не могу бити

интегрисане, чак ни као ментална могућност. Зато компетенција значи напуштеност, а то значи остати без икакве емоционалне хране (Yontef, 1993).

Тако, за њих једино што преостаје је избор између изгладњивања (усамљеност и компетентност) или храћења (спајање и некомпетентност). Једна од ризичних тачака у терапији је тренутак када пацијент почиње да показује знакове повећане компетентности и када је неопходна ваљана перспектива од стране терапеута. У том тренутку гранични клијент је спреман да преурађено напусти терапију, а да није свестан да би остајање значило добијање хране из терапијског односа, а то би значило одустајање од компетентности. На несрећу, ово расцепљено стање компетенције није одрживо, пошто не узима у обзир потребе за међузависношћу (Yontef, 1993).

Гранични уједно жуде и плаше се ове конфлуенције, или што би Гринбергова рекла, плаше се да буду прогутани, док се у исто време плаше да не буду напуштени (Greenberg, 2016). Али услед цепања они не препознају да постоје и једна и друга тежња. Тако у једном часу они осећају као да њихов опстанак зависи од тога да не дође до сепарације или да не постоје различитости, а у другом часу, они су престрављени због могућности да изгубе себе у стапању са другим. Када се назре могућност интимности, гранични ће често пореметити однос, нпр. бежањем из терапије (Yontef, 1993; Greenberg, 2016). Ова динамика може да објасни и то да у смислу циклуса искуства гранични клијент варира од тога да ретрофлектује и врши самонадзор, до тога да прелази право на акцију пре него што у потпуности препозна и процени нове сензације (Joyce & Sills, 2014).

Због цепања, гранични клијенти имају неограничену способност за регресију. Када имају фантазију да се неко о њима брине, они не задржавају у позадини доживљај реалности свог аутономног статуса и немогућности стапања. Регресија није у служби ега. Њихове

фантазије о томе да други брину о њима су често неприкладније и примитивније него што се чини. Када дође до регресије, они немају могућност да успоставе контакт са делом ега који посматра, јер је овај расцепљен. То је разлог што у раду са граничним количина подршке има негативан исход, враћа се као бумеранг (Yontef, 1993).

Представићу мнемотехничко средство којим се може на сликовитији и дидактички начин представити проблематично функционисање особе са ГПЛ. Ово представља, на неки начин, сумирање претходно реченог. Гранични клијенти пате од „мизерије“ (MISERY), каже Гринбергова (Greenberg, 2016):

M = (Mother – Проблеми са мајком). Нису успели да се у потпуности одвоје и одвоје од својих примарних родитеља старатеља. Они су и даље веома ангажовани на емотивном нивоу у покушају да придобију пажњу и одобрење своје мајке или оца. Ако су укључени у озбиљну везу са било ким осим са родитељем, изабрана особа ће вероватно имати много заједничких карактеристика са родитељем који их је изневерио. (Узмите у обзир већ поменута ограничења овог термина);

I = (Identity – Проблеми идентитета). Гранични клијенти имају два основна проблема са идентитетом: Док се један од аспеката овог проблема тиче неуспостављене константности објекта, постоји и аспект који се тиче тога да су гранични клијенти, не би ли преживели ситуацију што су невољени и игнорисани, сузбили развој свог правог Ја. Развили су начин постојања у свету који је дизајниран да задовољи њихове родитеље и заштити их што је више могуће од бола њихове ситуације. Пошто је њихов осећај идентитета недовољно развијен и сачињен од неинтегрисаних погледа на себе, гранични клијенти често изражавају страх од губитка осећаја ко су, када су са другима. Они чак могу пријавити да не знају шта други људи мисле када говоре о кохезивном, сталном осећају идентитета;

S = (Splitting – цепање);

E = (Fear of engulfment and abandonment – страх од тога да буду прогутани, који се смењује са страхом од тога да буду напуштени);

R = (Rage – проблеми с бесом). Гранични клијенти су веома љути људи. Они имају тенденцију да себе доживљавају као да имају срж унутрашњег беса који је безграничан, и ово је у вези са немогућношћу успостављања константности објекта (природно постоји нагон ка томе да се „лоши“ делови униште). У исто време, овде је на делу механизам пројекције, јер се клијенти који имају проблеме са бесом плаше се да ћете их казнити за њихов бес на исти осветнички, оштар начин. Треба, лично, да напоменем да, с обзиром да су ове особе склоније примитивним механизмима одбране, може доћи до коришћења пројективне идентификације. Ово често доводи граничне појединце до ретрофлексије свог беса или одигравања. Код клијента на вишем нивоу функционисања то поприма облик телесне напетости и самодеструктивних мисли и нагона (нпр. мислећи да нису добри и називајући себе погрдним именима). Клијенти који слабије функционишу могу сами себе да повреде.

