

# Destruktivne forme samo-regulacije, geštalt pristup

Branka Irižanin

Evropski akreditovan psihoterapijski trening institut Studio za edukaciju Beograd (EAPTI-SEB)

& EAPTI-GPTIM NETWORK (EGN)

Program: Diploma iz geštalt psihoterapije

Modul: Završni ispit

Mentorka: Sanja Bratina

Jun, 2024.

## Sadržaj

<b>Definicije pojma .....</b>	<b>4</b>
<b>Zavisnosti .....</b>	<b>6</b>
<b>Poremećaji ishrane.....</b>	<b>7</b>
<b>Druge kliničke kategorije .....</b>	<b>8</b>
<b>Česta sub-klinička ispoljavanja .....</b>	<b>10</b>
<b>Tada i tamo: Trauma i stid .....</b>	<b>10</b>
<b>Disocijacija i odigravanje traume.....</b>	<b>12</b>
<b>Dezintegracija i oslabljene granice .....</b>	<b>13</b>
<b>Stid.....</b>	<b>15</b>
<b>Sada i ovde: ciklus kontakta .....</b>	<b>18</b>
<b>Značenje simptoma i kreativna adaptacija.....</b>	<b>22</b>
<b>Uzdržanje i prevazilaženje – abstinencija i oporavak .....</b>	<b>24</b>
<b>Rani oporavak: kontrola simptoma, relaps i podrška .....</b>	<b>24</b>
<b>Individualni pristup .....</b>	<b>26</b>
<b>Relacioni pristup .....</b>	<b>29</b>
<b>Pristup iz perspektive teorije polja.....</b>	<b>29</b>
<b>Zaključak.....</b>	<b>32</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>34</b>

## Apstrakt

Ovaj rad obuhvata pregled i sumiranje geštalt literature na temu auto-destruktivnih oblika samo-regulacije koji uključuju klinički prepoznatljive kategorije, tj. dijagnoze: bolesti zavisnosti, poremećaja ishrane, poremećaja kontrole impulsa i opsesivno-kompulsivnih poremećaja, kao i sub-kliničkih fenomena, poput tzv. ponašajnih adikcija i drugih blažih formi ispoljavanja pomenutih obrazaca. Rad se u osnovi sastoji iz dva dela: razumevanje auto-destruktivnih ponašanja, a zatim tretman, tj. rad na prevazilaženju tih ponašanja. Prvi deo rada, razumevanje, se dalje deli na dve celine: „tada i tamo“ i „sada i ovde“. U „tada i tamo“ istražujem razvojne uslove koji pogoduju nastanku ovakvih adaptacija, tj. koji čine biće u nastajanju ranjivim za ovu vrstu problema. U „sada i ovde“ opisujem aktuelnu dinamiku – tj. načine na koji se pomenute kreativne adaptacije održavaju ili čak produbljuju uprkos svojoj zastarelosti. U drugom delu, koji se tiče tretmana, prvo diskutujem o ključnim pojavama koje je potrebno razumeti: rani oporavak, relaps, kontrola simptoma nasuprot oporavku; zatim, predstavljam pravce rada kroz sva tri geštalt pristupa: individualni, relacioni i pristup iz perspektive teorije polja. Tri pristupa ovde nisu prikazana kao alternative jedan drugom, već kao dopune, kao uglovi gledanja koji se prepliću i podržavaju rad geštalt terapeuta i klijenta koji prevazilazi auto-destruktivne načine preživljavanja. U zaključku se vraćam na korisnost ovakvog nivoa analize, na nivou mehanizma koji je prisutan i zajednički u različitim kliničkim i sub-kliničkim manifestacijama. Između ostalog, korisnost je i u mogućnosti ovakvog pregleda literature i crpljenja znanja i podrške sa raznorodnih, a relevantnih izvora.

*Ključne reči:* auto-destruktivna ponašanja, zavisnosti, poremećaji ishrane, fiksirani geštalt

## **Destruktivne forme samo-regulacije, geštalt pristup**

U ovom radu ću se baviti auto-destruktivnim ponašanjima, tj. čestim formama destruktivne samo-regulacije, bez obzira na dijagnostičku kategoriju u čijoj osnovi se nalaze ovi mehanizmi. To znači da ću se dotaći različitih kliničkih i sub-kliničkih manifestacija, poput bolesti zavisnosti, poremećaja ishrane, i tzv. ponašajnih adicija, a sa uverenjem da postoji dovoljno zajedničkog u odigravanju ovih procesa da opravda zajednički opis, deljeno razumevanje i relativno jedinstven pristup terapijskom radu. Odlučila sam se za ovu temu iz ličnih i profesionalnih razloga: lično, tema mi je bliska u kontekstu kreativnih adaptacija koje sam ja razvijala, upotrebljavala i na kraju napuštala tokom svog sazrevanja i profesionalno, u svetlu mog pogleda na Geštalt kao na terapiju čiji je cilj svesnost, izbor, prisustvo u ovde i sada i relacionalnost. Upravo ove karakteristike nedostaju načinima kontaktiranja, tj. zadovoljavanja potreba koji se pokažu kao destruktivni – oni imaju malo ili nimalo svesnosti i izbora, a osoba u pokušaju da bude samo-dovoljna nije prisutna ni za druge ni za sebe.

### **Definicije pojma**

Napomenula sam da je dinamika koju želim da opišem prisutna u različitim poremećajima – jedinstvenost pojma nije garantovana DSM priručnikom. U pitanju je teorijski konstrukt gde prvo polazim od sopstvenog iskustva i intuicije. Zatim, u kolokvijalnom govoru naših klijenata i u terapijskim rečnicima savremenih terapijskih modaliteta srećemo termine koji opisuju ovo iskustvo. Naravno, bilo bi zavodljivo i površno izjednačiti značenje tih termina, ali verujem da oni svi zajedno predstavljaju dragocen kolaž i ukazuju na istu pojavu. To su termini poput: auto-destruktivna ponašanja, loše navike, disfunkcionalni, maladaptivni koping mehanizmi, neadekvatne forme samo-lečenja (self-medicating) ili samo-umirenja (self-soothing), mehanizmi izbegavanja (escapism, avoidance strategies), samo-sabotaža, zavisnička ponašanja, akting aut, reaktivna, impulsivna,

disruptivna ponašanja, nezdravi mehanizmi odbrane, negativne strategije prevazilaženja, itd. Iako ovakva diskusija prevazilazi okvire ovog rada, pomenula bih da je sada već dobro opisana jedinstvena neuro-anatomska osnova ovih obrazaca, posredovana neurotransmitterom dopaminom, koji reguliše procese učenja, motivacije i nagrade.

Šta su zajedničke odlike ove pojave? Postoji neko ponavljanje, ponašanje deluje kao da je slobodno izabrano i deluje kao da bi osoba mogla da prestane ili modifikuje ponašanje po svom nahođenju, ali je zapravo veoma otporno na promenu, bez obzira na motivaciju subjekta (i/ili objekta) ponašanja. Sadržaj obrasca najčešće je prirodan i poželjan za upotrebu u najširem smislu, ali se ovde ponavlja u preteranom obliku, tako da se zapravo zloupotrebljava ono što je prirodno praćeno osećanjima prijatnosti ili ublažavanjem bola. Zloupotrebljavati se može hrana, piće i druge psihoaktivne substance, seksualno ponašanje, ponašanje u vezi hranjenja, kupovine, rada, korišćenja socijalnih mreža, itd. Otpor na promenu ponašanja može da bude ojačan spoljnim faktorima – tako što sadržaj zloupotrebe izaziva fiziološku zavisnost (npr. neke psihoaktivne droge, alkohol) ili tako što postoji sekundarna dobit (npr. kompulsivna kupovina ili rad kako bi se izbegao boravak u okviru porodice gde postoje nerazrešeni interpersonalni konflikti), ali ono što je presudno je – da je sam mehanizam imanentno, po svojoj prirodi, nevezano od substance ili dobiti – adiktivan: teži statusu quo ili čak daljem ojačavanju (tzv. tolerancija) i centrifugalna je – uzurpira energiju organizma, „izguruje“ druga interesovanja, aktivnosti i mogućnosti. Ostavljajući po strani neurološki substrat, želim da opišem dinamiku auto-destruktivnih ponašanja iz Geštalt perspektive (Poglavlje 3: Sada i Ovde), kao i da objasnim razvojne uslove koji pogoduju nastanku i održavanju ovakvih adaptacija (Poglavlje 2: Tada i Tamo). Na kraju, u Poglavlju 4 ću predstaviti terapijski rad usmeren na prevazilaženje ovih pojava. Pre toga, da pogledamo kako se ovi oblici ponašanja definišu u Geštalt literaturi - uopšteno, ali i unutar specifičnih klastera mentalnih poremećaja.

Braunel opisuje ponašanja samo-lečenja (self-medicating) kao prikrivanje jedne vrste (autentičnog,

ali bolnog) iskustva drugom vrstom iskustva: „Svrha samo-lečenja je da učini da loša osećanja nestanu. Ljudi to mogu učiniti upotrebom supstance ali i angažovanjem u različitim ponašanjima, oba imaju biohemijski efekat u mozgu i relaciji uticaj na društveni život“ (Brownell, 2012, str. 8).

### ***Zavisnosti***

Najčistije, najekstremnije i najpotpunije manifestovanje destruktivne samo-regulacije srećemo i prepoznamo u različitim vrstama zavisnosti. Zavisničko ponašanje se može razumeti kao korišćenje supstance (ili adiktivnog, ritualizovanog, kompulsivnog ponašanja) kako bi se upravljalo raspoloženjem, regulisao afekat ili ublažila anksioznost, što bi u optimalnim okolnostima bilo dostupno u obliku unutrašnjih koping mehanizama ili, u slučajevima kada su unutrašnji resursi premašeni, u obliku važnih i negujućih drugih. Zavisnost se u važećim klasifikacijama razume i tretira kao bolest. Iako je ovaj model i dalje u širokoj upotrebi, on je upotpunjen dimenzionalnim shvatanjem – zavisnost kao bolest ili jeste ili nije prisutna, ali je prisutna na kontinuumu od blagog do teškog. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, V, važeće izdanje (DSM V, 2013) prepoznaje zavisnost kao poremećaj u slučaju zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, a od bihevioralnih zavisnosti prepoznaje kockanje. Ostali oblici zavisnosti se pominju samo u kontekstu potrebe za dodatnim istraživanjima. DSM opisuje zavisnost kao ponavljano uzimanje supstance uprkos negativnim posledicama, praćeno promenama u radu mozga i izdvaja sledeće kriterijume: gubitak kontrole (uzimanje više od planiranog, neuspeli pokušaji smanjenja ili prestanka, veliki utrošak vremena, žudnja za substancom), socijalne posledice, rizična upotreba i farmakološki kriterijumi (tolerancija – potreba za većom količinom za isti efekat i apstinencijalni sindrom – pojava neke vrste simptomatologije i/ili subjektivne patnje prilikom povlačenja, tj. prestanka upotrebe substance). DSM poslednja dva naziva „farmakološki“ kriterijumi i povezuje ih sa efektima substance koja je objekat adicije, a ne sa samim adiktivnim ciklusom i fiziološkim promenama koje taj ciklus izaziva – npr. da će klijent koji je zavistan od kockanja vremenom težiti da ulaže više novca

ili da se češće/duže kocka (tolerancija) i da uđe u stanje krize kada prestane sa kockanjem nakon pruduženog bavljenja kockom (apstinencijalni sindrom svoje vrste, povlačenje izazvano ostrim padom dopamina).

