

Internalizovani studij iz geštalt perspektive

Jasmina R. Vuksanović

Evropski akreditovan psihoterapijski trening institut

Studio za edukaciju Beograd (EAPTI-SEB) & EAPTI-GPTIM

NETWORK (EGN)

Program: Diploma iz geštalt psihoterapije

Modul: Završni ispit

Mentor: Snežana Opačić

Mart, 2024

Sadržaj

Apstrakt.....	3
Internalizovani stid iz geštalt perspektive.....	4
Nastanak internalizovanog stida	5
Stid je uvek relacion.....	8
<i>Stid kao afekat</i>	10
<i>Kognitivna strana stida</i>	11
Neuropsihološki korelat internalizovanog stida.....	12
Prepoznavanje stida u psihoterapijskom procesu	16
Principi psihoterapijskog rada.....	18
Iskustvo sa sopstvenim hroničnim stidom	25
Zaključak.....	26
Literatura:.....	27

Apstrakt

U ovom radu se obrađuje tema internalizovanog stida kao fiksirane pozadine, koja postaje temelj za formiranje različitih iskustava sa ciljem rasvetljavanja složenosti psihoterapijskog rada sa klijentima, koji dolaze sa ovom duboko fiksiranom pozadinom. U tom smislu se izlaže razlika između osećanja stida, postojećoj iskućivo u humanoj vrsti, u kontaktu sa drugim ljudima i internalizovanog ili hroničnog stida. Opisuje se način kako i u kojim uslovima osećanje stida, emocija koja je, pre svega, *socijalna, relaciona*, postaje fiksirani obrazac odnošenja sa drugima. Jednom formiran, internalizovani stid ima svoju afektivnu i kognitivnu komponentu i prodire u identitet ličnosti. Analiza neuropsihološke pozadine funkcionisanja internalizovanog stida daje jasnije uvide za proces rada sa ovim klijentima. Tok psihoterapijskog rada prati osnovne principe gestalt terapije, pri čemu je važan preduslov za terapeuta dobro poznavanje i prethodni njegov rad na sopstvenom stidu.

Ključne reči: stid, nastanak, neuropsihološka pozadina, psihoterapijski rad

Internalizovani stid iz geštalt perspektive

“Ne sviđam se ja ni sebi
 Meni je to najmanje mило
 To i mene zbunjuje
 Niko to ne mrzi koliko ja
 Meni to najteže pada
 Tu sam ja najviše oštećen.

 A gde god gledam
 Vidim ono o čemu mislim.”

Matija Bečković (1963)

Svi pričamo o stidu: “On je stidljiv.” “Pomalo se stidim”, “Bilo me je sramota...” Stid je prirodna ljudska emocija, koja je, pre svega, socijalna, relaciona. Oseća ga svako u pojedinim specifičnim situacijama kada nam je do nečega ili nekoga veoma stalo (Kaufman, 1980). “Zapravo je nužno imati osjećaj stida da bi čovjek uistinu bio ljudsko biće. Stid je osjećaj koji nam daje dopuštenje da budemo ljudska bića. Stid nas upozorava na naše granice” (Bradshaw, 1997, str. 1). Zdrav stid je psihološki temelj poniznosti. On je izvor duhovnosti, jer služi kao socijalna korekcija i signal da je osoba narušila sopstveni integritet povredom asimilovanih vrednosti (na primer, privatnost, nepovređivanje drugih...) i/ili da u okruženju nema dovoljno podrške za njene trenutne potrebe i ono što ona jeste (Opačić & Milanović, 2022). Naš zdravi osećaj stida nam daje na znanje da smo ograničeni, drži nas čvrsto na zemlji, obezbeđuje granice, a time i strukturu (Bradshaw, 1997).

Međutim, važno je napraviti razliku između iskustva stida kao emocije i internalizovanog ili egzistencijalnog (toksičnog) stida, koji može da formira pozadinu za veliki broj svesnih iskustava.

Internalizovani stid nastaje kada doživljaj stida postane fiksiran i on tada predstavlja intrapsihički konflikt između introjeksijske uticajne druge osobe i odbrambene i konfluentne arhaične fiksacije: dete koje je žudelo za odnosom, a nije bilo podržano u njemu. Fiksacija se odnosi na relativno izdržljiv obrazac organizacije afekta, ponašanja ili kognicije iz neke ranije faze razvoja koji istrajava i može dominirati u kasnijem životu. Fiksirane odbrane su one koje održavaju nedostatak punog kontakta i ometaju integraciju davnih iskustava (prošlost u sadašnjosti) u ovde i sad (sadašnjost u sadašnjosti), potpuno kontaktibilan doživljaj selfa (Erskine & Moursund, 1988). Kada je u pitanju internalizovani stid postoji osećaj inferiornosti, pri čemu druge doživljavamo kao moćnije i sposobne povrediti nas, obično kroz gnušanje, prezir i poniženje. Zato je priroda internalizovanog stida dvostruka:

1. Jedna dimenzija je u vezi sa identitetom. U stidu osoba se oseća golo, nedostaje joj dostojanstvo ili vrednost. Stid je često neuspeh u ostvarivanju ego ideala ili ličnih vrednosti. Mi osećamo stid u vidu sagledavanja sebe kao slabog ili bezvrednog (Greenberg & Paivio, 1997).
2. Druga dimenzija je u vezi sa ličnim osećanjem pripadanja zajednici: “Ovakav kakav jesam nisam vredan pripadanja, niti ljubavi”, drugim rečima, nisam vredan postojanja u ovom svetu.

Nastanak internalizovanog stida

Dete je opremljeno potrebom za društvenošću. Buber (Buber, 1977) govori o urođenom TI, o sklonosti za odnosom, o nagonu za kontaktom. “Doživljeni odnosi su realizacije urođenog TI u susretnom TI” (str. 25)...”Razvoj duše deteta neodvojivo je vezan za razvoj žudnje za TI” (Buber, 1977, str. 26).

Osećaj stida se pojavljuje kao druge faze psihosocijalnog razvitka. U prvoj fazi dete kroz odnos sa majkom uspostavlja osećaj temeljnog poverenja. “Čovek postaje JA u dodiru sa TI” (Buber, 1977, str. 26). U ovom simbiotskom odnosu dete stiže poverenje da se može pouzdati u nekoga izvan

njega ko će mu se naći pri ruci na ljudski predvidiv način. Imamo li u detinjstvu roditelja/staratelja koji je uglavnom nežan, predvidiv i jasan, koji je u vezi s nama i odražava sve oblike našeg ponašanja, razvijamo osećaj temeljnog poverenja. Kad osećamo sigurnost i poverenje, počinjemo razvijati interpersonalnu vezu i ona oblikuje most uzajamnosti i relacionog JA-TI odnosa (Bradshaw, 1997). Ovakav odnos je temelj osećaja samovrednosti. “Kako poverenje raste, stvara se emocionalna veza, a ona omogućuje detetu da se upusti u istraživanje svijeta. Ako dete može biti zaštićeno čvrstim, ali širokim granicama; ako ono može istraživati, ispitivati i besneti, a da pritom ne popusti skrbnikova ljubav, tj. interpersonalni most, ono može razviti zdrav osjećaj stida. Taj se osjećaj može izraziti kao trenutak nelagode zbog normalnih ljudskih neuspjeha ili pak kao strašljivost i stid u nazočnosti stranaca. Takav je osjećaj stida ključan i nužan kao ravnoteža i granica nečije novootkrivene samostalnosti. Zdrav stid nas upozorava da nismo svemogući” (Bradshaw, 1997, str. 16).

