МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ СВЕТИ НИКОЛЕ

Магистерски труд:
На тема:

Истражување на неуробиологијата и ефикасноста на телесно орентираната психотерапија во работа со рана траума

Ментор:
Проф Др. Слагана Ангелкоска

Изработил:Хелена Хајдин

М243031

Декември, 2025

Содржина

1. Вовед 5
2. ТЕОРЕТСКА РАМКА 7
2.1. Рана развојна траума: Дефиниција, видови и долгорочни последици 7
2.1.1. Дефиниција на траума 7
2.1.2. Невробиолошки последици рани 10
2.1.3. Психолошки, емоционални, физички и здравствени последици рана траума 12
2.1.4. Кумулативно влијание на траумата 14
2.1.5. Долгорочни ефекти од рана траума 15
2.2. Невробиологија на траумата 16
2.2.1. Траума и нејзините ефекти 16
2.2.2. Мозочни структури погодени од траума (амигдала, хипокампус, префронтален кортекс) 18
2.2.3. Троен модел на мозок (неокортекс, лимбички систем и рептилски мозок) 19
2.2.4. Рана траума и автономниот нервен систем (АНС) 21
2.2.5. Поливагална теорија 26
2.2.6. Хормонални реакции (адреналин, кортизол) 28
2.2.7. Дисоцијација и имплицитна меморија 30
2.2.8. Невропластичност и закрепнување 31
2.3. Психотерапевтски пристапи кон рана развојна траума 34
2.3.1. Влијанието на раната развојна траума врз пристапот кон психотерапијата 34
2.3.2. Работа со телесна меморија 35
2.3.3. Воените неврози како основа за разбирање на траумата 37
3. Телесно ориентирана психотерапија 38
3.1. Историја и развој 38
3.1.1. Што е телесно ориентираната психотерапија? 38
3.1.2. Корени на телесната психотерапија 40
3.1.3. Главни методи на телесно ориентираната психотерапија 45
3.2. Соматско доживување (SE) 49
3.3. Сензоримоторна психотерапија (сензоримоторна психотерапија) 50
3.3.1. Телесно ориентирана психотерапија во пракса и професионални заедници 52
3.4. Концептот на одбрана на ликовите 52
3.4.1. Шизоидна одбрана на карактерот 53
3.4.2. Усна одбрана на карактерот 54
3.4.3. Мазохистичка одбрана на карактерот 55

3.4.4. Психопатска одбрана на карактерот 56
3.4.5. Цврста одбрана на карактерот 57
3.5. Рајховски сегменти на телото 58
3.5.1. Очен сегмент (очи) 59
3.5.2. Орален сегмент (вилица и уста) 59
3.5.3. Цервикален сегмент (врат и грло) 60
3.5.4. Торакален сегмент (срце и граден кош) 60
3.5.5. Дијафрагмален сегмент (горен дел од половината) 61
3.5.6. Абдоминален сегмент (стомак) 61
3.5.7. Карличен сегмент (карлица и нозе) 62
3.6. Дишење, стрес и траума во телесна психотерапија 62
3.7. Отелотворување и заземјување 65
4. РАНА ТРАУМА ОД ПЕРСПЕКТИВА НА НЕВРОБИОЛОГИЈАТА И ТЕЛЕСНО ОРИЕНТИРАНАТА ПСИХОТЕРАПИЈА 66
4.1. Невробиолошки ефекти од рана траума и терапевтски пристапи 66
4.1.1. Рана развојна траума и телесна психотерапија 69
4.2. Теории на приврзаност и емоционална регулација 70
4.2.1. Теорија на приврзаност на Боулби 71
4.2.2. Мери Ајнсворт и „Чудна ситуација“ 72
4.2.3. Фази на развој на приврзаност 73
4.2.4. Фактори што влијаат врз развојот на приврзаноста 74
4.2.5. Невробиолошка основа на теоријата на приврзаност (Шор и современи истражувања) 75
4.2.6. Видови на приврзаност во адолесценцијата и зрелоста 76
4.2.7. Димензии на приврзаност и стратегии за регулирање на емоциите 77
4.2.8. Врската помеѓу приврзаноста и психопатологијата 78
4.3. Детство и траума 80
4.3.1. Трауматски искуства во детството 80
4.3.2. Биолошка основа и генетика 81
4.3.3. Посттрауматско стресно растројство кај деца 81
4.3.4. Традиционални методи на лекување и невробиологија на траума 83
4.3.5. Интеграција на физички и експресивни пристапи во работата со траума кај децата 85
4.3.6. Влијанието на траумата од детството врз централниот нервен систем ... 86
4.4. Емпириско истражување и докажување на ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија 87
4.5. Во контекст на истражувањето, се разликуваат два клучни концепта: 87
4.5.1. Стресори кои ја поттикнуваат депресијата 89
4.5.2. Адаптивни одговори на стрес 89
4.5.3. Фреквенција и модели на повторена траума 89
5. ЕМПИРИЧКИ ДЕЛ 91

5.1.1. Истражувачки хипотези 92
5.2. Прикажување на резултатите 98
5.3. РЕЗУЛТАТИ 98
5.3.1. Резиме на резултатите 101
5.3.2. Клучни наоди и резултати од истражувањето 101
5.3.3. Ограничувања на истражувањето 102
5.3.4. Препораки за понатамошни истражувања 103
6. РЕФЕРЕНЦИ 108

1. ВОВЕД

Темата на овој магистерски труд е фокусирана на истражување на невробиолошките основи и ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија во справувањето со рана развојна траума. Сите емоционално значајни искуства што се доживеани остануваат засекогаш складирани во телото, во таканаречената имплицитно сеќавање. Ова сеќавање содржи телесни сензации, емоции, импулси и чувства што ја обликуваат нашата внатрешна реалност. Иако искуствата од периодот на бременоста и раното детство, особено во текот на првите три години од животот, не можат свесно да се потсетат, денешните бројни студии потврдуваат дека токму овие рани искуства имаат клучно влијание врз подоцнежниот емоционален и психолошки развој. Нашето тело ги памети и позитивните и негативните искуства, без оглед на тоа дали ги паметиме свесно или не. Трагата од овие рани искуства се рефлектира во нашите модели на однесување и начинот на кој го доживуваме светот. Телото се сеќава дури и кога умот не може да се сети.