Y = (Yearning – жудња). Гранични појединац пролази кроз живот жудећи за једним савршеним другим. Неко ко ће им пружити безусловну љубав и прихватање; дозволу за одвајање, индивидуализацију и наставак личног раста; целодневну преданост без ичега траженог заузврат; и све то у контексту невероватно интензивне дијадске везе. Укратко, граничне особе жуде за неким ко је вољан да поново створи суштину искуства раног детињства срећног малишана како би гранични појединац коначно могао да добије довољно одговарајуће родитељске подршке. Ова улога, улога другог који савршено воли, често се пројектује на терапеута, што објашњава посебан интензитет терапијских сесија са

граничним клијентом. Они вас непрестано посматрају у потрази за знаком посебне бриге и пажње, или, обрнуто, за знаке да сте и ви неповерљиви и да ћете их прогутати или напустити (Greenberg, 2016).

### **Рад на контратрансферу**

Различите студије о ГПЛ-у су разматрале не само развој поремећаја и његово порекло у примарним системима везаности, већ и кључни значај овде-и-сада у терапијском односу. У двадесет година у којима су проучавања граничне личности доживеле свој највећи развој (1970-1990), није било посебних гешталт студија о ГПЛ-у, осим усменог учења Исадора Фрома (Isadore From), које је прецизно и добро дефинисано и данас (Lobb, 2013).

Паралелно са психодинамским разматрањима, Фром је посматрао гранични поремећај кроз матрицу примарних односа, али је то уоквирио гешталт епистемологијом. Примарна намера граничног у контакту је да сачува мукотрпно изграђену скицу селфа. Фром је истакао тензију граничног пацијента према анксиозности која се развила у примарним односима, када је суочена са покушајем одрасле особе да је дефинише наметљивим/злоупотребљивим терминима („Болестан сам, учини нешто за мене“; „Требало би да ми правиш друштво“ ; „Ти си крив ако“ итд.). Да би се дефинисала против инвазије одрасле особе у своје (крхке) границе, тј. да би рекла оно што жели, гранична особа развија неразумљив језик (Lobb, 2013). Али, језик те особе није удаљен од стварности, већ само завања одраслог, а терапеут (или неговатељ) је тај који мора да чита обмањујући језик граничног са тако дубоким интересовањем, без процена које би објективизирале (и тако охладиле) виталност која анимира, и са таквом луцидношћу границе да ће он бити у стању да се не осећа нападнут од стране језика граничне особе. Ова терапијска операција може



клијенту са ГПЛ-ом пружити искуство које жели – „ја сам ја, а ти си ти“. Терапеута не чине нервозним покушаји избегавања заробљавања, који су легитимни за граничног - терапеут фокусира своју емпатију и интелигенцију на пацијентов естетски покрет, дизајниран да сачува скицу селфа (Lobb, 2013). Ево примера који често користи Лобова: суочена са пацијентом који – љут на терапеута јер се није јављала када ју је он неколико пута позвао усред ноћи, након сеансе која је била посебно пуна људске блискости – каже терапеуту: „Никада ти нећу поново веровати“; терапеут – више усмеравајући пажњу на начин на који клијент то говори него на садржај, а имајући у виду да је то клијентов покушај да задржи скицу себе – одговара: „Дирнута сам достојанством са којим то говорите“ (Lobb, 2013). Слично сам ја поступио када сам просто са заинтересованошћу слушао клијенткињу која ми говори како јој је циљ да једног дана има кућу у шуми, без правих зидова, са енергетским пољем које ће омогућити да ваздух слободно циркулише, али да страни објекти не улазе. Фром пружа феноменолошко сагледавање контакта, усредсређено на интенционалност граничног понашања и на естетику контакта који су покренули пацијент и терапеут. Фромова гешталт дефиниција истиче два фундаментална аспекта граничног искуства: осећај да је *скица селфа изграђена*, очигледно у циљу одржавања (као инстинкт за преживљавањем) и *достојанство, лепота, хармонија* са којом особа одржава ову скица себе. Фромово гешталт тумачење омогућава да остане у контакту са граничним клијентом подржавајући његову интенционалност. Као гешталт терапеути, налазимо се савршено у складу са читањем теоретичара објекатских односа, пошто и ми радимо на патничким релационим обрасцима које пацијент доноси на сесију и који се драматично реактивирају у психотерапијском окружењу. Гешталт терапија, међутим, додаје додатну вредност и тумачењу и третману граничног искуства. Интенционалност да се одржи скица селфа