Ovde je značajno pitanje kako se razvija toksični, odnosno, internalizovani stid. Toksični stid prvenstveno potiče kroz značajne veze u ranom detinjstvu, odnosno, kroz odnos sa roditeljima ili starateljima. Ruela Frank i La Bare (Frank & La Barre, 2011) opisuju kako je već na najranijim stadijumima života važan sinhronizovan odnos roditelja i beba. Unutrašnji identitet prvo pronalazimo u odražavajućim očima naših roditelja, te u najvećoj meri zavisi od njihovog mentalnog zdravlja. Odnosi u porodici su složena celina, a ne zbir delova. “Glavni sastavni deo porodice kao sastava jest brak. Ako je brak zdrav i funkcionalan, i porodica će biti zdrava i funkcionalna. Ako je brak disfunkcionalan, i porodica je disfunkcionalna, deca iz ovih porodica preuzimaju krute uloge uslovljene potrebama roditelja za ravnotežom” (Bradshaw, 1997, str. 50). U takvim porodicama rana iskustva neuspešne efikasnosti ili intencionalnosti najverovatnije se javljaju kroz neusklađenost između detetovih znakova i starateljevih pogleda i reakcije lica, te utiču na to koje vrste ranih iskustava su dobrodošle ili, nasuprot tome, uzrokuju teskobu i stres; takođe određuju kako se svaka

beba visceralno i fizički nosi sa teskobom i stresom i koliko su adaptabilni u relaciji sa roditeljima (La Barre, 2008).

Svako iskustvo se prvenstveno doživljava u telu u vidu senzacije, koje dete uči da transformiše u afektivno i relaciono (Robin, 2019). Onda kada dete ne uspe da uhvati pogled koji podržava njegovu intencionalnost, uzbuđenje i osećaj sebe, kada ne uspe da razvije osećanje pripadanja, već duboku nesigurnost, za koju Hornaj (Hornay, 1976) koristi izraz 'bazična anksioznost', ono ne može da transformiše senzaciju u afekat i ostaje "telo" (Robin, 2019), te će iskusiti nešto drugo: biće zaključan u načinu na koji sebe objektivizuje. (Broucek, 1991). Objektivizovano dete - bilo da je objektivizovano na obožavajući ili kritikujući način - počinje da bude preokupirano osećanjem sebe kao tuđim objektom. Više nije važno da li je emocija deteta prema ovoj objektivizaciji sebe pozitivna ili negativna; ono postaje distancirano od svoje subjektivnosti, od svoje autentične ličnosti (Dejang, 2022). Misli o stidu pripadaju ovom objektiviziranom selfu, selfu koji je izašao iz intersubjektivnog prostora gde bi trebalo da stoji primarna zajednica, prostora u kome je neuspešna regulacija, a u kojoj vladaju pravila dezintegracije.

Tri su glavne komponente vezane za internalizovani stid:

1. Zloupotreba moći, obično od strane prvog staratelja;
2. Povlačenje ili izolacija od strane deteta, obično u zaštitni zid adaptacije;
3. Osećaj gađenja i neodobravanja prema sebi ili nedostatak ljubavi prema sebi.

One ga primoravaju da nađe nove načine pomoću kojih će izaći na kraj sa svojom okolinom i ono će, složenim međuo dejstvom urođenog temperamenta deteta i uslova sredine u kojoj raste, razvijati određene strategije, kojima ublažava svoju disregulaciju: može pokušati da se veže uz najjaču ličnost, može pokušati da se buni i bori ili da druge izbaci iz svog unutrašnjeg života i da se

emocionalno udalji od njih. U principu, može se kretati prema ljudima, protiv ljudi i od ljudi (Hornay, 1976). U iskustvu ima iluziju da se radi o sopstvenom telu, a radi se o „telu-za-drugog“ (Robin, 2019).

Stid je uvek relacion

Kada osoba doživi stid, ona se oseća usamljeno. Mi smo posramljeni zbog onoga ko smo, ne jednostavno zbog onoga što radimo. U stidu akciona tendencija jeste da se sakrije, da se slomi interpersonalna komunikacija i izbegne da osoba bude viđena. Stid je često upućen na gubljenje facijalne ekspresije. Lingvistički koreni stida jesu da se osoba sakrije ili pokrije (Greenberg, & Paivio, 1997). Stid vodi ka verovanju da drugi nije deo njegovog iskustva. Međutim, upravo drugi prouzrokuje stid. Stid jeste socijalna emocija (Deonna, Rodogno & Teroni, 2011). Drugi je neophodan medijator između mene i mog selfa: mene je sramota sebe u prisustvu drugog (Dejang, 2022). Self organizuje kontakt sa drugim i relaciono polje. Self i drugi su u uzajamnoj zavisnosti. Za proces samoorganizacije (kontinuirano mapiranje sebe i drugih), napredovanje i razvijanje, ljudi moraju pronaći/dobiti dovoljno podrške u polju, uključujući dovoljnu podršku da znaju što žele ili trebaju (Lee, 1997). „Jer, sposobnost saznavanja kod čoveka razvija se najčešće utroškom ljudske snage za odnos – snage koja jedina omogućava čoveku da duhovno živi“ (Buber, 1977, str. 34).

Suprotno od pronalaska/primanja dovoljne podrške, kada se u polju doživljava iskustvo frustracije, jedna od posledica frustracije je stid. U srži stida je klijentova najdublja potreba za povezanošću, a nema pouzdan način da to ostvari. Internalizovani stid je iskustvo da ono što sam ja nije prihvatljivo, nije vredno, da ovaj svet nije onaj kome ja pripadam. Kao takav, stid označava prekid (ili pretnju prekida) između potreba pojedinca, s jedne strane, i prijemčivost okoline za te potrebe, s druge. Dolazi do sloma procesa selfa, koji treba da organizuje polje sa drugim, a to se postiže slamanjem zdrave granice između sebe i drugog. Stid vraća polje u ravnotežu kroz odricanje od neprihvatljive potrebe (Lee, 1997). Na taj način se premošćuje jaz između procesa selfa i drugog,

ali se veza ne zaceljuje, jer je cena uspostavljanje trajne veze između stida i neprihvatljive potrebe, s posledičnim gubitkom pristupa autentičnoj potrebi (Kaufman, 1989). Kao rezultat toga, osoba "gubi glas" za ovu potrebu i ostaje s osećajem bezvrednosti, neadekvatnosti i izolacije. Ovo je cena ostajanja u odnosu sa drugim (Lee, 1997). Ova izolacija je dvostruka: ona predstavlja izolaciju od sopstvenih potreba i izolaciju od drugih (jer se pred drugim ne mogu pojaviti sa svojom potrebom), a sve u cilju da se odnos sačuva i održi.

Zato Dejang (Dejang, 2022) daje sledeću definiciju internalizovanog stida kao "iskustva osećaja dezintegracije u odnosu sa "disregulisućim" drugima" (str. 18), obrazlažući da od trenutka rođenja potreba za koherentnošću pretvara obrasce deteta iz neposrednog afektivnog/emocionalnog iskustva u obrasce očekivanja i odgovora od negovatelja. Ovi obrasci postaju nesvesni organizatori interakcije selfa-sa-drugima i osećanja koja dalje postoje od detinjstva do odraslog doba. Zato dezintegracija osećaja koherentnosti pretil psihološkom uništenju osobe, a drugi postaje disregulisući u relacionom odnosu. Budući da je kroz ovakav proces pažnja konstantno usmerena na drugu osobu, stid stvara zavisnost od drugih (Lee, 1997). Umesto da se osećam zainteresovano za drugog, ja se osećam preplavljeno; umesto povezano, ja se osećam usamljeno. Osećam da ne mogu da dođem do nečega što mi treba od drugog i to je verovatno zato što nešto nije u redu sa mnom. U ovoj formulaciji se otkrivaju dva aspekta stida: stid kao afekat i stid kao misao.

