

**Психосоматика – порекло и улога симптома у гешталт психотерапији**

Кристина М. Поткоњак Стевановић

ЕАРТИ-ГРТИМ NETWORK (EGN)

Програм: Диплома из гешталт психотерапије

Модул: Завршни испит

Ментор: Сања Братина

*Београд, март 2024.*

## Апстракт

У овом раду представићу нелинеарни поглед на терапеутово суочавање са клијентовим телесним симптомом, према коме се терапијски процес не односи на трагање за решењем и не може се свести на идеју да клијенту недостаје нешто што би му омогућило да живи испуњенији и здравији живот. Гешталт терапеути посматрају симптом не само као извор патње, већ и потенцијални извор узбуђења, односно неискоришћене животне енергије. Према теорији гешталта, ослањајући се пре свега на теорију селфа, симптом се може разумети у контексту поремећаја контакта између организма и средине. Различите повреде које настају услед неадекватног одговора окружења на потребе организма, нарочито уколико су дуготрајне и интензивне, доводе до инхибиције покрета и повлачења организма са границе контакта. Овај механизам прекида контакта назива се ретрофлексација. Хронично потискивање одређених емоција и ретрофлектовање покрета у одговарајућем делу тела могу довести до појаве психосоматског симптома. Дуготрајна тензија и грчење у датом делу тела узрокују бол, те покушавајући да је се ослободи, организам прибегава десензитизацији, чиме се продубљује отуђеност од сопственог тела. Оно што је подједнако важно јесте да се у основи симптома налази замрзнути конфликт супротности. Терапијски процес је стога усмерен на уважавање ових супротности, због чега се симптом посматра као значајни извор информација о клијенту, извор његове патње, али и средство за задовољење оригиналне потребе. Уважавајући клијентов отпор и посматрајући симптом као креативну адаптацију организма, гешталт терапеут помаже клијенту да освести и интегрише одбачене делове себе, у циљу постизања целовитијег доживљаја себе.

*Кључне речи:* психосоматика; симптом; гешталт; терапија

## Садржај

Увод .....	3
Отпор и симптом у теорији гешталта .....	4
Како средина спутава организам .....	8
Како одбачени део селфа постаје симптом.....	16
Симптом као фигура у сигурном терапијском односу .....	17
Закључак .....	27
Литература.....	29

## Увод

*„Особу чини интегрисано функционисање различитих делова целине у простору и времену. У складу са тиме, бављење искључиво једним аспектом личности или идентификовање једног њеног дела као узрока проблема, представља вештачко фрагментисање онога што је у реалности функционално јединство“ (Кернер, 2013, 39).*

Јединственост гешталт терапије лежи у истицању значаја сагледавања особе као целине, насупрот простог збира њених делова: тела, ума, осећања, фантазија, покрета и радњи (Iaculo, 2001). С обзиром на то да је гешталт терапија примарно релациони модел, гешталт терапеут приступа сваком људском искуству кроз релациону перспективу, укључујући и искуства слабости и не-лагодности (dis-ease) (Iaculo, 2001). Када клијент доноси симптом као фигуру, један од основних теоријских оквира за разумевање било ког симптома у гешталт терапији је концепт двоструке природе симптома (Nemirinskiy, 2013). Симптом је контрадикција, парадокс, с обзиром на то да је истовремено израз животности и одбрана од животности, односно, манифестација „проблема“, али истовремено и средство за његово „решавање“. Симптом је напад на слободни проток узбуђења, али истовремено и индиректно, компромитовано средство за задовољење потребе, и то управо оне потребе која стоји иза узбуђења које се „потискује“. Такође, симптом је и средство за борбу против анксиозности, али и извор њеног хроничног одржавања. Управо због овога, гешталт терапеути посматрају симптом не само као извор патње, већ и потенцијални извор узбуђења, односно неискоришћене животне енергије. Иако је гешталт терапеут примарно усмерен на питање контакта у пољу организам-средина, он је подједнако заинтересован за специфичне патолошке симптоме, који представљају извор значајних неискоришћених капацитета особе (Nemirinskiy, 2013).

### Отпор и симптом у теорији гешталта

Перлсово (Perls према Iaculo, 2001) интересовање за тело потиче од Рајха (Reich према Iaculo, 2001), чији је био клијент и ученик једно време. Од њега је усвојио различите теоријске и методолошке принципе према којима се тело посматра као аспект селфа, и чије нам посматрање може указати на везу између мишићних тензија и емоционалних блокада код клијента (Iaculo, 2001). Међутим, Перлс је развио теорију гешталт у правцу који се ипак донекле разликује од Рајхове, најпре у погледу на отпор и његове физичке манифестације (Iaculo, 2001; Кернер, 2013). Рајх (Reich, 1945/1972, према Кернер, 2013) је сматрао да отпор има одбрамбену функцију и да одређене физичке карактеристике особе, укључујући физичку напетост, став и маниризме представљају одбрану од неугодних успомена, посебно оних које терапеут помаже клијенту да освести. Стога је сматрао да је услов за рад на реконструкцији и разрешењу конфликта из прошлости растварање овог карактерног „оклопа“, који заправо прикрива „прави“ селф. Према теорији гешталта, такође се сматра да отпор има важну функцију у одржавању равнотеже и интегритета организма. Међутим, важна разлика је да се у гешталту отпор посматра као начин изражавања селфа, односно креативно решење организма у односу на непријатну развојну ситуацију, аспект који је потребно освестити и покренути, како би особа повратила доживљај избора. Отпор се не сматра механизмом или оруђем селфа, већ је он израз селфа, тј. сам селф у акцији (Кернер, 2013). Према томе, тело и активно делање, креативно изражавање, покрет организма, усмеравање пажње на клијентово кретање и његов контакт са сопственим телом, дисање и став који заузима, представљају корене и методолошке темеље гешталт терапије (Iaculo, 2001). Иако све набројано заузима значајно место и у другим терапијским правцима, попут телесне терапије и психодраме, јединственост гешталта лежи у кохерентности набројаног са теоријским системом, чинећи оквир конзистентне терапијске процедуре (Iaculo, 2001).

Осим у односу на Рајхову теорију, гешталт се разликује и у односу на психоанализу по питању погледа на отпор (Nemirinskiy, 2013). Психоанализа је углавном била усмерена на разматрање аналног отпора и то у контексту конфликта између личних потреба и друштвених норми. Међутим, истражујући поремећаје исхране, Перлс (Perls, 1969, према Nemirinskiy, 2013) је приметио да се они могу довести у везу са унутрашњим паром супротстављених порива – апетитом и аверзијом. Аверзија према храни је природни отпор у односу на апетит. Он је стога сматрао да су апетит и аверзија две стране истог регулаторног процеса. Апетит означава шта особи недостаје из њеног окружења, док аверзија врши важну функцију одбацивања онога што организму није потребно. Феномен губитка апетита у вези је са сузбијањем аверзије према храни. Да би такво сузбијање било могуће, неопходно је да дође до значајног смањења осетљивости, што доводи до губитка апетита (Nemirinskiy, 2013). Базирајући се на идеји да феномен „отпора против отпора“ чини основу патолошког процеса, Перлс касније развија један од најзначајнијих тактичких принципа гешталт терапије – с обзиром на то да је отпор према нечему увек подржан неком другом потребом, неопходно је дозволити том отпору да се испољи, задовољи и истроши, након чега ће супротна тежња моћи да дође до изражаја (Nemirinskiy, 2013).