(нагласак који припада феноменолошком регистру) омогућава терапеуту да усредсреди пажњу на оно што је „следеће“ у граничном искуству (зато се у цитираном чланку наводи да гранични клијент делује у „сада-за-следеће“ модалитету), на то шта је клијентов захтев за терапијом, и чему тежи његова атавистичка жеља за контактом. Ова гешталт перспектива, са релативном терапијском стратегијом, омогућава да се процеси индивидуације потребни граничном пацијенту испуне како би из болних механизма расцепа, несигурности и амбиваленције изашао много раније и лакше (Lobb, 2013). Другим речима, Гешталт обука омогућава терапеуту да види лепоту у болу граничног искуства (Francesetti 2012, према Lobb, 2013), што ће рећи хармонију и достојанство са којим пацијент – ипак – покушава да оствари контакт са другим, задржавајући себе. Јасно је да терапеуту, који такође мора бити добро обучен у динамици примарних односа, обука у оквиру гешталт терапије даје „нешто више“: поглед у будућност коју жели тај пацијент и естетски поглед на пацијентов бол и на лепоту имплицитну у њему. Све што се дешава у терапијском окружењу, од амбивалентног понашања граничног клијента до терапеутовог осећаја беса, треба читати у овом оквиру: цело биће има намеру да сачува ту скицу селфа и то се ради хармонично и достојанствено (Lobb, 2013). Гешталт терапеути сматрају да оно што може да помогне граничним особама није свест о активираној одбрани, већ подршка намерног покрета да се до другог дође у потпуности, не подељено, не окрњено, већ цело. Овај процес, који свакако деле – имплицитно у пракси – све добре терапије (Lobb, 2013).

Али гранични клијент долази окрњен, подељен, нецеловит! На сцену ступа значај контратрансфера. Већ сам писао о томе како ће гранични клијент несвесно рекреирати оно што га је довело до његовог стања. Пацијентова анксиозност и неспретност наводе терапеута да се суочи са сопственим ограничењима – оним што нарцис доживљава као рану.

Две ране долазе лицем у лице, као што можемо видети у следећем примеру. Терапеут касни десет минута. Чим седне у фотељу, пацијент каже: „Касниш, не би требало, не могу да се ослоним на тебе!“. Терапеут треба једноставно да одговори: „У праву си“; али уместо тога, рањеног нарцизма, он каже: „Толико радим за тебе; могао би ме једном разумети!“ Ја морам да признам да сам једну клијенткињу изгубио тако што сам дозволио да ме увуче у расправу о томе колико су мушкарци одвратни. Осетио сам како сам се зајапурио, али већ је било касно, и колико год наша расправа била цивилизована, и колико год ја бирао речи, поновио сам поступак њеног истински мизогиног окружења. С друге стране, потпуно сам са интересовањем прихватио коментар клијенткиње, која је увек долазила провокативно обучена, да сам за њу „маторац“ и тиме избегао да поновим, макар у некој далекој асоцијацији, сексуално недолично понашање њеног оца према њој. Нарцисоидна рана терапеута због неуспеха значајног другог да препозна његове добре намере се поново активира у присуству граничног клијента, који захтева прецизност у дефиницији. Једна од последица емоционалних реакција које овај пацијент изазива код терапеута је тешкоћа рада са овим клијентима (Lobb, 2013).

Сви клинички приступи се слажу да је у лечењу граничних пацијената однос пацијент-терапеут фундаменталан. Кернберг је заправо основао свој модел „терапије засноване на трансферу“, који омогућава терапијску ефикасност управо код овакве врсте пацијената, у тиме што анализира шта клијент доживљава са терапеутом, односно како он уноси у окружење тескобе и расцепе који карактеришу његово искуство (Clarkin, Levy & Damman, 2002). Треба признати да се у једном делу наведеног рада назире покрет ка давању посебног значаја раду на контратрансферу: „...терапеут мора да искуси и толерише

конфузију пацијентовог унутрашњег света како се она одвија у трансферу“ (Clarkin et al, 2002).

Задатак који се поставља пред терапеута је да на што опуштенији начин доврши интенционалност која је прекинута у примарним односима, а која сада доноси патњу. Ако су теорије објекатских односа фокусиране на анализу пацијентовог трансфера у терапијској сесии овде-и-сада, у гешталт терапији се фокусирамо на контратрансфер, под којим подразумевамо употребу терапијске осетљивости којом ће на интуитиван начин разумети како у клијентовом перцептивном пољу значајан други (у овом случају терапеут) одржава гранични образац односа. Ова пажња омогућава да се на интуитиван начин схвати шта значајни други може учинити да подржи прекинуту интенционалност контакта (Lobb, 2013). Вратимо се на Фромово опажање да гранични клијент у терапију доноси неразумљив језик - оно што издваја рад гешталт терапеута је то да не покушавамо да вратимо пацијента „разуму“, говорећи му да није у стању да прихвати бесмисленост свог језика. Ако пацијент каже терапеуту „Лош си“, не покушавамо експлицитно да га наведемо да прихвати да терапеут може бити добар и лош у исто време. Радије настојимо да му пружимо искуство да буде виђен у његовом покушају да дође до терапеута, иако се овај покушај састоји у бацању беса на терапеута који примарни неговатељ није био у стању да обузда (ометајући га да толерише сопствени, Lobb, 2013).