Потиснатите емоции остануваат „заробени“ во телото, а последиците од ова често се манифестираат преку физички симптоми, соматски заболувања или тешкотии во меѓучовечките односи. Научните истражувања покажуваат дека раните емоционални искуства играат најважна улога во обликувањето на структурата и функцијата на мозокот, особено на десната хемисфера, која е одговорна за обработка на емоции, регулирање на афектот и невербална комуникација. Во текот на првите три години од животот, десната хемисфера е доминантна и игра клучна улога во развојот на емоционалната регулација и социјалните вештини. Преку пресликување на емоционалните изрази помеѓу мајката и детето, се создава чувство на сигурност што овозможува развој на безбедна приврзаност и придонесува за емоционално и психолошко здравје на долг рок.

Телесно ориентираната психотерапија претпоставува дека телото и психата се неразделна целина и го истражува односот помеѓу телесните сензации и емоционалните искуства. Телото се смета за директен носител и сведок на сите искуства, вклучувајќи ги и трауматските што остануваат складирани во неговата структура.

Раната развојна траума во својата суштина носи чувства на беспомошност, страв и болка. Ваквите искуства се случуваат во време кога детето сè уште воспоставува основни модели на безбедност и емоционална регулација, а нивните последици често се подлабоки и трајни од оние што ги доживува подоцна во животот. Ова ја нагласува важноста на безбедната

приврзаност за оптимален невробиолошки развој, саморегулација во возрасниот период и целокупна емоционална благосостојба.

Развојот на невронауката во последните неколку децении овозможи подлабоко разбирање за тоа како раните искуства ги обликуваат нервните системи поврзани со емоциите, стресот и приврзаноста. Хроничниот стрес и негативните искуства во раното детство можат да го нарушат функционирањето на амигдалата, хипокампусот и префронталниот кортекс, што влијае на емоционалната регулација и го зголемува ризикот од развој на анксиозност, депресија, дисоцијација, нарушувања на личноста и тешкотии во меѓучовечките односи воопшто.

Традиционалните вербални терапевтски пристапи честопати покажуваат ограничувања во работата со развојна траума, бидејќи клиентите немаат свесен или вербален пристап до искуствата складирани во имплицитната телесна меморија. Во овој контекст, психотерапијата ориентирана кон телото нуди холистички пристап кој го вклучува телото, дишењето, движењето, работата со сетилата и свесното внимание фокусирано на телесните состојби. Таквиот пристап им овозможува на клиентите повторно да воспостават чувство на безбедност, подобро да се поврзат со себе и со другите, да развијат капацитети за саморегулација и да го стабилизираат нервниот систем.

Сè поголем број студии ја потврдуваат ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија во намалувањето на симптомите на посттрауматски стрес, зајакнувањето на психолошкиот отпор и стимулирањето на промените во структурата и функцијата на мозокот.

Преку моето сопствено образование и практично искуство во областа на телесно ориентираната психотерапија, имав можност да бидам сведок на трансформативните ефекти од работата со телото, кои отвораат пат кон подлабоко и потрајно лекување од она што е можно со чисто вербален, когнитивен пристап. Овие искуства, заедно со мојата научна љубопитност, ме охрабрија да ги истражам можностите за интегрирање на телесните и психодинамичките методи во терапевтската работа со луѓе кои доживеале рана развојна траума.

Темата на овој труд е во согласност со современите психолошки упатства кои ја нагласуваат длабоката врска помеѓу телото и умот, клучната важност на раните искуства и значењето на невропластичноста во зачувувањето на емоционалното и психолошкото здравје.

Структура на работа :

- **Вовед:** Темата на трудот, зошто е важна, како и целите, хипотезата и личната мотивација за истражувањето.
- **Теоретска рамка:** Преглед на раната развојна траума и нејзиното влијание врз невробиологијата, теоријата на приврзаност, поливагалната теорија и невропластичноста, како и основните принципи на телесно ориентираната психотерапија.
- **Проблем и предмет на истражување:** Истражувачки проблем, цел, цели, истражувачки прашања и хипотези, научна и практична вредност на трудот.
- **Методологија на истражување:** Пристап на истражување (квантитативни и квалитативни методи), карактеристики на учесниците, користени инструменти, процес на собирање и обработка на податоци и етички аспекти.
- **Резултати од истражувањето:** Квантитативни резултати (дескриптивна статистика, t-тест, корелација), квалитативни наоди добиени преку тематска анализа на интервјуа и изјави на учесници.
- **Дискусија:** Резултатите во контекст на претходни истражувања, ги потврдуваат или отфрлаат хипотезите и ги истакнуваат клиничките импликации, можните механизми на промена, ограничувањата на истражувањето и предлозите за идни истражувања.
- **Заклучок:** Ги сумира главните сознанија и придонеси на трудот, и теоретски и клинички, како и личната рефлексија.
- **Литература:** Список на користена литература.
- **Прилози** : Пример за информирана согласност, интервју, скали и графички прикази на резултатите.

2. ТЕОРЕТСКА РАМКА

2.1. Рана развојна траума: Дефиниција, видови и долгорочни последици

2.1.1. Дефиниција на траума

Раната развојна траума се однесува на низа трауматски искуства што се јавуваат во раните, чувствителни фази од развојот на детето, како што се злоупотреба, занемарување, губење на

родител или дисфункционална семејна динамика. Ова не се изолирани настани, туку хроничен стрес за време на формативниот период кој е емоционално болен и вознемирувачки, кога се воспоставуваат темелите на безбедноста, самодовербата и емоционалната регулација. Траумата не е предизвикана од самиот настан, туку од неуспехот на телото, умот, духот и нервниот систем да обработат екстремно стресно искуство. Траумата не потекнува од самиот настан, туку од нервниот систем. Траумата не е нешто што ни се случило, туку нешто што го чуваме во себе во отсуство на сочувствителен сведок (Левин, *Со неизговорен глас: Како телото ја ослободува траумата и ја враќа добрината* **, 2010).**

Таквата траума има потенцијално помоќни и долготрајни последици од траумата што се јавува во зрелоста. Траумата се дефинира како искуство што остава траен и значаен психолошки импакт врз една личност. Во својата суштина, тоа е психофизиолошки настан во кој несвесниот автономен нервен систем станува преоптоварен со токсичен стрес и води до дисрегулација на нервниот систем (Левин, *Будење на тигарот: Лекување на траума* , 1997).

