

Primena OLI IPP pristupa u radu sa ženom u perimenopauzi: prikaz slučaja kroz prizmu vremena

Dr Maja Rueger¹

lekar, psihoanalitički psihoterapeut, EIA SP kouč; OLI centar, Kijev, Ukrajina · ORCID: 0009-0005-3632-6541

(stručni rad – prikaz slučaja)

Za citiranje: Rueger, M. (2026). Primena OLI IPP pristupa u radu sa ženom u perimenopauzi: prikaz slučaja kroz prizmu vremena. *Uvidi*, 3, str. 111-125. **DOI:** <https://doi.org/10.67978/INSIGHTS.2026.3.6>

Sažetak

Cilj rada je da se, kroz prikaz slučaja žene u perimenopauzi, ilustruje primena OLI integrativne psihodinamske psihoterapije (OLI IPP) i koncepta bazičnih emocionalnih sposobnosti (BES) u razumevanju i tretmanu teškoća vezanih za ishranu, fizičku aktivnost i samoregulaciju, sa posebnim osvrtom na kategoriju vremena kao kliničku dimenziju iskustva.

Metod: Korišćen je kvalitativni prikaz jednog slučaja iz kliničke prakse. Klijentkinja, stara 49 godina, javila se na rad zbog teškoća u regulaciji telesne težine, ishrane i fizičke aktivnosti u kontekstu perimenopauze. Sproveden je integrativni pristup koji povezuje psihodinamsku formulaciju kroz BES, principe lifestyle medicine i bihevioralne i koučing intervencije.

Rezultati: Psihodinamska analiza ukazala je na deficite u mentalizaciji, neutralizaciji, celovitosti i konstantnosti objekta, toleranciji na frustraciju i ambivalenciju, volji i inicijativi, koji su održavali obrasce impulsivnog jedenja, odustajanja od fizičke aktivnosti i samokažnjavajućeg odnosa prema sebi. Kroz ciljane intervencije zabeleženi su pomaci u regulaciji ishrane, toleranciji na nelagodnost, telesnoj funkcionalnosti i unutrašnjem dijalogu klijentkinje.

Zaključak: Teškoće u promeni životnih navika u perimenopauzi ne mogu se adekvatno razumeti niti tretirati isključivo kroz nedostatak discipline ili motivacije, već zahtevaju integrativni pristup koji povezuje psihodinamsko razumevanje emocionalnih kapaciteta, medicinsko sagledavanje telesnih promena i strukturisane bihevioralne i koučing intervencije, uz razumevanje toga kako osoba živi u vremenu tokom procesa promene.

Primljeno: 21. 6. 2026.

Prihvaćeno: 8. 8. 2026.

Objavljeno: 20. 9. 2026.

OPEN ACCESS

© autor, CC BY 4.0

Ključne reči: perimenopauza, vreme u psihoanalizi, OLI integrativna psihodinamska psihoterapija, bazične emocionalne sposobnosti, lifestyle medicina.

¹ E-pošta: maja@life-leaf.com

Uvod

Pre nego što se pristupi analizi konkretnih simptoma i teškoća, važno je sagledati period perimenopauze kroz analitički okvir koji uključuje kategoriju vremena kao fundamentalnu dimenziju iskustva. Frojd je uočio da nesvesno ne poznaje vreme - procesi u nesvesnom su bezvremenski (zeitlos), afekti i traumatska iskustva ne „stare“, već ostaju aktivni kao da se upravo dešavaju. Otuda dolazi klinički paradoks koji se javlja u radu sa ženama u perimenopauzi: osoba reaguje kao da je prošlost sadašnjost, kao da gubitak još traje ili nikad nije okončan, iako je objektivno vreme prošlo (Frojd, 1915/2004).

Jung je ovaj period opisao kroz metaforu podneva života (Lebensmitte) - trenutka kada sunce prelazi zenit i kada dotadašnja psihička organizacija više ne može da se nosi na isti način. Vrednosti, identitet i uloge prve polovine života: postignuće, prilagođavanje, spoljašnje potvrđivanje, gube svoju dosadašnju snagu. Ako se ne dogodi okretanje prema unutra i izgradnja novog unutrašnjeg temelja, osoba ostaje zarobljena u obliku koji je prerasla, uhvaćena između prošlosti kojoj se vraća i budućnosti kojoj ne ume da se okrene (Jung, 1930/1981). Upravo ta unutrašnja dinamika, između onoga što je bilo i onoga što još nije, čini klinički kontekst u kome treba razumeti tegobe i obrasce koje klijentkinja donosi u terapiju.

Perimenopauza je razvojni period sa biopsihosocijalnim specifičnostima, gde se hormonske, telesne, emocionalne i relacione promene često prepliću na način koji otežava jednostavno razumevanje problema. Žene se u tom periodu neretko obraćaju većem broju stručnjaka zbog različitih simptoma: dobijanja na telesnoj težini, promena krvnog pritiska, poremećaja sna, oscilacija raspoloženja, bolova u mišićno-koštanom sistemu, smanjenja energije, kognitivnog zamora i teškoća u održavanju ranijih životnih rutina. Problem nastaje kada svaka stručna oblast vidi samo svoj segment, a sama žena ostaje bez integrisanog objašnjenja koje bi povezalo telo, emocije, identitet, navike, odnose i osećaj lične efikasnosti.

U kliničkoj praksi to često dovodi do toga da se teškoće u promeni navika pojednostavljeno tumače kao lenjost, nedostatak volje ili manjak discipline. Takav pristup je posebno neadekvatan onda kada osoba iskreno želi promenu, ali nema dovoljno razvijene ili dovoljno dostupne emocionalne kapacitete da tu promenu podnese, organizuje i održi.

U OLI IPP pristupu upravo su bazične emocionalne sposobnosti važan okvir za razumevanje zbog čega neka osoba, uprkos motivaciji i uvidu, ne uspeva da sprovede odluku u delo ili da ostane dosledna kada naiđe na prepreke. Na tom mestu simptomi poput impulsivnog jedenja, odustajanja od dijete, kolebanja oko vežbanja, preplavljenosti kritikom okoline ili samokažnjavajućeg odnosa prema sebi prestaju da budu „karakterna slabost“ i postaju signal za finije psihodinamsko ispitivanje.