Šire razumevanje zavisnosti uključuje različite substance, objekte i ponašanja i fokusira se na kvalitet iskustva. Ovakav pristup više odgovara Geštalt terapiji, koja posvećuje pažnju procesu i dinamici, a ne samo sadržaju, koja neguje estetski kriterijum zdravlja i fenomenološki pristup istraživanju subjektivnog sveta klijenta. Klemens (Clemmens, 2005), sumira gestalt pristup adikciji na sledeći način:

Geštalt pristup zavisnosti zasniva se na tri zapažanja: Prvo, zavisnost se definiše kao ekskluzivni odnos zavisnika sa drogom, koji čini uspostavljanje drugih odnosa ili kontakata sekundarnim i perifernim. Drugo, ovaj odnos služi za izbegavanje drugih senzacija, a predstavlja i pokušaj smislenog opstanka. I treće, svaki pristup radu sa zavisnicima treba da uključi istraživanje značenja koje zavisničko ponašanje ima u svetlu preživljavanja kao i istraživanje meta-obrasca izbegavanja potpunijeg kontakta sa samim sobom i sa okruženjem.

(str. 6)

### ***Poremećaji ishrane***

Poremećaji ishrane predstavljaju ozbiljno stanje povezano sa perzistentnim navikama u ishrani koje negativno utiču na zdravlje, funkcionalnost i emocije. Najpoznatiji poremećaji ishrane su: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Prejedanje i ortoreksija (Bratina & Stefanović, 2020). Poremećaji ishrane, onako kako su dijagnostički razdvojeni, ne predstavljaju odvojene psihološke entitete, već je njihovo razlikovanje učinjeno na osnovu rizika i potencijalnih posledica po život i funkcionisanje pacijenata, gde se na prvom mestu odvaja anoreksija, na osnovu niske telesne težine, kao najrizičnija, a zatim se od ostatka spektra izdvaja bulimija gde kompenzatorni mehanizmi čišćenja, a najčešće povraćanja predstavljaju veći zdravstveni rizik. Treba imati u vidu da bulimično iskustvo nije nužno vezano za

povraćanje, mada ono čini poremećaj najlakšim za identifikaciju. S obzirom na „spoljni“ kriterijum razlikovanja između poremećaja, ne čudi da se klijenti „kreću“ između dijagnoza. Na primer, procenjeno je da 50% anoreksičnih klijenata razvije bulimiju. (Costin, 1997, citirano iz Angermann, 1998), a prelaz između bulimije i prejedanja je u tom pogledu još lakši, jer anorekčno iskustvo restriktivnog tipa nosi najveće razlike u psihološkom funkcionisanju. Ono što je zajedničko – fiksirani geštalt ishrane koji se nameće kao figura umesto značajnih odnosa i života uopšte, je „veće“ od onoga što ova iskustva čini različitim, ali razilka postoji i ona nije samo kliničko odvajanje na osnovu stepena rizičnosti – ona se može „uhvatiti“ kroz različite modele psihološkog funkcionisanja, poput razlika u afektivnom vezivanju (Schwartz, Gleiser & Galperin, 2009) i relacione perspektive, geštalt teorije i terapije (Conte & Mione, 2013).

Kako poremećaji ishrane imaju sličan obrazac ponašanja kao zavisnosti? Šta je tu „objekat“ zavisnosti, koji bi bio paralelan alkoholu, heroinu, ili kockanju? Kod poremećaja ishrane fiksirani geštalt je jedinstvena kombinacija substanci i/ili ponašanja u vezi hranjenja ili kontrole telesne forme. Ta kombinacija može da uključuje šećer, jako masne-slane-slatke kombinacije hrane, hranu u velikoj količini, hranu koja se brzo jede/guta, koja krcka, koja je topla i kremasta (poput majčinog mleka), zatim – povraćanje, prekomerno vežbanje, jedenje noću, cikluse gladovanje – bindžovanje, celodnevno grickanje, ili samo gladovanje, merenje težine, zloupotrebu laksativa, žvakanje bez gutanja (isppljuvanje hrane), itd. Poremećaji ishrane imaju svoje osobenosti i ne mogu se svesti na bolesti zavisnosti, ali sam stava da se, usled oslanjanja na kategorički medicinski model, često zanemaruje srodnost ovih poremećaja.

### ***Druge kliničke kategorije***

Ako nastavimo dalje, kroz psihijatrijske dijagnoze, srećemo se sa poremećajima koji sadrže opisane karakteristike, iako neke karakteristike mogu da budu manje ili više naglašene, usled drugačijih okolnosti nastanka i razvoja, čime se dobija i drugačija klinička slika. Dva klastera poremećaja koja



bih spomenula u ovom kontekstu su Opsesivno-kompulsivni (OKP) i Poremećaji kontrole impulsa. OKP kao osnovne karakteristike sadrži opsesivne misli i kompulsije – ponašanja koja se nameću i ponavljaju sa malo ili nimalo doživljaja slobode osobe. Povezani poremećaji u istom klasteru uključuju telesnu dismorfiju (u čijem je središtu preokupacija telom ili delom tela), hording (ekscesivno sakupljanje nepotrebnih stvari), čupkanje dlaka i čupkanje kože. Ovi poremećaji mogu biti praćeni različitim emocionalnim stanjima – dosadom, anksioznošću, tenzijom i olakšanjem, zadovoljstvom pa i određenim stepenom automatizacije - odsustvom svesti da se radnja vrši. Kao diferencijalnu dijagnozu između OKP-a i anoreksije, DSM navodi da u OKP-u, „opsesije i kompulsije nisu ograničene na brigu o težini i hrani“ (DSM V, str. 241), što je dosta svedeno razlikovanje, orijentisano na različite objekte, tj. različit sadržaj repetitivnih misli i ponašanja. Dalje, diskutujući razliku između OKP-a i zavisnosti od substanci i bihevioralnih adikcija, DSM nudi samo da osoba u zavisnosti „uglavnom dobija zadovoljstvo iz aktivnosti i želi da im se odupre samo zbog negativnih posledica“ (DSM V, str. 242). Čak ni ova jedna razlika nije potpuna, već je stvar stepena: na strani zavisnosti uglavnom postoji zadovoljstvo, a na strani OKP-a uglavnom ne – ni jedno ni drugo nije nužno tako. Ovim fokusiranjem na slabosti diferencijalne dijagnostike želim da ukažem na deljeno jezgro poremećaja, ali ne želim da aludiram da je u pitanju jedan i isti poremećaj. Zaista, postoje značajne razlike u stilu ličnosti, razvojnoj dinamici, preokupacijama i temama koje ovakvi klijenti donose, što ima uticaj i na organizovanje tretmana.

Na kraju, auto-destruktivni obrasci ponašanja mogu da se prepoznaju i u klasteru poremećaja kontrole impulsa, tako što su figuralni izlivi besa. Interesantno je primetiti da se u svim ovim oblastima govori o kompromitovanoj funkciji kontrole: u OKPu srećemo naizgled preteranu kontrolu, a ovde imamo nedovoljnu kontrolu. Poremećaji impulsa se dele u različite podtipove na osnovu posledica gubitka kontrole (poput poremećaja ishrane koji se takođe „spoljno“ razlikuju na osnovu rizika i posledica) i sadrže brojne razvojne i terapijske osobenosti. Ipak, u različitim

sindromima iz ovog klastera možemo sresti pojavu napada besa – verbalnog i ponašajnog (agresija protiv imovine, sebe i drugih) pražnjenja koje ima značajne negativne posledice, a koje se uprkos posledicama ponavlja.

### ***Česta sub-klinička ispoljavanja***

U skladu sa dimenzionalnom prirodom duševnog zdravlja i bolesti, ne čudi da se auto-destruktivne forme samo-regulacije sreću i u sub-kliničkoj formi, čak češće nego u onoj formi koja opravdava F dijagnozu. To je bitno za terapijski rad, jer nas podseća da terapeuti nužno dolaze u susret sa ovim temama, čak i kada možda žele da ih zaobiđu, jer nisu podržani za rad u oblasti bolesti zavisnosti ili poremećaja ishrane. Naši „normalni“ klijenti će isto tako bežati u tzv. radoholizam, kompulsivnu kupovinu, preterano korišćenje socijalnih mreža, pornografije, itd:

Razumevanje upornog oslanjanja na: droge, alkohol, kompulzivno jedenje, kompulzivni seks, kompulzivno kockanje, i slično, zahteva njihovo identifikovanje kontekstualno kao metode da se obezbedi osećaj sigurnosti i iluzija kontrole kada su se pokušaji za njihovo pronalaženje intra-psihički ili unutar odnosa sa značajnim drugima ponavljano pokazali kao nebezbedni ili nezadovoljavajući. (Schwartz, Gleiser & Galperin, 2009, str. 1)

### **Tada i tamo: Trauma i stid**

U ovom poglavlju želim da predstavim najznačajnije elemente koji leže u osnovi razvoja auto-destruktivnih ponašanja. Ti elementi su: trauma i njeni aspekti: disocijacija, dezintegracija, poremećaj granica i stid. Trauma se može definisati kao “rezultat događaja, niza događaja ili seta okolnosti koje pojedinac doživljava kao fizički ili emocionalno štetne ili preteće i koji imaju dogotrajne negativne efekte na funkcionisanje u pogledu fizičkog, socijalnog, emocionalnog i/ili duhovnog blagostanja.” (Seubert, 2018, str. 72) Ova definicija traume ukazuje da traumatično iskustvo može biti određen događaj, ali ne nužno – može biti niz „malih“ događaja, ili niz propusta

– kao u slučaju zanemarivanja. Traumatično je i ono što se nije desilo, a trebalo je – tu pre svega mislim na nedostatke koji se dešavaju u ranim godinama života, neadekvatno roditeljstvo i stilove vezivanja, i druge vrste odsustva koji kumulativno kreiraju iskustvo razvojne traume.