Stid kao afekat

"Emocije su odgovori na relacije događaje ili potrebe, a emotivni izraz je pokušaj da povežete ili da regulišete vezu sa drugim" (Orange, 1995, str. 97). Internalizovani stid predstavlja preplavljujuće iskustvo za osobu. Stid se oseća kao unutrašnje mučenje, bolest duše (Tompkins, 1963, str. 118). Uticaj jeste komunikacioni, ali je odraz pre svega fiziološki i izaziva - crvenilo, znojenje,

ubrzani srčani ritam, anksioznost i difuzni bes - čini ga moćnom i primitivnom reakcijom koja se odupire racionalnom rešenju (Lewis, 1987).

Stid je “inhibitor funkcionisanja selfa u idu, u onoj meri u kojoj modifikuje afekte koji su u vezi sa željama, nadama, potrebama, stremljenjima” (Robin, 2019, str. 193), te izaziva anksioznost. Anksioznost zbog stida i strah od posramljenosti su moćni motivatori izbegavanja relacije sa drugima. Ljudi preduzimaju preventivne mere za izbegavanje moguće posramljenosti, za izbegavanje otkrivanja bilo čega o njima što može biti potencijalno postidjuće, te tako ulaze u polje izolacije bilo fizičke bilo mentalne.

Nejtanson (Nathanson, 1992) tvrdi da je stid bolan mehanizam koji ograničava pozitivne afekte. Bol i patnja stida stvaraju automatske i nesvesne obrambene mehanizme koji imaju za cilj održavanje fragilnog selfa.

Bes je često sekundarna reakcija na gubitak samopouzdanja ili pretnja fragilnom osećaju selfa. Iskustvo stida kao osećanje gubljenja dostojanstva je izuzetno bolno i bes služi da ga pokrije. Luis (Lewis, 1987) je opisala stid kao interpersonalnu emociju - interni hitan odgovor na osećaj da su ugrožene veze. Ona kaže da iskustvo stida počinje u odnosu u kojem se osoba oseća zavisno i osetljivo na odbacivanje. Ako osoba ne uspe da ispuni očekivanja i standard druge važne osobe, ili osobe kojoj se divi, osoba oseća neku vrstu neuzvraćene ljubavi – self razbijen odbacivanjem. Kao rezultat toga, osoba oseća hostilnost prema sebi, ili poniženi bes.

Kognitivna strana stida

Pre nego što pomislimo o sebi kao o promašaju, moramo biti u stanju da imamo objektivne misli o "sebi". Kada osoba objektivizuje sebe ona biva preokupirana osećanjem sebe kao tuđim objektom. Taj objektivni način gledanja ima moć da ubaci u nas samoobjektivi stid, stid koji mi doživljavamo kao negativne misli o sebi (Dejang, 2022). I zato je kognitivna strana internalizovanog

stida ideja o neuspehu (Lewis, 1987), misao o sebi kao promašaju. Zato su misli o stidu bazično usamljene misli. One proizvode osećanje nemogućnosti stvaranja zajedništva i one stvaraju realnosti koje nemaju primarnu zajednicu u sebi (Wurmser, 1987).

Stid proizvodi negativnu sliku o sebi: kada dete doživi iznenadnu nepovezanost stida, on takođe doživljava nesposobnost, nemoć, odnosno, loše i opasno stanje. U trci za bezbednošću, dete povezuje nepovezani uticaj stida sa nepovezanom slikom lošeg i opasnog. Dva iskustva su "koherentna", a koherentnost je uvek sigurnija od slučajnog haosa (Nathanson, 1992). Stid proizvodi generalizovanu sklonost doživljavanja "lošeg-ja" u mnogim relacionim situacijama, odnosno, uzrokuje poremećaj slike o sebi i poremećaj samopoštovanja sa dihotomijom nepoštovanja i beskrajnog divljenja sebi: – perfektno sjajan/idealno neprihvatljiv (Wyatt & Gilbert, 1998; Hewitt et al., 1991). Primarni deficit osobe je nemogućnost da upravlja svojom vlastitom podeljenom grandioznošću; stid se očituje u odstupanju između stvarnosti i fantazije veličine koje nikada nije mogao da prizna i proradi (Kohut, 1971).

Karen Hornaj (Hornaj, 1976) ne govori eksplicitno o stidu, ali ga možemo lako videti kada govori o tome da, kada dete ne uspe da razvije osećanje pripadnosti, osećanje "mi", već duboku nesigurnost i osećanje bojažljivosti, ono počinje da se otuđuje od sebe. Dete tada počinje da koristi maštu, koja mu služi da izgradi idealizovanu sliku o sebi. Ovako izgrađena, samoidealizacija, kao ishod prethodno realizovanih odnosa sa značajnim drugima postaje početak nivog razvoja ličnosti, promenu celokupnog daljeg toka života i razvoja te individue. Ličnost može da reši svoje kontradiktorne težnje na tri različita načina (ka drugima, od i protiv drugih) i, u okviru samoidealizovane slike o sebi, pokornost pretvara u dobrotu, ljubav u svetinju, agresivnost postaje snaga, vođstvo – heroizam, a izolacija u mudrost i nezavisnost. "Među težnjama ka ostvarivanju idealizovanog JA, potreba za savršenstvom je najradikalnija. Osoba pokušava da postigne ovaj cilj

uz pomoć komplikovanog sistema unutrašnjih “moram” i raznih tabua” (Hornaj, 1976, str. 18).

U ovom kontekstu stid se može sagledati i kao proizvod razočaranja, neuspeha i neadekvatnost kada self ne uspe da dostigne samonametnute ideale (Morrison, 1994), ali i kao osnovni pokretač i pozadina ovih istih samonametnutih ideala, koji u načinu ostvarivanja imaju, kako Hornaj (Hornaj, 1976) opisuje, kompulzivnu prirodu.

Neuropsihološki korelat internalizovanog stida

Komunikacija novorođenčeta sa roditeljem se odvija neverbalno kroz uzajamni pogled, glasovne ritmove i melodije, kroz pokrete tela i mimike (kroz neverbalnu komunikaciju), odnosno, između desne hemisfere mozga roditelja i desne hemisfere novorođenčeta. Frank i La Bare (Frank & La Barre, 2011) iznose svoje gledište, zasnovano na svom iskustvu rada sa bebama, da je već na najranijim stadijumima od vitalne važnosti da roditelji prepoznaju kinetički temperament bebe i usklade svoj sa njihovim temperamentom kako bi omogućili dovoljnu podršku svojim bebama. Time pomažu bebama da ostanu udobne, budne i društvene i ova stanja su, napominju autorke, od vitalnog značaja za razvoj sposobnosti prilagođavanja i usvajanja socijalnih veština. U kontekstu problema koji nastaju između roditelja i odojčadi neusklađenost i usklađenost služe pri korišćenju niza kvaliteta kretanja i dimenzija i mogu da ili ometaju ili poboljšavaju fizičko usklađivanje između bebe i roditelja i roditeljsko razumevanje bebe. Dakle, kada je afektivna komunikacija sa roditeljem/starateljem sinhronizovana, beba je u pozitivnom stanju uzbuđenja. Međutim, kada dete doživi negativno uzbuđenje, sinhronizacija se gubi sve dok ga roditelj ne popravi interaktivno i u procesu pomogne u pomirenju i umirenju efekta distresa kod odojčeta. Tako autonomni nervni sistem novorođenčeta ostaje u optimalnom opsegu uzbuđenja i njegov relacioni mozak (desna hemisfera) nastavlja da se razvija u uslovima podržanosti (Schore, 2012). Tokom života, sigurna i stresna relaciona iskustva kodirana su u nesvesnim unutrašnjim radnim modelima vezivanja desne hemisfere mozga. Desna

