

## **Поремећаји исхране**

Тијана М.Томић

Европски акредитован психотерапијски тренинг институт Студио за едукацију Београд

(ЕАРТИ-СЕВ) & ЕАРТИ-ГРТМ NETWORK (EGN)

Програм: Диплома из гешталт психотерапије

Модул: Завршни испит

Ментор: Снежана Опачић D. Psych. (Gest.)

Март, 2024.

## Садржај

Садржај .....	2
Апстракт .....	3
Поремећаји исхране .....	4
Психијатријска перспектива .....	6
<i>Анорексија нервоза</i> .....	7
<i>Булимија нервоза</i> .....	9
<i>Хиперфагија – преједање</i> .....	10
<i>Коморбидитети</i> .....	11
<i>Лечење</i> .....	12
Етиолошки фактори .....	13
<i>Постмодерно друштво</i> .....	14
<i>Породичне околности</i> .....	15
<i>Искусво</i> .....	19
<i>Идивидуалне карактеристике – психолошки фактори</i> .....	20
Поремећаји исхране као креативне адаптације .....	22
<i>Анорексична егзистенција</i> .....	25
<i>Булимична егзистенција</i> .....	26
<i>Хиперфагична егзистенција</i> .....	27
Терапијски рад са поремећајима исхране .....	28
<i>Ток терапијског процеса</i> .....	29
<i>Терапијске технике и интервенције</i> .....	35
Поремећаји исхране и стид .....	40
Закључак .....	42
Литература .....	44

## Апстракт

Овај текст тежи да представља приказ разумевања најчешћих поремећаја исхране из перспективе гешталт терапије, као и смерница за рад са клијентима који доносе тегобе у домену исхране и храњења. Први део рада односи се на психијатријски поглед на анорексију, булимију и преједање, који је полазна тачка у препознавању и обухватању клијента са овим тегобама. У истом делу наведене су многобројним здравствене компликације које прате поремећаје исхране и значајно утичу на прогнозу и лечење. Други део рада посвећен је факторима који стоје у позадини и основи поремећаја исхране. Описани фактори нису узроци поремећаја исхране, већ поремећаји исхране настају у садејству више различитих чинилаца (биолошких, психолошких, социјалних и културних). У раду су детаљније описани фактори друштвеног контекста, породичних околности, индивидуалне карактеристике и лично искуство особа са поремећајем исхране, који могу бити од користи за разумевање поља клијента.

У гешталт терапији поремећаји исхране се посматрају као креативна прилагођавања у пољу организам – средина, и израз тежње организма да расте. Поремећаји исхране се отуда могу посматрати као егзистенције организма који се адаптирао на средину кроз поремећаје исхране. Описано је како је на који начин је циклус контакта измењен, исхрана фиксирана фигура, а его функција ангажована како би очувала селф. Представљени су терапијски процес, његов ток, циљеви, кључне теме и приступ терапеута. У раду са клијентима акценат је на подстицању конструкције новог граунда (кроз јачање унутрашње подршке) и капацитета самообухватања на граници контакта како би клијент нашао начин да оствари хранљив контакт са средином.

*Кључне речи:* поремећаји исхране, анорексија, булимија, хиперфагија, гешталт приступ

## Поремећаји исхране

Поремећаји исхране се испољавају у понашању повезаном са храћењем и исхраном. Рестрикција уноса хране, преокупираност храном, једењем, вежбањем, чишћењем су неке од манифестација и, иако различите, све озбиљно нарушавају здравље, функционисање особе и могу водити смртном исходу. Здравствене тегобе су вишеструке, а због преокупираности храном и једењем особе са поремећајима исхране су социјално неефикасне и изоловане.

Најчешћи поремећаји исхране су: анорексија нервоза, булимија нервоза и преједање. Заједнички су им преокупираност изгледом, тежња да се досегну жељени (нереални) изглед и тежина, као и негативна осећања везана за сопствени изглед и храну.

Анорексија нервоза је тип поремећаја код кога се јавља смањен унос хране и драстичан губитак телесне тежине уз нереалистичну слику свог тела и опасности који носи актуелно ниска телесна тежина. Присутни су потхрањеност, страх од гојења, страх од хране и понашања којима се одржава мршавост.

Булимија нервоза је понашање које карактеришу епизоде преједања праћене повраћањем или употребом лаксатива у циљу компензације ефекта уноса велике количине хране. За разлику од анорексије нервозе, особе са булимијом нервозом имају нормалну или благо повишену телесну тежину.

Преједање или хиперфагија је поремећај који карактерише неконтролисано једење велике количине хране у кратким временским интервалима. За разлику од булимије преједање не прати компензаторно понашање.

Поремећаји исхране се јављају рано, најчешће у адолесценцији. Последица су сложеног садејства различитих чинилаца као што су: биолошки и генетски утицај,

социјални притисак, културолошка и медијска очекивања и притисци, породична динамика и психолошки фактори.

Када је реч о заступљености ових поремећаја подаци показују пораст њихове заступљености, док је њихова учесталост константно већа код жена него код мушкараца. Поремећаји исхране су примарно сматрани женским (посебно ризична група су спортисткиње, балерине, модели и жене које су под већим стресом у различитим аспектима живота), међутим, све се више истиче постојање ових поремећаја код мушкараца и важност њиховог препознавања и третмана посебно када је реч о анорексији и булимији (Leichtman & Toman, 2017).

Истраживања у нашој земљи су ретка, доступни су подаци студије из 2018. године која је рађена на узорку од 1059 студената. Преваленција поремећаја исхране била је 29%. Преваленција анорексије нервозе у укупном узорку студената је била 1,9%, а само међу женским полом 3,2%. Преваленција булимије нервозе је била 13,5%, а поремећаја исхране по типу преједања 14,4% (Младеновић, 2018).

Третман поремећаја исхране подразумева мултидисциплинарни приступ, неретко хоспитализацију, посебно код анорексије нервозе и укључивање тима стручњака (психијатра, психолога, ендокринолога, интернисте, педијатра, дијетолога/дијететичара, физиотерапеута, гинеколога). Здравствени третман може укључивати нутритивну рехабилитацију (оцену исхране и ухрањености, дијетотерапију, едукацију о исхрани) и употребу лекова. Препознавање врсте поремећаја је важно због разумевања динамике која стоји у позадини што утиче на правилан избор третмана, јер је третман специфичан за сваку врсту поремећаја, а често и за конкретан случај. У дијагностици је важно ослонити се на званичне приручнике за класификације болести МКБ10 (ускоро МКБ 11) и/или ДСМ 5 и

имати у виду да се неретко дешава да један поремећај прерасте у неки други. Лечење је додатно отежано тиме што особе са поремећајима у исхрани, или не сматрају себе боленим (анорексија), одбијајући било какав третман чак и уз појаву коморбидитета, или крију проблем (булимија, хиперфагија). За повољан исход лечења важно је рано откривање проблема, а учешће родитеља/породице је неопходно.

Психотерапија је битан део третмана и нужен услов за опоравак и смањење ризика од релапса. У почетим фазама лечења, при успостављању оптималног физиолошког функционисања и нутритивном третману, посебну важност имају интервенције усмерене на когнитивне дисторзије и психоедукацију, док је након успостављања физиолошке стабилности важно наставити са психотерапијом која омогућава дубљи и обухватнији рад.

Гешталт терапија нуди оквир за разумевање и третман поремећаја исхране. У гешталт приступу храна је метафора за плодност контакта, за све оно што омогућава раст и развој, а храњење примарно искуство контакта. У раду са клијентима са поремећајима исхране инсистира се на поштовању интегритета клијента и на његовом добровољном учешћу у терапији. Циљ је холистичко разумевање особе у процесу контакта са собом и окружењем и сагледавање како она креира адаптацију кроз поремећај исхране. Гешталт терапеут трага за условима који ће омогућити раст (Братина & Стефановић, 2020).

Да ли је за особе са поремећајима исхране могућ хранљив контакт? Да ли је могуће спојити се са светом, а не изгубити себе?

### **Психијатријска перспектива**

Према међународној класификацији болести – МКБ 10, поремећаји исхране припадају групи синдрома поремећеног понашања удружених са физиолошким сметњама и телесним факторима (F50-F59), под шифром F50 и распоном дијагноза од F50.0 до F50.9.

Категорије поремећаја исхране које препознаје МКБ 10 су: анорексија нервоза, атипична анорексија нервоза, булимија нервоза, атипична булимија нервоза, претерано узимање хране удружено са другим психолошким сметњама, повраћање удружено са другим психолошким сметњама и други поремећаји исхране.

Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје (ДСМ 5) даје дијагностичке критеријуме за пику, поремећај руминације, поремећај избегавања/рестриктивног уноса хране, анорексију нервозу, булимију нервозу и поремећај преједања. Остали поремећаји исхране сврстани су у две групе (остали специфични поремећај храњења или једења и неспецифични поремећај храњења или једења) (АРА, 2013).

### ***Анорексија нервоза***

Према МКБ 10, анорексија нервоза (F50.0) одређена је као поремећај који карактерише намерни губитак тежине - изазивање и одржавање смањене тежине.