За потребе разматрања теме овог рада, ваља се подсетити неких основних појмова у гешталт терапији. Искуство контакта се у оквиру гешталт терапија, која се заснива на феноменолошко-егзистенцијалистичком темељу, дефинише као процес који се дешава између организма и средине на граници контакта (Iaculo, 2001). У овом контексту, граница се не односи на сепарацију, већ место на коме се дешава искуство и појављује се селф. Он се манифестује на граници контакта као процес у интеракцији између организма и средине. Селф представља систем који је истовремено и пасиван и активан, и који је по дефиницији укључен, усмерен и спонтан, макар у непатолошким условима,

када функција ега усмерава процес прилагођавања особе тако да она, пратећи своју намеру, зна када треба да реагује, а када да се заустави. Селф, дакле, постаје функција поља организм-средина. Ово се дешава онда када фигура од значаја, односно одређена потреба или, пак, одређени захтев из окружења, покрећу организм према граници контакта. Организам се тада привремено стапа са средином како би задовољио потребу, а потом се одваја и повлачи, како би искуство било асимиловано. Овај процес размене, у коме се организм и средина изнова спајају и одвајају, пре свега представља однос чији је резултат раст. Баш као што Перлс и Гудман (Perls, et al., 1994) наводе, „контакт је свест о, и покрет према асимиљујућем новом; и одбацивање неасимиљујућег новог.“ Другим речима, организм расте пролазећи непрестано и неометано кроз процесе асимилације и алијенације (Iaculo, 2001). Он мора бити способан да на граници контакта препозна и прими оно што је за њега добро и потребно, односно да заобиђе препреке и избегне опасност удаљавајући се од онога што му није потребно. У сврху тога, организм мора бити подједнако и креативан и прилагодљив. Креативно прилагођавање захтева од организма да с једне стране деконструише средину, у циљу одабира онога што је за организм добро, што ће задовољити постојећу потребу и самим тим очувати природни процес асимилације/алијенације, а са друге стране претходно стечене навике везане за контакт (Iaculo, 2001).

Ослањајући се на до сада наведено, можемо рећи да модел здраве личности подразумева равнотежу различитих могућности (Nemirinskiy, 2013). Здрава особа може бити и груба и нежна, и брза и спора, наклоњенија интелекту и емотивно осећајна, заводљива и чедна. Дакле, може бити и ово и оно, у зависности од ситуације и сопствених избора. Особу према томе не дефинише збир особина и квалитета, већ слобода покрета на континууму супротстављених могућности. Стога, ова дијалектичка саморегулација у смислу парова супротстављених тенденција, није знак патологије, већ супротно, здравог

развоја. Посматрано из угла гештALT теорије, управо покушај избегавања контрадикторног карактера развоја води ка развоју неуроza. Другим речима, није конфликт тај који сам по себи лежи у основи развоја неурозе, већ супротно, преурањено смиривање/избегавање конфликта. Здрав одговор у конфликтној ситуацији подразумева да потреба (фигура) која је у датом тренутку најхитнија прва долази до изражаја и покреће акцију, односно радњу, која води или до унутрашњег одобравања избора и задовољења потребе или до понављања процене и покушаја другачије радње. Међутим, особа може остати заглављена пред избором унутар себе, покушавајући да предвиди „правилан“ пут и тиме загарантује „успех“. Тако заглављена, особа почиње да избегава односе и губи способност да доживи адекватно задовољство, с обзиром на то да је енергија заробљена у унутрашњој борби увек ретрофлектована и никада не може бити у потпуности отпуштена. Циљ избора је у овом случају избегавање било каквог конфликта, а акутна тензија супротстављених сила претвара се у хроничну тензију ниског степена. Стога се, неуротична особа, тежећи ка удобности, заправо увек нађе у стању подношљиве неудобности (Nemirinskiy, 2013). Посматрано кроз овај теоријски оквир, симптом представља креативно прилагођавање особе која при суочавању са нелагодом, одржава status quo, услед недовољне подржаности за ношење са физиолошком анксиозношћу која је саставни део нечег новог, односно процеса деконструкције (Iaculo, 2001).

Немиринскиј (Nemirinskiy, 2013), који се бавио проучавањем психосоматике, пише о свом изненађењу услед малобројности литературе која се бави овом темом из угла гештALT терапије, а потенцијалне разлоге за то налази у ономе што наводи да су њена ограничења у раду са психосоматиком. Он сматра да традиционална усмереност на контакт у пољу организам-средина уместо на тело само по себи, може бити извор потешкоћа за терапеута који се суочава са психосоматским симптомом клијента. Овакав



приступ се базира на претпоставци да ће рад на патологији контакта непосредно утицати и на сам симптом, што значи да се симптому приступа на врло индиректан и насумичан начин. Немиринскиј доводи у питање овакву перспективу, сматрајући да је симптом ипак нешто што у већој мери припада телу, него контакту у пољу организам-средина. Ако већ и говоримо о контакту, онда можемо рећи да се симптом везује за ретрофлексивни контакт. Идући даље у том правцу, наилазимо на то да симптом не подразумева само ретрофлексију већ и пројекцију клијентових потреба и искустава на одређени орган. Напослетку, како поремећај напредује, орган постаје отуђен од холистичке интеракције тела са средином (Nemirinskiy, 2013). Са друге стране, гешталтистички поглед на целовитост бића омогућава нам да при дефинисању психосоматског испољавања не упаднемо у замку каузалности, у којој се оно, грубим одвајањем ума и тела, своди на две могућности – или је у питању соматски поремећај услед неког психичког догађаја или је у питању психички поремећај узрокован соматским догађајем (Perls, 1981). Напротив, о психосоматици говоримо онда када свеукупне физичке сметње превазилазе оне које се јављају на менталном или емотивном плану (Perls, 1981).