Изворот на траумата е во одговорот на нервниот систем, а не во настанот. Траумата е во нервниот систем, а не во настанот. Трауматските симптоми не се предизвикани од самиот настан. Тие се јавуваат кога енергијата што останува од искуството не се ослободува од телото. Оваа енергија останува заробена во нервниот систем и може да предизвика хаос во нашите тела и умови (Левин, *Будење на тигарот: Лекување на траумата* , 1997).

Траумата е кршење на бариерата што штити од (прекумерна) стимулација, што доведува до преовладувачко чувство на беспомошност (Фројд, *Надвор од принципот на задоволство* , 1920).

Психолошката траума е состојба на силен страв што ја доживуваме кога се соочуваме со ненадеен, неочекуван, потенцијално опасен по живот настан врз кој немаме контрола и на кој не сме во можност ефикасно да реагираме без разлика колку се трудиме (Фланери, „Психолошка траума и посттрауматско стресно растројство: Дел 1, Неговата општа природа“, 2013).

Трауматските настани се невообичаени, не затоа што се случуваат ретко, туку затоа што го отежнуваат прилагодувањето кон животот... заедничкиот именител на траумата е чувството на „интензивен страв, беспомошност, губење на контролата и закана од уништување“ (Херман, *Траума и закрепнување: Последиците од насилството - од семејно насилство до политички терор* , 1992).

1.1.2. Видови траума

Траумата најчесто се дефинира како искуство кое остава траен и силен психолошки белег и влијае на емоционалниот и развојниот развој на детето.

Трауматските искуства се поделени во две главни групи:

- **Акутна траума (тип I)** - еднократни, ненадејни настани (сообраќајни несреќи, ненадејна смрт на близок или сведочење за повреда на друго лице).
- **Хронична траума (тип II)** - долготрајни или повторувачки искуства (злоупотреба, занемарување, воена траума, природни катастрофи или живеење во несигурност).

Детето може да развие и физички и психолошки последици што го попречуваат неговото емоционално функционирање и развој подоцна во животот.

Шок траума и кумулативна траума (рана развојно-релациска траума)

Шок траумата се јавува кога целиот систем е преплавен од интензивни чувства на страв, беспомошност и опасни по живот ситуации. Таквото искуство може да се случи во првите часови или денови по раѓањето (рана шок траума, основа на шизоидната структура), но и подоцна во зрелоста, на пример, како резултат на војна, несреќа или природна катастрофа.

Развојно-релациона траума (кумулативна траума)

Релационо-развојната траума се јавува поради незадоволување или грубо кршење на основните потреби на детето и поради други форми на штета во раниот формативен период (негативно искуство од детството – ACE). За овој облик на траума е предложено и името *развојно трауматско растројство* (DTD), кое се однесува на изложеност на повеќекратни, хронични трауми, најчесто меѓучовечки по природа.

Раната развојна траума опфаќа различни форми на негативни и тешки искуства што се случуваат во детството. Ваквите искуства можат сериозно да влијаат на емоционалниот, психолошкиот и невробиолошкиот развој на детето. Примерите вклучуваат:

- емоционално занемарување,
- физичко, емоционално или сексуално злоставување,

- несигурни модели на приврзаност,
- рано одвојување од примарниот старател,
- хроничен стрес,
- медицинска траума,
- губење на сакана личност,
- изложеност на природни катастрофи,
- сведок на насилство (семејно, врснички или воено),
- несреќи или сериозни болести,
- и живеење во услови на трајна несигурност и сиромаштија.

2.1.2. Невробиолошки последици рани

Раната развојна траума остава длабоки лузни на нервниот систем на една личност, го попречува развојот на мозокот и може да има подлабоки и долготрајни ефекти од траумата во зрелоста (Perry, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството* ; Hambrick, Brawner & Perry, 2019, *Невросеквенцијален модел на терапевтика*). Таа влијае на развојот на умот, мозокот и телото, а подоцна и на здравјето (Hambrick, Brawner & Perry, 2019, *Невросеквенцијален модел на терапевтика*). Траумата не е само настан, туку она што се случува во нас, оставајќи отпечаток на нервниот систем и создавајќи пукнатина во нашето искуство со себе, што се манифестира преку фрагментирани невронски обрасци (Levine, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траума*). Последиците се повеќекратни и влијаат на различни аспекти на функционирањето и промените во мозочните структури. Долгорочниот стрес во раното детство влијае на амигдалата, хипокампусот и префронталниот кортекс (Hambrick, Brawner & Perry, 2019, *Невросеквенцијален модел на терапевтика*). Деловите од мозокот кои се активираат почесто (на пр., оние поврзани со опасност) стануваат поизразени и доминираат (Perry, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Пери (2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*) ја нарекува оваа „употреба условена од развојот на мозокот“ (Perry, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Амигдала: Центар за обработка на емоции, особено страв. Станува хиперреактивна и пречувствителна, чувствителна и реагира дури и на безопасни ситуации како да се закана, што предизвикува зголемени реакции на страв, вознемиреност и интензивни емоционални реакции (Hambrick, Brawner & Perry, 2019, *Невросеквенцијален модел на терапевтика*).
Хипокампус: Учествува во меморијата и ориентацијата во времето и просторот. Траумата може да предизвика нејзино намалување, што доведува до тешкотии со меморијата и разликување на вистинската опасност од сеќавањето на трауматичниот настан. Влијае на способноста за учење и обработка на искуства (Hambrick, Brawner & Perry, 2019, *Невросеквенцијален модел на терапевтика*).

Траумата ги складира спомените во дел од мозокот, во амигдалата, без поврзан наратив, во имплицитна меморија. Овие спомени остануваат во форма на сензорни искуства, мириси, допири или звуци што подоцна можат да предизвикаат чувство на страв иако лицето не е свесно зошто (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*).