Osobe koje pate od bolesti zavisnosti i od poremećaja ishrane imaju prepoznatljiva traumatska iskustva daleko češće nego što je to u opštoj populaciji. Na primer, jedna studija ukazuje da 54% žena koje pate od bulimije ima iskustvo viktimizacije radnjama koje spadaju u kriminalne, poput seksualnog ili fizičkog zlostavljanja (Seubert, 2018, str. 73). Procenat onih koje pate od manje uočljivih, razvojnih trauma je daleko veći.

Pintus (2017) sagledava iskustvo zavisnosti kao traumatsko iskustvo koje istrajava i povezuje nedostatke u roditeljskom staranju, podložnost iskustvu zavisnosti i efekte na neurobiološki sistem nagrađivanja. On ističe da je rana neusklađenost sa starateljima često prisutna u pozadini ovih klijenata kao element ranjivosti i prepoznaje da neostvarena potreba da se bude viđen može pronaći snažan kontejner u iskustvu zavisnosti. Međutim, značajno je i da on ide korak dalje: ne samo što je zavisnost odigravanje prethodne traume, već i samo predstavlja traumatsko iskustvo: susret sa objektom zavisnosti postaje figura koju je nemoguće integrisati u pozadinu jer je sveprožimajuća, a njeni efekti su previše snažni da bi tu integraciju omogućili (Pintus, 2011; Pintus i Crolle Santi, 2014; Cibin, Bettamin, Spolaor, i Hinnenthal, 2012 u Pintus 2017). Iskustvo zavisnosti tako postaje fiksirana, statična figura koja blokira dinamiku figura-pozadina i time osujećuje/sprečava pojavu drugih figura i sam rast organizma. Budući da na neurobiološkom nivou traumatska i iskustva zavisnosti ostavljaju slične posledice, ne čudi i zajednička fenomenologija: nedostatak integracije funkcija leve i desne hemisfere mozga (emocionalne i kognitivne funkcije), poremećen doživljaj protoka vremena prošlost-sadašnjost-budućnost, osiromašeno, opustošeno polje (tzv. *horizont* u Brownell i Schulthess, 2013). Osoba izražava intencionalnost ka intimnom pripadanju, ali ne uspeva da je ostvari u odnosu sa Drugim, već sa objektom ili praksom zavisnosti – okreće se ka samo-

dovoljnosti, izolaciji i monologu. Naravno, i „rešenje“ za traumatsko i iskustvo zavisnosti je zajedničko: prisustvo Drugog na granici kontakta – nekoga ko je sposoban za empatični odgovor, tako omogućavajući obradu prethodnih iskustava i podršku za bavljenje traumom i uvežbavanje novih načina kontaktiranja.

Braunel i Šultes govoreći o iskustvu zavisnosti i ponašanjima koja označavaju kao samo-lečenje (self-medicating) opisuju da je osoba „zaglavljena“ u svetu halucinacija. Naime, snažna neispunjena potreba može da kreira objekat, figuru, čak i kad objekta nema, a od fragmenata sećanja – u pitanju je tzv. „neurotska halucinacija“ (Perls, Hefferline i Goodman, 1951. u Brownell i Schulthess, 2013, str. 369). Osoba na taj način zagledana u svoj objekat ineteresovanja, ne obraća stvarnu pažnju na ono što se dešava u sadašnjem polju, ne uzima u sebe novinu i ne raste. Ovo su sve tipične odlike ne samo ekstermnih formi auto-destruktivnog ponašanja, već i post-traumatskih stanja.

### ***Disocijacija i odigravanje traume***

Iskustvo traume uključuje i proces disocijacije. Disocijacija je vrsta odbrane od preplavljujućih negativnih iskustava kojom se deo selfa koji sadrži ta osećanja cepa, tj. ne doživljava kao „ja“. Ovo cepanje se može videti i na nivou slike o telu – slika nije integrisana, već iz delova, koji su manje ili više prihvatljivi, a i telo se u celini objektivizuje, doživljava kao ne-ja. Zatim, različiti delovi selfa mogu da preuzimaju različite uloge u odigravanju auto-destruktivnog ciklusa – npr. poželjni, restruktivni, hiper-kontrolišući deo selfa (Perlsov top-dog) naspurot nepoželjnom, vrednom prezira, nezajažljivom, nekontrolisanom i nekontrolabilnom delu selfa (Perlsov under-dog). Trauma takođe stvara jedno stanje zaglavljenosti u kome osoba iznova i iznova proživljava ili odigrava traumu, u pokušaju da je razreši, kroz snove, flashback-ove, ali i kroz ponašanja. S obzirom na to da je disocijacija konstitutivni aspekt traume, ne čudi i da se sam poremećaj koji sadrži auto-destruktivno ponašanje može osmisliti kao strategija disocijacije, gde se disocira, uklanja potreba za drugima (ili bilo koja potreba i osećanje), a fiksirana je figura adiktivne supstance/hrane/besa/itd.

Fridmanova (Friedman, 1999) opisuje seksualnu komulsivnost kao stanje disocijacije čiji je cilj promena raspoloženja i uklanjanje bola. Osoba može doći u stanje transa koje predstavlja ekstremni pol odsustva svesnosti i povezanosti, dok je Gestalt terapija druga polarnost: Fridmanova je opisuje kao rast u svesnosti i povezivanje sa sobom i drugima.

### ***Dezintegracija i oslabljene granice***

Disocijacija dovodi do fragmentacije različitog stepena, a fragmentiran self onemogućava klijenta da osvesti svoje potrebe; on nema “za šta da se uhvati”, čest je osećaj da “nije stvaran”, da je prazan, da ne pripada ili da je uljez (praćeno inherentim iskustvom kontradikcije i konflikta), izostaje osećanje postignuća i zadovoljstva. Upravo je i jedan od ciljeva terapije integracija selfa, upoznavanje, razumevanje i prihvatanje otcepljenih delova (Seubert, 2018). Geštalt terapija u tom pogledu može mnogo da ponudi kroz eksperimente, rad na polarnostima i rad na telu.

Ovo stanje, gde klijent nema “za šta da se uhvari”, tj. ne poseduje dovoljno dobar ground, dovodi do prekomerne otvorenosti na eksternu procenu i stimulse. Iz Geštalt perspektive, u pitanju je problem neadekvatnih granica. U iskustvu tipičnom za zloupotrebu supstanci ili za prejedanje bez značajnih perioda restrikcije, slika o sebi se čuva kroz pokušaj udovoljavanja drugima i njihovim potrebama, dok se potrebe klijenta koncentrišu u polje kontaktiranja sa fiksiranim geštaltom – drogom, prejedanjem, alkoholom, itd. (Conte & Mione, 2013) To nije jedino „rešenje“: na primer, klijent sa tipično bulimičnim iskustvom će čuvati sliku o sebi koja će eksterno biti validirana, kroz hiperaktiviran ego čiji je cilj ideal fizičkog izgleda (koji je socijalno poželjan, onako kako to klijent razume) pokušavajući da kontroliše i eliminiše svoje potrebe, dok njihov pritisak ne bude nepodnošljiv, vodeći u prejedanje (kao alternativu ispunjavanja potreba).

Opisujući ono što nazivaju „zavisnost od ljubavi“ (love addiction), Rafagnino & Zerbeto opisuju obrazac ponašanja u kome se osoba tretira kao objekat auto-destruktivnog ciklusa. Uspostavlja se odnos koji nije hranljiv, koji se odlikuje neadekvatnim granicama, konfluencijom, objektivacijom,

idealizacijom, pokušajima kontrole, itd. Drugačije rečeno, osoba snažno čezne za Ja-Ti odnosom, ali iznova završava u Ja-To odnosu, jer ne prihvata drugu osobu kao odvojeno biće. Ovakav obrazac je zapravo česta pojava kod članova porodice zavisnika, koji se onda označavaju kao ko-zavisnici. Nigde nije tako jasno da je auto-destruktivno ponašnje stvar kvaliteta tj. procesa, a ne stvar sadržaja – ovde je sadržaj „ono pravo“ – drugo ljudsko biće. Nažalost, ako se to drugo biće tretira kao produžetak sopstvenih potreba (ili se osoba postavi u ulogu produžetka potreba tog drugog), susret nije moguć. U ovoj situaciji vidimo kako rad disocijacije, cepanja selfa i projekcije može da nađe rešenje: self klijenta može da se identifikuje sa određenim elementima – zavisnosti, slabosti, inhibiranosti, sa negativnom samo-procenom, a na drugog projektuje drugi pol (npr. snage, hrabrosti, odlučnosti, sposobnosti, itd.) Delom je ovo slučaj sa svakim zaljubljuvanjem, ali u zdravom odnosu, self vremenom re-integriše napuštene elemente i raste, a patološki odnosi onemogućavaju ili čak produbljuju fragmentaciju, a granice ostaju nejasne (Raffagnino & Zerbetto, 2019). U ovom svetlu je interesantan nalaz istraživanja da ljudi sa gojaznošću (koja se može posmatrati kao auto-destruktivno ponašanje sa hranom u središtu) najčešće koriste konfluenciju kao mehanizam odbrane, izbegavaju konflikt, teško im je da kažu „ne“ ili „ja“, a radije su poslušni i govore „da“ i „mi“ (Özgür et al., 2017).

Da sumiram: traumatsko iskustvo povlači sa sobom kaskadu promena i prilagođavanja, uključujući disocijaciju, ponavljanje traume, fragmentaciju i disfunkcionalne granice. Organizam koji je opterećen ovakvom dinamikom često će pribegavati auto-destruktivnim oblicima ponašanja u pokušaju da dosegne kakvu-takvu, makar trenutnu i delimičnu ravnotežu. Posebno mesto u ovom „metabolizmu“ zauzima stid, kao aspekt traume koji je značajan faktor kako razvoja, tako i prevazilaženja poremećaja.