U ovom radu polazi se od pretpostavke da razumevanje i tretman problema u perimenopauzi ne može biti adekvatan bez integracije više nivoa: psihodinamskog razumevanja unutrašnjih konflikata i emocionalnih kapaciteta, medicinskog sagledavanja hormonskih i telesnih promena, kao i strukturisanih intervencija iz oblasti koučinga i bihejvioralnih terapijskih pravaca.

U tom smislu, OLI IPP pristup je korišćen kao osnovni organizujući okvir, koji omogućava psihodinamsku formulaciju kroz bazične emocionalne sposobnosti, analizu sekundarne dobiti i prepoznavanje kontraveština kao obrazaca koji održavaju problem.

Ove intervencije su bile usmerene ka implementaciji principa lifestyle medicine, koja podrazumeva sistematsku promenu životnih navika (ishrana, fizička aktivnost, san, regulacija stresa, eliminacija štetnih navika, socijalna povezanost) u cilju unapređenja zdravlja i funkcionalnosti.

Uključeni su i savremeni pristupi usmereni na očuvanje dugoročnog zdravlja i kvaliteta života (wellness, longevity), kao i korišćenje dostupnih tehnoloških i funkcionalnih metoda (biohacking) u cilju optimizacije fizičkog funkcionisanja i smanjenja telesnih ograničenja.

Ovakav integrativni pristup nije bio dodatak radu, već njegova nužna osnova, imajući u vidu da su se tegobe klijentkinje manifestovale istovremeno na telesnom, emocionalnom i bihevioralnom nivou.

Teorijsko-metodološki okvir: OLI IPP pristup, bazične emocionalne sposobnosti i kontraveštine

OLI IPP metod predstavlja integrativni psihoterapijski, savetodavni i koučing pristup sa bazično psihodinamskom orijentacijom. U ovom okviru centralno mesto imaju bazične emocionalne sposobnosti, odnosno kapaciteti za obradu i regulaciju emocionalnih stanja (Jovanović, 2013).

Gledano kroz prizmu vremena, svaka od bazičnih emocionalnih sposobnosti ima direktnu vremensku dimenziju: neutralizacija je sposobnost da se preživi interval između impulsa i akcije - da se ostane u psihičkom prostoru „između“; konstantnost objekta je sposobnost da se zadrži kontinuitet selfa i ciljeva kroz vreme uprkos emocionalnim oscilacijama; tolerancija na frustraciju je u osnovi sposobnost da se podnese čekanje i odlaganje zadovoljenja; tolerancija na ambivalenciju je sposobnost da se živi između suprotnih sila bez hitnog razrešavanja; volja je kapacitet istrajavanja kroz vreme kada nema spontanog zadovoljstva; inicijativa je sposobnost da se akcija organizuje i ponovi u vremenu. Deficiti u ovim sposobnostima, dakle, nisu samo deficiti u regulaciji emocija - oni su i deficiti u načinu na koji osoba živi u vremenu.

Važan doprinos razumevanju kliničkog materijala daju i koncepti kontraveština i sekundarne dobiti.

Kontraveštine se odnose na naučene obrasce ponašanja koji predstavljaju pokušaje regulacije emocionalne tenzije, ali koji, iako kratkoročno smanjuju nelagodnost, dugoročno održavaju problem i onemogućavaju razvoj zrelijih emocionalnih kapaciteta. U tom smislu, mogu se razumeti kao funkcionalna „zamena“ za nedovoljno razvijene bazične emocionalne sposobnosti.

Fenomen sekundarne dobiti odnosi se na implicitne psihološke koristi koje osoba ostvaruje održavanjem problema, poput izbegavanja neprijatnih emocija, konflikata, odgovornosti ili promena u odnosima. Ove dobiti najčešće nisu svesno prepoznate, ali značajno doprinose održavanju otpora prema promeni.

Analiza kontraveština i sekundarne dobiti omogućava dublje razumevanje otpora, jer ukazuje na unutrašnji konflikt između težnje ka promeni i potrebe da se zadrže postojeći, iako disfunkcionalni obrasci regulacije (Jovanović & Jovanović, 2025).

OLI IPP pristup korišćen je kao osnov za psihodinamsko razumevanje, ali su konkretne intervencije birane fleksibilno, u skladu sa kliničkom procenom i potrebama klijentkinje.

Paralelno sa psihološkim radom, intervencije su uključivale i principe lifestyle medicine, kao i elemente savremenih pristupa usmerenih na unapređenje zdravlja i kvaliteta života (wellness, longevity i funkcionalni pristupi regulaciji telesnih simptoma)

(Anekwe i sar., 2025; Mosconi, 2024).

Prikaz slučaja

Osnovni podaci i povod za javljanje

Klijentkinja, stara 49 godina, javlja se na psihoterapijski rad ciljano, nakon što je prepoznala terapeutkinju kao osobu koja radi sa ženama u perimenopauzi i koja može da poveže medicinsko i psihološko razumevanje problema. Njena eksplicitna motivacija za dolazak nije bila samo potreba za „razgovorom“, već potreba za integrisanim sagledavanjem stanja koje doživljava kao fragmentisano vođeno kroz različite specijalističke preglede.

Pre dolaska je konsultovala ginekologa, internistu zbog povišenog krvnog pritiska, fizijatra zbog bolova i „krckanja“ u zglobovima, endokrinologa i nutricionistu zbog gojenja, manjka energije, loših rezultata analize krvi i biohemije. Od različitih stručnjaka dobila je parcijalne preporuke i terapiju iz njihovih oblasti, ali je stekla utisak da se niko ne bavi celinom njenog problema. Po njenom doživljaju, prethodna psihoterapija takođe nije dovela do promene, jer nisu bile obrađene teme koje su njoj bile u fokusu: unapređenje zdravlja, izgradnja discipline, održavanje motivacije i stvarna promena svakodnevnih navika.