hemisfera je duboko povezana sa telom i autonomnim nervnim sistemom; ona je sintetička, prostorna i neverbalna, za razliku od leve hemisfere koja je analitička i verbalna. Interesantan podatak je da su gotovo sve jezičke funkcije smeštene u levoj hemisferi, osim prozodije (melodije) jezika, koju sprovodi desna hemisfera. Desna hemisfera mozga je izvor afektivnog dela ličnosti, kreativnosti, maštovitosti, primarnog procesnog razmišljanja i nesvesnih procesa. Kako se detetova socijalna i emotivna desna strana mozga razvija uporedo sa njenom linearnom/logičnom levom hemisferom, ono uči da misli o svojim afektima, da prevodi svoje senzacije u emocije ili, drugim rečima, postepeno artikuliše fiziološki plan u psihološku figure (Robin, 2019). Kada razvoj protiče dobro, desna i leva hemisfera mozga tokom razvoja sve više bivaju povezane i rade u optimalnom sadejstvu (Dejang, 2022). Relaciona povezanost desne hemisfere mozga podržava iskustvo koherentnog selfa, selfa koji raste jače i ekspazivnije kako se povezuje, uz roditeljsku pomoć, sa konceptima leve hemisfere o emocijama i odnosima (Broucek, 1991). A može, takođe, biti i mesto masovnog odvajanja od emotivnog stresa vezivanja - od bilo čega što je previše bolno, a poznato visceralno i emocionalno, o čemu će biti reči u daljem izlaganju.

U okviru diskusije o funkcionisanju desne hemisfere važno je detaljnije rasvetljavanje učešća autonomnog nervnog sistema (ANS), čije funkcionisanje je važno za rasvetljavanje relacione traume, odnosno stida. ANS predstavlja deo perifernog nervnog sistema koji kontroliše životne procese uglavnom van svesne volje (rad srca, krvni pritisak, disanje, otvorenost zenica, funkcije unutrašnjih organa kao što su jetra, želudac, žučna kesa, genitalije, želudac, znojne i pljuvačne žlezde kao i digestivne žlezde i pridruženi mišić, dakle, rad sistema za varenje i razmnožavanje) i odgovoran je za moduliranje uzbuđenja (Stauffer, 2010).

Uzbuđenje je važno iz dva aspekta: sprovodi proces organizmičke samoregulacije i ciklus iskustva – odnosno proces stvaranja figure. Energija nam je potrebna da bi podržala proces stvaranja

figure i kontakta sa spoljašnjim svetom. Za razliku od centralnog nervnog sistema (CNS), koji je organizovan u specifičnom segmentnom rasporedu kičmene moždine, ANS izgleda da je dizajniran da široko rasprši informaciju po svojoj mreži, stvarajući tako opšti odgovor (Juhan, 2003). ANS je podeljen na dve grane: na simpatičku i parasimpatičku granu. Simpatikus reguliše odgovor na opasnost i anksioznost i daje kvalitete spontanosti i vitalnosti organizma. Parasimpatikus, s druge strane, se aktivira u stanjima relaksacije, oporavka i asimilacije. Ova grana ANS-a polazi od kranijalnih nerava kao što je nervus vagus, koji kontroliše krvni pritisak i srčanu frekvenciju, utičući tako na disanje (Stauffer, 2010). Kada je komunikacija majke i bebe sinhronizovana, ANS biva u optimalnom opsegu uzbuđenja i desna hemisfera nastavlja da se socijalno razvija. Međutim, dve grane ANS-a ne funkcionišu uvek u jednostavnoj izbalansiranoj aktivnosti (Stauffer, 2010). U kontaktu sa disregulisućim drugim, ANS će promeniti stanje isprva na stepen hiperpobuđenosti (funkcija simpatikusa), koja sa svoje strane troši mnogo energije, a zatim kroz energetske štednju u stanje niske negativne uzbuđenosti i distanciranja (funkcija parasimpatikusa). Ako se ove disregulisuće interakcije dešavaju često, dete će steći samozaštitnu naviku da se distancira od emotivne konekcije. Tada trpi razvoj detetove desne hemisfere, odnosno relacionog/emocionalnog dela mozga; desna hemisfera prestaje da "pravi smisao" i postaje nedostupna za integraciju sa levom hemisferom (Schore, 2012).

Stanje internalizovanog stida, dakle, dovodi do ograničenja funkcionisanja desne strane mozga, koja gubi sposobnost prepoznavanja spoljašnjih stimulusa i ne može da ih integriše sa unutrašnjim emocionalnim iskustvom. To rezultira problemima u emotivnom životu i međuljudskim odnosima, jer osoba stiče samozaštitnu naviku distanciranja od emocionalnog ulaganja u relacione odnose sa značajnim drugim osobama. Stid je stanje parasimpatičkog niskog uzbuđenja, koje ima svoju afektivnu stranu u vidu anksioznosti, ponašajnu analogiju u sakrivanju, i kognitivnu da osoba

sagledava sebe kao neuspeh (Schore, 2012). Kuk (Cook, 1994) iznosi stav da je iskustvo internalizovanog stida ono što sledi nakon iskustva pozitivnog afekta, pretvarajući ga u negativna osećanja. U ovakvoj negativnoj interakciji sa okolinom desna hemisfera prestaje da pravi smisao i postaje nedostupna levoj hemisferi. Drugim rečima, trauma vezivanja je emocionalni fenomen desne hemisfere mozga (Schore, 2012).

Da bi razrešila ove teškoće u socijalnom polju, osoba počinje da se oslanja na racionalnu, analitičku levu hemisferu, koja preuzima zadatak kreiranja povezanosti, te stvara značenja i odbrambene mehanizme, kojima će upravljati kako-tako u polju međuljudskih odnosa, ali neće moći da razrešava intrapersonalne emocionalne i interpersonalne probleme (Dejang, 2022; Schore, 2012). U okviru prekomernog angažovanja leve hemisfere razvijaju se binarne šeme u odnosima sa drugim ljudima (idealno dobro/idealno loše, divljenje/prezir). Stvaraju se visoki standardi, po kojima se drugima sudi prestrogo kao i sebi, te se stid manje oseća kao stid, a više kao pravedno očekivanje ideala ponašanja drugih i teško razočarenje (Dejang, 2022).

Prepoznavanje stida u psihoterapijskom procesu

“Stid je najveća tajna koju skrivamo,
zato što ni bes, ni strah, ni najbolje skrivena izdaja
ne dolaze iz požude, ni iz pohlepe, ni iz slabosti, već iz stida...
Stid je poput najudaljenije zvezde (u sazvežđu), svetli, a ne greje...
Stid možda nikada nećemo moći da razumemo,
ali smo više nego svesni njegove moći nad nama...
Kamen koji je godinama u vodi, iznutra je suv...

(i) voda nije prodrla u njega...

Tako je i sa ljudima koji su vekovima ophrvani stidom:
iznutra su još uvek nekako živi, ali svetlost ne može da prodre u njih”

Zoran Bognar (2013)

Budući da je stid relacioni fenomen, znaci njegovog postojanja, koji se pojavljuju kod klijenata u obrascima povezanosti sa drugim, mogu se uočiti i u procesu psihoterapije u odnosu sa terapeutom ovde i sada. U terapiji stid je dobro maskiran zato što će ljudi, koji osećaju prezir prema svojim vlastitim emocijama, biti posebno zgroženi stidom koji osećaju. Onda će oni osetiti potrebu da se sakriju, da sakriju svoj stid, te koriste fiksirane odbrane, jer je interakcija sa terapeutom veliki interpersonalni rizik. Stare opasnosti su dozvane, stari stid je probuđen, koji mora biti sakriven.