## *Stid*

Stid u kontekstu rada sa auto-destruktivnim ponašanjima deluje kao lako prepoznatljiva tema, ali se u radu ispostavlja da ono što je “vidljivi” stid zapravo predstavlja vrh ledenog brega, tj. odigravanje jednog dubljeg ukorenjenog stida nastalog u traumatičnom iskustvu. Da pođemo od onoga što je prepoznatljivo – stid se javlja nakon epizode auto-destruktivnog ponašanja (napada besa, prejedanja, opijanja, kompulsivne kupovine, kockanja...) zajedno sa krivicom, strahom i drugim intenzivnim osećanjima, koja motivišu osobu na kompenzatorne mehanizme, nadomešćivanje štete, skrivanje, itd. Dalje, stid može biti stid zbog tela, najintenzivnije u poremećajima ishrane – jer telo ne ispunjava kriterijume pa onemogućava eksternu potvrdu vrednosti koja je tako preko potrebna. Iskrivljena slika o telu jedan je od osnovnih aspekata poremećaja ishrane. Telo ne samo da je podložno fragmentaciji i objektivizovano, već služi da se u njega „smeste“ frgmentirani delovi selfa koji su neprihvatljivi i obeleženi stidom. (Nemirinskiy, 2013; Seijo, 2011, 2016, citirano u Seubert, 2018, str. 77) Ovakav „mal-tretman“ tela nije ograničen na poremećaje ishrane – prilikom zavisnosti od substanci, postoji jedna vrsta borbe sa telom, prilikom ponašajnih adikcija, telesne potrebe se otcepljuju (osoba može da kocka ili igra igrice po 36 i više sati bez pauze), napadi besa mogu da uključuju i samopovređivanje, itd.

Odakle sav taj stid koji se odigrava, otcepljuje – metaboliše na razne relativno neefikasne načine? Stid je odbrambeni mehanizam kojim se dete, a kasnije odrasli štiti u odnosu sa značajnim drugim, kada je taj odnos ugrožen kritikizmom, ismevanjem, obezvređivanjem, ignorisanjem i drugim ponižavajućim iskustvima. Paralelno sa tim, stid je izraz nesvesne nade da će značajni drugi, koji je počinilac povrede, popraviti i osigurati kontakt – kao da dete kaže “ako postanem ono za šta me ti smatraš, hoćeš li me onda voleti?”. (Erskine, 1995, str. 112) Stid se javlja zarad potrebe da se kontakt sa roditeljem zaštiti tako što se on introjektuje, a introjektuje se kao kritikujući, zanemarujući, ponižavajući drugi – čime se dete, a kasnije odrasli klijent “umanjuje”. Dalje, stid čini da osećanja i

potrebe neprihvatljive za roditelja, kao što su tuga ili strah, ostanu neprepoznata i izvan kontakta. Zapravo, stid ne prikriva samo negativna osećanja, već bilo koji drugi afekat poput radosti i trijumfa – bilo šta što je neprihvatljivo u odnosu. Na kraju, stid služi da ukloni i retroflektuje bes koji je nastao kao rezultat nastale povrede, čime se gubi značajan aspekt selfa – potreba da osoba i njene potrebe budu shvaćene ozbiljno i da uopšte ima mogućnost da značajno utiče na drugog. (Erskine, 1995, str. 109). To sve rezultuje time da su osobe sa izraženim nivoom stida jako samo-kritične (Đurović, 2011, str. 104), osetljive na kritiku drugih i nemaju stabilno vrednovanje sebe, što za posledicu ima sklonost auto-destruktivnim formama samo-regulacije i negativnom afektu, do komorbiditeta sa anksioznim i depresivnim poremećajima.

### **Rad sa stidom**

Postoji mnogo načina rada sa stidom, i svi mogu biti značajni za klijenta. Čak i izvan individualne terapijske situacije, značajan izvor podrške na radu sa stidom predstavljaju grupni modeli podrške – grupna terapija, grupe samopomoći i dr. Dalje, korisno je vraćanje u telo, kroz svesnost u ovde i sada, eksperimente, rad na polarnostima i drugo. Zapravo, stid se može zamisliti kao buđ – ako se izlaže svetlu, on se rastvara i gubi. Svetlo bi ovde bilo metafora za dovoljno dobrog značajnog drugog, poput terapeuta, terapeuta koji uvažava i validira postojanje problema u primarnom odnosu, što je protivteža pokušajima da se problem (npr. iskustvo ponižavanja, kritikovanja, ignorisanja, zlostavljanja, itd) negira procesom stida.

Stid predstavlja izazov u radu od prvog trenutka kada se klijent pojavi. Prvo, na najbazičniji način – klijent sakriva teškoće koje ima. Ukoliko su te teškoće u oblasti auto-destruktivnog ponašanja, postoji određena doza socijalne nepoželjnosti, a sa njom i straha od odbacivanja, za većinu tih ponašanja – kompulsivnu upotrebu alkohola, narkotika, seksualni aktinng out, bulimiju, itd. Većina zavisnika od supstanci i alkohola ne traži pomoć, odnos identifikovanih zavisnika u odnosu na neidentifikovane se kreće od 1:3 do 1:13 (Ramey, 1998, str. 202). Kako je u prirodi ekstremnijih



formi auto-destruktivnih ponašanja da otupljuju osobu, čineći je neprisutnom i ograničeno sposobnom za kontakt, dok god klijent aktivno upražnjava tajno disfunkcionalno ponašanje – ne može da napreduje ni u naizgled nepovezanim oblastima života, a pri tome je opasnost i patnja od auto-destruktivnog ponašanja i dalje tu. Iz ovih razloga je važno da terapeut u inicijalnim kontaktima sa klijentom proveri uobičajene teškoće ili teškoće na koje sumnja iz bilo kog razloga – uključujući konzumiranje alkohola, droga i lekova, samo-povređivanje, odnos sa telom i hranom, probleme sa zakonom, i sl. Ovakav pristup ne znači da terapeut odbija rad sa klijentom dok god on pokazuje otpor prema promeni u odnosu na neko auto-destruktivno ponašanje. Terapeut je i dalje odgovoran da kontinuirano i pažljivo procenjuje sopstvenu pogodnost i podržanost za rad sa specifičnim klijentom. Najbolji pristup takvim otporima, je isti onaj pristup koji postoji prema bilo kakvim otporima, terapeut se kreće oprezno, uz kreativnu nezainteresovanost, istraživanje, neinsistiranje na ishodu, eksperimente čiji je cilj uvećanje svesnosti i dijalog medju polaritetima, itd (Ramey, 1998).

Dalje, ako klijent može da prevaziđe otpor i stid zbog stigmatizovanog izbora samo-regulacije, sama terapijska situacija može biti mnogo ili previše provokativna. Viler iznosi pretpostavku da je osećaj stida (ili straha od stida) glavni faktor u potpunom prekidu terapije, jer klijent može da se nađe unemogućoj situaciji – on čezne da ga neko čuje i vidi, ali je to iskustvo previše izlažuće za njega (Wheeler, 1996, u Gillie, 2000). Lin Džejkobs govori o tome da klijent opterećen stidom može u terapijskoj situaciji da se oseća u kao teret, kao nepoželjan, nedobrodošao ili odvratan terapeutu, a da stid dodatno provocira činjenica da terapeut više zna o njemu nego obrnuto – odnos je asimetričan i klijent je izložen (Jacobs, 2013). To je ujedno i razlog zašto je samootkrivanje terapeuta u pogledu lične istorije ili ranjivosti potencijalno umirujuće za klijenta. S druge strane, ako je to samootkrivanje u vezi klijenta – kako ga terapeut doživljava ili šta je primetio – efekt može biti suprotan, tj. štetan, jer može signalizirati klijentu da terapeut zna stvari o njemu koje su tajne ili koje možda ni on sam ne zna – ponovo produbljujući doživljaj izloženosti. Džejkobs navodi i primer klijenta koji bi ulazio

u stanje dubokog stida, a zatim i besa kada je izložen tuđim granicama, uključujući i granice terapijskog setinga. Klijent bi bio postuđen tim iskustvom, jer bi ga tumačio kao lično odbijanje, kao potvrdu da on nije vredan ozbiljnog razmatranja (Jacobs, 2013, str. 88).

Stid kreira nešto nalik minskom polju za klijenta i terapeuta, dok oni pokušavaju da se sretnu. Ipak, ako se stid razume u svom pozitivnom svetlu, kao pokušaj zaštite i nade, kao signal da je Drugi destabilišući i da odnos nije dovoljno dobar, onda je lakše razumeti i cilj rada sa stidom – pružanje iskustva odnosa sa Drugim, koji doprinosi integraciji. Terapeut pažljivo istražuje, validira i normalizuje iskustvo klijenta:

Učešće psihoterapeuta u razmenama koje priznaju, potvrđuju i normalizuju klijentovo fenomenološko iskustvo je protivotrov za toksičnost odbacivanja postojanja i značaja odnosa ili za odbacivanje odgovornosti Drugog za rešavanje poremećaja u odnosu. Pouzdano, usklađeno prisustvo terapeuta je protivotrov za umanjivanje vrednosti osobe (Bergman, 1991; Jerdan, 1989; Miller, 1987; Smy, 1985; u Erskine, 1995, str. 116)

Dakle, prisustvo terapeuta u odnosu i odgovornost za taj odnos, šalje poruku klijentu da on jeste važan, vredan poštovanja i u stanju da dosegne Drugog.

### **Sada i ovde: ciklus kontakta**

U prethodnom poglavlju govorila sam o razvojnim, istorijskim uslovima koji pogoduju razvoju auto-destruktivnih obrazaca, a u ovom poglavlju ću se fokusirati na način na koji osoba održava ili produbljuje štetne obrasce u sadašnjem trenutku, sa namerom da pokažem kako osnovni Geštalt koncepti doprinose razumevanju ovog polja. Jedan od osnovnih načina na koji Geštalt govori o zdravlju i poremećaju je iz ugla ciklusa kontakta sa modifikacijama koje ga mogu učiniti manje ili više patološkim.