Усредсређеност на контратрансфер постаје готово етичка норма. Позадински, етички, уговорни елементи су важнији од садржаја. Они стварају основну сигурност која је потребна граничном пацијенту да би умањио неповерење у околину и у себе. Терапеутова пажња на сопствене контратрансферене реакције понекад открива емоције због којих он скреће са етичког пута који му диктира сетинг (нпр. неповерење у пацијентово тумачење

стварности може навести терапеута да разговара са рођаком без да тражи дозволу клијента – лично, у психијатријском сетингу сам доживљавао овај порив; или почетна симпатија која је успостављена између терапеута и пацијента може фаворизовати конфлуентну перцепцију код терапеута и навести га да не чита поруку коју му је пацијент послао током недеље, узимајући здраво за готово да то може сачекати сеансу). Сопствену љутњу, која је честа у раду са граничним клијентима, гешталт терапеут мора да трансформише у задржавање снаге, уместо да је наивно уведе у окружење са поверењем (у овом случају погрешно постављеним) у намери да представи себе као аутентичног. Гранични клијенти нас подстичу да покренемо најраздвојеније делове нашег селфа и стога су они који изнад свих других оспоравају нашу дубоку целовитост. У ствари, они су стални подстицај да побољшамо нашу стабилност односа (Lobb, 2013). Ако иступимо љути, иступићемо нецеловити.

### **Рад на телу**

Код трауматизованих појединаца ток свести је масовно инхибиран. Сама перцепција је превише опасна. Дисање престаје, гледање је забрањено, тело се напреже да инхибира осећања и радње. Виталност је озбиљно осиромашена. Код оваквих клијената, због уочене опасности у допуштању себи да постану свесни, рад на свесности и освешћивању тела мора бити садржан у безбедности терапијског односа, у којем клијент и терапеут непрестано нераскидиво међусобно утичу један на другог (Sapriel, 2012).

Што се више функција контакта клијент одрекне, ужи је опсег понашања којим може ступити у однос са околином. У екстремним случајевима наилазимо на бестелесност која се често виђа код психозе, где се особа скоро у потпуности одвојила од осећања тела и постоји у фантазији. Нешто су мање тешка стања у којима је перцепција тела изобличена

или „на дистанци“, као код деперсонализације. Ово се код граничних клијената, где су значајни комади телесног селфа изгубљени за свест, стварајући тако осећај фрагментације и периодичног слома док се особа бори за јединство. Кепнер (Kepner, 2013) упозорава на ограничења до којих је дошао на основу клиничких разматрања. Осим ако не постоји јака веза и блиско поверење између клијента и терапеута, он верује да је неприкладно користити контакт са клијентима са тешком патологијом, на пример, шизофреним или параноидним поремећајима, или чија је снага ега изузетно крхка. Животна историја таквог клијента увек укључује толико нарушавања и упада од стране других, посебно родитељских фигура, да потенцијал за сличан упад од стране терапеута може резултирати непријатељским или декомпензујућим (фрагментирајућим) одговорима клијента. Није да су фрагментација или непријатељство сами по себи „болесни“ или непожељни. Заиста, ови отпори нису ништа више од стратегије особе за суочавање са упадом и штетом коју јој наносе други, иако уз велику личну цену. Ако постоји минимална веза и поверење између клијента и терапеута, клијент неће моћи да разликује додир који није штетан од штетног и да раде низ недовршених послова који имају извор у штетним упадима. Употреба додира само ће погоршати поремећај. Тамо где тако јака веза постоји, или клијент има довољно интелектуалног разумевања употребе додира и довољно снаге ега да толерише блискост, додир се може ефикасно користити чак и са клијентима који пате од озбиљних проблема као што су психотични, гранични поремећаји личности. Додатни предуслов за тако интензиван и емоционалан рад су велика способност терапеута да се носи са примитивним и моћним емоцијама, као што су бес, интензивна патња и дубока празнина, без панике и страха. Терапеуту је лако, из сопствене нелагодности због таквих осећања, да потисне њихово изражавање од стране клијента и тако гурне даље у подземље оно чега су се сами

клијенти одрекли. Опет, не постоји замена за пролазак кроз сопствену терапију како бисмо се у потпуности упознали са таквим осећањима у себи пре него што покушамо да радимо са њима код других. Такође, важно је редовно бити под супервизијом (Кернер, 2013).