МКБ 10 (Институт за јавно здравље Србије, 2010) предвиђа да се анорексија може појавити у нетипичном облику (F50.1) који има неке карактеристике анорексије нервозе, али свеукупна клиничка слика не оправдава ту дијагнозу. На пример, кључни симптоми могу бити одсутни, као што су аменореја или изражени страх од дебљине, уз присуство мршављења и спровођење дијете. Може се наћи напомене да ове дијагнозе не треба користити код телесних обољења која су удружена са губитком телесне тежине.

Критеријуми за постављање дијагнозе анорексија нервоза према ДСМ 5 (АРА, 2013) су:

- Смањење енергетског уноса са циљем остварења ниске телесне тежине у односу на пол, развојни ниво и актуелно физичко здравље.

- Снажан страх од добијања на тежини или гојазности иако је особа потхрањена.
- Поремећај у начину доживљавања одређеног изгледа и телесне тежине или претеран утицај изгледа и телесне тежине на доживљај сопствене вредности, или порицање озбиљности садашње ниске телесне тежине.

ДСМ 5 (АРА, 2013) разликује два типа анорексије нервозе:

- Рестриктивни тип (Ф 50.01) код кога губитак телесне тежине примарно настаје помоћу дијете, поста и/или претераног вежбања, а током последња три месеца особа није имала понављајуће епизоде преједања или пражњења (тј. самоизазвано повраћање или злоупотребу лаксатива, диуретика или средстава за клистирање).
- Преједајући/пургативни тип (Ф 50.02) код кога је особа током последња три месеца имала понављајуће епизоде преједања или пражњења (нпр. самоизазвано повраћање или злоупотреба лаксатива, диуретика или средстава за клистирање).

Разлика између рестриктивне и пургативне анорексије је значајна јер сугерише даље разлике које могу усмерити третман. Код пургативне анорексије обично постаји гојазност која претходи развоју поремећаја. Ове особе су склоне импулсивним реакцијама, злоупотреби алкохола и дрога, крађи, самоповређивању и суициду. У старијем узрасту добијају дијагнозу поремећаја личности, граничног, нарцистичког или антисоцијалног типа. Особе са рестриктивном анорексијом су склоне контроли – размишљању и опрезу, и код њих доминирају страх, инхибиција и избегавање опасности (Ђуровић, 2020).

За одрасле, процена тежине болести се темељи на вредностима индекса телесне масе (Quetellov indeks telesne mase/Body Mass Index) који се рачуна према формули тежина у кг/висина у метрима степенована на квадрат. Норме за тежину обољења, које је прописала Светска здравствена организација, су: блага: БМИ  $\geq 17$ , умерена: БМИ 16-16.99, тешка:



БМИ 15-15.99, јако тешка болест: БМИ < 15. Код деце и младих до 18 година процена тежине болести врши се на основу норми телесне тежине за одговарајући узраст, где се тежина испод трећег перцентила сматра критичним нивоом (Ђуровић, 2020).

### ***Булимија нервоза***

Булимију, према МКВ 10 (Институт за јавно здравље Србије, 2010) F50.2, карактеришу чести напади претераног узимања хране, претерана преокупација контролом телесне тежине праћена повраћањем и употребом пургативних средстава. Клијенти са булимијом се преједају, најчешће кријући се, па чисте тело од хране користећи повраћање, пошћење, прекомерно вежбање, лаксативе, клизме, диуретике, како се не би угојили.

Као и код анорексије нервозе присутни су претерана брига за изглед и тежину тела. Није неубичајено да у анамнези особа са булимијом срећемо раније епизоде анорексије нервозе, а временски интервал између њих се креће од неколико месеци до неколико година.

Често повраћање најчешће доводи до поремећаја електролита и телесних компликација (срчане аритмије, мишићна слабост, тетанија, епилептични напади).

Класификација предвиђа да се булимија може јавити у нетипичном облику (F50.3), где постоје неки симптоми булимије нервозе, али свеобухватна клиничка слика не оправдава ту дијагнозу. На пример, могу постојати чести напади претераног узимања хране и претерана употреба пургативних средстава, а без значајних промена телесне тежине или без претеране бриге за изглед и тежину тела (Институт за јавно здравље Србије, 2010).

Булимија се може јавити удружена са другим психичким сметњама (F50.4) при чему се јавља претерано уношење хране узроковано стресним догађајима, као што су жаловање, несрећни случај, порођај и др.

У поремећаје исхране у оквиру МКБ 10 (Институт за јавно здравље Србије, 2010) приручника сврстано је и Повраћање са другим психичким сметњама (F50.5), које треба разликовати од горе наведених поремећаја. Мисли се на честа повраћања код дисоцијативних поремећаја (F44.-), хипохондријских поремећаја (F45.2) и других стања изван ове групе F50. Препорука је да се ова поткатегорија може користити додатно за O21- (претерано повраћање у трудноћи), када емоционални фактори доминирају узрочно код учесталих гађења и повраћања у трудноћи.

ДСМ 5 (АРА, 2013) даје следеће критеријуме:

- Поновљене епизоде преједања у којима особа у тајности узима количину хране далеко већу од уобичајене у периодима краћим од два сата, уз осећај губитка контроле над количином и врстом уноса хране.
- Компензаторна понашања – коришћење повраћања, лаксатива, диуретика, клизми, физичког изнуривања.
- Преједање и физичко исцрпљивање се понавља два пута недељно у последња три месеца.
- Процена властитих квалитета везана је за телесну масу и изглед тела.
- Ниједан од ових критеријума није изражен током епизоде анорексије нервозе.

### ***Хиперфагија – преједање***

Код преједања постоје учестале епизоде неконтролисаног једења. Особа једе тајно на два сата, количину хране која је далеко већа од уобичајене за узраст и дате услове. Присутан је недосатак контроле над једењем у виду осећаја немоћи да понашање исконтролише. За разлику од булимије, није присутно компензаторно понашање. Поред наведеног ДСМ 5 (АРА, 2013) за ову дијагнозу даје и следеће критеријуме:

- Епизоде преједања су у вези са следећа три или више услова: једење је брже него нормално; једе се све док се особа у потпуности не осети неугодно; једу се велике количине хране иако не постоји органска потреба за том количином хране; особа осећа стид због количине хране и увек једе сама; особа се гнуша себе, прате је осећај кривице или депресија због преједања.
- Присутни су показатељи дистреса.
- Епизоде преједања јављају се једном недељно у протекла три месеца.

### ***Коморбидитети***

Поремећаје исхране, због смањеног уноса хране, учесталог поврћања, злоупотребе лаксатива и диуретика и интензивног вежбања, прате бројне соматске компликације:

- кахексија – смањење масног ткива и мишићне масе, успоравање рада штитне жлезде и тешкоће у одржавању телесне температуре (увек им је хладно);
- дерматолошке - сува и жута кожа, лануго (нежне длачице, по целом телу), крти и ломљиви нокти, губитак косе, едеми, ожиљци на рукама од контакта са зубима приликом повраћања;
- кардиоваскуларне – анемија, успорен рад срца, смањење срчаног мишића, аритмије, убрзан рад срца, низак притисак, успорен пулс и дисање, повећан ризик од смрти услед кардиолошких тегоба;
- психопатолошке - летаргија, тромост, апатија, когнитивни поремећај, депресивни афекат, опсесивно –компулсивне карактеристике, суицидалне идеје;
- репродуктивне – аменореја, неплодност;
- гастричне – успорено варење, тешка опстипација, бол у стомаку услед поремећаја рада црева; запаљење пљувачних и панкреасних жлезда, ерозија желуца и једњака;

- стоматолошке - оштећења глеђи зуба, посебно предњих;
- метаболичке – поремећај електролита, смањени калијум и магнезијум, ендокринолошке промене.

Код анорексије раст и развој организма је успорен у периодима гладовања, густина костију се смањује, а оне постају порозне, лако ломљиве и тешко зарастају. Када је особа озбиљно потхрањена, уобичајено је да има симптоме депресије, као што су дистимија, социјално повлачење, смањено интересовање за секс, раздражљивост, несаница.

Сви ови симптоми додатно оптерећују клиничку слику и утичу на прогнозу и лечење. Подаци показују да се приближно половина пацијената са дијагнозом булимије и анорексије опорави док код 20% не дође до опоравка и стално постоје тегобе карактеристичне за ове поремећаје. Преостали пацијенти имају периоде опоравка и релапсе (Ђуровић, 2020).

### *Лечење*

Лечење поремећаја исхране је сложено и не постоји јединствен третман за све облике поремећаја исхране већ варира од случаја до случаја у зависности од карактеристика и тежине клиничке слике, понашања које се испољава и система подршке који је на располагању.

Често, због сложености здравственог стања, третман поремећаја исхране захтева тимски рад више стручњака (лекара различитих специјалности, психолога, психијатра, дијететичара или дијетолога, психотерапеута) и хоспитализацију.

Хоспитализација се врши уколико су присутни следећи индикатори: Индекс телесне масе испод 15кг/м<sup>2</sup> или релативна телесна маса испод 75%, или испод трећег перцентила, код деце до 18 година; дехидратација; циркулатори колапс – низак крвни притисак, спор или ирегуларан пулс, слаба периферна циркулација; електролитни дефицит – упорно

повраћање и /или повраћање крви; присутни депресија, суицидалне идеје или намере, други тежи психијатријски симптоми; неуспело амбулатнтно лечење (Ђуровић, 2020).