Ciklus kontakta je ujedno i ciklus stvaranja i destrukcije figure ili ciklus iskustva. U prvoj fazi kontakta, ili pre kontakta, telo i primarni i sekundarni fiziološki procesi formiraju pozadinu – u

trenutnoj situaciji ništa ne izranja kao figura, jer se osoba odmara ili je uključena u aktivnosti iz kojih može da bude isključena u pogledu svesnosti. Zatim, nešto izranja stvarajući pritisak – telesna senzacija, percepcija eksternog stimulusa, potreba, želja, nezavršena situacija koja se nameće u sada i ovde (npr. žeđ, potreba za nežnošću majke, potreba da se završi fakultet). Nakon što se potreba pojavi, javlja se svesnost o njoj i to je ujedno početak formiranja figure, zatim sledi mobilizacija energije i akcija (npr. da se ustane po vodu, da beba plače, da se pripremi prijemni, a zatim i svi drugi ispiti). Nakon akcije, dešava se pun kontakt organizam-sredina, u kome je figura jaka, jasno odvojena od pozadine i u kome organizam uzima u sebe odabrane elemente iz sredine, a odbacuje sve ostalo (npr. pije vodu, biva zagrljeno, diplomira). Zatim sledi povlačenje, asimilacija uzetog i, posledično, promena organizma, njegov rast, pod uticajem onoga što je uzeto iz sredine i sada je deo organizma. Nakon povlačenja, organizam je ponovo u jednom stanju mirovanja, tzv. plodne praznine, spremno za nove cikluse. Iz ovih primera, vidimo da se ciklusi iskustva odvijaju u različitim vremenskim okvirima, od par sekundi do celog života i da se nalaze na različitim pojavnim ravnama. Ipak u svakom trenutku, u svakom sada, postoji jedan, dominantan ciklus u koji je organizam uključen, o kome ima svesnost. Svesnost je od velikog značaja jer označava odgovornost i mogućnost izbora – sa čim će se Ja identifikovati i pounutriti, a šta će odbaciti. Ciklus kontakta, tj. iskustva je praćen prvo porastom energije, da bi nakon punog kontakta, ta energija opadala. Geštalt prihvata fenomenološki stav da ne postoji indiferentna, neutralna stvarnost, već je naše opažanje uvek intencionalno, a uzbuđenje prati ceo ciklus. S obzirom na prisutno uzbuđenje, neizvesnost i novinu kontakta, još jedan značajan element je neophodnost podrške da se ciklus ostvari: da bi se stimulus prepoznao i priznao, i time preveo iz fiziološkog potencijala figure u psihološku aktualnost figure, mora da postoji Ja čiji je to stimulus – Ja koje formira figuru, a ono se može izdvojiti samo ako postoji podrška. Kada sredina ne pruža dovoljno podrške tako da je nemoguće izdvojiti jasnu figuru sa kojom bi se ušlo u pun kontakt i koja bi bila asimilovana, organizam bira mehanizme prekida i

inhibicije tog kontakta. U pitanju je kreativna adaptacija organizma, kojim on odustaje od ispunjenja neke potrebe, zarad nekih drugih ciklusa, koje je moguće ostvariti, tj. dovršiti. Ako postoji prekid kontakta, to ujedno znači i sprečavanje pojave uzbuđenja zbog izranjajuće figure, tako da se umesto uzbuđenja, oseća anksioznost. Kada Ja ne može da se izdvoji u kontekstu specifičnog ciklusa iskustva, uzbuđenje je „zarobljeno“ na fiziloškom nivou, drugim rečima – uzbuđenje je potisnuto i nesvesno, ne prevodi se u osećanja.

### ***Modifikacije ciklusa kod autodestruktivnih obrazaca ponašanja***

Kod osoba kod kojih je rigidno učvršćen patološki ciklus sa fiksiranom figurom, dolazi do specifičnih modifikacija ciklusa kontakta. Opis ovih modifikacija je veoma značajan u praksi za razumevanje ponašanja koja nekada mogu biti naizgled besmislena ali i za planiranje i praćenje napredovanja terapije. Klemens je opisao navedene modifikacije u kontekstu zavisnika koji teže da ciklus svedu na krug senzacija-akcija:

Zavisnici pokušavaju brzo da dođu do sredine ciklusa, izbegavajući sporo podizanje energije koje postoji u većini svakodnevnih situacija. Intoksikacija omogućava zavisniku da skрати ovaj period prelazeći na akciju. Dodatno, kako zavisnici nastavljaju sa zloupotrebom, imaju manje tolerancije za drugu polovinu ciklusa, manje tolerancije za sporiji tempo stvaranja značenja ili integracije iskustva. (Clemmens, 2005a, str. 8)

Osnova iz koje se formira figura je osiromašena – senzacije se ili ne doživljavaju, ne prevode u svesnost ili se doživljavaju kao neprijatnost ili prisila za upotrebom. Svesnost je maglovita i vezana za fiksiranu figuru (zloupotreba narkotika, alkohola, hrane, seksa, poslovnih zadataka, itd.), a mobilizacija energije je ubrzana i plitka. Akcija je nefleksibilna ili impulsivna, a kontakt se doživljava kao olakšanje, euforija ili desenzitizacija. Asimilacija je minimalna, jer kontakt nije bio hranljiv, osoba je u stanju bukvalne ili figurativne opijenosti - neprisutnosti na kognitivnom, emocijlanom i/ili telesnom planu. Povlačenje se izbegava usled konfluencije sa objektom auto-

destruktivnog ponašanja, fiksirana figura nije destruirana, ne povlači se i nema zadovoljenja i rasta. (Bratina & Stefanović, 2020; Brownell & Schulthess, 2013; Clemmens 2005a; 2005b)

Ovde je bitno podsetiti da prekid upotrebe supstance ili apstinencija od kompulsivnog ponašanja ne dovodi do regeneracije ciklusa iskustva u svoj pun oblik – to je razlika između kontrole simptoma i stvarnog oporavka o kojoj će kasnije više biti reči. Ako klijent neko vreme i apstinira, bez aktivnog rada na učenju novog načina kontakta sa sobom i svetom, on će nastaviti da „propušta“ sve svoje potrebe kroz suženi ciklus obeležen smenjivanjem para senzacija-akcija. Već sam pomenula da nije objekat taj koji određuje „zdravlje“ nekog ponašanja, već sam kvalitet ponašanja (u geštalt terminologiji – oslanjanje na „estetski kriterijum“ zdravlja (Francesetti, 2013)) pa se tako i druge osobe ili transpersonalni Drugi mogu zloupotrebljavati kao objekti. U krugovima oporavka od zavisnosti se koristi interesantan termin - „spiritual bypass“, tj „duhovni bajpas“ – koji označava čak i zloupotrebu duhovnosti kao zamene, kao novog središta auto-destruktivnog stila življenja, tako što se pojave i resursi duhovnog života koriste da osoba zaobiđe (odatle – bajpas) sopstvena osećanja, probleme življenja, zahteve okoline, potrebu za učenjem i rastom, itd.

### *Nedovršeni poslovi*

Osoba sklona auto-destruktivnom ponašanju, stupajući u opisani ciklus, propušta priliku da zatvori druge cikluse, odnosno, ostvari druge potrebe. Kako je u osnovi organizmičke samo-regulacije težnja da se svaka figura jasno formira i tek zatim povuče u pozadinu, svaka nedovršena figura teži da postane svesna, tj. da ponovo postane figura i da se dovrši tako da crpi određenu količinu energije da bi se držala potisnuta u pozadini. Te nedovršene figure ili neispunjene potrebe predstavljaju nezavršene poslove, koji predstavljaju jednu vrstu energetskog tereta koji čovek nosi sa sobom. To znači da, pored onih problema koji su pokrenuli osobu da počne da se oslanja na auto-destruktivno ponašanje, samo učestvovanje u tom ponašanju stvara dodatne razloge da osoba ostane u ciklusu – osoba više ne izbegava samo bol primarne traume, već i bol svesnosti o propuštenim ili uništenim

prilikama za obrazovanje, intimne odnose, karijeru, interesovanja, zdravlje, itd – sve ono što život može da čini ostvarenim i što opravdava patnju inherentnu životu. Možemo reći da je otpor promeni višestruk: priroda auto-destruktivnog ponašanja umanjuje mogućnost osobe da slobodno izabere drugu figuru, budući da su svesnost i fleksibilnost umanjene automatskim ponavljanjem fiksirane figure (umanjena sloboda da bira drugačije), a posledice auto-destruktivnog ponašanja umnožavaju razloge zašto je bezbednije ostati u konfluenciji sa fiksiranom figurom – čine bol i teret nezavršenih poslova većim (uvećana motivacija da ostane u istom).

### ***Značenje simptoma i kreativna adaptacija***

Mojih dvadeset godina kliničkog iskustva me je naučilo da je većina „zavisnih“ pojedinaca iskusila traumu, uskraćenost i zanemarivanje u različitim stepenima i da je naučila da organizuje svoje iskustvo oko izbegavanja dubokog izvora bola i stida koji su se nakupili u njihovim životima. Kada klijenti postanu svesni kako su polako došli do zavisnosti ili zloupotrebe, osećaju neverovatno olakšanje, jer njihovo ponašanje počinje da ima smisla za njih. Ovaj pristup ne podstiče izgovore i okrivljavanje; nego pruža jedan „aha“ doživljaj i razotkriva uvažavanje nečije duboke mudrosti, samoregulacije i integriteta. (Helga Matzko kao sagovornik u Clemmens, 2005b, str. 283)

Geštalt razumeva simptome, uključujući i auto-destruktivna ponašanja, kao zastarele kreativne adaptacije (model individualnog klijenta kao „identifikovanog pacijenta“), kao odigravanje i komunikaciju nedostatka podrške (relacioni model) i kao odsustvo u polju (model polja) (Francesetti & Roubal, 2022).

Ako prvo pogledamo individualni pristup, možemo sagledati auto-destruktivna ponašanja kao kreativnu adaptaciju na prošla stanja koja je u „ovde i sada“ izgubila i kreativnost i adaptabilnost. Veoma je korisno vraćati se na ovaj model u radu sa zavisnicima, sa osobama koje boluju od poremećaja ishrane ili drugih vidova patnje za koje je teško sagledati kako oni „služe“ klijentu.

Klemens opisuje različite načine na koje ova adaptacija služi klijentu – oni utiču na svoje senzacije, mogu da izbegnu nepoželjna iskustva, da lakše izvršavaju zadatke, da snažnije organizuju polje i integrišu sebe, da kreiraju doživljaj povezanosti, a navodi i značaj samog odnosa sa objektom auto-destruktivnog ciklusa:

U čemu je onda prednost istrajavanja zavisnika u obrazcu intoksikacije uprkos naknadnom sužavanju životnog iskustva? Često je stalni preferirani rezultat za zavisnika održavanje stanja intoksikacije. Drugi način da se to izrazi je to zavisnici imaju odnos sa drogom koju poznaju, vrednuju i identifikuju se sa njom, kao sa međuljudskim odnosom...bez perspektive samoregulacije svako adiktivno ponašanje izgleda ili kao besmislena disfunkcija ili kao simptom neke bolesti. (Clemmens, 2005a, str. 3)

Vajt (White, 1999) predstavlja model rada sa klijentima u auto-destruktivnom ciklusu, u ranoj fazi - od aktivne upotrebe i poricanja problema do odluke da se prekine upotreba i radi na (re)kreiranju drugih odnosa upravo kroz prizmu odnosa između osobe i droge – odnosa koji mora da pretrpi promenu, kako bi se osoba oslobodila da stvara i ojačava druge odnose.