### **Како средина спутава организам**

Да би се правилно мобилисао, организму је неопходна подршка тела, осећај стабилности, капацитет за ритмички и неспутани покрет, а пре свега дубоко и неометано дисање (Iaculo, 2001). Иако бебе по рођењу имају своја чула, емоције, тело и интелект, који нам омогућавају самостално задовољење потреба, оне су у почетку зависне од одраслих по том питању (Blom, 2006). Одрасли реагују на плач, којим оне указују на постојање одређене потребе. Уколико се овај процес одиграва природно и неометано, он ће представљати основу за развој снажног осећаја себе, што даље служи као основа за успостављање доброг контакта са окружењем. Другим речима, начин на који одрасли одговара на потребе детета, у великој мери одређује начин на који ће оно задовољавати

сопствене потребе у будућности (Blom, 2006). Важно је нагласити да су људи природно отпорни и истрајни, и није им неопходно савршено, већ „довољно добро“ окружење за здрав развој, што значи да мале количине одбацивања или казни не могу значајно оштетити особу (Kerneg, 2013). Међутим, ако је дете изложено учесталој критици или обесхрабтивању, ако неговатељ на његов природни нагон одговара претњом или повлачењем или пак ако је изложено двоструким порукама (нпр. родитељ казни дете због играња са гениталијама јер је то „прљаво и одвратно“, док потајно кокетира и понаша се заводљиво према њему), то може у значајној мери утицати негативно на формирање личности (Kerneg, 2013). Уколико дететова потреба да буде прихваћено зависи од тога да ли је појело сву храну из тањира, онда ће вероватно и као одрасли чинити исту ствар када осете ову потребу (Blom, 2006). Или, рецимо, уколико дете изнова добија поруку да је његова љутња неприхватљива, оно ће научити да је потискује (Blom, 2006). У наведеним ситуацијама, дете је растрзано између потребе за преживљавањем и природних развојних порива (радозналости, жеље за љубављу, рањивости, сексуалности), што доводи то тога да се дете одриче делова себе које његово окружење одбацује или осуђује (Kerneg, 2013). Међутим, чак и тако одбачени и потиснути, ови делови настављају да постоје и подсећају нас на своје присуство путем нашег тела. Управо из тог разлога ми се постепено одричемо нашег тела (и осећања), све мање га доживљавамо као део себе, а све више као „оно“, док се „Ја“ полако своди на мишљење и вербализацију. Тако све оно што је везано за наше сензације и осећања полако постаје страни и ирационално, за разлику од наших мисли и речи које су рационалне, самим тим и једине прихватљиве (Kerneg, 2013). Споменута потреба емоције да се испољи, упркос томе што је потиснута, може проузроковати развој психосоматских симптома попут болова у стомаку или у глави (Blom, 2006). Осим тога, деца често реагују на трауме у свом животу самоокривљавањем и преузимањем одговорности на себе, страхујући да њихове потребе

неће бити задовољене. Услед недовољне емоционалне и интелектуалне зрелости, она у циљу успостављања равнотеже прибегавају неприкладним начинима задовољења потреба, попут деструктивног испољавања беса. Дакле, неопходност успостављања хомеостазе, упркос одсуству адекватних стратегија за задовољење потребе, може довести до преусмеравања осећања на унутра и њихово доживљавање кроз физичке сензације, попут главобоље или пак пројектовање осећања на друге и њихово испољавање кроз деструктивно понашање (Blom, 2006).

У случајевима када организам није у довољној мери подржан или када је окружење опажено као неповерљиво, непријатељски настројено или чак деструктивно, због чега селф није у могућности да се у потпуности испољи, покрет организма према средини у циљу плодноне размене бива инхибиран или измењен, и долази до блокирања акције (Iaculo, 2001). Да бисмо остали несвесни одбачених делова себе ми заустављамо одговарајуће покрете у вези са тим деловима, попут грча којим спречавамо посезање, како бисмо очували доживљај себе као независне особе (Kerper, 2013). Ми смо у стању да грчењем буквално отупимо и умртвимо телесне сензације како бисмо избегли да осетимо љубав, љутњу или саосећање (Kerper, 2013). Овај процес инхибиције и заустављања покрета се назива ретрофлексија (Iaculo, 2001). Особа страхујући од ризика, понижења, критике и/или одбацивања, зауставља енергију, враћајући према себи узбуђење које је требало да обезбеди задовољење потребе (Iaculo, 2001). Хронична несвесна ретрофлексија представља препреку за контакт и углавном се јавља када се испољавање емоција доживљава као опасно (Blom, 2006). Деца посебно прибегавају ретрофлексији када њихови старатељи неуважавају њихове емоције и мишљење или када бивају кажњени због испољавања својих природних нагона. Емоција која најчешће наилази на овакву врсту забране је љутња, али и туга. Ретрофлексија ових осећања код деце често доводи до појаве симптома попут главобоље, бола у стомаку, напада астме

или хиперактивности. Другим речима, психосоматски симптоми код деце могу бити индикатор ретрофлексије, која је често подржана интројектима, попут тога да је испољавање љутње забрањено или опасно. Све оно може у значајној мери негативно да утиче на самопоуздање код детета (Blom, 2006).

Свет у коме се налазимо пун је препрека и фрустрација, а свест о туђим потребама често од нас изискује да сопствене потребе задржавамо, одлажемо или их само делимично испољавамо (Iaculo, 2001). Међутим, исувише учестало спутавање или занемаривање сопствених потреба, чест и дуготрајни доживљај одбачености услед испољавања најдубљих осећања, може довести до хроничног несвесног блокирања телесне експресије, односно покрета који би у већој мери давали информације о нашим потребама и емоцијама. Одрасли често спутавају децу у овој спонтаности, која прати природни процес диференцијације и испољавања селфа, с обзиром на то да она у њима изазива непријатност, услед тенденције ка гушењу сопствених нагона и емоција. У сусрету са оваквим условима окружења током развоја, ми стичемо изразито неповерење у реалност и учимо да преусмеравамо енергију од споља ка унутра (Iaculo, 2001). Када говоримо о осећањима, јасно је да су она у великој мери повезана са соматским искуствима: када смо тужни осећамо топлу тежину у грудима, грчење дијафрагме, стезање у грлу и очи нам сузе; када смо узбуђени осећамо да нам се груди подижу нагоре, осећамо треперење у стомаку и голицање у удовима (Kerner, 2013). Уколико се нађемо у конфликтној ситуацији у вези са неким осећањем – рецимо, ако је наша туга преплављујућа због недовољно унутрашње и спољашње подршке или нам је речено да се „Ми у овој породици не препуштамо тим осећањима“, због чега ризикујемо да нас значајни други одбаце – приморани смо да га се одрекнемо, односно да потиснемо пропратне сензације (Kerner, 2013). Ми тако учимо да блокирамо наше грло и сузбијемо сопствени глас; наше ноге и стопала услед тензије у њима постају нестабилна и

несигурна; нисмо у стању да се у потпуности препустимо осећању туге, јер нам недостаје подршка коју добијамо кроз издисање; наша лица постају или безизражајна или згрчена; наше вилице су чврсто затворене и згрчене, уместо да их широм отворимо, „покажемо зубе“ и помоћу њих изразимо своју љутњу; ми учимо да блокирамо хармонијске и ритмичке покрете карлице, уколико нисмо подржани да препознамо наше сексуалне пориве и препустимо им се (Кернер, 2013).