Било да се лечење дешава у амбулантним или болничким условима, прва фаза лечења је нутритивна рехабилитација која обнављање здравих образаца исхране (код анорексије ради постизања и одржавања нормалне телесне масе, а код булимије у циљу прекидања циклуса преједање-чишћење). Треба имати на уму да особе које пате од анорексије не желе да се лече, а посебно не желе да једу и да само храћење за њих представља интрузивно искуство, трауматично је. За постизање успеха у лечењу неопходан је сарадник у лечењу који ће пружити подршку нутритивном третману. Сарадник-сарадници, могу бити родитељи, партнер, пријатељи (Ђуровић, 2020).

Психотерапија је неопходна за успешан третман поремећаја исхране и она представља следећу фазу. Враћање на нормалну телесну тежину ствара услове за психотерапијски рад. Индивидуална терапија у раним фазама лечења код особа са тешком клиничком сликом није довољна и могућа, пре свега зато што је спора и зато што физиолошки дестабилизован организам није у стању да резонује адекватно (Ђуровић, 2020).

### **Етиолошки фактори**

Етиологија поремећаја исхране није у потпуности јасна, али постоји сагласност да је реч о сложеном међудејству бројних чинилаца – биолошких, психолошких, социјалних и културних. Ови фактори утичу на селф који се формира тако да он није у стању да се носи са животним изазовима, развојним задацима и стресом, те за собом и сопственим идентитетом трага кроз поремећај исхране (Angermann, 1998; Conte & Mione, 2013).

У литератури се говори о предиспонирајућим, преципитирајућим и перпетуирајућим факторима (Angermann, 1998). Предиспонирајући фактори чине особу подложном да

развије поремећај исхране и сврставају се у три групе: индивидуални, породични и културни. Подложност поремећајима расположења и биолошки фактори у вези са хемијом мозга, урођена генетска предиспозиција и црте личности (перфекционизам, ниско самопоштовање, субмисивност, осећај неадекватности) су најзначајнији индивидуални фактори. У породичне факторе убрајају се начин комуникације у породици, природа граница, да ли се храна посматра као регулатор емоција или извор енергије, однос родитеља према физичком изгледу и телесној тежини. Најзначајнији културолошки фактори су: утицај вршњака и медија (вредности, поруке о телесном изгледу, идеалу леопте, властитом телесном изгледу, начину изражавања сексуалности, родном идентитету (Angermann, 1998; Ђуровић, 2020).

Преципитирајући фактори представљају окидаче поремећаја – држање дијете, трауматска искуства (развод, занемаривање и/или злостављање у детињству, смрт ближњих), велике животне кризе и промене (Angermann, 1998).

Перпетуирајући фактори утичу на одржавање и испољавање симптома, а подразумевају: реакцију окружења на успехе у регулацији тежине, актуелан или дуготрајан стрес, породичну динамику, секундарну добит од болести, контролисање исхране и когнитивне дисторзије услед којих понашање које прати исхрану и телесна тежина постају опсесија. Когнитивне дисторзије проистичу од гладовања које изазива промене расположења и физиолошке промене (Angermann, 1998).

У даљем тексту ћемо размотрити неколико доминантних фактора:

### ***Постмодерно друштво***

Постмодерно друштво нуди бројне прилике за раст, изражавање креативности, али и велике изазове. Обележено је потребом за трансформацијом, прилагођавањем и

флексибилношћу. Колективистичке и традиционалне норме се напуштају. Док је раније тело обликовано да изрази или појача социјалне везе, данашњи циљ је величање и показивање јединствености, израз сопственог животног пројекта. Свака особа је све више директно одговорна за свој лични изглед: тело је објекат који појединац „поседује“ и има право да га модификује и тако претвори у верно огледало свог личног идентитета и избора начина живота (Conte & Mione, 2013).

Масовно се срећу теме дијета, козметике, фитнес режима и естетских операција. Акцент је на „телесној уметности“. Тако је и креирање женског родног идентитета додатно отежано идеалима савршености и беспрекорности телесног изгледа, уз наметање потребе за продуктивношћу и успехом у каријерном смислу, док се репродуктивне функције жене ретко помињу или су у другом плану (Conte & Mione, 2013).

### *Породичне околности*

Телесна веза родитеља и детета је примарно искуство, база сигурности, у којој дете осећа да је безбедно и прихваћено. Однос у коме потребе не само да бивају задовољене, већ и препознате и именоване. Однос у коме дете учи да да значење свом узбуђењу, шта да уради с њим и како, стичући базичну сигурност, самопоуздање и упознајући психофизичке информације и телесна микропонашања која обликују искуство. Тако формирано искуство подупире самопоуздање, стварајући однос са физиолошким потребама и поверење у телесни граунд. Позитивна веза са храном учи децу чину примања, истраживања и жељења (Conte & Mione, 2013).

Све ово је отежано у данашњем друштву у коме долази до преране телесне сепарације детета и родитеља или се адекватна веза и не развије у довољној мери (Conte & Mione, 2013).

Гил (Gillie, 2000) истиче да део тешкоћа лежи у недостатку и садржају соматске комуникације између мајке и детета (може се рећи и онога ко брине о детету) и наводи пример клијената са булимијом који имају тешкоће да се сете да су икада као деца били мажени, умирен или физички држани, а сада се суздржавају од физичког контакта.

Овове у прилог говоре и истраживања која показују да особе са поремећајима исхране имају несигурне обрасце афективне везаности – најчешће избегавајући и преокупирани али и неразрешени (дезорганизовани) (Manuela et al. 2015).

Породице особа са поремећајима исхране су компликоване, ригидне, хиперпротективне и породице неспремне за решавање конфликта (Ђуровић, 2020).

Код особа са булимијом срећу се породице које су конфликтне (прикривено), лоше организоване, некохезивне, с недостатком бриге за храну. Чланови ових породица теже изолацији, са израженим негативним ставом према осталим члановима. Породичне тајне су уобичајене. У поређењу са анорексијом рестриктивног типа, ове породице показују нижу емпатију међу члановима и мању оријентацију ка задовољству. С друге стране, код анорексије срећемо претерано заштитнички став родитеља према детету, који онемогућава дете да учи из свог искуства и искуси ко је, или пак породице усмерене на очување спољашње (идеалне) слике. Своје породице, особе са анорексијом рестриктивног типа, описују као неконфликтне, стабилне уз наглашену ригидност у организацији и нејасне интерперсоналне границе и избегавање отворених дискусија између деце и родитеља (Gillie, 2000; Ђуровић, 2020).

Разграниченост у породичном процесу се може посматрати као континуум на чијем једном крају су преслабо разграничене породице (које наглашавају осећање повезаности и стапања), а на другом крају прејако разграничене породице (наглашена диференцираност



чланова). Делује да се породице особа са поремећајима исхране налазе на екстремним тачкама овог континуума (McConville, 1995).

У преслабо разграниченим породицама јављају се интеракције током којих границе постају конфузне уместо да се кроз њих индивидуални селф одваја и дефинише. Родитељима је тешко да прихвате да се сфере одговорности адолесцента констатно шире, да дете постаје самостална особа која доноси одлуке, сувише улажу у унутрашњи живот детета и често постану преокупирани њиме, покушавају да утичу на њега и креирају га у складу са сопственим вредностима. Породични односи су испуњени пројекцијом, претераним идентификовањем што резултира конфузијом одговорности и власти над селфом. Дете не може себе да доживи као самосталну особу, интројектује имплицитне ставове родитеља, и тешко доживљава себе као одговорну индивидуу (McConville, 1995).

Прејакo разграничене породице су породице са дистанцираним односима, без јасне свести о унутрашњем животу њених чланова. Границе су ригидне и релативно непропустљиве, а капацитет за повезивање и спајање недовољно развијен (McConville, 1995). У таквим породицама родитељи јасно стављају до знања своја очекивања и ограничавају понашање, али недостаје лични однос и ангажовање. Деца ће знати како да се понашају, али ће имати осећај да их родитељи не познају. Не постоји интересовање за унутрашњи свет доживљаја (McConville, 1995).

На овај начин дете улази у адолесенцију са недовољном утемељеношћу у телесном граунду, што отежава самоподршку у наступајућим несигурностима. Адолесценција је телесно искуство, прожето бројним телесним трансформацијама, сензацијама, емоцијама и буђењем свести о сексуалности. Са недовољном укоренењеношћу у телесном, адолесцент осећа да не може обухватити сву ту енергију и претрашен је својим потребама, посебно

што и родитељи могу осећати анксиозност у вези свог тела и тела свог детета. Оно што може да се деси јесте да млада девојка, у покушају да направи контакт са светом постане преплашена или конфузна када се појави сензација сексуалног типа, водећи је у посрамљеност због сопственог тела и заинтересованости коју може имати о томе и о другима. Није сигурна да ли узбуђење везано за сексуалност припада њој или окружењу и поистовећује се са женском сликом коју су родитељи пројектовали у њу, чак иако је другачија од онога што би она спонтано осећала као своје (Conte & Mione, 2013).