#### *Auto-destruktivna ponašanja kao komunikacija ili odigravanje*

Simptomi su, dakle, naizgled proizvoljne ili misteriozne patološke pojave duševnog, emocionalnog pa i telesnog života, a zapravo predstavljaju odgovor na nemoguću situaciju, pokušaj kompenzacije, poziv u pomoć i prenose značenje o podršci koja nedostaje kako bi se figura formirala, kako bi došlo do kontakta, promene i rasta. Kada napustimo ograničeno polje individualnog pristupa klijentu i orijentišemo se relaciono, potrebno je da pogledamo šta to sve klijent komunicira svojim ponašanjem – kakvu relacionu dinamiku odigrava. Ako se podsetimo da je u istoriji ovih klijenata česta trauma, a sa njom i procesi disocijacije, cepanja, otuđenja delova selfa, s obzirom na postojanje fragmentacije, postoje brojne opcije u pogledu relacione dinamike, kako intra-psihički, tako i u odnosima. Na primer, anoreksični self može negirati sve potrebe, kako za ljudima tako i za hranom,

a paralelno može pokušavati da privuče pažnju prikazujući svoju patnju na dramatičan način, telesnom težinom koja je rizična po život. Bulimični self može da oscilira od preokupiranosti da dostigne spoljašnji ideal lepote, uz istovremeno izbegavanje sopstvenih fizioloških potreba za hranjenjem i odmorom, da bi zatim postao preokupiran, preplavljen impulsom za hranom, praćenim snažnim negativnim osećanjima kako bi se privukla pažnja drugih. Self klijenata sklonih prejedanju bez rituala čišćenja kaže „meni ne treba ništa od ljudi, ja mogu njima da služim“, dok prejedanje govori – „moje potrebe su ogromne i ne mogu da se zasitim“ (Conte & Mione, 2013). Ovo su samo osnovni primeri vezani za poremećaje ishrane, svaka osoba ima jedinstvenu priču čiji se delići kriju u njenim simptomima i čekaju da ih neko ponovo sastavi. Da je klijent mogao sam, ne bi ti delovi bili rasuti kao auto-destruktivno ponašanje – potrebno je prisustvo terapeuta, ili uopštenije Drugog koji voli, koji je integrišući, bezbedan, hranljiv, spreman da ponudi sebe, itd.

## **Uzdržanje i prevazilaženje – abstinencija i oporavak**

### ***Rani oporavak: kontrola simptoma, relaps i podrška***

U ranim fazama rada neophodan je fokus na kontroli simptoma u smislu uzdržanja od disfunkcionalnog ponašanja. Nekada to čak nije ni prvi korak, već terapeut radi sa klijentom na razvoju motivacije i svesnosti, a zatim i plana za prekid, tj. apstinenciju (Matzko, 1997; White, 1999; Conte & Mione, 2013). Cilj terapije nije kontrola simptoma već suštinski oporavak, ali terapeut u tom kontekstu mora da upravlja očekivanjima – svojim, klijentovim, a nekada i širim poljem – partnerom ili porodicom klijenta ili drugim pomagačima. Kontrola simptoma je često nužna ne samo na početku terapije, kada oni mogu da ugrožavaju život, zdravlje i mogućnost kontakta sa terapeutom i terapijskim iskustvom, već i kasnije, tokom oporavka, u manjoj ili većoj meri. Ne treba zaboraviti da mnogi klijenti dolaze na terapiju kako bi postigli sopstveni ideal emocionalne nezavisnosti ili kontrole, u pokušaju da preplavljujuće emocionalne potrebe nekako uklone i kako bi bili uspešniji u svom obrascu i pokušaju samo-dovoljnosti, ne da zaista nešto promene, tako da je motivacija klijenta



promenljiva i opterećena snažnom ambivalencijom, tj. konfliktnim ciljevima i potrebama. S obzirom na to, i na sve teškoće koje se javljaju u oporavku, terapeut mora uvek da obraća pažnju da li je sam u terapijskim naporima. Sam – bez klijenta ili brže od klijenta i sam – bez drugih izvora podrške koji će omogućiti kontrolu simptoma, pružiti edukaciju, lečiti fizičke posledice poremećaja, raditi na rešavanju komorbiditeta, itd. Najčešće su ti drugi psihijatri, terapeuti koji rade sa porodicom, nutricionisti, endokrinolozi, grupe samopodrške itd. Terapeut ne samo da treba da ohrabruje klijenta da se okruži ovakvom podrškom, već ponekad mora i insistirati na tome, ukoliko su simptomi prekomerno ugrožavajući (npr. u anoreksiji ili kod zloupotrebe nekih supstanci). Dalje, terapeut treba da funkcioniše kao integrator ovih iskustava i kontakata, tako da klijent nije fragmentiran među njima.

Apstinencija nije krajnji cilj, međutim ona nije uvek ni lako dostižna ni održiva – relaps je često iskustvo klijenata sa auto-destruktivnim oblicima ponašanja. Relaps može biti izolovana epizoda zloupotrebe supstance ili kompulsivnog ponašanja, može trajati par dana, nedelja ili meseci. Što je ponašanje dramatičnije ukorenjeno, relaps kao iskustvo može biti više poražavajuće i činiti oštriji kontrast u odnosu na iskustvo oporavka. Kada dodje do relapsa, klijent može da ima osećaj da je sve izgubljeno, propalo, da se oporavak nije ni desio, da je bio “lažan” (što je self više fragmentiran, iskustvo je intenzivnije), nema nade i slično. Terapeut je taj koji čuva nadu i osećaj kontinuiteta u procesu oporavka koji retko kada odgovara očekivanjima linearne uzlazne putanje i podržava proces učenja iz relapsa i povratka u apstinenciju. Svaka promena, uključujući i promenu odnosa sa drogom, hranom, telom, besom, radom, itd. mora da se konsoliduje ponavljanim iskustvom i doživljajem, kako bi „uzela maha“, tj. našla uporište i bila doživljena kao Ja. Može delovati iznenađujuće da je potrebno vežbanje, eksperimentisanje i disciplina, ako smo rekli da je organizam samo-regulišući i da se ciklus kontakta odlikuje spontanošću, energizacijom i uzbuđenjem – gde je tu „mudrost organizma“? Razlog tome je što i ciklus kojim se formira fiksirani Geštalt, dakle ciklus kontakta čiji

je kvalitet slab, tj. koji je odigravanje starih obrazaca, takođe ima svoju spontanost, nastalu ponavljanjem i vežbom (Perls, Hefnerlin i Gudman, 1951, str. 25), što su takvi obrasci više u upotrebi, to je stepen automatizacije veći, a intenzivnije se zaboravlja da su tu ranije bile drugačije potrebe i da su bili dostupni drugačiji načini ponašanja (sužavanje *horizonta* kod zavisnika, Brownell & Schulthess, 2013; Clemmens 2005a; 2005b). Dakle, klijentu je na početku terapije malo ili nimalo dostupno oslanjanje na intuitivnu mudrost organizma, on nije dovoljno slobodan da izabere način svog učestvovanja u polju organizam/sredina i može mu biti neophodna podrška da održi granicu između sebe i središta svog destruktivnog obrasca. Novi načini kontaktiranja sa sobom i svetom su neugodni, nevešti, doživljavaju se kao izveštačeni, lažni, opasni ili makar bespotrebno naporni, dok ustaljeni obrasci ponašanja, tj. fiksirani geštalti se odvijaju lako, automatski i deluju stvarno – u njih je već uloženo mnogo iskustva i vežbe. Eksperimentisanje i vežbanje novih obrazaca ponašanja zahteva značajan iskorak i skok vere motivisan dovoljno dobrim odnosom sa terapeutom, ali i patnjom koju auto-destruktivno ponašanje stvara, koja može dovesti do kolapsa (Clemmens, 2005a), do egzistencijalne horizontalnosti (Knowles u Clemmens, 2005a, str. 24), tj. do „pada na dno“ (*touching bottom*, u terminologiji grupa samo-podrške).

U nekom trenutku, terapijski rad može da se defokusira od simptoma i orijentiše na pitanja oporavka i na druge odnose (sa sobom, drugima i transpersonalnim), usled stabilno uspostavljene apstinencije, usled perioda mira ili remisije između epizoda ili jednostavno usled kapaciteta klijenta, tj. njegove očuvanosti i prisutnosti u nekim oblastima uprkos postojanju auto-destrukcije. Kada taj trenutak nastupi, terapijski rad može da se sagleda i koncipira iz individualnog, relacionog i iz ugla teorije polja, isto kao što smo tako mogli da sagledamo i simptome (Francesetti & Roubal, 2022). Pokušaću da u nastavku ponudim neke važne elemente rada iz sva tri pristupa.

### ***Individualni pristup***

Kao cilj Geštalt terapije posmatrano iz individualnog pristupa možemo naznačiti preuzimanje

odgovornosti klijenta sa vlastiti život, za kontakt i rast kroz povećanje svesnosti. Upravo je povećanje svesnosti osnovni mehanizam kojim se omogućava stvarni, pun kontakt sa drugim, koji omogućava dalje pounutrenje hranljivih elemenata sredine, odnosno dalji rast. Svesnost omogućava kontakt sa otuđenim delovima ličnosti, tj. njihovu ponovnu integraciju, kojom osoba upoznaje, prihvata sebe, tj. postaje ono što jeste zaista i na taj način se menja. Svesnost uključuje svesnost o različitim sadržajima, tj. elementima pozadine iz kojih se izdvaja figura (potrebe, želje, vrednosti, otuđeni delovi, osećanja, sećanja), ali i svesnost o samom procesu, tj. ciklusu iskustva. Ovo su zapravo rezultati rada na traumi, fragmentaciji i stidu o kome je ranije bilo reči. Kada osoba osvesti način na koji ulazi u kontakt, u proces interakcije sa drugima, proces formiranja i destrukcije figure, ona može uspostaviti prirodnu sposobnost samoregulacije, bez nametanja kontrole i sužavanja polja. Svesnost znači da osoba zna da bira, tj. da preuzima odgovornost za svoj izbor, tj. izbor da se izabere ono što je hranljivo i da se kreće u pravcu promene, rasta i razvoja. (Radionov, 2013).

### *Sazrevanje*

Intimni odnosi zahtevaju mnogo razvojnih vežbanja i sticanje veština koje uključuju razvoj samopodrške, sposobnost da se kaže ne, izražavanje interesa i želja drugačijih od drugog, uvažavanje potreba drugih, korišćenje dodira i razgovora sa odgovarajućim stepenom samootkrivanja i sposobnosti za samo-umirenje. Sve ove socijalne interakcije su razvojno odložene kod klijenata koji su se intenzivno oslanjali na maladaptivne koping mehanizme (Schwartz, Gleiser & Galperin, 2009, str. 30). Ukratko, poremećaj je služio kao kreativna adaptacija koja stoji između klijenta i stvarnosti i njegovo uklanjanje rezultuje velikim stepenom izloženosti, tako da, u kasnijoj fazi oporavka, pored potrebe za radom na primarnim temama, nastupa potreba za razvojem, tj. procesom sazrevanja, koji je bio zaustavljen poremećajem (Angermann, 1998, str. 25). Osoba nastavlja sopstveni razvoj, uključujući upravljanje osećanjima, socijalnim odnosima, vremenom, itd.