Буквални превод речи емоција је „кретање према споља“ и указује нам на то да је свако осећање праћено одређеним смисленим покретом, тј. радњом: туга, уколико јој допустимо да се природно испољи, покреће плакање, јецање и одговарајуће фацијалне експресије (Кернер, 2013). Циљ ове радње је задовољење потребе која стоји иза осећања у контакту са окружењем. Међутим, уколико на наше посезање окружење одговори критиком или одбацивањем, ми учимо да је опасно да исказујемо љубав, што узрокује згрченост мишића руку и груди, како би се спречило поновно посезање, и превенирала нова повреда. Без обзира да ли је осећање искритиковано након што смо га испољили или чак пре, кроз реченице попут „Дечаци не плачу“ или „Мораш бити снажан“, наш организам почиње да зауставља природни покрет који прати ово осећање, кроз грчење одговарајућих мишића. Тако рецимо, родитељ који страхује да његово дете више не зависи од њега, тежиће да ограничи његову активност и кретање, спутавајући на тај начин радозналост свог детета. Забрањени покрети постају страни и претећи за дете с обзиром на то да су претећи за родитеља, који је уједно и извор задовољења основних потреба детета (Кернер, 2013). Уколико бих за пример узела себе, с обзиром на то да сам и сама била у сличној ситуацији, научена да се претерано ослањам на мајку, што је довело до тога да себе доживљавам као неспособну у многим животним ситуацијама, рекла бих да је најзначајнији део мог личног рада био усмерен управо на тело, на освешћивање грча који је углавном био лоциран у пределу стомака и у рукама које су често биле

згрчене у песнице. На самом почетку моје личне терапије углавном сам седела мирно, непомично, понекад чак и повијеног става, урођена у фотељу. Било је потребно пуно директног и индиректног рада на телу, освешћивања одбојних, потиснутих делова себе (попут несавршености, погрешивости, радозналости, способности) и улажења у дијалог са њима, да бих дошла до тога да седим на истој фотељи и неспутано се крећем, гестикулишем, чак свесно користим покрете руку како бих дочарала оно о чему говорим. Хронично заустављање активности и покрета кроз процес ретрофлексије води ка поремећају нашег односа са телом, развоју соматских тензија и инхибиција и посредно јављању психосоматских симптома (Iaculo, 2001). Џејмс Кепнер (Kepner, 2013) говори о три облика телесне ретрофлексије:

1. Први облик ретрофлексије односи се на буквално враћање према себи онога што особа жели да уради некое или нечему у свом окружењу (Kepner, 2013). Многи психосоматски симптоми, везани су управо за овај облик ретрофлексије (Iaculo, 2001). Рецимо, поремећаји исхране у вези су са прекидом контакта услед интројекције, механизма који се јавља у случајевима када организам „прогута“ нешто из окружења (интројект), што у тренутку када се јавља потреба, спутава свесност и могућност адекватног посезања према окружењу. Особа није у стању да усмери пажњу на сопствену потребу, услед страха од празнине (која се опажа као супротност потреби), чврсто се држећи за оно што је од других чула у вези са том потребом. Одриче се слободу избора и некритички се држи за информације које нису сажвакане, сварене, нити асимилване, већ прогутане. У складу са тиме, интројекција хране, било да ли је у питању гутање или некритичко, генерализујуће одбацивање, представља супротност здравој денталној де-конструкцији или способности кретања од осећаја глади, преко избора, кушања, жвакања, ка коначној асимилацији хране (Iaculo, 2001).

2. Други облик ретрофлексије односи се на преурањено заустављање покрета који је усмерен према окружењу. У овом случају, покрет се не преусмерава назад ка организму, већ му се организам супротставља, кроз активацију супротне групе мишића која га зауставља (Kernner, 2013). У мом случају, споменуто грчење деснице могло би се приписати овом облику ретрофлексије, као супротност посезања, док се пропратно хронично грицање заноктица може разумети пре као први облик, односно враћање неиспољене агресије ка себи.
3. Трећи облик ретрофлексије односи се на ситуације када особа сама (себи) чини оно што јој је потребно да добије од окружења (Kernner, 2013), рецимо, када сами себе милујемо, уместо да тражимо од неког другог да нас милује, када сами себе бодримо да обавимо тежак задатак, уместо да замолимо пријатеља да то уради за нас и сл. (Iaculo, 2001). Испрва, ово се може чинити као добар вид само-подршке, што у неким случајевима заиста и јесте, с обзиром на то да ретрофлексија, као и остали механизми прекида контакта, није нужно лоша. Међутим, у већини случајева када особа сама себи испуњава потребу на коју би окружење требало да одговори, то може бити показатељ изолације и повлачења. Особе које заустављају своје нагоне и покрете према окружењу, које се одричу да испоље своја покретачка осећања, попут наклоности, привржености, жудње за интимношћу, значајно ограничавају могућност да доживе тренутке здраве конфлуенције у односу са другима. Овакав вид комуникације често се јавља код особа са нарцистичком структуром личности (Iaculo, 2001).

Бол је такође саставни део одрастања, како она везана за физичке повреде попут удараца, опекотина или падова, тако и она у вези са психичким повредама, попут оних насталих у сусрету са ограниченом толеранцијом одраслих (Kernner, 2013). Као и за све до сада наведено, уколико је одговор окружења на ова болна искуства подржавајући и

помаже нам да их правилно асимилујемо, онда она неће имати значајнији утицај на наш развој. Међутим, проблем настаје онда када је бол исувише снажна или константна или је у служби ограничавања, што изискује другачије прилагођавање окружењу, као у случајевима озбиљних батина, понижавајућих казни, константних претњи физичким повредама, манипулативног или интрузивног понашања других у односу на наше тело. Дете на такве повреде реагује смањивањем себе и повлачењем на граници телесног контакта (дисоцијација). Учестале повреде тог типа доводе до тога да се дете у потпуности одваја од свог тела и болног места, како би умањило повреду (Кернер, 2013). Клијенткиња са којом сам радила, једном приликом је покренула тему проблема у сексуалном односу са својим садашњим момком. Говорила је о сукобу између сигурности коју осећа у односу са њим и немогућности да се у потпуности препусти, упркос стрпљењу и разумевању које јој он указује. Ово је доводило до тога да она своју потребу за физичким контактом и блискошћу испољава искључиво иницирајући сексуални однос, који би потом прекидала, осећајући због тога кривицу. Са друге стране она није умела да одбије момка када би он иницирао однос, те би упркос отпору који осећа прихватала позив. Свој доживљај тог искуства је описала следећим речима: „Као да се све више и више смањујем и увлачим у себе. Око мене остаје све црно и то ствара све већи притисак. Најгоре је што губим глас, не могу ништа да кажем.“ Продубљујући тему, клијенткиња је дошла у контакт са трауматским искуством које је проживела у претходној вези. Током средње школе била је у вези са агресивним момком, који ју је неретко примораво на сексуалне односе. Доживљавала га је и физички и психички надмоћнијим од себе, те је како би избегла потенцијално већу повреду, временом научила да се у потпуности искључи и дисоцира у тим тренуцима.