Истраживања потврђују везу између преокупације родитеља изгледом и исхраном и степена задовољства телесним изгледом деце, уверења деце о храни и исхрани и понашања у вези са исхраном, као и спремност за држање дијета. Такође, истраживања показују да су мајке ћерки са булимијом и саме имале покушаје смањења уноса хране и отворено подстицале своје ћерке да смање тежину и држе дијете. Такође, мајци може бити важно да дете буде мршава, што је такође један вид занемаривања, јер мајка види дете само кроз изглед и инсистира на томе. То прожима онда интеракције између мајке и детета (Ђуровић, 2020).

Дете може осећати притисак великих очекивања и друштва и своје породице. Појачано, уколико је однос родитеља и адолесцента више усмерен на емотивно него на нормативно, што значи да не постоје јасне границе, смернице и правила понашања. Недостатак смерница, правила и ограничења даје слободу, али и превелику одговорност за неспремног адолесцента. Када постоје забране и ограничења, адолесцент је њима заштићен у случају неуспеха. Није успео зато што му није дозвољено, а не зато што није могао. Против ових забрана и ограничења ће се побунити када буде спреман. Уколико их нема неуспех је лична одговорност и извор стида, несигурности и страха да разочарава. На овај

начин, адолесцент се може наћи изложен ризику за понашања као што су поремећаји исхране, али и агресија према себи и другима, руминација, анксиозност и депресија (McConville, 1995).

### ***Искуство***

У животној историји особа са дијагнозом поремећаја исхране чешћа су трауматска искуства него у неклиничкој популацији, а као најчешће се наводи занемаривање од стране родитеља или претерана контрола, и сексуално злостављање у раном детињству. Међутим, траума није специфични фактор ризика који нужно изазва поремећај исхране. Негативна искуства у формативном периоду негативно утичу на ментално здравље уопште, а један од начина испољавања може бити поремећај исхране. Истраживања показују да код анорексије нервозе развоју поремећаја непосредно претходи интензивно стресно/трауматско искуство, док код булимије имамо искуство дугогодишњег, хроничног стреса (Ђуровић, 2020).

Особе које развијају булимију, врло често од раног узраста, узимају улогу некога ко брине о породици и ко туђе потребе ставља испред својих (Angermann, 1998).

У случају сексуалне трауме или постиђивања сексуалности контрола исхране може бити вид заштите или извор сигурности да се траума неће поновити, кроз гушење сексуалности и секундарних полних одлика у мршавости или гојазности. (Conte & Mione, 2013).

Истраживања потврђују да се код особа са поремећајима исхране често се среће историја различитих трауматских и насилних искустава (Jaite et al., 2012; Lejonclou et al., 2014 према Gardner et al., Published online 2015). Што се тиче читавог спектра трауматских искустава, клијенти често пријављују интерперсоналне трауме и неповољне околности у детињству као што су емоционално занемаривање или злостављање, проблеми менталног

здравља код родитеља или развод родитеља током њиховог одрастања (Gadner et al., Published online 2015). Исти извор који представља метаанализу истраживања на тему афективне везаности код поремећаја исхране, сугерише да истраживања афективне везаности која се заснивају на анализи наратива, показују присуство неразрешених траума и губитака повезаних са мајкама, као и скривени конфликт међу родитељима – сукоб, викаријанска родитељска траума, траума мајки, велики број неуспелих трудноћа мајки. Поред различитих агресивних испољавања трауматска искуства могу бити и искуства занемаривања било емоционалног или физичког. У тим случајевима поремећај исхране може бити симптом који је вапај за бригом родитеља (Gadner et al., Published online 2015).

### ***Идивидуалне карактеристике – психолошки фактори***

Поремећаји исхране су поремећаји код којих је наглашена психолошка димензија. У том смислу посебно су изражени страх од добијања у телесној тежини и тежња за одређеним, мршавим, телом. Поред тога, реакције на стрес, слика о себи, одређене особине личности, начини испољавања и регулисања емоција представљају главне психолошке механизме који утичу на појаву и одржавање поремећаја (Ђуровић, 2020).

У стресним ситуацијама особе са поремећајима исхране избегавају да се суоче са извором стреса и показују значајан ниво беспомоћности који је најизраженији код анорексије. Булимичне особе ретко траже подршку других, без обзира да ли је реч о булимији нервози или анорексији пургативног типа (Ђуровић, 2020).

Поремећена слика тела потиче од негативног селф концепта или осећаја неадекватности. Ниско самопоштовање је у директној вези са анорексијом, али и другим поремећајима исхране. Проблем може да потиче из три димензије: когнитивне (како мисли да изгледа), емоционалне (како се осећа у вези са својим изгледом), идеалистичке (како

жели да изгледа). Особе са поремећајима исхране, када описују себе, користе изразе за велике пропорције и виде се као деље него што реално јесу, склоне су да себе описују у негативном светлу и приметно је одсуство позитивног става према себи (Ђуровић, 2020).

Особе са поремећајима исхране имају тешкоће у идентификовању и описивању својих осећања, више код анорексије него код булимије, које је израженије што је поремећај исхране израженији. Посебно за осећања беса, али и осећања среће и задовољства. Понашање карактеристично за дати поремећај исхране је начин да се регулишу емоције, најчешће блокирањем препознавања и редукцијом значења болних емоција (Ђуровић, 2020). Гешталтистичким терминима речено - десензитизацијом и дефлексијом.

Црте личности које доминирају су перфекционизам (изражен у једнакој мери као и код других особа које имају тешкоћа са прилагођавањем), опсесивно-компулсивне црте (склоност сумњи и честим проверавањима, потреба за симетријом, потреба за тачношћу), импулсивност – као упуштање у ситуације без много размишљања или узимања у обзир могућих последица (код булимије повишена, а код анорексије снижена у односу на неклиничку популацију), тражење сензација (изражено код свих поремећаја осим анорексије рестритивног типа), нарцизам као патолошка потреба особе за подршком из окружења праћена интерперсоналном осетљивошћу, небригом о себи и ниским самопоштовањем, социотропија-аутономија (конфликт на овој релацији), неуротицизам, негативна емоционалност (Ђуровић, 2020).

Особе са анорексијом булимичног типа испољавају веће неповерење у друге људе и њихове намере, имају доживљај да их други људи лоше процењују уз наглашену потребу за приказивањем у позитивном светлу и са жељом да буду прихваћене. Булимичне особе су такође оријентисане ка другима, траже контакт и срдачност у односима. За разлику од оба

ова поремећаја исхране особе са анорексијом рестриктивног типа се током трајања поремећаја изолују од контакта, прекидају социјалне контакте, без жеље за стварањем нових (Ђуровић, 2020).

### **Поремећаји исхране као креативне адаптације**

У гешталт терапији храна је метафора за плодност контакта, за све оно што омогућава раст и развој. Храњење је примарно искуство контакта које наставља то да буде и касније. Једење није само храњење, већ и долазак у контакт (Parsi и Toro, 2006. према Conte & Mione, 2013).

Човек има потенцијал за стални раст и саморегулацију у пољу организам-средина. Људско искуство које се јавља у овом пољу пролази кроз циклус контакта и повлачења током кога долази до формирања и деструкције фигуре кроз низ фаза. То су фазе сензације, свесности, мобилизације, акције, контакта, задовољења и повлачења. Фигура је потреба организма која се појављује, јача, мобилише организам и бива задовољена у контакту са средином, а циклус контакта - циклус контактирања средине ради њеног задовољења (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951; Joyce & Sills, 2014; Жинжер, 2010).

У идеалном случају циклус контакта се дешава спонтано, фигура која се формира је јасна, грациозна (добра форма), вибрантна, енергизована. Циклус искуства праћен је узбуђењем које расте, покреће акцију, доводи до задовољења и смањује се. Организам који у контакту среће новину отвара своје границе у пуном контакту како би се разменио са средином и повлачи се да асимилује искуство, и кроз тај процес обогати себе и развије се. Креативни потенцијал организма лежи у способности прилагођавања условима средине и капацитету за модификацију контакта кроз механизме десензитизације, дефлексије, интројекције, ретрофлексије, пројекције, конфлуенције и еготизма, које користи спонтано,

акомодирајући се срединским условима (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951; Joyce & Sills, 2014).

Фигура израња из граунда селфа који чине ид функција и функција личности. Его функција врши идентификацију, мобилизацију, оријентацију, алијенацију уливајући узбуђење у акцију која омогућава контакт и води организам до пуног контакта, када се повлачи и отвара границе. Отварање граница омогућава да се организам и средина истински дотакну, у сусрету који даље омогућава да се у процесу асимилације функција личности обогати (Братина & Стефановић, 2020).

ГештALT терапија поремећаје исхране гледа као креативне адаптације у пољу организам-средина, израз потребе организма да расте у датим околностима. Облик креативног прилагођавања, које је једини могући начин да се организам заштити од одређених неподношљивих искустава и да се носи са тензијама у пољу. За разлику од спонтаног искуства, понашање у исхрани постаје фиксирана фигура контакта (фиксирани гештALT), ослоњена на хиперфункцију ега који контролише искуство. Его искоришћава глад и сексуалну жељу (ид функција) како би се изградио нејасан обрис селфа (Conte & Mione, 2013).

Свесност је ограничена на фиксирану фигуру злоупотребе хране, мобилизација је депресивна (брза или бледа), а акција нефлексибилна – импулсивна или стереотипна (навика на злоупотребу хране). Контакт је лажан, јер не задовољава аутентичну потребу, асимилација је минимална, а повлачење се не дешава услед конфлуенције са компулсивним понашањем. На овај начин особе са поремећајем исхране живе половичан циклус контакта крећући се од сензације до акције и назад (Братина & Стефановић, 2020).