Glavne tegobe i problemi zbog kojih traži pomoć

Tokom poslednjih šest godina klijentkinja je dobila oko 12 kilograma telesne težine. Sa porastom težine javili su se i drugi znaci metaboličkog sindroma, povišen krvni pritisak, poremećaj u lipidnom profilu, a onda i znaci od strane muskulo-skeletnog sistema: bolovi u zglobovima, smanjen obim pokreta, krepitacije, „zamrznuto rame“. Pad energije i efikasnosti, kao i osećaj da više „nije ona stara“ - uveli su je u anksioznost, javljale su se automatske misli kojih nije mogla da se oslobodi, a to je remetilo i san. Ove promene počele su da utiču na njeno poslovno funkcionisanje, partnerski odnos i doživljaj sopstvene vitalnosti.

Iako spolja može delovati da je njena motivacija primarno estetska („izgledam kao svinja“), detaljnijom anamnezom se pokazalo da je glavni motiv zapravo zdravstveni: želi da spreči dalje pogoršanje stanja, da smanji rizik od hroničnih bolesti, da se vrati osećaj snage i funkcionalnosti i da ponovo stekne osećaj kontrole nad sobom. Osećala se bespomoćno: „Nemam jasan plan, ne znam odakle da krenem, ne znam šta je za mene dobro i šta bi mi pomoglo“, više puta je ponovila.

Dosadašnji pokušaji rešavanja problema

Klijentkinja navodi da je dijetu koju je dobila od nutricioniste uspela da sprovedi svega nedelju dana, nakon čega je razočarano odustala. Odlasci u teretanu bili su joj frustrirajući, jer je imala osećaj da se od nje traži napor preko realnih mogućnosti, uz implicitnu poruku da mora da „izdrži više“ ukoliko želi rezultate. Iz njenih opisa vidi se obrazac kratkotrajnog početnog angažmana i entuzijazma, rešenost, nakon čega sledi preplavljenost, samokritika, osećaj neuspeha i odustajanje.

Ljude oko sebe doživljava kao neempatične, ne razumeju je, samo kritikuju. Porodica joj dodatno otežava jer „ne prihvata njene težnje da promeni navike u ishrani i okrene se zdravim stilovima života“.

Anamnestički i klinički fokus procene

Nakon pregleda postojeće medicinske dokumentacije i laboratorijskih nalaza, razgovor je organizovan prema prioritetima koje je sama klijentkinja postavila. Laboratorijski nalazi su potvrdili sumnju da je klijentkinja pod stresom, da ima simpatikotoniju, zbog čega je predloženo da razmisli o načinima regulacije stresa, što ne uključuje samo primenu tehnika već i promenu načina ishrane i fizičku aktivnost. Prioritet je bio smanjenje telesne težine (pre svega iz zdravstvenih, a zatim i estetskih razloga).

Prema iskustvima od ranije, jasno je bilo da suvoparni saveti i preporuke neće uroditi plodom. Procena je bila da je neophodno da klijentkinja bude dovoljno edukovana o značaju promene životnog stila. Nije dovoljno ostati na nivou saveta „šta da jede“, već je plan obuhvatao psihodinamsko razumevanje ponašanja. Detaljnije sam je upoznala i sa konceptom lifestyle medicine kao medicinske discipline zasnovane na naučnim dokazima i kako bi svaki od „stubova“ lifestyle medicine u njenom slučaju imao udeo u poboljšanju stanja.

S obzirom na to da se rad odvijao u okviru centra za rehabilitaciju, klijentkinji su bile dostupne i određene dijagnostičke i terapijske procedure usmerene na ublažavanje telesnih simptoma. Jedan od značajnih problema bila je urgencija pri mokrenju, koja je ograničavala njeno kretanje, fizičku aktivnost i socijalne kontakte.

Rad na ovom simptomu, kroz medicinske i funkcionalne intervencije, imao je višestruki efekat: smanjenje telesne nelagodnosti, povećanje sigurnosti u svakodnevnom funkcionisanju, ali i indirektno poboljšanje socijalne povezanosti i spremnosti za uključivanje u aktivnosti van kuće (npr. odlazak u teretanu, druženje).

Ovaj segment rada ilustruje kako intervencije usmerene na telo (u okviru medicine i funkcionalnih pristupa) mogu imati direktan psihološki i relacijski efekat, te dodatno potvrđuje potrebu za integrativnim modelom rada.

Odnos prema hrani i situacijama hranjenja

Procena je obuhvatila sledeća pitanja: da li klijentkinja razlikuje fiziološku glad od potrebe za hranom u stresu, dosadi, usamljenosti ili potrebi za specifičnim ukusom (glad nasuprot apetitu); koliko može da toleriše glad i kada gubi kapacitet za odlaganje; kako izgleda konkretan obrazac uzimanja obroka – u miru ili u žurbi, planski ili automatski, priprema hrane ili naručivanje; da li prepoznaje sitost i nutritivnu adekvatnost obroka; kako se oseća nakon jela, uključujući osećaj prijetnosti i uživanja ili pak krivice, griže savesti, nadutosti, gorušice i drugih telesnih smetnji; da li postoje rituali, automatizmi, socijalni pritisci ili porodični obrasci koji otežavaju promenu; kakvo mesto hrana ima u njenom identitetu, uživanju, društvenosti, samoprezentaciji i osećaju pripadanja.

Njeni odgovori ilustruju ovu dinamiku: „Jedem kad me uhvati nervoza, neka hrana me podseća na lepe dane iz detinjstva.“ „Ponekad osetim bes i shvatim da sam u stvari gladna i onda nema čekanja.“ „Često jedem dok proveravam mailove, nekad i ne sednem za sto.“ „Često se posle obroka osećam prepunjeno, i još sam pojela lošu hranu“ - nakon čega najčešće slede prekori sebi. Porodični obrasci dodatno otežavaju promenu: „Mora da se ima tri obroka minimum, ručak nije bez krompira i šnicle, zalij dobro vodom da proguraš hranu, čaša crnog vina posle večere je zdrava, ujutru kašičica meda obavezno, a posle kafa“, „uživanje će ti prijati samo ako si sve obaveze završila“. Hrana je i deo identiteta i pripadanja: „Moja druženja su vezana za restorane“, „najviše komplimentata dobijem kad prijatelje pozovem na ručak koji sama pripremim“.