Управо је сексуалност још један телесни аспект селфа који може бити интегрисан или одбачен (Кернер, 2013). Имплицитно сексуално емоционално завођење између родитеља



и детета и морална осуда природних сексуалних нагона стварају страх, одбојност и анксиозност у вези са сопственим телесним бићем. Особа се стога одриче онога што је опажено као „прљаво“ или „одвратно“ и што изазива страх од одбацивања или кастрације. У супротном, ако бисмо те делове прихватили као сопствене, сами себе бисмо доживљавали као прљаве или одвратне, а наша осећања би наставила да изазивају страх. Разумљиво, најтеже повреде у вези са овим аспектом бића везане су за инцест или сексуално злостављање, када тело које би требало да је у нашој функцији бива нападнуто, искоришћено и постаје објекат задовољења туђе потребе (Kerner, 2013).

### **Како одбачени део селфа постаје симптом**

Да би особа превазишла одређену критичку ситуацију, неопходно је да је искуси (Nemirinskiy, 2013). Отпор да се неко искуство доживи покреће патогени процес. Централну позицију у томе заузима емоционална компонента искуства, односно осећање које служи као непосредни, холистички показатељ тога у каквом је особа односу са светом и сопственим животом. Међутим, зазирући од непријатних осећања, људи лако прибегавају својој добро развијеној способности да их игноришу. Ово потискивање осећања у несвесни „резервоар“ подразумева паралелно одигравање телесног процеса. Како не бисмо били свесни одређеног осећања, неопходно је да постанемо несвесни телесних сензација које нам указују на њено присуство. На пример, ако желимо да потиснемо страх који осећамо, морамо „замрзнути“ покрете епигастричних (наджелудачних) мишића ниске амплитуде. А да бисмо зауставили активност ових мишића, било би добро и да смањимо амплитуду дисања. Другим речима, морамо нарушити нашу телесну активност (мишићну, респираторну и др.), на одговарајућим местима на којима се јављају наша осећања, што даље узрокује појаву физичког бола. Ово представља прву фазу соматизације, прелаз са осећања на повремену бол. Међутим, бол представља аларм који узрокује хитну реакцију, с обзиром на то да је није лако дуго

издржати. Имамо опцију или да разумемо функцију бола кроз ослушкивање или да наставимо са отуђивањем, што изискује развијање хроничне тензије ниског степена на датим болним местима. Та мишићна тензија (праћена одговарајућом тензијом у психичкој структури) требало би да служи као средство удаљавања од бола, али да би ова тензија била хронична, онда мора бити ниског интензитета. Ово је друга фаза соматизације, прелаз од бола ка хроничној тензији. Хронична тензија има бројне физиолошке последице, попут поремећаја метаболизма у вези са одговарајућим делом тела, појачано/смањено лучење одређених хормона и др. Нагомилавање ових процеса доводи до развоја болести. Трећа фаза соматизације подразумева пут од хроничне тензије ниског степена до испољавања болести (Nemirinskiy, 2013). Серов (Serov, 2006, према Nemirinskiy, 2013) наводи пример астматичног напада. Он наводи да без природног грчења бронхија не бисмо били у стању да јецамо, већ бисмо могли само да дишемо дубоко. Јецање захтева отпор издисању, уз природне покрете дијафрагме. Астматични напад је покушај јецања, кроз грчење бронхија, али истовремено и прекид јецања, услед неактивности дијафрагме. Он чак тврди да је оно што ми доживљавамо као напад болести, са становишта ослобађања искуства, заправо сасвим супротно, покушај опоравка. Са друге стране, с обзиром на то да се болест испољава кроз симптоме попут кашља, астеније, кратког даха и сл., можемо рећи да је напад болести у вези са појачавањем тензије, односно пробијањем искуства, и да заправо представља очајнички покушај његовог задржавања (Nemirinskiy, 2013).

### **Симптом као фигура у сигурном терапијском односу**

У гешталт терапији сматра се да је прихватање, као супротност избегавању искуства, пут ка промени (Larijani et al., 2023). Терапеут не трага за решењем за клијентову анксиозност, већ покушава да је разуме и искористи као извор значајних информација о клијенту (Larijani et al., 2023). Терапијски процес је примарно усмерен на

успостављање везе и интеграцију сензорног и моторичког система организма (Iaculo, 2001). У идеалном случају, организам се активно усмерава у свом окружењу, на граници контакта, почев од препознавања сопствених сензација и свесности о својој потреби, мобилише се и потом активно дела, тежећи ка већој целовитости (Iaculo, 2001). Зацељивање расцепа између ума и тела подразумева освешћивање одбачених аспеката селфа, како би читав спектар потреба, осећања и понашања могао да утиче на формирање фигура (Kerpner, 2013). Када је доступан већи квалитативни опсег функција контакта, сваки контакт се одвија из спонтаног споја сила нашег организма, а не из делимичног осећаја себе. Освешћивање одбачених делова себе изискује откривање телесне природе наших поларитета, а њихова асимилација утиче не само на ширину наше слике о себи, већ и на опсег нашег активног бића (Kerpner, 2013).

Чињеница је, међутим, да услови за рад на интеграцији често нису доступни на самом почетку терапијског процеса (Kerpner, 2013). Када дођу на терапију, клијенти углавном долазе у фрагментисаном стању, идентификујући се само са одређеним деловима себе, а што је најчешће и разлог њиховог доласка. Они често долазе очајнички жудећи за љубављу и контактом, али отуђени од свог тела, не могу никако да превазиђу јаз између себе и другог, баш из разлога што своје тело, средство за улазак у контакт, не доживљавају као део себе. Потврда тога је, рецимо, чињеница да многи од њих улазе у злостављачке везе које потврђују и поткрепљују потребу да се одрекну свог тела и одрже одбрану од бола и повреде (Kerpner, 2013). Чак и у холистичком приступу неопходно је кренути од оваквог фрагментисаног доживљаја себе, преко рада на освешћивању делова, начина одржавања расцепа одређених делова од целине, све до интеграције искустава у циљу целовитог доживљаја себе. Мора, дакле, постојати одређени темељ да бисмо дошли до тако високог нивоа интеграције организма. За рад на интеграцији потребно је да су испуњени следећи услови:

1. Довољан ниво телесне свесности
2. Довољан ниво свесности о односу између себе и тренутних животних проблема
3. Основно поверење у повезаност телесних процеса и психолошких проблема (Кернер, 2013).