Код поремећаја исхране циклус контакта је модификован већ у првим фазама кроз десензитизацију и дефлексију. При појави сензације не узимају се у обзир сви сензорни, ментални и емотивни подаци, отежано је идентификовање потребе као своје и њено препознавање и именовање. Кепнер (Kerner, 1987) нас учи да се, када су велике области сензорне позадине десензитизоване, понашање и контакт заснивају на погађању које су то потребе које треба задовољити или на ономе шта „треба“ да желимо.

Потребе се дефлектују како би се избегла преинтензивна искуства и осећања, мобилизација енергије је брза или бледа, јер је постепено надоложење енергије угрожавајуће. Дефлексија се јавља кроз фиксирање на храну и ритуале повезане са храном и храњењем, укључујући рестрикцију. Дефлексија се на терапији може испољити као непрекидно причање о тежини, величини одређеног дела тела, мењање теме. Такође, клијент се може претварати да није нешто чуо или видео када дође у додир са избегаваним садржајем, да погрешно схвата или редефинише оно што се догађа.

Контакт са средином је кроз ретрофлексију и интројекцију и за циљ има постизање конфлуенције или изолације. Конфлуентне са вредностима и очекивањима средине особе са поремећајима исхране имају мало свести о сопственим вредностима и осећањима. Интројектују спољашње вредности и очекивања (медија, родитеља, вршњака...) и ретрофлектују како се не би конфронтирали средини. Освешћивање, преиспитивање и редефинисање или укидање интројеката у терапијском процесу води интеграцији селфа (Братина & Стефановић, 2020).

Пун контакт није могућ, а самим тим ни храњење и раст. Клијенти са булимијом обично халапљиво прогутају храну, па врло ретко, ако икада, доживе финални контакт или задовољство. Уместо тога, они из фазе мобилизације и акције стигну до кривице и еготизма,



што онда изазива компензаторна понашања, као што је повраћање или узимање лаксатива (Merian, 1993).

Слично је и са анорексичним клијентима код којих је присутно задовољство због остваривања избегавања исхране и чувања обриси селфа, али и даље не и аутентично задовољство и раст, будући да аутентичне потребе нису задовољене (Братина & Стефановић, 2020).

Агерман (Angermann, 1998) истиче два аспекта карактеристична за поремећај исхране – одлагање одрастања и жудњу за валидацијом (осећање вредности и важности) од стране родитеља. Одлагање одрастања ауторка повезује са неспремношћу да се преузме одговорност и управља фрустрацијом. Спремност за прихватање одговорности омогућава да се особа креативно усмерава, у супротном она покушава да манипулише околином да би задовољила своје потребе, а други су јој одговорни. Недостатак контакта са средином води у једну од две адаптације, једна је особа са изузетно чврстим границама која не преузима никакве информације из окружења, а друга особа која зависи од одобравања и „губи себе у окружењу“ (Angermann, 1998).

Конте и Мионе (Conte & Mione, 2013) говоре о егзистенцијама поремећаја исхране. Свака егзистенција поремећаја исхране је покушај да се гради релационо поље које креира и штити границу контакта, прилагођавајући психолошке потребе, жеље и анксиозност, као и релациону дистанцу са родитељима и средином (Conte & Mione, 2013).

### ***Анорексична егзистенција***

Анорексична егзистенција је поносна хиперфункција ега која се јавља у средини која је обично обмањујућа, инвазивна и на граници инцестуозног. У оваквој средини са храном не долази само хранљивост, већ и осећај заробљености и угрожености. Контакт са

родитељем супротног пола је претеран и са развојем сексуалности еротозован. Однос са родитељем истог пола доноси захтеве за родну идентификацију. Адолесценткиње ово разрешавају одвајајући се од свог тела које доживљавају као извор оваквог односа. Адолесцент бира између потребе за храном и узимања родног идентитета с једне стране, и преживљавања селфа, жеље за другима и контакта, са друге стране. Одбијање хране је начин да се сачува властити интегритет. Особа није у стању да вежба постављање граница без одбијања хране. Њено креативно прилагођавање је да све остане изван (Conte & Mione, 2013).

### ***Булимична егзистенција***

Код булимичне егзистенције имамо адолесцента који упорно и тврдоглаво не одустаје од потребе да се нахрани из контакта са средином у којој се хранљив контакт не дешава. У историји особа са булимијом је одрастање у расцепљеном и збуњујућем релационом окружењу, у коме су укус хране и укус интимности натопљени једни другим и глад за храном је измешана са жељом за контактом. У таквом окружењу нема привржености, живи се на експлозиван, непоуздан и нестабилан начин, генерацијске улоге нису јасне. Живот никада није празан већ увек пун (Angermann, 1998; Conte & Mione, 2013). У таквом окружењу је тешко доживети и јасно разграничити своје потребе и идентификовати се са својом намером да се оствари контакт.

Родни модел који долази од родитеља карактеришу поларности које се не могу интегрисати и асимилovati. Иако једна негира другу оне коегзистирају – један имплицитно, други експлицитно. Рецимо, мајка је наводно јака, а у стварности је субмисивна, отац гледа жене као пожељне, а истовремено их презире (Conte & Mione, 2013).

Булимично искуство представља покушај вежбања прављења избора између потреба и између поларитета, потрагу за недвосмисленошћу уз помоћ хиперфункционалног ега. Међутим избор једне поларности ствара анксиозност пред којом его функција попушта и долази до екстрема у другој поларности неселективно, халапљиво, очајнички, без лимита. На тај начин адолесцент и сам постаје двосмислен, када схвати да је издата потреба за недвосмисленошћу, долази до осећања кривице, стида и понижености. Повраћање служи да се поврати контрола, искуство врати на почетак и врати нада да је хранљиви контакт могућ (Conte & Mione, 2013).

### *Хиперфагична егзистенција*

У позадини хиперфагије је искуство на граници контакта које карактерише одрицање од властитих потреба зарад задовољења потреба других и њихових очекивања. Организам који је навикао да је у служби других, а никада у служби себе и служби својих потреба, буну се кроз хиперфагичну егзистенцију и на један екстреман начин покушава да вежба заступање себе и постављање границе према другима (Conte & Mione, 2013).

Овакво искуство се јавља у релационом пољу у коме се не подстиче самореализација већ бивање у служби других. Тако дете не може да се идентификује са делом своје енергије која је везана за самопотврђивање, јер није подржана у окружењу. Осећај селфа тако остаје „заклоњен“ очекивањима других (Conte & Mione, 2013).

Ова девалвација самоодређивања укључује, прво, функцију једења. Родитељи су ти који одређују ритам једења (време између залагаја, између једног и другог оброка, времена дисања) и када се дететово узбуђење може назвати „глађу“. Када је родитељима тешко да се носе са ситуацијом, они ће звати било коју изражену потребу или емоцију детета „глађу“.

На овај начин дете учи да се прилагоди другима кроз називање било ког узбуђења које није одобрено од стране окружења „глађу“ (Conte & Mione, 2013).

Током адолесценције дете са оваквим искуством не може да се ослони на позитивно искуство у граунду током процеса изградње независности и самоиндивидуације. Ако окружење ни тада не пусти ту енергију да направи границу контакта вибрантном, адолесцент ће се носити са ситуацијом на једини начин који зна - користећи храну као замену и не правећи разлику између глади за храном и глади за контактом. Преједањем враћа себи капацитет да бира и не одриче се осећаја енергије унутар себе и вежба своју моћ да нападне окружење, узимајући нешто за себе (Conte & Mione, 2013).

Ова моћ ега је вежбана у самоћи и не даје искуство које се може применити у односу, како се нахранити у контакту са другима. Преједање доноси поновно буђење енергије за самоафирмацију, али цена је мучна усамљеност која искључује ризик прављења контакта са другим (Conte & Mione, 2013).

### **Терапијски рад са поремећајима исхране**

На основу свега изнетог, поремећаји исхране су адаптације на релационо искуство у пољу клијента. Ово искуство је специфично за сваког клијента. Отуда је потребно да терапијски однос представља кокреирање новог релационог искуства.

Агерманова (Angermann, 1998) истиче да иако не постоје два идентична случаја постоје неке заједничке теме везане за функционисање особа са поремећајима исхране, и то: начин на које се тело доживљава и перципира; поларизација селфа; природа међуљудских односа (контакт и личне границе); и недовршени послови. Отуда су циљеви терапије: свесност о унутрашњим физичким и емоционалним стањима, разумевање како клијент избегава/модификује контакт, интеграција селфа и селф представе, испитивање

незавршених послова и како они утичу на актуелно функционисање блокирајући свесност и интеграцију (Angermann, 1998).

Прилагођавање окружењу није циљ, јер оно не дозвољава човеку да постане самоодрживи нити га покреће ка самоактуализацији. Неговање свесности и прихватање одговорности помаже клијентима да остваре своје индивидуалне циљеве (Angermann, 1998).