Odnos prema kretanju i vežbanju

Drugi prioritet koji je sama definisala odnosio se na fizičku aktivnost. I tu se pokazala slična struktura prepreka: neusklađenost između realnih mogućnosti i očekivanja, osećaj da mora da ispuni prevelike zahteve, brzo odustajanje kada se javi frustracija, kolebanje između želje za zdravljem i averzije prema naporu, kao i slab osećaj povezanosti sa dugoročnim ciljem.

Porodični i socijalni kontekst

Kod kuće se suočava sa neurednom kuhinjom, manjkom organizacije i porodicom koja preferira nezdravu hranu i ne podržava dosledno njene pokušaje da uvede zdraviji režim. U društvenim situacijama teško odbija hranu i alkohol, jer to doživljava kao rizik da bude okarakterisana kao teška, neprijatna ili da bude simbolički „izbačena iz društva“. Time su relacije teme - pripadanje, asertivnost, granice i strah od odbacivanja - direktno povezane sa ishranom.

Psihodinamska formulacija slučaja kroz bazične emocionalne sposobnosti

U kontekstu bazičnih emocionalnih sposobnosti, analizom kliničkog materijala prepoznati su obrasci koji ukazuju na nedovoljnu razvijenost ili nestabilnu dostupnost pojedinih kapaciteta, što se posebno ispoljavalo u situacijama pojačane emocionalne tenzije i potrebe za samoregulacijom.

Mentalizacija

Osoba sposobna za mentalizaciju prepoznaje, artikuliše i promišlja sopstvena i tuđa mentalna stanja: osećanja, motive, želje, konflikte, telesne signale i značenje ponašanja.

U kontekstu ishrane, to bi značilo da klijentkinja može da razlikuje fiziološku glad od emocionalne potrebe, stresom izazvane želje za hranom, automatizovano posezanje za hranom ili potrebu za utehom, nagradom, pripadanjem ili regulacijom napetosti.

Međutim, klijentkinja često ne uspeva da razume šta joj se tačno dešava u trenutku kada „navali da jede“. Oseća se loše pre jela, tokom jela i nakon jela, ali ne uspeva da prepozna unutrašnji sled: šta je pokrenulo poriv, da li je u pitanju glad, bes, razočaranje, praznina, umor, potreba za nagradom ili reakcija na kritiku. Ima doživljaj kao da se nešto „samo desi“.

Neutralizacija

Sa sposobnošću neutralizacije, osoba je sposobna da impuls, afekat ili tenziju obradi, umesto da je odmah isprazni u akciji. Drugim rečima, osoba može da „izdrži talas“, da ne reaguje mehanički i da stvori prostor između poriva i ponašanja.

U slučaju prejedanja, ova sposobnost je ključna da želja za hranom ne vodi automatski ka naručivanju, grickanju ili impulsivnom unosu velikih količina hrane. Iz perspektive vremena, neutralizacija je sposobnost da se ostane u intervalu - da se preživi psihički prostor između poriva i ponašanja, da se ne preskoči sadašnji trenutak direktno u akciju.

Celovitost objekta

Celovitost objekta omogućava da osoba istovremeno zadrži i dobre i loše aspekte sebe i drugih, bez cepanja na potpuno idealizovano i potpuno obezvređeno.

U radu sa klijentkinjom, deficit ove sposobnosti se prepoznaje kada nakon epizode prejedanja odnos prema sebi postaje grub, osuđujući i poništavajući. Tada se gubi

doživljaj sopstvene ličnosti: umesto da vidi da je doživela neuspeh u jednoj situaciji, ona sebe doživljava kao potpuno lošu, slabu ili neprihvatljivu. To dodatno pojačava stid i povećava verovatnoću novih samodestruktivnih obrazaca.

Konstantnost objekta

Konstantnost objekta podrazumeva sposobnost da se održi stabilan doživljaj važnih odnosa, ciljeva i vrednosti uprkos frustraciji, razočaranju, kritici ili trenutnoj emocionalnoj udaljenosti.

U kontekstu promene navika, to znači da osoba može da ostane povezana sa svojim dugoročnim razlogom za promenu čak i kada tog dana nema motivaciju, kada dobije kritiku ili kada okolina ne podrži njen trud. Takođe, obezbeđuje i stabilan odnos prema sebi.

Klijentkinja pokazuje tendenciju da kada dobije kritiku na poslu, kada je nešto poremeti ili kada se tog dana ne oseća dovoljno dobro, gubi kontakt sa dugoročnim razlogom zbog kog je želela promenu. Slika sebe kao zdrave, vitalne i stabilne osobe tada gubi svoju održivost. Drugim rečima, trenutna emocionalna situacija poništava kontinuitet cilja. Frojdovim rečnikom - nesvesno ne čuva prošlost kao argument za sadašnjost; jungovskim - ne može da se uspostavi most između jučerašnje odluke i sadašnjeg trenutka.

Tolerancija na frustraciju

Tolerancija na frustraciju je sposobnost da osoba podnese osujećenje potrebe, odlaganje zadovoljenja ili činjenicu da promena zahteva trud, nelagodnost i ponavljanje. Bez nje, svaki umor, glad, dosada, napetost ili bilo kakva prepreka lako postaju okidač za odustajanje.

Iako klijentkinja pokazuje strpljenje, postoje situacije u kojima je njena tolerancija na frustraciju posebno ranjiva. U profesionalnom polju može da trpi mnogo i da deluje istrajno, ali u oblasti ishrane, pića i samonege postoji niži prag tolerancije na nelagodnost. Glad, umor, porodični kaos, nedostatak ideje šta da spremi od hrane, dosada ili uskraćenost zadovoljstva brzo postaju nepodnošljivi.

Tolerancija na ambivalenciju

Ova sposobnost omogućava osobi da izdrži istovremeno postojanje suprotstavljenih želja i posledica. Klijentkinja je rastrzana između više legitimnih potreba: zdravlje nasuprot uživanju, individualna promena nasuprot porodičnoj koheziji, samopoštovanje nasuprot potrebi za prihvatanjem, disciplina nasuprot spontanosti. Teško podnosi da odluka za jednu stranu nužno nosi i gubitak druge, zbog čega se zaglavi između „hoću-neću“, što vodi ka odustajanju.