Префронтален кортекс (pFC): Има намалена активност, што го отежнува контролирањето на емоциите, јасното размислување, планирањето и потиснувањето на импулсите. Овој дел од мозокот е одговорен за рационално размислување, донесување одлуки и регулирање на емоциите. Траумата може да ја ослабне неговата функција, што го отежнува одржувањето на контролата и рационалното размислување во стресни ситуации (Hambrick, Brawner & Perry, 2019, *Neurosequential Model of Therapeutics*).

HPA оска (хипоталамус-хипофиза-надбубрежна оска): При хроничен стрес, станува пречувствителен и неурамнотежен, што доведува до постојано ослободување на стрес хормони како кортизол и норадреналин, дури и кога заканата повеќе не е присутна. Со текот на времето, ова го нарушува создавањето на нови неврони и способноста на мозокот да се адаптира (Hambrick, Brawner & Perry, 2019, *Neurosequential Model of Therapeutics*). Оваа оска игра клучна улога во одговорот на телото на стрес. Тоа е комуникациски систем помеѓу хипоталамусот, хипофизата и надбубрежните жлезди што му помага на телото да одговори на стресорите и да одржува рамнотежа. Процесот започнува во хипоталамусот, кој ослободува хормон што го ослободува кортикотропинот (CRH) како одговор на стресот. Ова ја стимулира хипофизата да лачи адренокортикотропен хормон (ACTH), кој потоа дејствува на надбубрежните жлезди за да ги стимулира да ослободат кортизол, хормон што му помага на телото да се справи со стресот.

Автономниот нервен систем (ANS): Децата кои доживеале рана траума често имаат постојан дисбаланс во функционирањето на ANS. Ова може да се манифестира како прекумерна напнатост или ригидност во однесувањето и односите. Децата потоа се фокусирани на преживување, постојано во состојба на борба, бегство или замрзнување. Траумата ја намалува способноста на системот природно и флексибилно да се движи помеѓу овие состојби (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*).

Намален волумен на мозокот: Истражувањата покажуваат намалување на големината на одредени делови од мозокот, како што е corpus callosum, што им отежнува на хемисферите на мозокот да работат заедно (Perry, 2001, *The Neurodevelopmental Impact of Childhood Trauma*).

Нарушена соматосензорна обработка: Траумата го нарушува начинот на кој мозокот ги обработува сензорните информации и ги разликува внатрешните од надворешните искуства. Ова може да доведе до губење на чувството за себе и безбедност. Кога нервниот систем е преоптоварен, мускулите примаат спротивставени сигнали и ја губат координацијата. Движењата стануваат вкочанети и некоординирани, што дополнително ја зголемува анксиозноста. Ако искуството е доволно силно, телото и умот реагираат со колапс - чувство на анксиозност, беспомошност, пораз и депресија (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*).

2.1.3. Психолошки, емоционални, физички и здравствени последици рана траума

Траумата влијае не само на психата, туку и на телото (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score* ; Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Долгорочниот стрес и напнатост можат да го оштетат физичкото здравје со текот на времето (McEwen, 1998, *Protective and Damaging Effects of Stress Mediators*). Зголемен ризик од хронични заболувања, луѓето кои доживеале траума имаат поголема веројатност да развијат кардиоваскуларни, дигестивни, мускулно-скелетни, белодробни, воспалителни и метаболички нарушувања и хронична болка (Felitti et al., 1998, *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study* ; van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Забрзаното биолошко стареење, долготрајното изложување на стрес може да го забрза процесот на стареење и да го зголеми ризикот од предвремена смрт (McEwen, 2007, *Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation*). Тенденцијата за соматизирање, неискажаните емоции често се манифестираат преку физички симптоми како што се болка, замор или дигестивни проблеми, мигрена, астма, чир на желудник, заболувања на матката (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma* ; van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Во моментот на соочување со закана, телото влегува во состојба на зголемена физиолошка активација за време на која се лачат стрес хормони, особено адреналин и кортизол (Sapolsky, 2004, *Why Zebras Don't Gett Ulcers*). Оваа реакција го активира симпатичкиот нервен систем и го подготвува телото за одговор на борба-бегство-замрзнување (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*).

Една од последиците од таквата активација може да биде хипервентилација, што предизвикува лицето да се чувствува вртоглаво или несвестица (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Сепак, вистинската несвестица ретко се јавува, бидејќи споменатата физиолошка реакција го зголемува срцевиот ритам и крвниот притисок. Во исклучителни ситуации, ненадејната промена помеѓу забрзано и забавено чукање на срцето може да доведе до несвестица (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*).

Во оваа состојба, крвта се пренасочува кон големите мускулни групи со цел да се подготви телото за брза акција, додека мазните мускули - на пример во пределот на мочниот меур - се опуштаат, што овозможува подобра оксигенација на белите дробови. Во исто време, постои привремена инхибиција на дигестивниот и имунолошкиот систем, бидејќи енергијата е насочена кон преживување (Sapolsky, 2004, *Why Zebris Don't Getter Circles*).

На физичко ниво, може да се појават ладни и потни раце, треперење и чувство на слабост во екстремитетите, како и напнатост во рамената, вратот и бутовите. Зениците се шират, а видното поле се стеснува - таканаречен тунелски вид, каде што фокусот е исклучиво на

изворот на опасноста, додека периферната перцепција е намалена (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Способноста за препознавање лица е исто така намалена, а крвта станува погуста, што го подготвува телото за можна повреда и побрзо згрутчување. Покрај тоа, чувството на болка е намалено, што го олеснува непосредниот физички одговор на заканата (Levine, 1997*, Waking the Tiger: Healing Trauma*).

Раната траума, особено онаа доживеана во детството, може да има длабоко и долготрајно влијание врз психолошкиот и емоционалниот развој на поединецот (Felitti et al., 1998, *The ACE Study* ; van der Kolk, 2014*, The Body Keeps the Score*). Децата кои поминале низ трауматски искуства честопати развиваат модели на справување подоцна во животот кои им помагаат да се справат со болката, но кои подоцна можат да се мешаат во нивната способност да живеат квалитетен и безбеден живот (Perry, 2001, *The Neurodevelopmental Impact of Childhood Trauma*).