Са овим је у сагласности примарни циљ терапије који истичу Конте и Мионе (Conte & Mione, 2013): подстицање конструкције новог граунда (самоподршка) и капацитета самообухватања на граници контакта. За клијенте, ово значи усидравање себе у свом телу, преобликовање перцепције о глади и ситости, празноћи и пуноћи и телесним лимитима, учење емоционалног језика, грађење осећања селфа који је широк довољно да обухвати сексуална осећања и управља сексуалном енергијом са самопоуздањем и обнављање капацитета за избор о начину храњења и изражавању сексуалности (Conte & Mione, 2013).

### ***Ток терапијског процеса***

Према Конте и Мионе (Conte & Mione, 2013) циљ конструкције новог граунда може бити постигнут кроз стадијуме које оне називају: Чути крик, Нахранити клијента и његову глад и Дуг пут ка храбрости (Conte & Mione, 2013).

#### **Чути крик**

Као што је речено, егзистенција кроз поремећаје исхране представља једини могући начин да се изрази јединственост, очува доживљај селфа и оствари контакт. Из тог разлога важно је уважити ту једину могућу егзистенцију клијента и његов напор да се одржи. Потребно је да терапеут пригрли клијента снажно, са великим поштовањем за оно што

он/она јесте, не губећи из вида да оно што јесте је најбоље што је клијент могао у датом контексту (Conte & Mione, 2013).

Терапеут стоји упитан ко је ова особа, како је стигла доде, од чега је то морала да се изолује кроз поремећај исхране, где је ту мајка, где отац, партнер, која су искуства ове особе, њена уверења и очекивања. Такође, како сам ја са овим клијентом, шта његова прича изазива у мени. На овај начин терапеут повезује делове система и концептуализује актуелни проблем клијента (Angermann, 1998).

Како би се подржао, терапеут треба да буде добро утемељен у свом граунду кроз ид функцију и функцију личности. То значи стајање на граници контакта са пуним присуством тела и дубином даха, вођен јасно својим терапијским намерама (знање, етика, професионална позадина...) и укореењен у добро интегрисаном родном искуству. Све ово је неопходно да би терапеут гледао иза деструктивности поремећаја исхране и остао постојан у свом самопоуздању и поверењу да ће клијент успети да нађе „храну“, спонтано дотичући друге и допустити да буде дотакнут, без губљења себе (Conte & Mione, 2013).

На овај начин терапеут остварује метакомуникацију са клијентом и показује да клијент може да оствари контакт баш онакав какав јесте. У том односу клијент, коначно, може да опусти хиперфункцију ега и да се јави аутентично посезање за терапеутом које је важно да терапеут препозна и сусретне. Аутентично посезање је прилика да клијент у контакту буде нахрањен, без избацивања или прождирања. Када се ово деси, уобичајени образац контактирања је сломљен и посејано је семе новог граунда. У даљој терапији клијент може да развија капацитет за пунију и изражајнију субјективност коју комбијује са могућношћу за повезивањем (Conte & Mione, 2013).

### **Нахранити клијента и његову глад**

У овој фази рада трага се за адекватном релационом дистанцом и утемељује искуство такве дистанце. Бити у контакту, а не изгубити себе или бити одбачен. Терапеут ради релационо. Пратећи динамику контакта у овде и сада, угледавајући и уважавајући релациону анксиозност (Conte & Mione, 2013).

Терапеут посматра контакт функције и начин на који се ствара релација између њега и клијента, квалитет те релације и оно што слаби или појачава контакт. Од тренутка када се фигуре појаве, током терапијског процеса, клијент осећа анксиозност и стога дефлектује, чинећи „свесност“ немогућом. Међутим, битно је да клијент постане свестан, прихвати и разуме шта му онемогућава да дође у контакт са одређеним садржајем. Улога терапеута је да прати клијентово посезање „ка“ и одмицање „од“, користећи „стајање у месту“, остављајући простор за клијента, остајући уз њега, потврђујући га и не тражећи ништа за узврат. Проширење свесности клијента о томе шта избегава, какве су сензације за избегавање, како тело реагује, како се носи са околином (која је овде у личности терапеута), пружа могућност да ступи у контакт са анксиозношћу и на тај начин је смањи и продужи узбуђење у циклусу контакта. Може се рећи да је ово најинтензивнија фаза терапије будући да се током ње клијенти суочавају са својим најдубљим страховима да ће задовољавање њихових потреба довести до напуштања или уништења (Angermann, 1998; Conte & Mione, 2013).

Потребно је да терапеут остане у улози „емпатичног сведока“ (Conte & Mione, 2013) који слуша и прихвата оно што чује без исправљања, да буде неинвазиван и неосуђујући, да не предлаже шта клијент треба да ради (да ли, када и шта да једе) или какав би клијент требао бити. У гешталт терапији терапеут и клијент се фокусирају на „како“, а не „зашто“,

је клијент то ко је сада. Да би се постигла интеграција селфа и проширила свесност, клијенти с поремећајем у исхрани морају директно доживети свој конфликт. Иако је терапеут активан у овом процесу, интерпретација догађаја, искустава, па чак и снова је клијентова одговорност. Промена се не планира и не захтева у терапијском процесу, она се дешава спонтано тако што клијенти постају оно што заиста јесу, трошећи мање енергије да буду неко ко нису. Дакле, терапеут се у свом раду ослања на парадоксалну теорију промене (Angermann, 1998; Baisser, 1970).

Потпуно релационо искуство подразумева и телесност. Рад на телу је осетљиво место и потребно је да се развије граунд који тај рад може да обухвати и одржи. Циљ рада на телу је да клијент престане да управља својим телом, већ да осети његову снагу и његов потенцијал (Conte & Mione, 2013).

### **Дуг пут ка храбрости**

У овој фази интегрише се и асимилије оно што је постигнуто у претходним фазама терапије, и начини контакта, развијени у односу терапеута и клијента, примењују се у контакту са окружењем. Имајући у виду да се исти механизми адаптације појављују и у другим ситуацијама, терапеут је заинтересован за контекст из кога долази клијент и друге релационе односе, отварајући могућност да на тај начин клијент дође у контакт са темама које су значајне, незавршеним пословима и отцепљеним деловима селфа (Conte & Mione, 2013).

Када појединац успе да прича о радостима, туги, страховима, анксиозностима, мукама, жељама, сумњама, извесностима, љубави, мржњи, пријатељима, породици и успе да идентификује сваки од ових фактора, он ће пронаћи функционалнији и креативнији начин да живи и односи се у друштву (Conte & Mione, 2013).



Стари и нови начини контакта паралелтно постоје и очекивано је да се јављају осцилације у функционисању клијента. Потребно је дуже време и подршка терапеута да се спонтаност контакта учврсти. Улога терапеута је да буде свесно присутан, да подржава храброст, обухвата појаву женствености, лепоту новог и страх који се може јавити. Посебно је важно да терапеут буде сензитиван на енегрију која се раније уливала у поремећај исхране и подржи да она постане виталност за тело и енергија за пуноћу контакта, како би клијент искусио како је то бити истовремено нахраћен и слободан (Conte & Mione, 2013).

Ток терапијског процеса се може описати и кроз циклус контакта ( (Joyce & Sills, 2014; Merian, 1993):

Предконтакт: Терапеут и клијент успостављају контакт и стварају однос поверења. Терапеут ствара сигуран и подржавајући простор у којем ће клијент моћи слободно да изражава своје осећаје, страхове и жеље. Ова фаза подстиче клијента да се ослободи стида или страха и почне отворено комуницирати.

У раду са клијентима са поремећајима исхране, успостављање радног савеза траје дуже него са другим клијентима. Терапеуту је потребно раније описано стрпљење и поверење и како Гил (Gillie, 2000) наводи, умеће да своје нестрпљење преведе у радозналост.

Контакт: Свесност: Проширење свесности о тренутном искуству, укључујући емотивне и телесне сензације.

Важан корак је разумевање значаја и значења који поремећај исхране има за клијента, шта симболизује. Откривање стварних потреба клијента је отежано потребом клијента за конфлуенцијом, а додатно ако је повезано са породичном „тајном“. Феноменолошки приступ непосредном искуству клијента је овде од великог значаја.

Клијент постаје свеснији својих унутрашњих конфликта и емоционалних окидача који доводе до поремећаја исхране (Gillie, 2000).

Начини на које се прекиди/модификације контакта дешавају у свакодневном животу клијента појавиће се и у односу између терапеута и клијента. Потребно је да терапеут буде будан за те прекиде и позове клијента на свесност о овом тренутку питањем попут „Шта се сада догодило?“ или опсервацијом шта је приметио, пажљиво и без осуђивања. Уколико клијент није у стању да одговори на ово питање или порекне да се ишта десило, терапеут то уважава али евидентира себи и даље прати појаву механизма модификације како би уочио правилности и у једном тренутку када клијент буде спремнији увео то у терапију (Gillie, 2000).

Испитивање и експериментисање: Кроз разговор, игре улога, креативне технике и друге методе, терапеут и клијент истражују обрасце понашања и осећања. Клијент се подстиче да истражује своје унутарње процесе и размишљања, како би постао оно што јесте. Парадоксална теорија промене (Baisser, 1970) која каже да до промене долази не када њој тежимо него када прихватимо оно што јесмо, јесте оквир који подржава терапеута и чини му ослонац да не постане нестрпљив. Потребно је да терапеут води рачуна да својим интервенцијама не подстиче конфлуенцију клијента већ аутономију и избор – кроз коришћење замница ти (ви), ја уместо ми, предлагањем, а не задавањем експеримената, давањем могућности избора тема (Gillie, 2000).