Kada je tolerancija na ambivalenciju slaba, kolebanje postaje blokada, a odluke se brzo poništavaju. Iz perspektive vremena, ovo je i rastrzanost između prošlog načina bivanja - koji je bio udoban, poznat, sa poznatim identitetom - i novog koji je neizvestan: osoba ostaje „zamrznuta“ između dve tačke u vremenu, ni tamo ni ovde.

Volja

Volja nije isto što i trenutna motivacija. Ona označava sposobnost samopodrške, istrajavanja i održavanja usmerenosti ka cilju i onda kada nema spontanog zadovoljstva. U ovom slučaju volja je posebno važna kod nastavka započetih promena u ishrani, pripremi hrane, organizaciji dana i kretanja. Kada promena prestane da bude inspirativna i postane naporna, volja se urušava i pojavljuju se racionalizacije i odlaganje. Volja je, dakle, sposobnost da se ostane u procesu kroz vreme - ne da se jednom reši i završi, već da se ponovi sutra, i prekosutra, i posle neuspeha.

Inicijativa

Inicijativa je sposobnost da osoba pokrene aktivnost, preuzme prvi korak, osmisli pravac i aktivno se angažuje oko onoga što joj je važno.

Kod klijentkinje se slabost inicijative ogledala u teškoći da od želja i pokušaja promene pređe ka organizaciji realnog plana koji može da se sprovodi u svakodnevici. Takođe, njena inicijativa zavisi od potrebe za trenutnim uživanjem, pa ne uspeva da kontroliše impuls; pokreće je potreba za očuvanjem odnosa, ali i narcistički razlozi („pokazujem svoje kulinarsko umeće, pa mi se dive“), kao i potreba da „napravi savršenu kombinaciju ukusa“ i ovlada veštinom. Njeni pokušaji da započne promene u porodičnom sistemu su bez održivog plana, savezništva i osećaja smisla, a prepreke iz okruženja lako poništavaju početni zamah.

Mapiranje tipičnih iskaza klijentkinje na deficite bazičnih emocionalnih sposobnosti

Korisno je prikazati kako se tipične rečenice klijentkinje mogu mapirati na određene emocionalne sposobnosti:

„Ne razumem šta mi se desi kad krenem da jedem“ - deficit u **mentalizaciji**.

„Kad me uhvati želja, nema odlaganja, samo uzmem hranu“ - deficit u **neutralizaciji**.

„Kad pogrešim, gadim se sebi“ - deficit u **celovitosti objekta**.

„Dovoljno je da me nešto poremeti i sve propadne“ - deficit u **konstantnosti objekta**.

„Neke stvari jednostavno ne mogu da istrpim“ - deficit u **toleranciji na frustraciju**.

„Hoću promenu, ali posledice su mi neprihvatljive“ - deficit u **toleranciji na ambivalenciju**.

„Nemam snage da nastavim kad postane teško“ - deficit u **volji**.

„Krećem sto puta, ali ne uspevam da stvarno započnem bilo šta“ - deficit u **inicijativi**.

Ovakva mapa omogućava da terapeut reaguje ciljanom intervencijom i izborom tehnike koja odgovara specifičnoj emocionalnoj teškoći.

Važan uvid klijentkinje bio je da hrana ne predstavlja isključivo nutritivnu potrebu, već ima višestruku psihološku funkciju. Povezana je sa doživljajem uživanja, socijalne povezanosti, estetskog izraza i narcističke potvrde. Ovaj uvid bio je ključan za razumevanje funkcije hrane u njenom životu i za diferenciranje ponašanja koja na prvi pogled deluju slično, ali imaju različitu psihološku osnovu. Razumevanje centra inicijative omogućilo joj je da prepozna kada njeno ponašanje dolazi iz telesne potrebe, potrebe za regulacijom afekta, potrebe za pripadanjem ili potrebe za samopotvrdom.

Terapijski ciljevi i intervencije

Terapijski ciljevi

Definisani su sledeći ciljevi rada:

Razvijanje jasnijeg razlikovanja fiziološke i emocionalne gladi.

Smanjenje impulsivnog jedenja kroz razvoj neutralizacije i mentalizacije.

Jačanje saosećajnijeg i realističnijeg odnosa prema sebi nakon neuspeha.
 Održavanje kontakta sa zdravstvenim ciljevima i onda kada motivacija osciluje.
 Povećanje tolerancije na frustraciju i sposobnosti odlaganja zadovoljenja.
 Razrada ambivalencije oko promene navika, uživanja, društvenosti i pripadanja.
 Jačanje volje kroz male, ponovljive i realne zadatke.
 Razvoj inicijative i organizovanje okruženja tako da podržava cilj.
 Učenje asertivne komunikacije u porodičnom i socijalnom kontekstu.
 Povezivanje ponašajnih promena sa osećajem smisla, zdravlja i brige o sebi.

Intervencije

Psihoedukacija i normalizacija iskustva perimenopauze

Prvi korak je bio povezivanje njenih telesnih i emocionalnih iskustava sa periodom perimenopauze, a ne sa ličnim neuspehom ili nedisciplinom. Razgovarale smo o tome kako hormonalne promene mogu uticati na san, raspoloženje, distribuciju masnog tkiva, energiju, osećaj gladi, oporavak, krvne sudove, kosti i mišiće. Time se smanjivala sklonost ka samokritici i otvarao prostor da se promena razume kao zahtevan, ali moguć proces.

Intervencije usmerene na mentalizaciju

Korišćena su pitanja koja usporavaju automatizam i uvode reflektivnu funkciju: Šta se u vama dogodilo neposredno pre nego što ste posegnuli za hranom? Da li je vaše telo tražilo energiju ili ste tražili utehu, predah, nagradu ili pobunu? Kako biste tu potrebu artikulirali ako ne bi „govorila kroz hranu“? U kojim situacijama možete da podnesete glad bez panike, a u kojim ne možete?

Cilj ovih intervencija nije samo uvid, već stvaranje jezika kojim klijentkinja može da misli o sebi umesto da sebe samo napada ili automatski prazni impuls.