Гранични клијенти су десензитизовани, а тиме губе телесно тло за живот, тј. навикли су да се носе са насилним и тешким искуством свог детињства. Без контакта са својим телом, човек нема осећај локације у свету или свог физичког присуства и граница. Без контакта са својим цревима и физичким реакцијама, унутрашњим сензацијама, постоји само празнина и осећај „ја сам ништа“. Осећај самоконтинуитета, за разлику од фрагментације, зависи од способности да се осети сопствена постојаност – континуитет емоција, понашања и телесних феномена. Не ради се толико о томе да гранични клијенти немају „ја“, колико да су дошли до тога да закопају своје крхко деце „ја“ дубоко у своје тело како би се заштитили од бола, понижења и злостављања. Када су притиснути или под стресом, они немају телесни оквир који обезбеђује континуитет или осећај постојаности, па се фрагментирају и декомпензују. Тенденција ка сакаћењу тела и самодеструктивном понашању подржава идеју да су гранични дубоко десензитизовани. Они који се посеку жилетима, гуше се и тако даље, често пријављују да то раде „да би покушали да нешто осете“ или примећују да „није болело јер нисам ништа осетио“. Ово су јасне изјаве о губитку телесне сензације и говоре нам до које мере су постале тупе, умртвљене и без осећаја. Сваки покушај да се оживи искуство на граници тела је сам по себи тежак јер, како се осећај генерално обнавља, тако се обнављају и специфични осећаји укључени у бол, бес, дубоку повређеност, страх и тугу. Такви клијенти тешко могу да асимилирају ове емоције осим ако нема огромног поверења у терапеута (Кернер, 2013).

Рад на оживљавању тела мора се разложити на веома мале целине, са подједнаком пажњом посвећеном контакту клијента са терапеутом као и контакту клијента са самим собом. Терапеут мора бити у стању да издржи, каналише и помогне клијенту да разуме изливе осећања која произилазе из развијања телесног контакта. Ако и клијент и терапеут могу да издрже довољно дуго и клијент постане чвршће лоциран и утемељен у телесном животу, претходно несвесни поларитет (често окарактерисан као „повређено дете“) може се асимиловати у функционисање одрасле особе (Kerner, 2013).

### **Конкретни предлози**

Добра терапија са граничним пацијентима зависи од квалитета контакта терапеута: бриге, емпатије, аутентичности, преданости током времена, и од јасноће и адекватности терапеутовог клиничког знања, личне свесности и процеса контактирања. Терапеут који ради са граничним клијентом мора бити нарочито ревностан у наглашавању вербалног и невербалног контакта који је експлицитно у садашњости центриран и у којем реалности граничног пацијента, терапеута и других присутних особа бивају афирмисане. У овој врсти контакта који уземљује, сви људи који учествују у сусрету представљају се као засебне личности, које утичу једне на друге (Yontef, 1993).

У контакту са клијентом, треба инсистирати на макар минималној одговорности за психотерапијски третман. Јонтеф сматра да ако се ослонимо само на „емпатију“ и „подршку“, без минималног осећаја за одговорност, можемо имати више штете него користи. Уколико клијент не покаже минимум одговорности (инсистира на „Не могу“), боље је да га пустимо да оде (Yontef, 1993). С друге стране, ваља бити реалан у погледу количине личне одговорности коју гранични клијент може да преузме. Понекад у гешталт терапији



постоји готово безуман нагласак на преузимању личне одговорности клијента, који може да одговорност помеша са кривицом (Greenberg, 2016).

За клијента је битно безбедно окружење, не само у физичком смислу. Гринбергова (Greenberg, 2016) даје неколико смерница како би се ово лакше спровело: дозволите потребама вашег клијента да вас воде – како да вас зову, колико далеко да седе и слично, а за ово вам може помоћи сазнање о њиховом раном функционисању – да ли су злостављани, сувише контролисани или остављени. Неки од клијената проводе целу сесију, свесно или несвесно, покушавајући да протумаче сваки ваш тон и гест како би се што боље ускладили са оним што замишљају да су ваша неизражена очекивања од њих. Они тако понављају образац жртвовања своје индивидуалности из детињства, да би задовољили, избегли нашу љутњу, напуштање или одбацивање (Greenberg, 2016). Када сам на крају једне сеансе у Центру за ментално здравље у Панчеву наговестио клијенткињи да, због административне збрке може да дође до тога да се виђамо једном у две недеље, наврле су јој сузе. „Шта сада проживљаваш“; „Имам утисак да хоћеш да ме се отресеш“.