Дисрегулација на емоциите: Тешкотии во регулирањето на емоциите, тие имаат тешкотии со нивното контролирање. Тие често имаат проблеми со препознавањето и изразувањето на емоциите. Тие може да претеруваат или, обратно, да ги потиснуваат чувствата (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*).

Психолошки тешкотии: Анксиозност, депресија, дисоцијација, нарушувања на личноста, ПТСН, па дури и психотични нарушувања (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*).

Тешкотии во врската: Раната траума често развива несигурни модели на приврзаност (избегнувачки, амбивалентен, неорганизиран), што го отежнува емоционалното регулирање и ја зголемува ранливоста на трауматски стрес (Боулби, 1988, *Безбедна база* ; Пери, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Раната траума често ја нарушува способноста за доверба и блискост, па луѓето може да избегнуваат врски или да станат претерано зависни од другите, да чувствуваат страв (Ајнсворт, 1978, *Модели на приврзаност*).

Дисоцијација: Како одбранбен механизам, лицето може да се „дисоцира“ од реалноста, чувствата или спомените, што доведува до чувство на отуѓеност и празнина (ван дер Колк, 2014*, Телото го чува резултатот*). Несвесно „исклучување“ на сензациите од телото како заштита од огромна болка (Левин, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата*).

Тешкотии во концентрацијата и учењето: Поради постојан стрес и напнатост, способноста за фокусирање и запомнување може да биде намалена (McEwen, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата*).

Соматизација: Ментални тешкотии преку физички симптоми. Понекогаш телото покажува

она што умот не може да го каже (van der Kolk, 2014, *Телото го чува резултатот*). Кога емоциите не се препознаваат или изразуваат, тие можат да се манифестираат како физички симптоми, како што се главоболки, болки, лошо варење или постојан замор. Овие симптоми често немаат медицинско објаснување, но се знак на внатрешен стрес и напнатост. Соматизацијата е начин на телото да реагира на психолошки притисок, преведувајќи го во физички симптоми (Levine, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата*). Когнитивни тешкотии: Намалена способност за концентрација, тешкотии при размислување и планирање (McEwen, 1998, *Заштитни и штетни ефекти на медијаторите на стресот*). Тешкотии во однесувањето: Агресија, пркос, ризично однесување, повлекување (Пери, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*).

2.1.4. Кумулативно влијание на траумата

Важно е да се напомене дека повторените и повеќекратните трауми имаат многу поголемо влијание врз долгорочното здравје отколку еден изолиран трауматски настан (Felitti et al., 1998, *Студијата ACE*). Децата кои се изложени на повеќе форми на злоупотреба или тешки семејни околности имаат значително поголем ризик од развој на зависност, депресија, самоубиствени мисли и хронични болести (Felitti et al., 1998, *Студијата ACE*). Истражувањата покажуваат дека повтореното изложување на траума е почеста отколку што се смета и води до подлабоки и посложени последици (van der Kolk, 2014, *Телото го чува резултатот*). Во случаи на континуирана злоупотреба, без разлика дали е физичка, емоционална или преку отфрлање и понижување, некои деца не успеваат да развијат механизми за дисоцијација што би им овозможиле психолошки да се дистанцираат од болното искуство (Levine, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата*). Кога станува невозможно да се негира реалноста на злоупотребата и емоционалната повреда, детето мора да создаде внатрешен систем на објаснување што му овозможува да одржува чувство на значење и кохерентност (Херман, 1992, *Траума и закрепнување*). Најчесто, овој систем се базира на заклучокот дека само тоа е одговорно за ситуацијата: „Јас сум лошо дете, затоа се случува тоа“. На овој начин, детето ја зачувува сликата за родителите како „добри“ и со тоа одржува чувство на сигурност и надеж (Боулби, 1988, *Безбедна база*). Верувањето дека тој е причина за страдањето му овозможува на детето илузија на контрола - ако е „лош“, тогаш постои можност за промена: доволно труд, послушност или „љубезност“ еден ден би можеле да донесат родителска љубов, прифаќање и заштита (Херман, 1992, *Траума и закрепнување*). Овој модел на размислување често опстојува во зрелоста (Левин, 1997, *Будење на тигарот:*

Лекување на траумата). Потоа лицето несвесно ја презема вината во меѓучовечките односи, ја потврдува сопствената „лошост“ преку самодеструктивно однесување (како што се прељуба, кривични дела или други форми на самосаботажа) и одржува трајно чувство на неавтентичност (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*).
Традиционалните вербални терапии честопати не се доволни за развојната траума бидејќи луѓето не можат секогаш да го изразат со зборови она што е складирано во телото и несвесното сеќавање (Левин, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата* ; ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*). Затоа е важно да се вклучат терапевтски пристапи кои работат со телото - методи кои му помагаат на лицето да ги процесира трауматските искуства преку телесни сензации, движење и свест (Левин, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата*). Ваквите пристапи се особено важни кога се работи со деца и млади (Пери, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*).

2.1.5. Долгорочни ефекти од рана траума

Ефектите од траумата во првите пет години од животот може да се видат подоцна (Perry, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Децата кои се злоупотребени пред петгодишна возраст имаат поголема веројатност да имаат проблеми со однесувањето (Cicchetti & Toth, 2005, *Малтретирање на деца*). Ако злоупотребата се случи пред двегодишна возраст, детето може да има доцнење во развојот на говорот и помал вокабулар (Hart & Risley, 1995, *Значајни разлики во секојдневното искуство на младите американски деца*). Развојот на јазикот и учењето се силно под влијание на начинот на кој родителот се грижи за детето (Schore, 2001, *Ефектите од раната релациона траума врз развојот на десната страна на мозокот, регулацијата на афектот и менталното здравје на новороденчето*). Децата кои живеат во насилни семејства често имаат понизок коефициент на интелигенција, но топлината, поддршката и стабилниот однос со родителот можат да помогнат во ублажување на овие ефекти (Werner & Smith, 1992, *Надминување на шансите: Деца со висок ризик од раѓање до зрелост*). Отпорноста не е само индивидуална особина, туку е резултат на интеракцијата на генетиката, емоционалните односи и влијанијата од околината (Masten, 2001, *Обична магија: Процеси на отпорност во развојот*).