Hornaj (Horney, 1942) je identifikovala 10 neurotskih potreba u kojima stid upravlja anksioznošću:

1. Neurotska potreba za prihvatanjem i odobravanjem, želja osobe da se sviđa drugima, da im udovolji i ispuni njihova očekivanja kako bi preko (ogledala) drugih došla do pozitivnog samovrednovanja. Kolateralna šteta ove potrebe je konstantno održavanje zavisnosti od drugih ljudi.
2. Neurotska potreba za partnerom koji će preuzeti brigu o njihovom životu u okviru koje je stalno prisutan strah da će ih partner napustiti, jer sami nemaju svest o sopstvenim vrednostima, kapacitetima i moćima.
3. Neurotska potreba da se život ograniči unutar uskih okvira kada se zadovoljavaju sa malim, često stavljaju svoje potrebe na poslednje mesto i imaju tendenciju da umanjuju značaj svojih talenata i sposobnosti.

4. Neurotska potreba za moći kada postoji težnja za velikom količinom moći iz ličnih interesa, ka dominaciji i strah od bespomoćnosti. Kolateralna šteta jeste obaveza konstantnog održavanja nadmoći u odnosu na druge ljude.
5. Neurotska potreba za manipulacijom kada se druga osoba ne “vidi”, već se doživljava kao sredstvo i kada postoji težnja da se onaj “preko puta” posmatra kroz korist.
6. Neurotska potreba za prestižom kada postoji težnja da se samovrednovanje sagledava kroz socijalnu pažnju i status u društvu. Ove osobe se plaše javne osude i gubitka socijalnog statusa.
7. Neurotska potreba za divljenjem kada postoji težnja preuveličanog mišljenja o sebi, narcisoidne predstave o sebi, a ne na osnovu toga kakva je realna ličnost.
8. Neurotska potreba za ličnim dostignućima kada povećavaju ambicije i guraju sebe ka postizanju sve većih i većih uspeha zato što se u osnovi osećaju nesigurno.
9. Neurotska potreba za samodovoljnošću i nezavisnošću kada postoji težnja distanciranja od drugih sa željom da izbegnu odgovornost ili zavisnost od drugih.
10. Neurotska potreba za savršenošću i nepobedivošću, za apsolutnom nepogrešivošću.

Imajući u vidu neurotske potrebe koje je navela Karen Hornaj, Dejang (Dejang, 2022) daje sledeće opise kontratransfernog doživljaja kao indikatore hroničnog stida. Jedan od njih je osećaj diskonekcije, odnosno da su terapijski pristup psihoterapeuta, njegovo iskustvo ili postignuće i kvalifikacije sumnjivi i nedovoljni. Tada se seanse doživljavaju kao izvanredna klijentova izvođenja, a terapeut se oseća kao neadekvatan, distancirani posmatrač. Klijent nema svesnu nameru da bude pun prezira, ali kada terapeut počne da se oseća odbrambeno i neadekvatno, onda je u okviru ovakvog odnosa primereno razmišljati o stidu.

U drugim slučajevima, u odnosu sa određenim klijentima je disregulacija glavni kontratransferni

osećaj: gubljenje kontakta sa svojim kompetentim selfom. Unutrašnji padajući plan i program u vezi je sa pitanjem šta sledeće uraditi.

Kao treći indikator Dejang (Dejang, 2022) navodi idealizovanje terapeuta od strane klijenta sa akcentom da je terapeut, ukoliko se nije upoznao sa sopstvenim stidom, u riziku da prihvati svoju izuzetnu "posebnost" i da je sve vreme dokazuje ili da padne sa „posebnog“ baš u to polje stida.

Principi psihoterapijskog rada

Geštalt teorija se dugo bavi fenomenom stida, iako ga često ne spominje po tom imenu (Lee, 1994, 1995). Osnovni temelj geštalt teorije jeste da ljudska iskustva u relaciji sa drugima formiraju naše emocije, predstave, uverenja. Geštalt model podrazumeva polje u kome se događa naš kontakt sa sredinom, na osnovu kojeg stvaramo doživljaj i sebe i svoje okoline kao relacijsku celinu (Lewin, 1935). Osnovni principi geštalt terapije, kako ih je Jontef (Yontef, 2005) formulisao, jesu:

1. Geštalt terapija je fenomenološka terapija i njen osnovni cilj je svesnost.
2. Geštalt terapija se bazira na dijaloškom egzistencijalizmu, odnosno, na horizontalnom JA-TI odnosu. „JA i TI se slobodno sučeljavaju u jednom uzajamnom delovanju koje nije vezano ni za kakvu kauzalnost, niti je njome zaraženo. Na ovom mestu raskriva se čoveku jemstvo slobode njegovog bića i bića uopšte. Jedino onaj ko poznaje prisutnost TI sposoban je da odluči o sebi“ (Buber, 1977, str. 45). Horizontalnost JA-TI odnosa zato predstavlja najhranljivije mesto za psihoterapijski rad sa stidom.
3. Geštalt terapija se zasniva na holizmu i teoriji polja i, s tim u vezi, na ključnim konceptima: sada i ovde, procesa formiranja figure, polariteta.

Zato je glavni fokus geštalt terapije: analiza kontaktnih procesa, načina interakcijske razmene između klijenta i drugih ljudi (odnosno, terapeuta) gde internalizovani stid vlada.

Self organizuje kontakt sa drugim u relaciono polje. U sklopu ove teme, stid je glavni regulator granice između selfa i drugih i integralni aspekt svih procesa kontakta sa drugima, koji kontinuirano informiše self o (ne)mogućnostima kontakta u relacionom polju, ograničavajući na taj način fleksibilno sadejstvovanje sa sredinom (Lee, 1997), inhibirajući mogućnost funkcionisanja selfa u idu. Vratiti fleksibilnost znači suočiti se sa stidom koji održava fiksne geštalte na mestu. Budući da se iskustvo stida želi prikriti, normalni znakovi retrofleksije, oborene oči, promene u boji kože, sniženi glas ili utišan govor, zamrznut izraz lica, pogrbljeno držanje i tako dalje, često nisu toliko vidljivi. Umesto toga, osoba češće koristi sledeće strategije kako bi se nosila sa svojim iskustvom srama i izbegla ga: defleksiju, bes, prezir, kontrolu, težnju za savršenstvom, za moći, projekciju, humor, poricanje...sve do nasilja i destruktivnosti prema sebi ili drugima (Lansky, 1991).

Badenoh (Badenoch, 2018) iznosi stav da kada kontekstualni signali prenose rizik na nervni sistem, odbrambene strategije se „dezinhiraju“, odnosno, aktiviraju da refleksno zaštite pojedinca povećanjem fizičke i psihološke udaljenosti od potencijalnog predatora. Suprotno, kada neuronski putevi naniže regulišu odbrambene strategije, društvena distanca se smanjuje i mogućnosti za povezivanje i koregulaciju se optimizuju. Zato je glavni uslov za rad sa klijentima sa hroničnim stidom stvaranje JA – TI horizontalnog egzistencijalnog kontakta kao osnovnog preduslova za atmosferu podrške, odnosno postepeno sticanje poverenja u terapeuta da je klijent kao takav adekvatan, da je sa njim sve u redu, da kao takav, jedinstven, vredi.

U cilju postavljanja gorenavedenih uslova, Dejang (Dejang, 2022) ističe da je za terapeuta važno da ima dobro razvijene veštine desne strane mozga za uspostavljanje i negovanje terapijskih odnosa, među koje kao najvažnije ubraja emocionalnu osetljivost, sposobnost neverbalnog komuniciranja, sposobnost izražavanja tačne empatije i sposobnost upotrebe jezika na suptilan način, te u takvoj atmosferi terapeut obezbeđuje uslove za mogućnost totalne komunikacije (ponajmanje verbalne) sa

klijentom..