Ако фазе соматизације, описане у претходном поглављу, посматрамо као процес ретрофлектовања контакта, стабилна ретрофлексија доводи до тога да се одбачено искуство везује за одређени део тела, што је праћено феноменом десензитизације и суптилне пројекције (Nemirinskiy, 2013). Симптом у том случају представља вид контакта који је услед одређених промена изгубио своју функцију. У том случају, да би симптом постао део терапијског процеса и да би могао да се мења, он се мора појавити на граници контакта. Како се то не дешава увек лако и спонтано, потребно је да терапеут кроз одређене интервенције и технике призове симптом да се појави у облику фигуре. Ово није препоручљиво радити на самом почетку терапијског процеса, односно уколико терапијски однос још увек није у довољној мери стабилан и подржавајући, јер у супротном то може бити преплављујуће за клијента и довести до његовог повлачења из терапијског процеса (Nemirinskiy, 2013). Недавним примером из праксе, желим да укажем на то у којој мери ово може бити деликатан задатак. У питању је клијенткиња која је нашу девету по реду сеансу започела реченицом: „Већ неко време се осећам депресивно, али не бих о томе, нисам сигурна да желим да радим ишта са тиме.“ Пошто је уследио низ изјава дефлектујућег карактера, позвала сам је да ми, уколико жели, дочара свој доживљај депресивности који је споменула на почетку, истовремено уважавајући њену жељу „да са тиме ништа не радимо“. Ово је посредно омогућило да се на граници контакта први пут појави њена дискус хернија (коју је до тог тренутка само успутно споменула током нашег првог сусрета) и бол са којом се суочава, а које је свеснија онда када се осећа депресивно. Док разговарамо, примећујем да је већина изјава

о њеним тегобама и проблемима праћена благим осмехом. На моје питање да ли је тога свесна и како разуме тај смех, она наводи да је његова функција да заштити друге од њеног терета. Након кратке тишине, она наводи да примећује да су други људи често зачуђени кад чују да она није добро и у контексту тога присећа се нелагоде коју је осетила током наше претходне сеансе – присетила се моје позитивне реакције на њено искуство неубичајено отвореног разговора са оцем о коме ми је причала.

Т: „Шта је то што осећаш да нисам видела или чула тада?“

К: „Да није све ок. Да ствари и даље нису добре.“

Иако је изговарање овога било праћено осећајем олакшања у грудима, приметила је да почиње да је боли глава, што је одмах протумачила као почетак мигрене.

Т: „Можда ти глава нешто поручује, да ти је превише или да желиш да станеш?“

К: „Мислим да је било превише још пре три станице.“

Поштујући знакове њеног тела, овде смо се зауставиле и преосталих 10-15 минута сеансе смо посветиле асимилацији овог значајног искуства.

Када клијент говори о свом симптому, који је потенцијално психосоматски, интервенције терапеута базирају се на релационом и феноменолошком приступу, и нису усмерене на давање значења садржају који клијент доноси (Iaculo, 2001). Градећи терапијски однос са клијентом коме је потребна помоћ и који је посегао за њим, терапеут почиње да се пита шта тај клијент чини да би се они сусрели, шта је његова потреба, шта је његова намера и на који начин му он може помоћи у оквиру овог односа. Са друге стране, клијенти углавном очекују да је њихов задатак да уз терапеутову помоћ открију „истину“ о себи и свом понашању, због чега често могу постављати питања попут „Шта ово значи?“ или „Зашто ја то радим?“. Гешталт терапеут на ова когнитивна питања одговара нудећи однос кроз који и у ком клијент постепено постаје самосвестан и шири свој угао гледања на свет. Другим речима, рад на свесности у гешталт терапији није

ограничен искључиво на когнитивни аспект, већ холистички пружа могућност потпунијег разумевања себе и начина на који доживљавамо свет. На овај начин особа добија подршку да изнова присвоји свој емотивни свет, соматска искуства, способност делања, свест о својим потребама и начинима на које зауставља себе у контакту (Iaculo, 2001).

Према теоријском систему, а тиме и у клиничкој пракси гештлт терапије, терапеут покушавајући да помогне клијенту да стекне целовитији доживљај себе, избегава да нападне отпор, који се, како је раније напоменуто у раду, посматра као креативно решење које је клијент на неки начин био приморан да развије (Iaculo, 2001). Терапеут посебно посматра физички симптом, имајући на уму чињеницу да је у његовој основи ретрофлектовани покрет у контексту контакта који особа креира са окружењем. Дакле, терапеут увек разматра особу кроз њен однос са окружењем, а не као психичку структуру коју одређују спољни догађаји и унутрашњи конфликти, подржава феноменолошко искуство особе у вези са сопственим телом, пратећи клијентов организмички процес, како би разумео на који начин клијент доживљава себе и своју телесност (Iaculo, 2001). Можемо за пример узети главобољу, која се у безброј ситуација користи као изговор за повлачење у свакодневном животу (Perls, 1981). Међутим, није свака главобоља искључиво изговор. Понекад се ради о говору тела којим поручујемо да нас „од овога боли глава“ или нам је „мука од онога“. Она заправо представља део механизма прекида контакта. Сваки делић узбуђења које се јавља у људском организму у сваком тренутку би требало да нам омогући да се носимо са датом ситуацијом кроз трансформацију узбуђења у емоцију и потом у одговарајућу акцију. Уколико пак ово узбуђење усмеримо против себе, оно губи своју подржавајућу функцију, бива инхибирано и тако настаје психосоматско испољавање или симптом. Управо је то оно на шта усмеравамо пажњу у терапији, када клијент дође код нас у потрази за олакшањем. Када клијент први пут