Развивањето на отпорност и чувство на сигурност кај децата и младите се случува постепено и бара трпение (Masten, 2014, *Глобални перспективи за отпорност кај децата и младите*). Важно е да се гради односот чекор по чекор, препознавајќи го и пофалувајќи го дури и најмалиот напредок. Треба да забележите рани знаци на стрес, како што се напнатост,

повлекување или лутина, и да му помогнете на детето да се смири преку ко-регулација (Siegel, 2012, *Развивачкиот ум: Како односите и мозокот комуницираат за да го обликуваат тоа што сме*). Корисно е да се разговара за тоа како телото и емоциите реагираат во стресни ситуации и да се идентификува што предизвикува непријатност - одредени мириси, звуци или сеќавања - и да се намали изложеноста на овие предизвикувачи (Porges, 2011, *Поливагалната теорија*). Преку безбедни односи, поддршка и разбирање, детето учи нови начини на справување и станува поотпорно, развивајќи способност да се смири и да се чувствува безбедно само (Schore, 2019, *Психотерапија со десниот мозок*).

Секундарната трауматизација може да влијае на лицето на неколку нивоа (Figley, 1995, *Замор од сочувство: Справување со секундарно трауматско стресно нарушување кај оние кои ги третираат трауматизираните*):
Физички ефекти: замор, главоболки, чести болести и други физички симптоми.
Емоционални ефекти: раздразливост, чувство на беспомошност, гнев и несигурност.
Когнитивни ефекти: наметливи мисли или слики и сомнежи за сопствените способности.
Ефекти во однесувањето: избегнување, нездрави стилови на справување и повлекување.
Релациски ефекти: претерани емоционални реакции, расправии, губење на радоста и тешкотии во фокусирањето на другите.

2.2. Невробиологија на траумата

2.2.1. Траума и нејзините ефекти

Раната развојна траума остава длабок и траен белег врз мозокот и нервниот систем (Perry, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството* ; Schore, 2001, *Ефектите од раната релациона траума врз развојот на десниот мозок*). Траумата се однесува не само на самиот настан, туку и на она што се случува во телото во моментот кога лицето го доживува (Levine, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата*). Со други зборови, траумата е начинот на кој телото и мозокот реагираат на едно преоптоварувачко искуство (van der Kolk, 2014, *Телото го чува резултатот*). Ваквите искуства ги менуваат неврофизиолошките обрасци, го нарушуваат чувството за внатрешна стабилност и честопати водат до намалено чувство на самопочит (Herman, 1992, *Траума и закрепнување*).
На невролошко ниво, траумата се манифестира преку фрагментирани невронски обрасци и нарушувања во интеграцијата на различни делови од нервниот систем (Schore, 2003, *Влијае*

на дисрегулацијата и нарушувањата на себството). Тоа е, пред сè, физиолошка и невролошка реакција на искуство што го надминува капацитетот на лицето за обработка и интеграција (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*). Дури подоцна се јавува психолошкиот одговор (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*).

Како што истакнува Бесел ван дер Колк, траумата не влијае само на психата, туку и на телото (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). По трауматско искуство, телото често останува во состојба на готовност, како опасноста сè уште да постои. Мозокот има тешкотии да препознае дека заканата поминала, па затоа системот за преживување останува активен и хипербуден (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Траумата се складира во лимбичкиот систем, кој не го препознава концептот на време или место, и затоа секој надворешен поттик може да ја реактивира истата состојба (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Во овие моменти, врската помеѓу кортексот и лимбичкиот систем е прекината, што резултира со враќање на трауматското искуство и губење на чувството за контрола (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Поради таквата динамика, процесот на закрепнување од траума е често долготраен, но со доследна работа носи видливи и длабоки промени (Herman, 1992, *Trauma and Recovery*).

Траумата, исто така, го нарушува функционирањето на меморијата (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Сеќавањата на трауматски настан не се складираат како дел од лична наративна целина, туку во форма на фрагментирани слики, емоции и телесни сензации (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Затоа се вели дека траумата се „запаметува со телото“, а не со зборови (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*).

Кај децата и адолесцентите, ваквите процеси можат да имаат особено силно влијание врз развојот (Пери, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Раната траума може да го наруши чувството на сигурност, способноста за регулирање на емоциите, создавање блискост и развивање стабилен идентитет (Шор, 2001, *Ефектите од раната релациона траума врз развојот на десниот мозок*). Ван дер Колк нагласува дека вербалната (разговорна) терапија честопати не е доволна, бидејќи траумата влијае на делови од мозокот кои не се достапни за јазикот (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*). Затоа, важно е да се вклучат физички и терапевтски пристапи (работа со телото), кои му помагаат на телото повторно да воспостави чувство на сигурност и поврзаност со умот (Левин, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата* ; Левин, 2010, *Со неизговорен глас: Како телото ја ослободува траумата и ја враќа добрината*).

2.2.2. Мозочни структури погодени од траума (амигдала, хипокампус, префронтален кортекс)

Хроничниот стрес во раниот развој значително влијае на функционирањето на централниот нервен систем и може да ја промени развојната траекторија на мозочните структури и невронските мрежи (Perry, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството* **; Schore, 2001,** *Ефектите од раната релациона траума врз развојот на десниот мозок* **). Регионите на мозокот кои се активираат почесто, како што се оние поврзани со опасност, со текот на времето стануваат поизразени, постабилни и доминантни, што се нарекува „развојна употреба“ (Perry, 2001,** *Невроразвојното влијание на траумата од детството* **).**

Амигдала: Амигдалата е задолжена за стравот и е како еден вид аларм кој предупредува на опасност по животот и ја активира состојбата во која се креваме за преживување (LeDoux, 1998, *Емоционалниот мозок: Мистериозните основи на емоционалниот живот* **). Може да биде хиперреактивна и пречувствителна (van der Kolk, 2014,** *Телото го чува резултатот* **).**