Ништа не треба нагло радити – нагло се супротстављати њиховим механизмима прекида контакта, прерано уништити њихову фантазију о нама, морамо бити опрезни на који начин користимо конфронтацију која има за циљ да у фигуру постави негирани и занемарени аспект понашања граничне особе, а да не дође до осуде (то никако не смемо радити када смо љути, јер ће клијент то схватити као напад, Greenberg, 1991). Не треба да прерано охрабрујемо љутњу према нама, нити бес према значајној фигури. Уколико прерано својом љутњом или бесом униште представу другог, могу да склизну у депресивно и/или анксиозно стање. Лично сам радио две године са клијенткињом са граничном структуром док није сама једног дана рекла да је бесна на мајку којој је чувала стражу док има сексуални

однос са љубавником (ову информацију никад до тада нисам добио, додуше било је назнака о прељуби).

Подсетимо се, добар контакт се не успоставља дихотомном сменом између екстрема конфлуенције и изолације који прескачу сваку могућност између ова два стања. Контакт се задржава кретањем између сепарације и конекције, између повлачења и контакта у циклусу контакт-повлачење. Али функција контакта се губи када повлачење постане статична изолација уз пропратни губитак функције повезивања (функција границе), а губи се такође када повезивање уђе у статичку позицију и нестане функција сепарације (функција границе) (Yontef, 1993).

Сепарација и индивидуација клијентовог "Ја" из конфлуенције (симбиотске фузије) доводи до губитка осећаја било какве повезаности, тј. до напуштености. Ово вреди чак и ако је гранична особа та која својевољно одлази и одваја се. Клијент се од осећаја напуштености понекад брани поновним спајањем, а понекад изолацијом. Ако се на спајање одговори конфлуентно, то доводи до ужасног страха од губитка „Ја“ и тиме до сепарације, а циклус се понавља. Ако се на конфлуенцију одговори раздвајањем, гранични пацијент ће се осећати напуштено и реаговаће примитивним негативним емоцијама (Yontef, 1993). Прорађивање осећаја напуштености код граничних особа је дуг, тежак, напоран и неопходан задатак. Овај процес ојачава пацијентов прави доживљај „Ја“ и повезаност и одвојеност од терапеута (Yontef, 1993). Негујте развој Ја на конкретан начин – помозите клијенту да прикладно означи и разликује емоције (без поједностављених, црно-белих категорија). Супротставите се олаком етикетирању („кретен“, „идиот“). Понекад клијенти не могу да освесте неку „негативну емоцију“ не би ли се одбранили од интројеката („бити љут је исто што и бити безвредан“). Помозите клијенту да освести механизме цепања, истражите како

себе поражава док у исто време инсистира да буде перфектан, а исто учините и са тумачењем „спољашњег света“. Помозите му да предвиди последице свог импулсивног понашања, јер већина граничних клијената је донекле импулсивна у свом понашању (Greenberg, 2016). Можете га чак и упознати са циклусом контакта (цртао сам многим клијентима, буду поприлично заинтересовани), наводити га да препознаје сензације, а вежбама свесности може да научи да препознаје своје реакције, а не да се идентификује са њима (Joyce & Sills, 2014).

Можете им позајмити вашу его-функцију тако што ћете им скренути пажњу на вероватне будуће последице понашања на начин који они могу да прихвате (то треба да буде „заобилазно“, на пример „како би желео да се понаша твој шеф према теби“). Охрабрите вербализацију осећања, пре него одигравање (Greenberg, 2016). Граничне особе су обично биле активно обесхрабрене да се развијају као засебне и јединствене особе које се разликују од својих родитеља. Охрабрите их да поврате своје „не“ и „да“, у односу са вама. Охрабрите их да бирају свој животни пут тако што ћете им омогућити да за почетак мењају неке ситнице у областима које нису посебно конфликтне или емотивне. На пример, где седе, колико су далеко од вас и слично (Greenberg, 2016).

Треба им дозвола да поново науче да осећају и желе, сазнање да понекад могу да добију оно што желе, или да избегну оно што не желе – тако што ће то рећи. Нагласак гешталт терапије на (и многе технике за) подизању самосвести и преузимању личне одговорности може бити веома користан за ове клијенте (уз већ поменути опрез око личне одговорности, Greenberg, 2016).

Треба се спремити и на непријатне ситуације, које се могу јављати у циклусима (као што је и рани развој требало да тече). Самповређујуће понашање треба очекивати. То су