Ово је најинтензивнија фаза терапије јер се клијенти суочавају са својим најдубљим страховима да ће задовољавање сопствених потреба довести до напуштања или уништења. Овде је потребно присуство и подршка терапеута да се клијент изрази уместо да рефлектује (Merian, 1993).

Постконтакт: Интеграција: Клијент ради на интеграцији својих сазнања и искустава. Терапеут подржава клијента у процесу разумевања како се емотивни процеси одражавају на њихов однос према храни и телу. Ова фаза подстиче клијента да створи нове, здраве обрасце исхране и понашања.

Завршна фаза: Ова фаза означава завршетак терапије, али и почетак самосталног рада клијента на очувању постигнутих промена. Терапеут пружа подршку у развоју стратегија за одржавање здравих образаца исхране и емоционалног благостања.

### *Терапијске технике и интервенције*

Кључне теме на које се фокусира гешталт терапија поремећаја исхране јесу проблеми који се тичу доживљаја и перцепције тела, фрагментације селфа, интерперсоналних односа (контакт и личне границе) и незавршених послова (Angermann, 1998).

Интервенције се могу користити у циљу: освешћивања функције поремећаја исхране у избегавању и превладавању стреса; померања исхране у позадину јачањем свесности о клијентовом спољашњем свету, истраживањем делова селфа који су пројектовани на друге; освешћивања властитих вредности; истраживања нових начина успостављања контакта и превазилажење конфлуенције, ретрофлексије и интројеката; освешћивања поремећаја на граници контакта и налажења начина за успостављање здравих граница; превазилажења сплитинга; изражавања делова селфа (Angermann, 1998).

Иако не постоји листа интервенција већ их терапеут креира за сваког клијента, препоручене смернице за рад су: рад у сада и овде, „ја-ти“ однос – успостављање директне комуникације са терапеутом, свесност о језику (треба/мора, коришћење одреднице „то“ када говори о свом телу), обезбеђивање континуума свесности кроз говор о томе шта

доживљава и како то доживљава у овом тренутку и подстицање од стране терапеута који и сам износи оно чега је свестан у датом тренутку, преформулација питања у изјавне форме (Angermann, 1998).

За рад на незавршеним пословима у раду са овим клијентима може се користи техника празне столице, а у раду на поларностима и интеграцији селфа техника две столице и играња улога (Angermann, 1998).

Будући да су клијенти склони интројекцији, потребно је креирати интервенције у циљу преиспитивања тих уверења и вредности, у смислу да ли и на који начин они утичу на клијента, његов живот и колико су заправо вредни за њега у садашњости. Будући да су клијенти склони да прилагођавају своје вредности родитељима и медијима, како би се превазишла конфлуенција потребно је радити на свесности о потреби за њом и креирати интервенције које дају клијенту већи степен аутономије (Angermann, 1998).

### **Рад на телу**

Увежбавање техника дисања и релаксације у почетним фазама терапије оснажује самоподршку клијента у суочавању са анксиозношћу у каснијим фазама терапије. Рад на телу захтева поступност и постепеност проширивања свесности о телу, његовим сензацијама и сигналима, обрисима и снагама. Технике мапирања тела и фокусирања уз активну подршку терапеута могу помоћи да се фокус клијента са споља помери на унутра и сензација доживи, уместо да се дефлектује. Терапеут примећује начин дисања, кретања, промене у гласу клијента, своје реакције и поставља питања „Шта осећаш у овом тренутку?“, „Чега си сада свесна/свестан?“ „Шта ти привлачи пажњу сада?“ како би подстакао свесност и усмерио клијента на сада и овде. Оваква поновљена искутва постепено стварају и јачају самоподршку у истинском доживљају селфа (Merian, 1993).

Када се појави дефлексија, терапеут остаје уз клијента, пажљиво али упорно га позива да се врати теми и да одреди приоритете „Шта ти је сада најважније?“, „Како то знаш?“, позове клијента да обрати пажњу на своја осећања и потребе, мисли, доживљаје, онос са терапеутом, тело.

Јога, акумпуктура, медитација, масажа могу бити адекватни допунски третмани који проширују свесност о телесном селфу (Angermann, 1998).

Терапеут остаје будан за оно што се отвара у процесу и свестан да се у позадини десензитизације и дефлексије налази страх од суочавања са сензацијама које су болне и неприхватљиве. Потенцијално и трауматско искуство.

### **Експериментисање са храном**

У сенаси се може експериментисати храном, тако што клијент замишља или стварно узима храну, жваће је и гута, може се испитивати доживљај хране, изглед, мирис, текстура, укус. Експерименти са жвакањем, током којих се експериментише са динамиком жвакања, окончавањем процеса жвакања, тако што клијент испљуне или прогута, могу бити плодни. На овај начин се проширује свесност о властитим сензацијама, доживљајима и значењу (интројектима) који храна и процес храњења имају, као и свест о томе шта се једе и колико, што је од посебног значај за успостављање контроле преједања (Merian, 1993).

Како је један од кључних задатака за клијенте да буду у стању да прогутају храну и прихвате осећање пренатрпаности које собом доноси потребно је редефинисање осећања пренатрпаности из стида и надутости у испуњеност и задовољење потреба. Један од начина је да терапеут учи клијента стратегијама релаксације и да остане с њим током фазе интеграције, да би постепено клијент могао да прихвати осећања пуног стомака које наравно може бити и метафорично (Merian, 1993).

Гил (Gillie, 2000) наводи да су овакве интеренције могуће у каснијим фазама терапије када је однос између клијента и терапеута изграђен и када је изграђен изванредан степен самоподршке (Gillie, 2000).

### **Појачавање/истицање**

Клијенти доста времена проводе бавећи се својим телом, планирајући нове епизоде преједања/повраћања, планирајући вежбање, те да би постали свеснији тога, терапеут може применити интервенцију појачавања/претеривања или увести вођење дневника исхране и ритуала везаних за једење и укупно понашање организовано око исхране и одржања тежине. Појачавање/претеривање може представљати прављење договора о времену које ће се проводити и у тим активностима, дефинишући временски оквир на више сати. Ово пренаглашавање доприноси да клијент постане свеснији колико времена проводи у овим активностима. Клијенти могу записивати колико су времена провели у оваквим активностима, а на другој страници могу навести све ствари које би могли да раде, а које нису у вези са храном и које би им донеле више радости и контакта са спољашњим светом. Радећи ово, терапеут и клијент могу открити адаптивне активности које клијент може почети да укључује у свој живот (Angermann, 1998; Merian, 1993).

Прављење дневника исхране и ритуала везаних за једење је посебно значајно за клијенте са булимијом и хиперфагијом. Клијенту се могу понудити унапред припремљени формулари који могу садржати податке о врсти хране, дужини једења, количини хране, доживљају глади пре јела, осећањима пре, током, и после јела, да ли их је храна задовољила. У зависности од спремности клијента да се заиста суочи са тим шта и колико једе, пројекцијама које има о реакцији терапеута, имаће мање или више тешкоћа да попуне ове

табеле. За терапеута је и ово информативно и може бити тема значајна за терапијски процес (Merian, 1993).

Гил (Gillie, 2000) истиче да са применових интервенција треба бити опрезан јер за поједине клијенте гласно преиспитивање њиховог „скривеног“ понашања у трапијског сеанси може бити превише излажуће и изазвати снажан стид и нарушити однос са терапеутом. Уместо вођења дневника Гил (Gillie, 2000) предлаже позивање клијента да обрати пажњу на своје понашање храђења уз наглашавање да то није обавезно и да на следећој сеанси неће бити саслушавања, већ да о томе могу причати уколико клијент започне тај разговор. По овом аутору овим интервенцијама свакако треба да претходи рад на телу кроз који ће клијент учити како да буде свестан свог тела и својих сензација (Gillie, 2000).

### **Рад на поларностима**

Ситост-глад, пун-празан, изолован-стопљен, неселективно примање-некритичко одбацивање, моћ-немоћ, узимање-давање, контрола-хаос, само су неке од поларности које се срећу код особа са поремећајем исхране. Већ је поменуто да се у раду на поларностима може радити уз помоћ технике празне столице и технике играња улога. Кроз ове експерименте клијент развија и проширује свесност о екстремним позицијама истраживаног континуума и себи у овим идентитетима. Свесност доприноси могућности дијалога између ових позиција и интеграцији селфа. Међутим, потребно је да терапеут процени капацитет клијента за овакав рад. Уколико је реч о клијентима склоним фрагментирању, поларности ће бити екстремне и могућност интеграције мања него пре. Оваквим клијентима је неопходан терапијски однос да их држи и обухвати (Joyce & Sills, 2014).

Експерименти се могу осмишљавати и са мањим степеном излагања и диференцијације, као што је истраживање и прорада поларности кроз пројекције које клијент има, фантазије и метафоре. Клијенти са поремећајима у исхрани поричу многе делове онога што јесу. Често се ови делови пројектују на друге људе. Одигравањем пројекција клијент може да се бави скривеним елементима селфа. Такође, попустљив, благоговоран клијент може се подстицати у терапији да говори гласно и убеђено и на тај начин осети други пол и себе у њему. Ово може бити пут као интеграцији отуђених делова селфа и ка скривеним вредностима (Jouice & Sills, 2014).