Da bi se mogle koristiti ove veštine u radu sa hronično postuđenim klijentima, prvi faktor i neophodni preduslov za terapeuta je dobro poznavanje i prethodni njegov rad na sopstvenom stidu kako bi se kreirao nežan prostor za pojavu stida. Razloga je više. Kao prvo, sa ovim klijentima mi smo u prostoru u kojem ćemo biti izloženi bespomoćnim, beznadežnim mislima našeg klijenta. Biti prisutan u njegovom svetu stida biće veoma teško ako još uvek nismo u stanju da prolazimo i nađemo nežnost, razumevanje i načine tolerancije na sopstvena osećanja stida. Kao drugo, kada je naš stid pohranjen klijentovom odbranom od stida sa krivicom ili prezirom, terapeutovo dobro poznavanje sopstvenog stida osnažuje njegov kapacitet da oseti i doživi stid, imenuje ga i tako pronade gde i kako stid živi u njemu (Dejang, 2022). U ovom procesu je za samog terapeuta neophodan individualni psihoterapijski i supervizijski kontinuirani rad.

Treće (a možda i osnovno), često je stid glavna tema i terapeuta. Jakobs (Jacobs, 1996) govori o određenim opasnostima u vezi stida, koje se javljaju u relacionom polju između terapeuta i klijenta. Nejednaka moć u odnosu, transferne mogućnosti, relativna ranjivost klijenta i terapeutove nesvesne odbrane od sopstvenog stida, zajedno utiču na to da se stid pojavi. Terapeut, koji je prepoznao u sebi i kontinuirano radi na svom stidu, najbolje može da razume i da koristi ono što zna o sebi i svojim telesnim senzacijama, osećanjima i mislima da bi pomogao svom klijentu, te je na taj način u većoj mogućnosti da kontroliše gorepomenute procese.

Drugi važan faktor u radu sa klijentima sa stidom je postavljanje jasnih pravila i granica ugovora između terapeuta i klijenta, kao što su: jasna pravila o trajanju, plaćanju seansi, o otkazivanju terapija, o porukama i odgovorima na poruke. Na taj način kreiramo bezbednu i sigurnu osnovu u kojoj klijent može da se opusti.

Treći faktor, smatra Dejang (Dejang, 2022), je podsticanje desnohemisfernih procesa i on je, po

njenom mišljenju, ključni deo rada sa ovim klijentima, budući da je hronični stid emocionalni fenomen desne hemisfere mozga, koja gubi sposobnost prepoznavanja spoljašnjih stimulusa, ne može da ih integriše sa unutrašnjim emocionalnim iskustvom i postaje nedostupna levoj hemisferi (Schore, 2012). Njihov stid se može videti u stavu njihove kičme (izrazito uspravna ili veoma pogrbljena), u brzini, jačini i načinu govora, u izbegavanju kontakta očima... U tom smislu, ostvarivanje neverbalne povezanosti sa klijentom je neophodni uslov za aktiviranje funkcionisanja desne hemisphere. Klijenti su veoma osetljivi na terapeutovu neverbalnu komunikaciju, oni čuju naš ton glasa, posmatraju naše lice i gestove posredstvom tzv. Mirror (ogledalskih) ćelija, koje se aktiviraju u interpersonalnoj komunikaciji (Baird et al., 2011) i opažajući emocije kod drugih (terapeuta), aktiviraju iste emocionalne odgovore u sebi (Gallese, 2003). Ovi neverbalni afektivni znaci omogućavaju našim klijentima da znaju o nama u vezi sa njima – oni osećaju da li smo uznemireni ili opušteni, procenjujemo ili prihvatamo, hladni ili topli na osnovu urođene i programirane sposobnosti da internalizuju, otelotvore i oponašaju stanje druge osobe, te na taj način otkrivaju sebe u umu drugog (Janiri et al., 2009). Procesu pomaže ako smo smireni i sigurni u proces terapije, pozdravljamo na ličan način, uspostavljamo “horizontalnost” odnosa i potvrđujemo izbor naših klijenata da dođu po pomoć. Ovi klijenti će dugo izbegavati aktiviranje svojih desnohemisfernih procesa u terapiji, ali ono što je važno je da shvatimo šta naši klijenti rade kako bi izbegli da budu ranjivi i kakva vrsta ranjivosti ih plaši, te prihvatamo i poštujemo odbrambene mehanizme koje koriste i radimo sa ovim diskonekcijama, uglavnom sami bez njihove pomoći tako što pravimo značenje; u stvari, mi mentalizujemo osećanja naših klijenata najbolje što možemo, sa informacijama koje možemo da prikupimo (Dejang, 2022).

U radu sa hronično postideanim klijentima Golding i Hjudžis (Golding & Hughes, 2012) predlažu model PACE, akronim koji označava razigranost, prihvatanja, neutralne zainteresovanosti i empatije

(eng. *playfulness, acceptance, curiosity and empathy*), odnosno stvaranje situacije razigranosti, prihvatanja, neutralne zainteresovanosti za klijenta i velike empatije, koja omogućava postavljanje temelja za aktiviranje njegove desne hemisfere. Tako, ako želimo da upoznamo klijenta u prostoru funkcionisanja njihove desne hemisfere, najbolje je početi sa opuštenom otvorenosću za šta god će se desiti sledeće u razgovoru, tj., sa sposobnošću “igre” u kojoj se susreću naša “unutrašnja” deca. Opuštenost sa kojom prilazimo, koja dozvoljava razigranost, je poziv da nam se klijent pridruži u otvorenom istraživanju i otkrivanju svojih potreba, želja i fantazija. Razigranost može biti teška za pokretanje pod pritiskom prikrivenog hroničnog stida ili krivice koju klijent šalje ka nama. Ipak, uvek je vredno povratiti prostor za igru, jer je humor snažan lek za sramotu, a razigrani stav u uslovima nežnosti i empatije postaje, tokom vremena, duboka sigurnost da ne mogu pogrešiti sa nama. Osim toga, razigranost je, nasuprot “krutosti” koji stid kreira, poziv “unutrašnjem” detetu klijenta da se pojavi sa maštom, metaforom i igrom, koji relativizuju stid i vraćaju fleksibilnost organizmu. Za mene kao terapeuta pojava humora kod klijenta (ne kao odbrane, već kao saveznika u procesu rada na stidu) je prvi znak njegove promene u pravcu relativizacije stida.

Povezivanje desne i leve hemisphere, kao deo rada sa klijentima sa internalizovanim stidom, podrazumeva povezivanje kognicije, događaja, emocija i čula (Cozolino, 2006). Klijenti dolaze sa racionalnim pričama, ali one ne objašnjavaju šta im se dešava. Njihovi narativi ne odslikavaju njihova iskustva, osećanja i ponašanja. Oni najčešće dolaze sa traganjem na pitanje zašto, sa razmišljanjem bez integrisanja senzornog i afektivnog sa racionalnim, sa korišćenjem agresije uglavnom protiv sebe, a ne sa potrebom za kontaktom i za asimilacijom. Zato je zadatak terapeuta da uđe u totalnu komunikaciju, a ne samo u verbalnu (Yontef, 2005) i da pomogne prikupljanju neverbalnih i viscelarnih poruka, koje se prenose izvan svesnosti klijenta i vraćaju informacije desnohemisfernih procesa nazad klijentu kako bi se omogućio veći, inkluzivniji narativ. Na taj način postavlja temelje

za pojavu egzistencijalnog dijaloga, dijaloga koji se dešava kada se dve osobe susretnu u ovde i sada i svaka od njih reaguje i ima mogućnost uticaja na drugu preko puta nje. Setimo se Jontefa (Yontef, 2005), koji govori o tri vrste regulacije: o organizmičkoj samoregulaciji (gde se učenje dešava holistički uz prirodnu integraciju uma i tela), o "trebalo bi da" tipu regulacije (baziran na odredbama nekog kontrolora koji naređuje šta i kako bi trebalo da se događa u procesu regulacije interpersonalnih odnosa) i o regulaciji u odnosu na datu situaciju (kada razumemo situaciju i dopuštamo da ona kontroliše naše akcije).