облици ретрофлексije. Очекујте љутњу кадгод одлазите, на семинаре или на одмор. Можда у почетку неће моћи да повежу своја осећања са вашим одласком, и није неуобичајено да клијент почне да се повлачи у ишчекивању месец дана пре вашег одласка, да има пролазне симптоме сличне психотичности док вас нема, и неколико сесија заузме тема опраштања што сте отишли. Можете користити некакву врсту прелазног објекта, који ће им помоћи да budete стварни за њих док вас нема (књига, биљка, Greenberg, 2016). Можете им рећи и како да вас контактирају, и само сазнање да постоји нешто што може учинити да ублаже своје осећање напуштености је од помоћи. Треба очекивати честа назадовања, у смислу да ће се дешавати да после доста напретка изненада постану љути на вас, или постану празни. Али како се терапија наставља и ваш клијент има понављано искуство да сте ту за њега или њу упркос њиховом бесу или празнини, регресије ће на крају постати мање озбиљне и краће по трајању. Даље, треба помоћи клијенту да разуме свој бес, пошто врло често нису свесни шта је то изазвало. Када се наљуте, што пре им помозите да схвате који их је догађај толико разбеснео и зашто. Унапред се спремите за опасне ситуације, уверите клијента треба уверити да ћете га заштитити од његовог беса и да му нећете дозволити да повреди себе или било кога другог. Ако се јави проблем, тражимо од клијента сугестије како да то постигнемо на најмање узнемирујући начин. Тражећи од њих предлоге, подстичете одвајање и индивидуализацију и избегавате да их инфантилизируете. Само сазнање да постоји процедура за суочавање са потенцијално неконтролисаним понашањем понекад је довољно умирујуће да се избегне такво понашање. Ако постоји ризик од самоубиства, немојте се скривати од проблема и да се надате да ће нестати. Питајте ствари као што су: колико често размишљају о самоубиству, под којим околностима, да ли имају метод на уму, да ли су икада покушали, итд. Можемо да тражимо од њих да се обавежу да све док су на терапији неће

извршити самоубиство и уместо тога позову нас у помоћ (као што ми је професорка Марија Стефановић једном рекла, након што сам цинично и песимистично гледао на вредност усменог уговора: „Позови клијента у Ја-Ти однос, ту склопи уговор“). Било би пожељно да клијент долази више од једном недељно код вас на терапију, јер им је потребна додатна подршка да би се суочили са страхом од контакта, а сеансе једном недељно могу маскирати конфликте у вези са зависношћу, које би се при чешћим сусретима јављале (Greenberg, 2016).

### **Места опреза – уместо закључка**

Важно је узети у обзир да, када радимо са граничним клијентима, усмеримо пажњу на дијалошку терапију. Рад мора бити усредсређен на однос. Рад на две столице преко примарног цепања за граничне клијенте не функционише, пошто завршетак цепања клијента урања у депресију (Philippson, 2012), те га треба избегавати (Greenberg, 2016). Рад са наредбодавцем и цмиздравцем (ове изразе сам преузео из Naranho, 2017, а односе се на “Top-Dog“ и “Under-Dog”) можда ће морати да се одложе за касније стадијуме у терапији јер ће у почетку кажњавајући наредбодавац граничног клијента често надјачати њиховог аутсајдера/цмиздравца. Ово може бити застрашујуће и довести до самодеструктивног деловања и регресије (Greenberg, 2016). Треба се ослонити на дијалошки однос и феноменолошко истраживање, а не на претерано коришћење техника (Yontef, 1993).

Потребно је смањити нагласак на регресији. На пример, треба бити опрезан при фокусирању на „унутрашње дете“, јер тако психотерапија промовише идентификацију клијената са начином постојања који је индивидуалистички, неодговоран, без посвећености или одговорности за друге. Гранични клијенти ће се вероватно „распасти“ у било ком облику регресивне терапије, посебно ако то укључује пуно физичког држања (Philippson, 2012).

Интелектуално је поштено признати да „празна столица“ не потиче из гешталт терапије. Психодрама, занимљив метод, није у складу са методом гешталт терапије, која се бави сметњама успостављања контакта и повлачења. Празна столица је тако потенцијално опасна за граничне клијенте, с обзиром да не може да асимилује сопствене пројекције (From, 1983).

Читалац је могао да кроз текст у ограниченој мери упозна проблеме са којима су се сусрели наши клијенти који су процењени као „гранични“. Могао је читалац да научује нешто о њиховом суптилном, растрзаном и често драматичном начину бивања са другим. Патологизујући изрази представљају вулгарно упрошћавање естетике са којом се среће терапеут који је спреман да носи и сопствено бремене (које ће сигурно изронити током рада) пред особом која захтева накнадну репризу адекватне неге – довољно отворен и заинтересован, али у исто време одговоран, реалан и за обоје опрезан.

## Литература

1. American Psychiatric Association. (2013). 'Borderline personality disorder'. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Bajraktarov, S., Gudeva-Nikovska, D., Manuševa, N. & Arsova, S. (2017) 'Personality characteristics as predictive factors for the occurrence of depressive disorder', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 5(1), 48–53.  
doi:10.3889/oamjms.2017.022.
3. Carr, A. (2006). 'Physical child abuse'. In *Family therapy: Concepts, process and practice*, (pp. 317-338). London, UK: John Wiley and Sons.