Intervencije usmerene na neutralizaciju

Radile smo na tome da se između poriva i akcije uvede mali prostor: kratko odlaganje, promena mesta, čaša vode, tri pitanja sebi pre naručivanja hrane, imenovanje osećanja, kratko disanje ili dogovorene „mikro-rutine“ (npr. da spusti escajg između zalogaja dok ne proguta). Nije se išlo na totalnu kontrolu, već na povećanje kapaciteta da poriv ne mora odmah da bude izvršen.

Rad na celovitosti objekta i odnosu prema sebi

Posebna pažnja posvećena je samokažnjavajućem unutrašnjem govoru. Intervencije su imale cilj da klijentkinja nauči da neuspeh u jednoj situaciji ne znači da je „cela loša“, niti da jedan dan poništava čitav proces. Radile smo na prihvatanju da može istovremeno želeti zdravlje i povremeno posrnuti, biti vredna i kada nije idealna, biti odgovorna i kada joj je teško.

Rad na konstantnosti objekta

Kada je cilj bio da se održi povezanost sa dugoročnim smislom promene, korišćene su formulacije poput: „Šta je ono zbog čega ste uopšte krenuli put promene?“, „Kako izgleda vaše zdravlje ja kada ga ne merite današnjim raspoloženjem?“, „Koji rečenicu biste izgovorili kako biste očuvali vezu sa željenom verzijom sebe?“ Time je cilj premeštan sa perfekcionistačkog ishoda na kontinuitet odnosa prema aktuelnoj i promenjenoj verziji sebe.

Rad na toleranciji frustracije

U radu je naglašavano da promena navika nužno uključuje glad, čekanje, planiranje, odricanje od trenutnog komfora i prihvatanje da telo i psiha ne dobijaju sve odmah. Umesto rigidne dijeta, išlo se ka postepenom povećanju kapaciteta da se nelagodnost izdrži („odložite prvi obrok za deset minuta“) bez impulsivnog pražnjenja.

Rad na toleranciji ambivalencije

Ambivalencija nije tretirana kao prepreka koju treba „ukinuti“, već kao realnost koju je potrebno prepoznati i podneti. Razmatrani su gubici koje promena nosi: manje spontanog hedonizma, moguće neslaganje sa porodicom, manja društvena komfornost, odustajanje od slike sebe kroz hranu i restorane. Istovremeno se razmatralo šta klijentkinja dobija: zdravlje, energiju, manje bolova, veću autonomiju, samopoštovanje i dugoročnu slobodu.

U tom procesu korišćena je „psihološka matematika“, odnosno emocionalno računovodstvo, kroz koje je klijentkinja postepeno sagledavala odnos između dobitaka i gubitaka postojećih obrazaca i potencijalnih promena. Ovaj pristup nije bio usmeren ka „racionalnom rešavanju“ dileme, već ka povećanju kapaciteta da se istovremeno drže i pozitivni i negativni aspekti izbora.

Rad na volji i inicijativi

Umesto velikih i neodrživih odluka, plan je pravljen kroz male, konkretne, ponovljive korake. Težište nije bilo na „od sutra sve drugačije“, nego na tome šta je prvi mogući korak koji ona realno može da pokrene i ponovi. Time se volja rasterećuje od grandioznih zahteva, a inicijativa dobija smer.

Bihevioralne intervencije

Uvedene su praktične strukture koje smanjuju oslanjanje na trenutnu inspiraciju:

unapred pripremljen spisak brzih, jednostavnih i nutritivno prihvatljivih opcija za doručak, ručak, večeru i užinu;

spisak za nedeljnu kupovinu;

unapred definisane „sigurne“ opcije kada je kuhinja u haosu ili je klijentkinja premorena;

postepeno prilagođavanje kretanja i vežbanja realnim mogućnostima, bez frustrirajućeg forsiranja;

planiranje „dovoljno dobrog“, a ne savršenog dana.

Asertivnost i emocionalna inteligencija

Pošto su hrana i piće kod klijentkinje snažno povezani sa pripadanjem, važan deo rada odnosio se na asertivnu komunikaciju. Vežbane su rečenice za socijalne situacije: kako da odbije dodatnu hranu ili piće bez osećaja krivice, kako da zatraži podršku u porodici, kako da govori o svojim potrebama, a da ne oseća da mora da bira između zdravlja i pripadanja. Ovo je bilo direktno povezano sa njenim profilom bazičnih emocionalnih sposobnosti: slabijom tolerancijom na ambivalenciju, potrebom za potvrdom i teškoćom da izdrži potencijalno nezadovoljstvo drugih, uz strahove od napuštanja i neadekvatnosti.

Tehnike preuzete iz drugih terapijskih pravaca u funkciji razvoja bazičnih emocionalnih sposobnosti

U cilju razvoja pojedinih bazičnih emocionalnih sposobnosti, korišćene su i tehnike iz drugih terapijskih pravaca: geštalt tehnike u radu na celovitosti objekta, posebno kroz vežbe koje omogućavaju istovremeno držanje „dobrih“ i „loših“ aspekata sebe, čime se smanjivalo cepanje i samokritičnost nakon neuspeha; fokusiranje po Gendlinu, korišćeno za razvijanje veze između telesnih senzacija i emocionalnih stanja, što je bilo posebno važno u diferencijaciji fiziološke gladi od emocionalne potrebe za hranom; te elementi racionalno-emotivnobihevioralne terapije, korišćeni u radu na iracionalnim uverenjima, posebno u vezi sa rigidnim pravilima poput „imam pravo na odmor tek kada završim sve obaveze“, što je u praksi bilo neostvarivo i vodilo hroničnom osećaju uskraćenosti.

Rad na ovim uverenjima otvorio je prostor za razvoj kapaciteta za zreli hedonizam – sposobnost da se zadovoljstvo, odmor i briga o sebi integrišu u svakodnevni život bez osećaja krivice i bez potrebe za „zasluživanjem“.

Tok terapijskog procesa

Tok rada sa klijentkinjom nije bio linearan, već obeležen fazama početnog entuzijazma, zatim pojave otpora i ambivalencije, kao i postepenog uspostavljanja stabilnijih obrazaca samoregulacije.