U kontekstu stida Badenoh (Badenoch, 2018) ističe da dok ne dođe do značajne integracije tela, limbičkog sistema i desne hemisfere korteksa, osoba može biti u stanju da ispriča kohezivnu priču (koja ima jasan smisao uzrok-i-efekat, ali povezuje sirove delove desnohemisfernih procesa na strogo linearne načine; na primer: "Osećam se loše, jer nisam uspela i zato to znači da sam ja neuspeh, gubitnik"), ali ne i koherentnu priču (odnosno emocionalno bogatu priču, koja čini visceralnim osećaj života osobe u svojim višestrukim relacijskim kontekstima: "Osećam se loše, jer nisam završio svoj deo projekta na vreme. Ali, beba je bila stvarno bolesna, a žena je veoma umorna i morao sam da joj pomognem. Nadam se da će moji nadležni razumeti.""). U okviru rada na povezivanju desne i leve hemisfere važno je prenošenje telesnih osećaja i osećanja u reči. Neuropsihološke studije pokazuju da prebacivanje emocija u reči korelira sa smanjenom neuronskom aktivnošću u amigdali, subkortikalnom "čuvaru" pamćenja i emocija desne hemisfere mozga i povećanjem aktivacije desnog prefrontalnog korteksa, te podržava gore-dole regulaciju telesnog/emocionalnog uticaja. Kada se osećanja prevode u reči, a samim tim i u prefrontalni korteks, ona se povezuju sa svesnošću o sebi, postaju deo onoga što Kosolino i Šor (Cozolino, 2006; Schore, 2012) nazivaju "lepak" funkcijom desne hemisfere mozga, koji integriše osećaj sebe.

U toku psihoterapijskog procesa Dejang (Dejang, 2022) predlaže rad na delovima selfa, jer je za ove klijente uznemirujuća svesnost da se osećaju u delovima i čudni, nerazumljivi sebi samima. Sve do sada, oni su uglavnom živeli u jednom delu selfa, a njihovi problematični delovi daleko od njihovih svesnih misli i emocija. Nikada pre nisu osetili svoju unutrašnju diskonekciju. Ali sada, oni mogu da osete svoje otcepljene delove i da ih integrišu. Švarc (Schwartz, 1995) je ove delove selfa opisao različitim imenima, koje svrstava u tri grupe – izgnanici (deo selfa koji je u bolu), menadžeri (delovi koji ne tolerišu ranjivosti) i vatrogasci (koji gase ranjiva osećanja na načine koji su manje adaptabilni, koristeći drogu, alkohol, opsesivno prejedanje, samopovredjivanje ili izlive besa) – od kojih su svi definisani u odnosu na njihovu relaciju sa drugima. Jontef (Yontef, 2005) razlikuje diferencijaciju polja na polaritete i dihotomiju. Dihotomija je, kako je on definiše, rascep između međusobno kompetitivnih i nepovezanih sila, koje ometaju organizmičku samoregulaciju, dok diferencijacija polja na polaritete donosi delove koji su opoziti jedni drugima, te nadopunjuju, objašnjavaju i razumeju jedni druge. Rad na delovima selfa, kako sam ja razumela, se radi kroz istraživanje polariteta, na delovima selfa, koji se rađaju iz stvarnog iskustva i predstavljaju realne druge, sa kojima su klijenti veoma bliski, a koje kasnije introjektuju. U ovom kontekstu je veoma važno raditi na unutrašnjim parovima roditelj/dete, na primer: negujućí roditelj/negovano dete, neempatičan roditelj/povređeno dete i napuštajućí roditelj/napušteno i usamljeno dete (Badenoch, 2018). Tako dolazi prvo do jaćanja intrakonekcije desne strane mozga. Potom, Badenoh (Badenoch, 2018) predlaže da, u okviru povezivanja hemisfera, koristimo pristup levoj hemisferi mozga, te da uvedemo novi narativ koji uključuje svesnost o ovim stidnim interakcijama roditelj/dete, narativ koji zatim postepeno, ali duboko usvajamo u emocionalno/racionalnim načinima povezivanja sa drugim ljudima.

Iskustvo sa sopstvenim hroniĉnim stidom

Internalizovani, egzistencijalni, hronični, toksični stid je dubok fenomen, koji zahvata i telesnu i emocionalnu i kognitivnu stranu ličnosti, te, čini mi se, da dejstvuje kao neka vrsta egzistencijalne teskobe. Psihoterapijski rad je dugotrajan, suptilan i moguć samo kroz veoma hranljiv JA-TI odnos, zasnovan na ogromnom poverenju da smo takvi kakvi jesmo prihvatljivi za osobu preko puta nas.

Ovo govorim, između ostalog, kroz moje iskustvo sa sopstvenim stidom. On je izranjao postepeno u moju svest, deo po deo, parče po parče preko različitih tema iz prošlosti i sadašnjosti. Zahvaljujući mnogobrojnim predavanjima i supervizijama (zatvorenim i otvorenim), potom iskustvenim grupama, kao i individualnim terapijama, čini mi se da svoj stid u velikom obimu sagledavam kad se pojavi, sada ga sa osmehom pozdravim kao nekog starog, poznatog, mogla bih sad reći, prijatelja, koji je ozbiljno testirao moje kapacitete za kreativnost i, bogami, za destruktivnost, te na taj način značajno uticao na moju biografiju i na ono što ja jesam sada.

Svoje iskustvo bih završila sa Buberovim (Buber, 1977) rečima: “Sva vatrena materija moje neobuzdane plahovite sposobnosti za volju, sve ono što je moguće i što se kovitla poput prvobitnog sveta, zamršeno i nerazlučivo, zavodljivi pogledi potencija koji plamte sa svih strana, univerzum kao iskušenje, i ja, rođen u trenu, sa obe ruke u vatri, duboko unutra gde se skriva ono što mene misli, moj čin, zgrabljen je: sada!” (str. 45-46).

Zaključak

Internalizovani stid, kao posledica relacione traume u detinjstvu, postaje fiksirana pozadina za veliki broj svesnih iskustava u odnosima sa okolinom. Priroda internalizovanog stida je dvostruka: jedna dimenzija je u vezi sa identitetom u vidu sagledavanja sebe kao slabog i bezvrednog, a druga je u vezi sa ličnim osećanjem pripadanja zajednici da ono što sam ja nije prihvatljivo, nije vredno, da ovaj svet nije onaj kome ja pripadam. Osoba ostaje sa svojom najdubljom potrebom za povezanošću