Bolesti zavisnosti i poremećaji ishrane koriste se kao aktivna strategija preživljavanja za suočavanje

sa nemogućnošću identifikovanja ili artikulacije unutrašnjih stanja i obraćanja ljudima za podršku (Schwartz, Gleiser & Galperin, 2009, str. 11). Uklanjanje te strategije će izazvati da se klijent suočava sa intenzivnim i preplavljujućim osećanjima iz višestrukih razloga: 1) osećanja se oslobađaju u radu na primarnim neadekvatnim odnosima, traumatskim iskustvima i slično 2) osećanja klijenta su preplavljujuća jer nisu „otupljena“ na onaj način na koji su bila 3) stid „izvrće“, maskira različita osećanja, i radom na stidu ona se oslobađaju na način ranije nepoznat klijentu 4) klijent nema razvijene veštine samopodrške niti posezanja za drugima onako kako to osećanja potiču, čak i kada ima sposobnost da ih prepozna: ekspresija tuge cilja na saosećanje, besa na korektivne akcije, priznanje ozbiljnosti ili odgovornosti, strah da osigura akcije koje promovisu sigurnost, radost da izrazi i podeli vitalnost i zadovoljstvo, itd. Osećanja su relacionalna i klijent uči da se održava između prekomernog posezanja (npr u fazama prejedanja, ili opijanja – koje Perls povezuje sa pokušajem gutanja sredine i konfluencije bez uzbuđenja i napora asimilacije, PHG, 1951; u Clemmens, 2005a, str. 4) i povlačenja od sebe i drugih (npr. u fazama restrikcije kod poremećaja ishrane, u tzv. radoholizmu, itd).

Pored razvoja u oblasti socijalnih veština i upravljanja sopstvenim emocionalnim stanjima, često se kao tema izdvaja i učenje upravljanja vremenom, s obzirom da je dosada faktor rizika za rani oporavak (Clemmens, 2005a). Npr. klijenti sa poremećajem ishrane su provodili veliku količinu vremena i energije na održavanje poremećenih obrazaca – brojanje kalorija, planiranje prejedanja, prejedanje, oporavak od prejedanja, ekscesivno vežbanje, pregledanje tela (traženje mana) (Angermann, 1998, str. 41). U bolestima zavisnosti, ovaj aspekt trošenja vremena na održavanje obrasca je toliko izražen da ulazi u osnovne dijagnostičke kriterijume (DSM V, 2013). Klijent mora da nauči kako da planira svoje vreme, kako da se zabavlja, kako da se odmara, organizuje socijalne kontakte, vreme za sebe i drugo.

Da sumiram, posmatrano iz individualne perspektive, jednom kada postigne apstinenciju, klijent se

najčešće orijentiše na teme traume, tugovanja, sazrevanja, preuzimanja odgovornosti, poverenja, učenja socijalnih i drugih veština.

### ***Relacioni pristup***

Geštalt, kao dijaloški ismerena i egzistencijalna terapija insistira na potpunoj prisutnosti celokupne ličnosti terapeuta: „terapeuti ne koriste tehnike, oni primenjuju sebe U i ZA situaciju sa svim svojim profesionalnim veštinama i životnim iskustvom koje su akumulirali i integrisali“ (Klarkson, 1989, str. 11). Terapeut koristi sebe kao instrument, „nudeći“ sebe i izlazeći na granicu kontakta. Terapeut deli svoje opservacije, afektivne reakcije, intuiciju, ali i kreativnost, na prigodan način. Terapeut zauzima relacionu poziciju onda kada je svestan je upravo njegova zainteresovanost za klijenta njegova najdragocenija „tehnika“: „Terapeut pruža iskustvo kontakta koje je klijent propustio i koje on na neki način traži. U ovom smislu simptomi su uvek molba za specifičnim odnosom: vrstom kontakta gde oni više neće biti potrebni“ (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013, str. 65).

Rečeno u kontekstu Buberove dijaloške perspektive, primarna uloga i vrednost terapeuta je upravo u učestvovanju u Ja-Ti odnosu sa klijentom, u odnosu neposrednog susreta, ljubavi, prihvatanja i prepoznavanja, s obzirom da je „razvoj sposobnosti za iskrene oblike relacije suština ozdravljajućeg procesa“ (Klarkson, 1989, str. 8). To je odnos u kome se neguju trenuci susreta koji nemaju za cilj ništa izvan tog susreta, u kojima se drugi prihvata upravo kao drugi, bez poništavanja, nudeći sebe kao ogledalo i ogledajući se u njemu. Tokom pisanja ovog rada, postala sam svesna kako malo prostora izdvajam za relacioni pristup, ali nakon dodatnog promišljanja nalazim u tome određenu poetičnost, budući da se susret o kome govorim dešava sa malo ili nimalo reči – to je prostor koji ostavlja mesta za tišinu.

### ***Pristup iz perspektive teorije polja***

Teorija polja nas podseća da su kreativna nezainteresovanost i eksperimentalan stav nužan uslov Geštalt terapije. Ona nas vraća na nivo poniznosti i smirenja koji je adekvatan dok stojimo pred duševnim

životom drugog. Po teoriji polja svaki element u sistemu utiče na svaki drugi, a sistem u celini određuje elemente – nezavisnost je uvek iluzorna. Ovakav način sagledavanja određuje i razumevanje simptoma: oni ne nastaju iz jednog uzroka i uticaja koji može da se izdvoji, jer čovek uvek učestvuje i stvara različita, preklapajuća polja: porodica, zajednica, duhovnost, transgeneracijsko polje, prijateljstva... To znači da auto-destruktivno ponašanje (ili karakterna crta ili san ili bilo koja druga manifestacija duševnog života) uvek potencijalno nosi brojna i višestruka značenja te promena uvek nosi sa sobom implikacije u odnosu na polje koje nije moguće sagledati niti do kraja svesti na verbalnu, kognitivnu analizu: svaka promena ima posledice na sisteme u kojima se klijent nalazi i obrnuto – čovek ne može da bude imun na promene u sistemima u kojima se nalazi. S obzirom da se osoba nalazi u polju, tj. u hijerarhijski uređenom preplitanju mnoštva polja na koje on utiče i koji utiču na njega – nije moguće unapred odrediti nekakav nepromenljivi cilj. Ne postoji unapred zadat cilj niti unapred zadata sredstva, jer čovek nije isti, kao ni sredina – tako da je neophodno kontinuirano reflektovanje u iskustvu i na neki način odlučivanje – šta je autentična potreba, a šta fiksirani Geštalt, kako formiramo figuru, tj. od čega odustajemo itd – nije moguće vratiti se na prethodno stanje niti zadržati se na istom. Ova perspektiva je korisna terapeutu i kao podsetnik kako je terapeut mali deo nekog sistema za klijenta i kako su drugi izvori podrške (npr. porodica, drugi pomagači, grupe samo-podrške) potencijalno važni. Terapeut ostaje svestan da se odnos nikada ne sastoji samo od dvoje ljudi, u ovom slučaju terapeuta i klijenta, uvek je prisutan treći. Taj treći je ukupna pozadina njihovog odnosa čiji elementi daju značenje prisutnom odnosu. Na primer, supervizor terapeuta može imati funkciju tog trećeg, ili terapijska škola kojoj terapeut pripada. Isto tako, „treći“ mogu biti i elementi polja klijenta – npr. partner, poslovni odnosi, itd.

Teorija polja omogućava i preciznije, potpunije razumevanje patnje. Patologija se razume kao patologija ciklusa kontakta – kontakt je taj koji je poremećen i koji stvara patnju, ali to nije nužno subjektivna patnja osobe koja formira patološki kontakt. Moguće je da ona i ne postoji subjektivno u osobi, a da postoji u kontaktu i da je „oseća“ sredina – npr. roditelj zauzet ekscesivnim vežbanjem, ortoreksijom, napadima besa ili prekomernim radom formira patološki kontakt, ali subjektivna patnja

je samo kod deteta i kod „trećeg“ – spoljne sredine, savetnika, itd. Isto tako, subjektivna patnja osobe nije uvek patološka – štaviše, ona može biti lekovita. Ovde smo govorili o patnji usled poremećaja, ali postoji i patnja koja je inherentna ljudskom stanju, tj. kontaktu: Perls kaže da je „tolerancija anksioznosti isto što i formiranje nove figure“ (Perls, Heferlin i Gudman, 1951, str. 31) i „destrukcija postojećeg stanja može da izazove strah, prekid i anksioznost, koji se srazmerno povećavaju sa stepenom nečije neurotične nefleksibilnosti“ (Perls, Heferlin i Gudman, 1951, str. 5). U svetlu ovih segmenata i u svetlu teorije polja, postaje jasniji stav Francesetija da nije bol uzrok patologije, već nesposobnost da se on izdrži. Neizdržati bol znači anestetizirati se kroz umanjnje svesnosti i povlačenje iz kontakta. Tako suprotnost zdravlju u ovom kontekstu nije patnja ili bol – bol je međukorak do zdravlja, suprotnost je odsustvo: „Simptom je kristalizovana individualna ekspresija odsustva...psihopatološka patnja se vidi kao odsustvo na granici kontakta. Terapija se stoga sastoji u obnovi prisustva u susretu, kroz proces koji transformiše odsustvo u bol i bol u lepotu“ (Francesetti, 2013, str. 1). Suročenog sa nedovršenim poslovima, za klijenta je lekovito da postane svestan poremećaja kontakta / svestan patnje / da privremeno pati – da bi mogao da se mobiliše i dovede kontakt do završetka. Ova perspektiva je veoma podržavajuća za terapeuta koji se susreće sa otporom klijenta u formi tvrdnje da njegovo auto-destruktivno ponašanje ne povređuje nikog osim možda njega samog.