U početnim fazama rada dominirala je potreba za brzim rešenjima i očekivanje da će promena nastupiti kroz jasne smernice i strukturu. Kako je rad napredovao, postajalo je vidljivo da su ključne prepreke povezane sa emocionalnim kapacitetima, a ne nedostatkom informacija.

U srednjoj fazi rada dolazi do izraženijeg otpora, posebno u trenucima kada promene počinju da zahtevaju odricanje i suočavanje sa gubicima. U tom periodu klijentkinja češće odustaje od dogovorenih koraka, uz pojačanu samokritiku i osećaj neuspeha.

Daljim radom dolazi do postepenog jačanja kapaciteta za mentalizaciju i toleranciju na frustraciju, što omogućava fleksibilniji odnos prema neuspesima i smanjenje rigidnih obrazaca „sve ili ništa“.

U završnim fazama rada primećuje se veća stabilnost u svakodnevnim navikama, realističnija očekivanja i smanjenje samokažnjavajućeg odnosa prema sebi, uz veću sposobnost da integriše brigu o zdravlju sa potrebom za uživanjem i socijalnim kontaktima.

6.1 Transfer, otpor i odbrambeni mehanizmi

U toku rada uočeni su i elementi transfernih reakcija, otpora i odbrambenih mehanizama koji su dodatno objašnjavali teškoće u promeni ponašanja.

U transfernom odnosu klijentkinja je povremeno doživljavala terapeutkinju kao figuru koja procenjuje, očekuje i potencijalno se ne slaže, što je bilo u skladu sa njenim ranijim

iskustvima sa autoritetima i značajnim drugima. U tim trenucima dolazilo je do pojačane samokritičnosti, potrebe da „bude dobra“ ili, suprotno tome, do povlačenja i odustajanja.

Otpor se manifestovao kroz ambivalenciju prema promeni („hoću-neću“), odlaganje implementacije dogovorenih koraka, kao i kroz racionalizacije i minimiziranje značaja pojedinih intervencija. Promena životnih navika nosila je ne samo dobitke, već i doživljaj gubitka - „i ono malo uživanja“, spontanosti, pripadanja - što je dodatno pojačavalo otpor.

Na nivou odbrambenih mehanizama uočava se sklonost ka introjekciji i identifikaciji sa kritičkim objektima, pri čemu spoljašnja kritika biva brzo internalizovana i doživljena kao sopstveni glas („ja sam lenja i nedisciplinovana“, „ja ne vredim“). Ovakva dinamika doprinosi gubitku celovitosti objekta i pojačava samokažnjavajući odnos prema sebi.

Takođe, u određenim situacijama može se uočiti element projekcije, gde se doživljaj neadekvatnosti ili neuspeha pripisuje spolja („porodica me ne podržava, drugi me sabotiraju“), što istovremeno štiti od osećaja lične neadekvatnosti i krivice, ali i otežava preuzimanje lične odgovornosti za promenu.

Razumevanje ovih procesa bilo je ključno za izbor intervencija, jer je omogućilo da se otpor vidi kao psihološka reakcija na unutrašnje konflikte i strahove vezane za promenu.

Ovi mehanizmi su direktno povezani sa deficitima u bazičnim emocionalnim sposobnostima, posebno u domenu celovitosti i konstantnosti objekta, kao i tolerancije na ambivalenciju.

Primeri deficita bazičnih emocionalnih sposobnosti povezani sa fizičkom aktivnošću

Kao i po pitanju ishrane, slična logika se primenjuje i na fizičku aktivnost:

Mentalizacija: „Da li izbegavam vežbanje jer sam umorna, postićena, besna, obeshrabrena ili zato što mi je plan nerealan?“

Neutralizacija: „Da li mogu da izdržim početnu averziju prema naporu bez trenutnog odustajanja?“

Celovitost objekta: „Ako danas nisam vežbala, da li to znači da sam neuspešna osoba?“

Konstantnost objekta: „Mogu li da ostanem povezana sa ciljem i kada današnji dan nije dobar?“

Tolerancija na frustraciju: „Mogu li da podnesem da rezultati neće biti brzi?“

Tolerancija na ambivalenciju: „Mogu li da prihvatim da želim i komfor i zdravlje, ali da ne mogu uvek imati maksimum oba?“

Volja: „Mogu li da uradim minimum plana i kada mi se ne radi?“

Inicijativa: „Mogu li sama da osmislim održiv oblik kretanja koji mi odgovara?“

Ishodi rada

Iako primarni cilj rada nije bio isključivo redukcija telesne težine, već uspostavljanje održivih obrazaca samoregulacije, redukcija anksioznosti, tokom procesa primećeni su pozitivni pomaci na više nivoa.

Klijentkinja izveštava o boljoj regulaciji ishrane, smanjenju impulsivnih epizoda jedenja i većoj sposobnosti da razlikuje fiziološku od emocionalne potrebe za hranom. Takođe, primećuje veću toleranciju na nelagodnost i manju sklonost ka odustajanju nakon neuspeha.

Na telesnom planu dolazi do subjektivnog poboljšanja energije i funkcionalnosti, kao i većeg uključivanja u fizičke aktivnosti. Posebno je značajno smanjenje ograničenja u svakodnevnom funkcionisanju usled telesnih simptoma, što je omogućilo i bolju socijalnu uključenost.

Na psihološkom planu uočava se blaži unutrašnji dijalog, smanjenje samokritičnosti i veća sposobnost integracije različitih aspekata sebe, što ukazuje na razvoj pojedinih bazičnih emocionalnih sposobnosti.

Diskusija

Ovaj slučaj ilustruje nekoliko važnih tačaka za rad sa ženama u perimenopauzi, posebno kada se sagledava kroz prizmu vremena.

Prvo, telesni simptomi, promena težine i neuspeh u promeni navika ne mogu se adekvatno razumeti bez konteksta razvojne faze, hormonalnih promena i ukupne životne organizacije. Perimenopauza je neuroendokrina tranzicija i period redefinisanja identiteta, telesnog doživljaja, samopouzdanja, prioriteta i relacija. Jungovska metafora podneva života ovde dobija svoju kliničku težinu: žena koja dolazi ne traži samo rešenje za simptome - ona prolazi kroz krizu kontinuiteta između prošlog i budućeg selfa, između onoga što je znala o sebi i onoga što joj još nije jasno.