долази на терапију доносећи свој симптом, он није у директном контакту са терапеутом, већ посредно, преко симптома. Иако клијент долази на терапију у жели да се ослободи овог симптома, он га се неће одрећи догод осећање сигурности које му симптом пружа превазилази непријатност коју истовремено ствара. Осим тога, пут ка олакшању често није нимало пријатан, нарочито када узмемо у обзир то да је једно од главних средстава за промену преузимање (свог дела) одговорности, у овом случају за дати симптом. Терапеут испрва тражи од клијента да лоцира бол и да остане са тензијом која се јавља, да се усредсреди на бол, уместо што жели да је се отараси. На почетку је ово изузетно тешко за многе клијенте и већина њих брзо прибегава објашњавању, асоцијацијама или пак критиковању онога што им нудимо. Терапеут у овом делу терапијског процеса углавном ради индиректно на симптому, користећи споменуте прекиде, постепено враћајући клијента у Ја-Ти однос, у циљу оснаживања функције ега. Уколико, рецимо, терапеут предложи клијенту да остане са својим болом, клијент своју нелагоду може изразити кроз реченицу „Ово је бесмислено“. Међутим, уколико његова реакција гласи „Ово што радиш ми нема смисла“, већ нам то указује на одређени напредак у терапијском процесу, на трансформацију у функцији контакта. Терапеут тада може одржати контакт тражећи од клијента да образложи свој доживљај, дајући му простор за сав његов неисказан скептицизам, неповерење и остале недовршене послове. Све ово је пут ка месту на коме клијент коначно може да остане са својим болом, који сада може јасно да лоцира. На овај начин клијент развија бољи однос са собом. Тек тада, када може да остане са својим болом, клијент може увидети, рецимо, да грчи одређене мишиће или да му је одређени део тела утрнуо или је укочен. Када клијент постане свестан повезаности између бола и згрчености неког мишића, терапеут може затражити од њега да појача тај грч, како би увидео сопствени утицај на дати мишић, а самим тим и на бол. Клијент може вербализовати свој увид кроз реченицу попут: „Као да заврћем/цедим своје лице не бих

ли заплакао.“. Терапеут му на то може поставити питање „Да ли желиш да плачеш?“, на шта клијент може бризнути у плач, неретко се опирајући кроз исказе попут: „Нећу да плачем! Остави ме на миру!“ Из овога можемо закључити да је главобоља настала као последица заустављене потребе за плакањем, али је довела и до тога да је клијент изгубио потребу да заустави плач. У најбољем случају, клијент може потпуно изгубити саму потребу да плаче, уколико је у терапијском процесу пажња била довољно дуго усмерена на један конкретан фактор, да су обрађени сви прекиди из прошлости који би изазвали плач у садашњости. Међутим, у наведеном случају, клијент својим преусмеравањем са главобоље на плач, заправо успева да пређе из делимичне у потпуну присутност, трансформишући психосоматски симптом у целовитије испољавање свог бића. Осим што је доживео искуство потпуног учешћа у садашњем тренутку, научио је на који начин себе зауставља и како то заустављање утиче на његово целокупно искуство. У наставку рада са клијентом углавном се срећемо са одређеним интројектима који поткрепљују откривено заустављање, попут наредби и изјава „Немој да плачеш!“, „Мушкарци не плачу!“, „Ако не престанеш да плачеш, даћу ти ја разлог за плач!“ Углавном су у питању наредбе из прошлости, често праћене посрамљивањем и батинама (Perls, 1981; Perls, et al., 1994), којима је клијент наставио да се покорава до данас (Perls, 1981). Он их може и не мора бити свестан. У случају да их није свестан, он их углавном доживљава као пројекције, рецимо кроз претпоставку да се терапеут противи плакању. Када се клијент у терапији нађе на месту на коме може да се супротстави овим захтевима, без обзира да ли их доживљава као личне интројекте или их пројектује на терапеута, терапеут му помаже да увиди парадокс између таквог уверења и онога што он заиста мисли. Пошто и сам увиди апсурд, клијент коначно има могућност да преузме одговорност за сопствени симптом, да буде на адекватнији начин у контакту са собом, а самим тим и са другима (Perls, 1981).



Важно је имати на уму да симптом није могуће „излечити“ у традиционалном медицинском смислу, с обзиром на то да је симптом средство саморегулације (Nemirinskiy, 2013). Према томе, задатак терапеута није да симптом просто одстрани, већ да помогне клијенту да успостави бољи систем саморегулације, путем ког ће целовитије моћи да одговара на своје потребе. Међутим, идеја да је све што је потребно да се клијент ослободи одређеног симптома то да проживи заустављено/отуђено искуство, своди читав терапијски процес на пуко прикупљање ресурса, које не доводи увек до опоравка. Осим тога идеолошка потрага за ресурсима може довести до тога да терапеут нехотице склизне у борбу против симптома, чинећи да клијент у неком тренутку просто одустане од терапије, поносно носећи свој симптом са собом или да се „преда“ постојећем симптому и тако изазове појаву новог. Стога је изузетно важно да сваки терапеут који се бави психосоматском (али и било којом другом) патологијом научи да поштује симптоматску креативност организма и његов специфични језик. Терапеут не сме посматрати симптом само као загонетку, сметњу или изазовну слагалицу, већ као наговештај, траг о клијентовом организму. Он је за терапеута извор информација о најзначајнијим контрадикцијама у вези са клијентовим развојем, као и ономе што је највећа претња за његов интегритет (Nemirinskiy, 2013). Ослањајући се на теорију селфа, о чему је било речи у уводном делу, терапеут пружа клијенту могућност да превазиђе многе дуализме (Iaculo, 2001). Он мора радити на изградњи терапијског односа који ће бити у довољној мери подржавајући како би клијент имао могућност да у току терапијског процеса ступи у контакт и испољи обе супротстављене тенденције, без обзира да ли се оне јављају наизменично или истовремено (Nemirinskiy, 2013).

Можемо закључити да гешталт терапеут који је усмерен на рад са телом помаже клијенту да потпуније доживи своје тело и да дефинише значење онога што доживљава (Kerper, 2013). Помажући клијенту да постане свеснији себе, терапеут користи

различите експерименте и интервенције. Терапеут, рецимо, може рећи клијенту: „Примећујем да су ти груди увучене. Шта би се десило када би их истурио на напред, какав би то био доживљај?“ или „Шта би се десило ако би појачао тај покрет и савио се још више?“ Иза ових интервенција не стоји идеја да се клијент промени на одређени начин, већ да кроз различите доживљаје и искуства боље упозна себе. Терапеут такође покушава да помогне клијенту да разуме поруке које му тело поручује и кроз то разреши различите недовршене послове због којих се испрва и одрекао одређених делова себе. Терапеут, дакле, помаже клијенту да:

1. Обнови контакт са телесним процесима
2. Развије речник помоћу ког може да описује телесна искуства и протумачи значење покрета, сензација и других невербалних процеса
3. Успостави однос (дијалог) између одсечених делова себе
4. Проради недовршене послове како би могао да асимилије одбачене делове себе, прошири спектар могућих реакција у различитим ситуацијама и развије нове креативне адаптације (Кернер, 2013).

Први корак у рада са симптомом подразумева идентификацију са оболелим органом, чиме клијент добија могућност да доживи пројектоване квалитете, жудње и осећања<sup>1</sup> (Nemirinskiy, 2013). Важно је нагласити да се овде не ради о комбинацији ретрофлексије и пројекције, већ о повезаности ова два механизма, с обзиром на то да пројекција у овом контексту постоји унутар ретрофлектованог света. Осим тога, често је тешко аутоматски разграничити конкретну отуђену област, с обзиром на то да се психосоматске болести не одражавају искључиво на један орган, већ целокупни људски организам, односно више

---

<sup>1</sup> Коришћење појма пројекције у овом контексту не подразумева да особа свесно мисли да њена рука осећа љутњу према некоме, нити да њене гениталије осећају сексуалну жељу, већ да идентификација са одређеним делом тела (као у случају идентификације са одређеним елементом сна), омогућава да се искуство постепено враћа (Nemirinskiy, 2013).