Teorija polja podržava rad terapeuta i u smislu podnošenja patnje klijenta, umesto klijenta, pa sa klijentom. Što je klijent na nižem stupnju mentalizacije, tj. što je veća količina sadržaja koji nisu osvešćeni, prevedeni u reči i osećanja, to je upotreba tela terapeuta od većeg značaja. On se onda neće osećati npr. zabrinuto, nego će npr. osećati da se guši, da su mu ruke hladne, itd. U kontekstu teorije polja, najvažnija stvar je da ono što je u polju dobije priznanje postojanja, pa makar i od terapeuta, a tek je naknadni korak da se to „vrati“ klijentu. Franceseti objašnjava da terapeut mora biti dostupan da oseća, trpi, da bude kontaminiran poljem i da prevodi sa telesnog na emocionalno i

verbalno:

Terapeut – prisutan za svoja čula, potpuno angažovan na ko-kreaciji kontakta, upleten u zajedničko tkanje tkanine odnosa – oseća ova odsustva. Ova senzacija već jeste terapijski čin, jer uzrokuje da se zaboravljeno odsustvo ponovo javi kao figura u relacionom polju. Nema veze ako se to još uvek ne dešava u umu klijenta. Odustnost koje smo se setili je već prisutnost. (Francesetti, 2020, str. 59)

Nadam se da sam ovim prikazom uspela da ukažem na svo bogatstvo teorije polja za oblast rada sa auto-destruktivnim ponašanjima, bogatstvo koje, čini se, nije još do kraja iskorišćeno.

## **Zaključak**

U zaključku bih se ovrnula još jednom na doprinos i ograničenje ovakvog rada i pristupa. Ako se auto-destruktivna ponašanja uzimaju u celini, onda se lakše prepoznaje zajednički, jedinstveni proces koji se nalazi u pozadini tih ponašanja. Tako se proširuje baza, tj. resursi i podrška dostupna terapeutima u susretu sa individualnom adaptacijom. Terapeut koji ima iskustva u radu sa bulimijom i alkoholizmom, može da se oslanja na ta iskustva kao korisna u radu sa klijentom koji zloupotrebljava maruhuanu ili radi 80h nedeljno i može da crpi znanje šire oblasti, u pogledu predavanja, članaka, knjiga, itd. Dalje, ovaj generalni pristup lakše vraća na osnovne elemente rasta i razvoja kako ih Geštalt shvata. Kako je samo-regulacija organizma usmerena ka rastu i promeni, rast je implicitni princip zdravog funkcionisanja i njegova inhibicija, prekid ili izopačenje fiksiranim geštaltom stvara abnormalnosti i simptome. U prirodi ljudskog stanja je da se suočava sa preprekama, iskrivljenjima, bolestima i patnjom i to je najbolje shvatiti kao poziv da se preispitaju neprimereni oblici prilagođavanja, fiksirani geštalti i šeme koje više „ne rade“. Rast se shvata kao neprekidan i postepen – svaki ciklus kontakta uništava prethodno stanje i donosi promenu, ali u idealnom slučaju, ta promena je postepena, a elementi sredine se asimiliraju u postojeći organizam. Rečeno egzistencijalistički, biće u geštaltu nije samo nastajanje već i bivanje (Pecotić, 2006). Na kraju, opšti



pristup je u skladu sa geštaltističkim estetskim kriterijumom zdravlja. Estetski ovde označava znanje kroz čula, neposredno i preverbalno, pojavno u datom trenutku, telesno (otelovljuje se u čulima i u odnosu sa telom), intersubjektivno (ni subjektivno, ni objektivno već na granici kontakta). Franceseti pojašnjava:

To znači da zdravlje ljudskog bića može biti izraženo i prepoznato kroz kvalitet kontakta, bez pribegavanja spoljašnjem kriterijumu poređenja: snaga, gracioznost, ritam, fluidnost i intenzitet kontakta organizma sa njegovim okruženjem, proces u kojem figura dobija formu u odnosu na pozadinu – lepota kontakta, da sumiramo, je mera zdravlja. Ono što je identifikovano je estetski kriterijum za procenu kontakta. (Francesetti, 2020, str. 2-3)

Na kraju, važno je i da se osvrnemo na ograničenja: ako smo previše zagledani u ono zajedničko, rizikujemo da previdimo ono što je različito i individualno, a što je značajno za specifičnu adaptaciju koju nam klijent donosi. Ne samo što ćemo propustiti priliku da razumemo klijenta, već rizikujemo da ga dalje povređujemo, jer ga ne vidimo, usled „tvrdoće srca“, dok verujemo kako nam je već jasno sve što je od značaja. Postoje pojave koje su značajne za osobe koje boluju od anoreksije, koje su prepoznate i opisane, a koje ne važe za druge poremećaje ishrane, a još manje važe za zavisnike. Postoje pojave koje su značajne za one koji kompulsivno koriste socijalne mreže, za one sklone besu, itd. Različiti nivoi analize – na nivou procesa, poremećaja, individue, itd. imaju smisla i ne isključuju jedni druge. Ovaj rad je pokušaj da se dopuni prostor, tj. nivo analize koji je po mom mišljenju, nedovoljno „naseljen“.

## Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Angermann, K. (1998). Gestalt Therapy for Eating Disorders: An Illustration. *The Gestalt Journal*, Vol. XXI, No. 1.
3. Bratina, S. & Stefanović, M. (2020). Poremećaji ishrane iz perspektive geštalt psihoterapije. Beležke sa predavanja.
4. Brownell, P. (2012). *Gestalt therapy for addictive and self-medicating behaviors*. Springer Publishing Co.
5. Brownell, P. Schulthess, P. (2013). Dependent Behaviors. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (eds.). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano: FrancoAngeli, p 273-290.
6. Clance, P. R., Thompson, M. B., Simerly, D. E., & Weiss, A. (1994). The effects of the Gestalt approach on body image. *Gestalt Journal*, 17(1), 95-114.
7. Clemmens, M.C. (2005a). Getting Beyond Sobriety: Clinical Approaches to Long-Term Recovery (1st ed.). Gestalt Press. <https://doi.org/10.4324/9781315781938>
8. Clemmens, M.C. (2005b). A Gestalt Approach to Substance Use, Abuse and Dependence. In: Woldt A. and Toman S. (Eds). *Gestalt Therapy: History, Theory and Practice*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications, p. 308-329.
9. Conte, E. & Mione, M. Anorexic, Bulimic and Hyperphagic Existences: Dramatic Forms of Female Creativity. In Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (Eds.) (2013). *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*. Italy: FrancoAngeli.
10. Đurović, D. (2011). *Psihološki činioci razlika između podtipova poremećaja ishrane*. Doktorska disertacija. Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu.
11. Erskine, R. (1995) A Gestalt Therapy Approach to Shame and Self-Righteousness: Theory and Methods. *British Gestalt Journal*, Volume 4, Number 2, pp 107 118. UK: The Gestalt Psychotherapy Training Institute.

12. Francesetti G., Roubal J. (2022). Field Theory in Contemporary Gestalt Therapy Part Two: Paradoxical Theory of Change Reconsidered. *Gestalt Review*, 26(1), 1–33.
13. Francesetti, G. (2020). Bol i lepota: od psihopatologije do estetike kontakta
14. Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (2013). 2, Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact; Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J., Eds, 59-76.
15. Friedman, H. R. (1999). A Gestalt approach to sexual compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 6(1), 63-75.
16. Gillie, M. (2000). Shame and bulimia-A sickness of the soul. *British Gestalt Journal*, 9(2), 98-104.
17. Jacobs, L. (2013). Shame in the therapeutic dialogue. In *The voice of shame* (pp. 297-314). Gestalt Press.
18. Joyce, P., & Sills, C. (2010). Veštine geštalt savetovanja i psihoterapije. Preuzeto sa sajta: <https://www.scribd.com/doc/104372135/Vestine-Gestalt-Savetovanja-i-Psihoterapije-Skills-ingestalt-therapy>
19. Kepner - Body Process\_ A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy- Gestalt Press (1993).pdf
20. Clarkson, P. (1989). Geštalt savetovanje u akciji. Preuzeto sa sajta: <https://www.scribd.com/document/188689894/PETRUSHKA-CLARKSON-Geštalt-savetovanje-uakciji>
21. Matzko, H. (1997). A Gestalt Therapy Treatment Approach for Addictions "Multiphasic Transformation Process". *Gestalt Review*, 1(1), 34-56.
22. Merian, S. D. (1991). The use of Gestalt psychotherapy with clients suffering from bulimia. *The British Gestalt Journal*, 1093, 2, 125- 130. UK: The Gestalt Psychotherapy Training Institute.
23. Nemirinskiy O. Gestalt Approach to pschosomatic disorders. In Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (Eds.) (2013). *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*. Italy: FrancoAngeli.

24. Özgür, G., Büyükbayram, A., & Atalay, N. G. (2017). The Relationship between the Contact Styles and Self-Esteem of the People with Obesity. *J Nurs Care*, 6(436), 2167-1168.
25. Pecotić, L. (2020). Kako nastaje promena kroz Gestalt terapijsko iskustvo? Beleške sa predavanja. EAPTI-SEB.
26. Pecotić, L. (2023). Kako se održava promena kroz Gestalt terapijsko iskustvo? Beleške sa predavanja. EAPTI-SEB.
27. Perls, F.S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). Geštalt terapija. Preuzeto sa sajta: <https://www.scribd.com/document/346944682/154897646-Perls-F-S-Heferlajn-R-Gudman-PGestalt-Terapija-Tom-2-pdf>
28. Pfluger, I. (2014). Gestalt approaches to working with clients presenting with bulimia. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, Vol. 10, No. 2.
29. Pintus, G. (2017). Addiction as Persistent Traumatic Experience: Neurobiological Processes and Good Contact. *Gestalt Review*, 21(3):221-232.
30. Raffagnino, R., & Zerbetto, R. (2019). Gestalt therapy for love addiction. *International Journal of Psychotherapy*, 23(2), 32-46.
31. Ramey, L. (1998). The use of Gestalt interventions in the treatment of the resistant alcohol-dependent client. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(3), 202.
32. Schwartz, M.D., Gleiser, K.A. & Galperin L.G. (2009). Attachment as a Mediator of Eating Disorder: Implications for Treatment.
33. Seubert, A. (2018), *Becoming Known: A Relational Model Utilizing Gestalt and Ego State Assisted EMDR in Treating Eating Disorders*, Clear Path Healing Arts Center, Burdett, New York
34. Sideroff, S. (1979). Use of Gestalt Therapy within a Drug Treatment Program. *Journal Of Drug Education*, 9, 349-357, . <https://doi.org/10.2190/wqdv-dgk0-a5n2-9cyj>
35. Vincent Zarcone Jr. M.D. (1984) Gestalt Techniques in a Therapeutic Community for the Treatment of Addicts, *Journal of Psychoactive Drugs*, 16:1, 43-46, DOI: 10.1080/02791072.1984.10524463

36. White, J. R. (1995). A special case for Gestalt ethics: working with the addict. *Gestalt Journal*, 18, 35-54.
37. White, R. (1999). A Gestalt Approach to Working With the Person-Drug Relationship. *Gestalt Review*, 3(2): 147-156.