sa drugima, ali nema pouzdan način da to ostvari. Da bi ostala i održala nekakav odnos sa drugima, osoba se izoluje od sopstvenih potreba i izoluje od drugih. Internalizovani stid ima svoju afektivnu stranu, jaku anksioznost i strah od odbacivanja, i kognitivnu, odnosno, misao o sebi kao promašaju. Kako je internalizovani stid posledica hronične relacione traume sa značajnim drugim, teorijski rad je dugotrajan, suptilan, empatičan i veoma nežan. Glavni uslov za rad sa klijentima sa hroničnim stidom je stvaranje JA – TI horizontalnog egzistencijalnog kontakta kao osnovnog preduslova za atmosferu podrške, odnosno postepeno sticanje poverenja u terapeuta da je klijent kao takav adekvatan, da je sa njim sve u redu, da kao takav, jedinstven i da vredi. Da bi se ovaj uslov mogao ispuniti neophodno za terapeuta je dobro poznavanje i prethodni njegov rad na sopstvenom stidu. Drugi važan faktor u psihoterapijskom radu sa ovim klijentima je postavljanje jasnih pravila i granica ugovora kako bi kreirali bezbednu i sigurnu osnovu u kojoj klijent može da se opusti. Kao treće, vrlo važno je ostvarivanje neverbalne povezanosti sa klijentom. Kreiranje atmosfere, u kojoj se klijent oseća viđenim, prihvaćenim, omogućava da nam se klijent pridruži u otvorenom istraživanju i otkrivanju svojih potreba, želja i fantazija. Veći deo rada sa klijentima sa internalizovanim stidom, predstavlja povezivanje kognicije, događaja, emocija i čula. Klijenti dolaze sa racionalnim pričama, ali one ne objašnjavaju šta im se dešava. Oni najčešće dolaze sa traganjem na pitanje zašto, sa razmišljanjem bez integrisanja senzornog i afektivnog sa racionalnim, sa korišćenjem agresije uglavnom protiv sebe, a ne sa potrebom za kontaktom i za asimilacijom. Zato je zadatak terapeuta da uđe u totalnu komunikaciju sa klijentom za podržavanje id funkcije, da pomogne prikupljanju viscelarnih poruka, potreba i osećanja, kao i prihvaćenosti prilikom izlaganja svojih slabosti i ranjivosti kako bi se omogućio veći, inkluzivniji narativ.

Literatura

Badenoch, B. (2018). *The heart of trauma: Healing the embodied brain in the context of*

- relationships*. W. W. Norton & Company.
- Baird, A. D., Scheffer, I. E. & Wilson, S. J. (2011). Mirror neuron system involvement in empathy: a critical look at the evidence. *Social Neuroscience*, 6 (4), 327–335. [doi: 10.1080/17470919.2010.547085](https://doi.org/10.1080/17470919.2010.547085)
- Bečković, M. (1963). *Metak latalica*. Mascom ec booking.
- Bognar, Z. (2013). *Insomnija, bele noći*. IK Draganić
- Bradshaw, J. (1997). *Oslobodite se stida koji vas sputava*. (K. Cindrić, prev.). Barka.
- Broucek, F. J. (1991). *Shame and the self*. Guilford Press.
- Buber, M. (1977). *Ja i Ti*. (J. Aćin, prev.). Rad.
- Deonna, J. A., Rodogno, R. & Teroni, F. (2011). *In Defense of Shame: The Faces of an Emotion*. Oxford University Press.
- Dejang, P. (2022). *Stid - Razumevanje i terapija hroničnog stida* (J. Đerić Počuča, prev.). Psihopolis Institut.
- Cook, D. R. (1994). *Internalized Shame Scale: Professional manual*. Channel Press.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. W. W. Norton & Co.
- Frank, R. & La Barre, F. (2011). *The first year of the rest of your life: Movement, development, and psychotherapeutic change*. Routledge.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36 (4), 171–180. [doi: 10.1159/000072786](https://doi.org/10.1159/000072786).
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. Guilford Press.
- Golding, K. S. & Hughes, D. A. (2012). *Creating Loving Attachments: Parenting with PACE to Nurture: Confidence and Security in the Troubled Child*. Jessica Kingsley Publishers.

- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R. & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12 (1), 61–68. [doi:10.1016/0191-8869\(91\)90132-U](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90132-U)
- Hycner, R. (1985). Dialogical Gestalt therapy: An initial proposal. *The Gestalt Journal*, 8 (1), 32-49. [id: 149970350](https://doi.org/10.1080/10481880802073579)
- Horney, K. (1942). *Self-Analysis*. Norton.
- Horney, K. (1976). *Neuroza i razvoj ličnosti*. (R. Šaranović, prev.). NIP Pobjeda.
- Jacobs, L. (1997). Shame in the therapeutic dialogue. In R. G. Lee & G. Wheeler, (Eds). *The voice of shame: Silence and connection in psychotherapy*, 297–314. Gestalt Press.
- Janiri, L., Guglielmo, R. & Bruschi, A. (2009). Psicoterapia e neuroscienze: l'integrazione possibile. *Modelli per la mente*, 2, 7–13.
- Juhan, D. (2003) *Job's Body: A Handbook for Bodywork*. Station Hill Press.
- Kaufman, G. (1980). *Shame: The power of caring*. Schenkman.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Personality Disorders*. International Universities Press.
- La Barre, F. (2008). Stuck in vertical: The kinetic temperament in development and interaction. *Psychoanalytic Dialogues*, 18 (3), 411–436. [doi:10.1080/10481880802073579](https://doi.org/10.1080/10481880802073579)
- Lansky, M. R. (1991). Shame and fragmentation in the marital dyad. *Contemporary Family Therapy*, 13 (1), 17-31.
- Lee, R. G. (1994). Couples' shame: The unaddressed issue. In G. Wheeler & S. Backman (Eds.) *On intimate ground: A Gestalt approach to working with couples*, 262-290. Jossey-Bass.
- Lee, R. G. (1995). Gestalt and shame: The foundation for a clearer understanding of field dynamics. *British Gestalt Journal*, 4 (1), 14-22.

- Lee, R. G. (1997). Shame and the Gestalt Model. In: R.G. Lee & G. Wheeler(Eds.) *The Voice of Shame: Silence and Connection in Psychotherapy* (1st ed.), 3-21. Gestalt Press.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. McGraw-Hill.
- Lewis, H. B. (1987). Introduction: Shame – the ‘ Sleeper ’ in Psychopathology. In: H.B. Lewis (Ed.). *The Role of Shame in Symptom Formation*, 1-28. Erlbaum.
- Erskine, R. G. & Moursund, J. P. (1988). *Integrative Psychotherapy in Action*. SAGE Publications.
- Morrison, A. (1994). The Eye Turned Inward: Shame and the Self. In: D. L. Nathanson (Ed.). *The Many Faces of Shame*, 271–291. Guilford Press.
- Nathanson, D. (1992). *Shame and Pride*. Norton.
- Opačić, S. i Jovanović Milanović, O. (2022). Ja, drugi i stid: doživljaj stida studenata u edukaciji za geštalt psihoterapeute. *Andragoške studije, 1*, 105–126.
- Orange, D. (1995). *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. Guilford Press.
- Robin, Ž-M. (2019). *Bivanje u prisustvu drugog: gestalt terapija kao situacija*. (U. Mirković, prev.). Psihopolis.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Stauffer, K. A. (2010). *Anatomy and Physiology for Psychotherapists: Connecting Body and Soul*. Norton.
- Schwartz, R. (1995). *Internal Family Systems Therapy*. Guilford.
- Tomkins, S. (1963). *Affect, Imagery, Consciousness, Vol. 2, The Negative Affects*. Springer.
- Wyatt, R. & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: A study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences, 24* (1), 71–79.
- Wurmser, L. (1987). Shame: The veiled companion of narcissism. In: D. L. Nathanson (Ed.). *The*

Many Faces of Shame, 64–92. Guilford Press.

Yontef, G. M. (2005). The relational attitude in Gestalt therapy theory and practice. *International*

Gestalt Journal, 25 (1), 15-34. [id: 146245681](#)

Žinžer, S (2010). *Geštalt terapija: umetnost kontakta*. (S. Tutnjević, prev.). Psihopolis.