4. Clarkin, J.F., Levy, K.N. & Dammann, G.W. (2002). 'An object-relations approach to the treatment of borderline patients'. In F.W. Kaslow and J.J. Magnavita (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy*. New York, NY: John Wiley & Sons, pp. 239–251.
5. Cloninger, C.R., & Švrakić, D.M. (2000). 'Personality disorders'. In V.A. Sadock & B.J. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). London: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
6. Delisle, G. (2011). *Personality pathology: Developmental perspectives*. London: Karnac Books.
7. Divac-Jovanović, M. i Švrakić, D. (2017). *Granična ličnost i njena različita lica* (2. izdanje). Beograd, Srbija: Clio.
8. Erskin, R. (2023). *Rana emocionalna konfuzija*. Beograd, Srbija: Clio
9. From, I. (1983). 'Reflections on Gestalt therapy after thirty years of practice: A requiem for Gestalt', *The Gestalt journal*, 7(1), 4–12.
10. Greenberg, E. (2016). 'Part two: Borderline adaptations'. In *Borderline, narcissistic and schizoid adaptations. The pursuit of love, admiration and safety*, (pp. 155-217). New York, NY: Greenbroke Press.
11. Joyce, P., & Sills, C. (2014). 'Gestalt therapy in practice'. In *Skills in Gestalt counselling and psychotherapy* (3rd ed.) (pp. 1-168). London, UK: Sage
12. Kepner, J.I. (2013). *Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
13. Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

14. Knutson, B. & Heinz, A. (2003). 'Psychobiology of personality disorders'. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 145-159). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
15. Latner, J. (1983). 'Kingdoms of experience', *The gestalt journal*, 7(1), 84–119.
16. Linehan, M.M., & Dexter-Mazza, E.T. (2008). 'Dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder'. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual* (4th ed.) (pp. 365-420). London, UK: Guilford press.
17. McWilliams, N. & Shedler, J. (2017). In V. Lingardi & N. McWilliams (Eds.), *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. New York: The Guilford Press.
18. Naranho, K. (2017). *Geštalt terapija: Stav i praksa neteorijskog učenja o iskustvu*. Beograd, Srbija: Izdanja Milana Nikolića
19. Panksepp, J. (2003). 'At the interface of the affective, behavioral, and cognitive neurosciences: Decoding the emotional feelings of the brain', *Brain and Cognition*, 52(1), 4–14.
20. Perls, F., Hefferline, R.E. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York, NY: Dell.
21. Philippon, P. (2012). 'Gestalt therapy and the culture of narcissism'. In *Gestalt therapy. Roots and branches - Collected papers*, (pp. 25-32). London, UK: Karnac Books.
22. Piran, N., & Lerner, P. M. (1988). 'Rorschach assessment of anorexia nervosa and bulimia'. In C. D. Spielberger & J. N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment* (7th ed.) (pp. 77-100). New York/London, NY/England: Routledge.



23. Sapriel, L. (2012). 'Creating an embodied, authentic self: integrating mindfulness with psychotherapy when working with trauma'. In *Gestalt therapy: Advances in theory and practice*, (pp. 107-122). London, UK: Routledge.
24. Schwartz-Salant, N. (1989). *The borderline personality: Vision and healing*. Wilmette, Illinois: Chiron Publications.
25. Spagnuolo Lobb, M. (2013). 'Gestalt therapy in clinic'. In G. Francesetti, M. Gecele, & J. Roubal (Eds.), *Gestalt therapy in clinical practice. From psychopathology to the aesthetics of contact* (pp. 647-712). Siracusa, Italy: Istituto di Gestalt.
26. Taylor, M. (2014). 'Transforming relational wounds'. In *Trauma therapy and clinical practice: Neuroscience, gestalt and the body* (pp. 219-232). New York, New York: Open University Press.
27. Vaillant, G.E. (1992). 'The beginning of wisdom is never calling a patient a borderline; or, The clinical management of immature defenses in the treatment of individuals with personality disorders', *The journal of psychotherapy practice and research*, 1(2), 117–134.
28. Vučković, O., Lačković, M. i Marković, I. (2022). 'Poremećaji ličnosti i udruženi poremećaji'. In *Psihopatologija u okvirima MKB-11* (pp. 321-337). Beograd, Srbija: CEDUP.
29. Yontef, G. (1993). *Awerenes, Dialogue & Process*. Gouldsboro, Maine: The Gestalt Journal Press.
30. Вујанић, М., Гортан-Премк, Д., Дешић, М., Драгићевић, Р., Николић, М., Ного, Љ., Павковић, В., Рамић, Н., Стијовић, Р., Радовић-Тешић, М., Фекете, Е. (2011). *Речник српскога језика*. Нови Сад, Србија: Матица српска.