Ова предизвикува мозокот да перцепира закана дури и во неутрални ситуации, предизвикувајќи претерани реакции на страв (LeDoux, 1998, *The Emotional Brain* **). Трауматските сеќавања се складираат во имплицитниот мемориски систем на амигдалата, без наративен контекст, и се сензорни (поврзани со мириси, допири, вкусови, температура и звуци) (Levine, 1997,** *Waking the Tiger: Healing Trauma* **; van der Kolk, 2014,** *The Body Keeps the Score* **).**

Хипокампус: Може да се намали, што влијае на способноста за разликување на сегашните од минатите закани и создавањето експлицитни автобиографски сеќавања (Bremner, 2006, *Trauma and Memory in PTSD* **). Група неврони одговорни за спојување парчиња од сложувалка, односно поврзување на пошироки делови од мозокот и испраќање и собирање информации, поврзувајќи обрасци (McEwen, 2007,** *Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation* **).**

Префронтален кортекс (pFC): Траумaтизираните деца често имаат намалена активност во префронталниот кортекс, што ја нарушува способноста за јасно размислување, планирање, когнитивно контролирање на емоциите и инхибирање на импулсите (Teicher et al., 2003, *Невробиолошки последици од раниот стрес и малтретирањето во детството* **).**

Други структури: Децата изложени на ран стрес покажуваат намален волумен на мозокот, вклучувајќи намален корпус калозум и послаба интеграција помеѓу хемисферите (De Bellis et al., 1999, *Мозочни структури кај педијатриско малтретирање поврзано со ПТСН* **). Исто така, е пријавено абнормално активирање на инсулата, регион на мозокот кој ги интегрира информациите од внатрешните органи и е вклучен во создавањето чувства на телесно искуство и самоперцепција (Craig, 2009,** *Како се чувствувате — сега? Предната инсула и човековата свест* **). Истражувањата, исто така, покажаа намалена активација на клучните структури на мрежата од „стандарден режим“ (како што се задниот и предниот цингуларен кортекс, инсулата и медијалниот префронтален кортекс) кај трауматизирани лица, што укажува на несвесно „исклучување“ на телесните сензации и нарушена самоповрзаност (Lanius et al., 2010,** *Поврзаност на мрежата во стандарден режим како невронска супстрат за самосвест кај ПТСН* **). Системите погодени од траума, лоцирани во мозочното стебло и средниот мозок, можат да се преобликуваат со повторувачка, ритмичка невронска активност преку примарни соматосензорни искуства (Perry, 2009,** *Испитување на злоупотребата на деца низ невроразвојна леќа* **).**

2.2.3. Троен модел на мозок (неокортекс, лимбички систем и рептилски мозок)

Пол Меклин, раководител на Лабораторијата за еволуција на мозокот и однесувањето при Националниот институт за ментално здравје, го развил познатиот Троен модел на мозок (MacLean, 1990, *Триен мозок во еволуцијата: улога во палеоцеребралните функции*) врз основа на неговите истражувања и експерименти (особено со мајмуни-верверички). Овој модел го објаснува еволутивниот развој и функционалната поделба на човечкиот мозок, според кој човечкиот мозок се состои од три меѓусебно поврзани, но функционално различни делови: неокортекс, лимбички систем и рептилски мозок (MacLean, 1990, *Триен мозок во еволуцијата*). Овие три дела од мозокот работат заедно, но понекогаш во конфликт. Неокортексот ги контролира инстинктивните и емоционалните реакции на рептилските и лимбичките делови (MacLean, 1990, *Триен мозок во еволуцијата*). Рептилскиот мозок ги регулира инстинктите и социјалните обрасци (MacLean, 1990, *Триен мозок во еволуцијата*). Лимбичкиот систем создава емоции, љубов и емпатија, а неокортексот овозможува апстрактно размислување, јазик и свесно дејствување (MacLean, 1990, *Триунскиот мозок во еволуцијата*). Рамнотежата помеѓу овие три системи е основа на целосно здравје (MacLean, 1990, *Триунскиот мозок во еволуцијата*).

• Неокортексот е најразвиениот и најмладиот еволутивен дел од мозокот (MacLean, 1990, *Триунскиот мозок во еволуцијата: Улога во палеоцеребралните функции* **). Исто така познат како рационален или размислувачки мозок бидејќи е одговорен за разумот, логичкото размислување, решавањето проблеми и донесувањето одлуки (Gazzaniga, 2008,** *Човек: Науката зад она што нè прави единствени* **). Најразвиен е кај луѓето, делфините и китовите. Исто така, ги контролира свесните движења на телото и овозможува саморегулација и адаптивно однесување (Schore, 2019,** *Психотерапија на десниот мозок* **).**

Симболичното и апстрактното размислување, како и процесите на меморија и асоцијација, се одвиваат во неокортексот (LeDoux, 1998, *Емоционалниот мозок: Мистериозните основи на емоционалниот живот* **). Неокортексот овозможува хронолошка и наративна меморија и претставува основа за креирање приказни, разбирање на причинско-последичните односи и планирање на идните активности (Siegel, 2012,** *Развивачкиот ум: Како односите и мозокот комуницираат за да го обликуваат тоа што сме* **).**

• Лимбичкиот систем, честопати наречен емоционален мозок бидејќи е одговорен за емоционалните процеси, мотивацијата и формирањето на емоционални врски со другите (MacLean, 1990, *Триунскиот мозок во еволуцијата* ; LeDoux, 1998, *Емоционалниот мозок*). Вклучува структури како што се амигдалата, која игра клучна улога во обработката на стравот, и хипокампусот, кој е вклучен во складирањето и потсетувањето на емоционалните искуства (Bremner, 2006, *Траума и меморија кај ПТСН*).

Лимбичкиот систем е развиен кај цицачите и е поврзан со емоции, приврзаност, емпатија, љубов и грижа за потомството (Perry, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Ги поврзува емоционалните реакции со одредени искуства и е ориентиран кон задоволство и избегнување на болка (Schore, 2003, *Афектна дисрегулација и нарушувања на себе*). Овој дел од мозокот влијае врз препознавањето на изразите на лицето и социјалната комуникација, овозможувајќи ни да ги разбереме емоционалните состојби на другите (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*). Функционално, лимбичкиот систем делува како мост помеѓу примитивните инстинктивни и рационалните процеси (MacLean, 1990, *The Triune Brain in Evolution*). Исто така, тој е дом на хипофизата, која ги поврзува емоциите и

хормоналниот систем (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*).