система органа. Тако, рецимо, за артеријску хипертензију не можемо просто рећи да је у питању пројекција на крвне судове, већ нас она упућује да обратимо пажњу на отуђену активност мишића код хипертоничних пацијената. Други корак односи се на реконструкцију личног контекста односа. Терапеут у неком тренутку терапијског процеса почиње да препознаје сценски карактер клијентовог наратива или емоционална узбуђења и тада може поставити питање клијенту: „Шта би рекао, према коме су та осећања усмерена?“. Уколико се одређена особа из клијентовог живота појави у одговору на ово питање, то може значајно помоћи за боље разумевање интерперсоналног значења симптома (Nemirinskiy, 2013). Празна столица, једна од најзначајнијих техника у гешталт терапији, може се користити и у раду са психосоматским симптомима. Олери (O’Leary, 2013) наводи пример мушкарца који је патио од неуралгије тригеминуса. Терапеуткиња му је једном приликом предложила да се идентификује са болом који осећа и да се обрати себи: “Превише си лењ. Морао сам да те упозорим и заштитим од проблема са којима се свакодневно суочаваш и са којима не знаш шта да радиш.” Клијент је на то одговорио: “Контролишеш ме. Исувише ме застрашујеш.”, да би изговарајући то приметио да је сличан љутити став према њему имао његов ујак. На тај начин, он је освестио да је бол била у вези са његовим повлачењем пред ујаком, што је омогућило да је се у наставку терапијског процеса постепено ослобађа (O’Leary, 2013). Чини се да технике попут празне столице помажу људима да, фокусирајући се на одређени физички симптом, ослободе велику количину енергије која је иначе била усмерена на прикривање датог симптома и смањивање анксиозности (Larijani, et al; 2023). Асимилација пројекције је трећи, пресудни корак у раду са симптомом (Nemirinskiy, 2013). Он подразумева преузимање одговорности за жеље и осећања која су била приписивана делу тела и/или другој особи. Овај корак представља прекретницу у терапијском процесу с обзиром на то да подразумева обнављање оригиналног искуства које је истовремено било блокирано

симптомом, али се кроз њега на неки начин и испољавало. У четвртој фази долази до потпуног прекида ретрофлексије. Терапијски процес је тада углавном усмерен на тестирање стабилности новостечене одговорности и то кроз комбиновање техника усмерених на асимилацију отуђеног искуства (асимилацију пројекције) и на спречавање ретрофлексије, у циљу успостављања целовитијег контакта са светом (Nemirinskiy, 2013).

### **Закључак**

Осврћући се на своје досадашње практично искуство, сматрам да сам као почетник имала ту срећу да је већина мојих клијената долазила са потребом која према ономе што Кепнер наводи представља услов за рад на целовитости и интеграцији, а то је потреба да буду више у контакту са собом, да буду свеснији себе и у већој мери разумеју своја осећања и потребе. Углавном су у питању младе жене, у раним двадесетим година, тек одвојене од својих примарних породицу у којима нису имале довољно простора за своју аутентичност и целовитост, збуњене сензацијама и осећањима којих постају свесније, а које су у сукобу са потенцијалним интројектима и туђим доживљајима себе са којима су у мањој или већој мери постале конфлуентне. Са друге стране, верујем да сваки терапеут у својој пракси наиђе на клијента који очекује да ће нестварно брзо успети у потпуности да преокрене свој живот, надајући се да ће му терапеут својом магијом у томе помоћи. Сећам се једне од првих клијенткиња и до сада за мене једне од изазовнијих. Иако су главни узроци њеног доласка на терапију били анксиозност, депресивност и опште незадовољство собом, она се скоро читавог живота суочавала са озбиљним телесним проблемима и боловима, пре свега у пределу кичме. Тек након три месеца нашег рада, кичма се појавила као јасна фигура у сеанси, уједно нажалост и последњој коју смо имале. Иако су томе засигурно допринели клијенткињини врло ограничени ресурси (у том тренутку она је имала 30 година, била је „заглављена“ на последњој години

факултета, који је страховала да заврши, није била запослена, самим тим није имала сопствена примања, живела је у дисфункционалној породици са врло критикујућим и hostile родитељима), делом свакако могу приписати њен одлазак из терапијског процеса и сопственом неискуству и потенцијалном нестрпљењу због ког сам преурањено покушавала да јој приђем као целовитом бићу, често и сама занемарујући њено болно тело и неподржавајућу кичму, на исти начин на који је и сама то чинила. Неопходно је да гешталт терапеут, радећи на ретрофлексији која је у основи психосоматске симптоматологије, примарно усмерава клијента ка већој свесности о свом телу и заустављеним покретима (Iaculo, 2001). Он усмерава своје интервенције према функцији ја, како би функција ега била обновљена и адекватно подржана, односно како би био обновљен клијентов капацитет за прављење избора и делања у складу са потребама. Терапијски однос који терапеут гради са клијентом представља основу за интервенције, али и значајни показатељ напретка у терапијском процесу. Управо уколико у оквиру терапијског односа клијент осети да је прихваћен и да коначно може да се повери другоме, он ће моћи да отпусти заустављени покрет и да постепено превазилази блокаде које се налазе између њега и окружења (Iaculo, 2001).

## Литература

- Blom, R. (2006). *The Handbook of Gestalt Play Therapy: Practical Guidelines for Child Therapists*. London: Jessica Kingsley.
- Iaculo, G. (2001). 'Bodily retroreflections and psychosomatic symptoms: action turned towards oneself', *7th European Conference of Gestalt Therapy*, Stockholm: Sweden.
- Kepner, J.I. (2013). *Body process: Working with the body in psychotherapy*. New York: Routledge.
- Larijani, F.J., Mojtabaie, M., Moghaddasi, M., & Hatamim, M. (2023). Effectiveness of gestalt therapy, behavioral activation and placebo on symptoms of anxiety in women suffering multiple sclerosis: A randomized controlled trial study. *Int J Travel Med Glob Health*, *11*(1), 227-233.
- Nemirinskiy, O. (2013). 'Gestalt Approach to Psychosomatic Disorders', in *Gestalt therapy in clinical practice*. Siracusa, Italy: Istituto di Gestalt HCC Italy srl.
- O'Leary, E. (ed.). (2013). *Gestalt therapy around the world*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., & Goodman, P. (1994). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. The Gestalt Journal Press.
- Perls, F.S. (1981). *The Gestalt Approach, & Eye Witness to therapy*. New York: Bantam.