Drugo, savetodavni i medicinski pristupi često ostaju na nivou preporuke, dok izostaje procena emocionalnih kapaciteta potrebnih da se preporuka sprovede. Osoba može znati šta bi „trebalo“ da radi, a da ipak ne može da to izvede kada dođe u kontakt sa frustracijom, usamljenošću, konfliktom lojalnosti ili narcističkom povredom.

Treće, OLI IPP formulacija preko bazičnih emocionalnih sposobnosti omogućava da se simptomi prevedu u razvojni i terapijski jezik. Time rad postaje precizniji: umesto opšte motivacije razvija se baš ona sposobnost koja nedostaje da bi određeno ponašanje postalo moguće i održivo.

Četvrto, u ovakvim slučajevima posebno je važna integracija psihodinamskih i bihejvioralnih intervencija. Sama interpretacija bez konkretnih oslonaca u svakodnevici može ostati nedovoljna, dok sama bihejvioralna struktura bez razumevanja unutrašnjih konflikata često kratko traje. Upravo spoj refleksije, emocionalnog rada, mikroplaniranja, asertivnosti i psihoedukacije daje najveću šansu za održivu promenu.

Zaključak

Prikazani slučaj pokazuje da teškoće u promeni životnih navika u perimenopauzi ne mogu biti adekvatno objašnjene samo nedostatkom discipline ili motivacije. One zahtevaju razumevanje emocionalne obrade, samoregulacije, unutrašnjih konflikata i obrazaca koji održavaju postojeće stanje.

OLI IPP pristup omogućio je da se problemi u ishrani, kretanju i odnosu prema sebi sagledaju kroz bazične emocionalne sposobnosti, ali i kroz kontraveštine, sekundarnu dobit i otpor prema promeni. Na taj način fokus rada nije bio samo na tome šta klijentkinja treba da promeni, već kako da razvije kapacitete potrebne da izdrži promenu.

Centralni pomak nije bio samo u ponašanju, već u većoj sposobnosti da prepozna unutrašnja stanja, odloži impuls, podnese frustraciju i ambivalenciju i uspostavi manje samokažnjavajući odnos prema sebi.

Ovaj slučaj potvrđuje značaj psihodinamske procene u perimenopauzi, ali i pokazuje da medicinske, bihejvioralne i lifestyle intervencije imaju puni efekat tek kada su

povezane sa razumevanjem psihodinamskih procesa i razvojem emocionalnih kapaciteta - i, što je tema ovog rada, sa razumevanjem toga kako osoba živi u vremenu. Terapijski uspeh u radu nije bio samo u ponašanju, već u prihvatanju da promena nije događaj koji se jednom dogodi i završi, već proces koji se odvija u vremenu, koji zahteva ponavljanje, povratak i istrajnost. Jungovim rečima: prihvatanje da je podne prošlo ne znači da je sve izgubljeno - znači da počinje drugačije putovanje.

Reference

- Anekwe, C. V., Cano, A., Mulligan, J., Ang, S. B., Johnson, C. N., Panay, N., Schaedel, Z., Akam, E. Y., Porterfield, F., Wang, E., & Nappi, R. E. (2025). The role of lifestyle medicine in menopausal health: A review of non-pharmacologic interventions. *Climacteric*, 28(5), 478-496.
- Frojd, S. (2004). Nesvesno. U: *Metapsihologija* (prevod B. Lukić). Beograd: Plato. (Originalno delo objavljeno 1915)
- Jovanović, N. (2013). *Sposobnost za ljubav i rad i OLI integrativna psihodinamska psihoterapija* (tomovi I-II). Beograd: Beoknjiga.
- Jovanović, N., & Jovanović, S. (2025). Rad sa otporom u O.L.I. integrativnoj psihodinamskoj psihoterapiji. *Uvidi*, 2, 15-27.
- Jovanović, N. (2025). *Razvoj bazičnih emocionalnih kompetencija u OLI integrativnoj psihodinamskoj psihoterapiji*. Beograd: Kreativna knjiga i OLI Centar.
- Jung, C. G. (1981). Životne mene. U: *Sabrana dela, knj. 8: Struktura i dinamika psihe* (prevod). Novi Sad: Matica srpska. (Originalno delo objavljeno 1930)
- Mosconi, L. (2024). *The Menopause Brain: New Science Empowers Women to Navigate the Pivotal Transition with Knowledge and Confidence*. New York: Avery.
- Petrović, J., & Trbojević Jocić, J. (2025). *Dodati život godinama: Razvoj u odraslom dobu i starosti*. Novi Sad: Sinapsa Edicije.

Abstract

Aim: This paper aims to illustrate, through a case presentation of a woman in perimenopause, the application of the OLI Integrative Psychodynamic Psychotherapy (OLI IPP) approach and the concept of basic emotional competencies (BEC) in understanding and treating difficulties related to eating behavior, physical activity, and self-regulation, with particular attention to time as a clinical dimension of experience.

Method: A qualitative single-case presentation from clinical practice was used. The client, a 49-year-old woman, sought help due to difficulties in regulating body weight, eating behavior, and physical activity in the context of perimenopause. An integrative approach was applied, combining psychodynamic formulation through BEC with principles of lifestyle medicine and behavioral and coaching interventions.

Results: Psychodynamic analysis revealed deficits in mentalization, neutralization, object constancy and wholeness, tolerance of frustration and ambivalence, will, and initiative, which maintained patterns of impulsive eating, abandonment of physical activity, and self-punitive attitudes. Targeted interventions led to improvements in eating regulation, tolerance of discomfort, physical functioning, and the client's internal dialogue.

Conclusion: Difficulties in changing life habits during perimenopause cannot be adequately understood or treated solely as a lack of discipline or motivation. They require an integrative approach connecting psychodynamic understanding of emotional capacities, medical assessment of bodily changes, and structured behavioral and

coaching interventions, together with an understanding of how the person lives in time throughout the process of change.

Keywords: perimenopause, time in psychoanalysis, OLI integrative psychodynamic psychotherapy, basic emotional competencies, lifestyle medicine.