### **Рад на сновима**

Рад на сновима које клијент доноси омогућава да клијенти открију аспекте себе кроз идентификацију са ликовима из сна, објектима, расположењима и местима из сна. Клијенти са поремећајима у исхрани често сањају о храни. Од клијента се може тражити да има дијалог са храном из сна. Клијенти такође могу да представе расположење из сна и идентификују се са њим — „буди љутња или туга или ужас“. У истраживању сна терапеут тражи од клијента да опише шта осећа и како доживљава сан, баш као и у другим техникама проширујући свесност и контакт са властитим сензацијама и доживљајима (Angermann, 1998).

### **Поремећаји исхране и стид**

У раду са клијентима који имају неки од поремећаја исхране потребно је да терапеут има у виду да је стид важан аспект поремећаја исхране. Стид је скривени терет који дубоко утиче на живот и емоционално благостање особа које се боре са овим тешким стањима (Gillie, 2000).

Особе са поремећајима исхране често осећају дубоки унутрашњи стид у вези са својим телом, изгледом и начином на који се хране. Овај стид може бити покретач за њихову



потребу да контролишу своју исхрану или да се преједају, а потом компензују. Јонтеф (Gillie, 2000) настанак стида везује за ране интеракције са значајним другим. Када формирање фигуре инфанта или малог детата нису подржане од стране окружења или позитиво вредновање циклус контакта ће бити прекинут, остављајући детету негативан доживљај селфа. Негативан осећај себе ће се појавити у свакој следећој интеракцији када се исте потребе/тежње јаве. Из гешталт перспективе стид је модератор контакта са средином. Гил (Gillie, 2000) описујући начин на који стид модификује контакт код особа са булимијом наводи да стид када се појави прекида циклус контакта, а мобилисана енергија која би била уливена у контакт са средином бива ретрофлекскована и испољена кроз бујицу самокритика (негативних интројеката о себи), након чега следи окретање храни.

Поред тога, само понашање које прати храњење изазива стид. Код анорексије, због осећаја да нема довољно контроле (иако је имају и превише), и немања контроле код булимије и хиперфагије. Особе са анорексијом нервозом могу осећати стид због сваког залагаја хране, док особе са булимијом нервозом или поремећајем преједања често доживљавају стид након епизода преједања (Ђуровић, 2020).

Стид може довести до скривања поремећаја исхране од породице, пријатеља и здравствених радника. Особе које се суочавају са овим поремећајима често се труде да очувају свој тајни свет исхране, што може додатно повећати стид и отежати потрагу за помоћи.

Друштво често стигматизује особе са поремећајима исхране, чиме се додатно појачава њихов осећај стида. Особе које се боре са овим поремећајима могу се осећати осуђеним и несхваћеним, што додатно компликује процес лечења (Ђуровић, 2020).

Терапеут који узима у обзир стид је у улози сензибилног сапутника, а не посматрача клијента, прихвата слику о себи клијента као почетну позицију, прати невербалне знакове стида и спреман је да идентификује да је то оно што клијент понекад осећа и да то осећање није све што он јесте. Такође је спреман да истрпи клијентове пројекције не извињавајући се и не правдајући се, већ уводећи их у терапијски процес. Рад на метафори за клијентово понашање у исхрани и његова искуства олакшава рад и помаже да клијент не буде постиђен и да доживи да је схваћен. У том смислу значајно је и да терапеут буде опрезан са интервенцијама које истичу одвојеност терапеута, посебно у раним фазама терапије – појачавање свесности, запажања о нелагодности клијента, положају тела, јер оне могу бити доживљене као критицизам и изазвати стид као и превише откривања феноменологије терапеута. За клијента је кључно да терапеут разуме његову феноменологију и да је прихвати без осуђивања јер идентификујући се са терапеутовим емпатичним прихватањем и клијент сам почиње да развија емпатију према себи и својим потребама (Gillie, 2000).

### **Закључак**

Поремећаји исхране су сложена стања, која битно утичу на квалитет живота и носе велики здравствени ризик. Праћена су бројним компликацијама и изазов су за лечење, посебно што особе које пате од ове врсте поремећаја одбијају или скривају своје тегобе и не траже и одбијају помоћ.

Гешталт терапија даје оквир за разумевање клијената са поремећајем исхране гледајући на понашање у исхрани као на креативну адаптацију и тежњу организма да расте и развија се - начин да се сачува и изрази обрис селфа, најбољи могући у датим околностима. Ове околности се пре свега тичу индивидуалног искустава у пољу клијента,

односно релационог искуства које на различите начине осујећује раст и развој селфа, а и ширег друштвеног окружења.

Гешталт терапија се фокусира на холистички приступ појединцу, промовише свест о емоционалним и телесним процесима, те помаже клијентима да дубље разумеју своје обрасце понашања у вези са исхраном и постану свесни својих унутрашњих конфликта, страхова, и очекивања. Поверење у поље и процес, холизам и уважавање свих аспеката искуства кроз феноменолошки приступ дају достојанство клијенту и простор да открива и среће себе у сигурном окружењу терапијског сетинга. Кроз терапију, терапеут и клијент заједно истражују емоционалне дубине и обрасце понашања. Терапеут ствара сигуран и подржавајући простор у којем клијент може слободно изражавати своје осећаје, страхове и жеље. Близак и емпатичан однос помаже клијенту да се отвори, изрази своје унутарње конфликте и почне дубље разумети своје обрасце исхране. Овакав приступ омогућава репаративно релационо искуство које враћа поверење клијента у контакт и одржање властитог идентитета у њему.

Важно је напоменути да терапеут у гешталт терапији не поставља себе као "експерта" који даје решења, већ као партнера у процесу истраживања и разумевања. Терапеут подржава клијента у развоју свести о његовим емоционалним процесима и помаже му да идентификују везе између тих процеса и поремећаја исхране. Тако, клијент постаје свеснији својих унутарњих механизма и постепено гради здравији однос према телу и храни. Релацијско искуство између терапеута и клијента постаје основа за промене и дубоки опоравак, омогућавајући клијенту да се суочи са својим изазовима, прихвати себе и развије нове, здраве обрасце исхране и понашања.

## Литература

- Angermann, K. (1998). Gestalt Therapy for Eating Disorders: An Illustration. *The Gestalt Journal*, Vol. XXI, No. 1, 19-48.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th Ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Carvalho, M. L. & Lima, D. M. (2017). The anorexia in adolescents from the perspective of Gestalt therapy. *Sumário - IGT na Rede*, Vol. 14, No. 26, 3-30.
- Conte, E. & Mione, M. (2013). Anorexic, Bulimic and Hyperphagic Existences: Dramatic Forms of Female Creativity. In G. Francesetti, G. Gecele, & J. Roubal, *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*, 595-626. FrancoAngeli.
- Gadner, M., Buchheim, A., & Sevecke, K. (Published online 2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/journals/psychology>:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530258/>
- Gillie, M. (2000). Shame and bulimia - A sickness of the soul. *British Gestalt Journal*, 9 (2), 98-104.
- Joyce, P. & Sills, C. (2014). *Skills in Gestalt counselling & psychotherapy* (3rd Ed.). Sage Publications Ltd.
- Leichtmen, R. & Toman, S. (2017). Men Making Meaning of Eating Disorders: A Qualitative study. *Gestalt Review*, 21(1), 23-43.
- Kepner, J. (1987). *Body process: working with the body in psychotherapy*. Gardner Press

- Spagnuolo Lobb, M. (2017). From losses of ego functions to the dance steps between psychotherapist and client. Phenomenology and aesthetics of contact in the psychotherapeutic field. *British Gestalt Journal*, Vol. 26, No.1, 28-37.
- McConville, M. (1995). *Adolescence. Psychotherapy and the emergent self*. Jossey-Bass Publishers.
- Merian, S. D. (1993). The use of gestalt psychoterapy with clients suffering from bulimia. *The Brithish Gestalt Journal*, Vol. 2, No. 2, 125-130.
- Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. The Julian Press.
- Petruska, C. (2013). *Gestalt Counselling in Action*. SAGE Publications Ltd.
- Братина, С. & Стефановић, М. (2020). *Поремећаји исхране из перспективе гешталт терапије*. Предавање из теорије и методологије гешталт терапије. ЕАРТИ СЕВ.
- Ђуровић, Д. (2020). *Поремећаји исхране - дијагностика, терапија и превенција*. Центар за примењену психологију.
- Ђуровић, Д. & Драган, М. (2013). Карактеристике личности код различитих типова поремећаја исхране. *Психолошка истраживања*, Vol.16, No.1, 5-16.
- Институт за јавно здравље Србије. (2010). *МКБ-10, Десета ревизија, Књига 1*. Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут".
- Младеновић, О. М. (2018). *Анализа учесталости поремећаја исхране у студентској популацији - докторска дисертација*. Универзитет у Београду. Преузето са Национални реопзиторјум дисертација у Србији: <https://nardus.mpn.gov.rs/handle/123456789/10270>

Стефановић-Станојевић, Т. (2006). Теорија афективног везивања као теорија емоционалног развоја личности. У А. Димитријевић, & Ј. Мирић, *Афективно везивање: Експериментални и теоријски приступи*, (157-186) Центар за примењену психологију.