• Рептилски мозок (R-комплекс), најстариот дел од мозокот, исто така наречен примитивен или инстинктивен мозок (MacLean, 1990, *Триунскиот мозок во еволуцијата*). Ги контролира основните рефлекси и автоматските телесни функции кои се неопходни за преживување, како што се дишењето, варењето, спиењето, циркулацијата, сексуалноста и рамнотежата (MacLean, 1990, *Триунскиот мозок во еволуцијата*).
Овој слој на мозокот ги регулира инстинктивните одговори на стрес или закана, вклучувајќи ги рефлексните обрасци на борба, бегство и замрзнување (Levine, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата* ; Porges, 2011, *Поливагалната теорија*). Бидејќи работи првенствено на ниво на телесни сензации, рептилскиот мозок не користи симболичен јазик, туку реагира директно и автоматски, обезбедувајќи брз и ефикасен одговор на телото на опасност (Levine, 2010, *Во неизговорен глас: Како телото ја ослободува траумата и ја враќа добрината*). Тој е одговорен за основните инстинкти како што се агресијата, територијалноста, ритуалното однесување и социјалната хиерархија (MacLean, 1990, *Тројниот мозок во еволуцијата*). Го делиме со влекачите.

2.2.4. Рана траума и автономниот нервен систем (АНС)

Раната траума создава трајни модели на дисрегулација на автономниот нервен систем (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory* ; Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Недостатокот на капацитет за саморегулација може да се види во тенденција кон хаос или прекумерна ригидност, како во меѓучовечките односи, така и во невролошките процеси (Schore, 2001, *The Effects of Early Relational Trauma on Right Molecular Development*). Децата погодени од рана траума често работат од состојба на преживување, нивното тело и нервен систем постојано се во состојба на зголемена тензија, подготвени да избегаат, да се борат или да замрзнат (Perry, 2009, *Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens*). Ваквите искуства ја нарушуваат способноста на автономниот нервен систем флексибилно да се движи помеѓу состојбите на активација и смиреност (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Околу 80% од нервните сигнали патуваат од телото до мозокот, што значи дека телесните сензации се примарен извор на информации на мозокот и се клучни за регулирање на емоционалните состојби (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Кога некое лице се чувствува безбедно, различни делови од автономниот нервен систем работат заедно, промовирајќи состојба на релаксација, безбедност и поврзаност (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing*

Trauma).

Автономниот нервен систем ги регулира сите основни функции на нашето тело, вклучувајќи го и нашиот висцерален систем (внатрешни органи) (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). ANS работи автоматски, без наша контрола, и е местото од каде што доаѓаат нашите реакции за преживување (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Автономниот нервен систем има две гранки: симпатична и парасимпатична, кои ги регулираат нашите реакции на стимулите за преживување (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*).

Симпатичен нервен систем: Симпатичката гранка го активира телото во ситуации на опасност, предизвикувајќи го одговорот „бори се или бегај“, лоциран во средниот дел од 'рбетниот мозок (торакалниот и лумбалниот регион) и е одговорна за мобилизирање на телото во стресни ситуации (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Го зголемува нивото на будност и работи кога сме под стрес, возбудени или физички активни, без разлика дали стресот е позитивен или негативен (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Го активира адреналинот и го подготвува телото за акција. Со активирање на овој дел од нашиот нервен систем, се подготвуваме за дејството на борба или бегство, како на пример во стресни ситуации (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Овој дел од нервниот систем реагира на знаци во околината што ќе ги доживееме како опасни или како предизвикувачи и ќе учествува во ослободувањето на адреналин, што пак го стимулира одговорот на борба или бегство (LeDoux, 1998, *The Emotional Brain*). Ја насочува крвта од дигестивниот систем кон мускулите за да овозможи побрзо движење. Ги стеснува крвните садови и го намалува протокот на крв во кожата, која станува бледа и ладна, како подготовка за можни повреди. Ги шири зениците и го подобрува фокусот на погледот (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). На дневно ниво, ова може да се манифестира преку анксиозност, напади на паника, раздразливост, тешкотии при концентрирање и напнатост во односите со другите (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). На долг рок, овој вид активирање може да има негативно влијание врз здравјето бидејќи го зголемува ризикот од срцеви заболувања, висок крвен притисок и холестерол, проблеми со спиењето, прекумерна телесна тежина, главоболки, болки во вратот, раменатa и грбот, дигестивни нарушувања и генерално ја ослабува отпорноста на телото (McEwen, 2007, *Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation*).

Симпатичкиот нервен систем функционира преку два главни системи (McEwen, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата* **; Sapolsky, 2004,** *Зошто зебрите не добиваат чирови* **):**

1. **SAM системот (симпатичка надбубрежна медула) се активира веднаш и го стимулира ослободувањето на хормонот адреналин (Cannon, 1932,** *Мудроста на телото* **). Адреналинот предизвикува брз, но краткотраен одговор на стрес со зголемување на срцевиот ритам, ширење на зениците и зголемено потење (Sapolsky, 2004,** *Зошто зебрите не добиваат чирови* **).**
2. HPA оската (хипоталамус-хипофиза-адренална оска) се активира кога стресот продолжува (McEwen, 1998, *Заштитни и штетни ефекти на медијаторите на стресот* **). Се ослободува хормонот кортизол, кој му помага на телото да остане во состојба на будност подолго време и да се прилагоди на подолготрајно оптоварување (Саполски, 2004,** *Зошто зебрите не добиваат чирови* **).**

Парасимпатичен нервен систем: потекнува од кранијалните нерви, работи преку најважниот вагус нерв, кој го поврзува мозокот со органи како што се срцето, белите дробови и желудникот (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*). Го опушта и го враќа телото во состојба на смиреност и ги опушта мускулите (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Ни помага да се одмориме и опуштиме откако заканата или стресот се резултат на возбудувањето на симпатичкиот нервен систем (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Одговорен за одмор и варење (релаксација на телото). Ја загрева кожата и го обновува црвенилото, ја враќа крвта во периферните крвни садови и генерално му овозможува на имунолошкиот систем повторно целосно да функционира (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*). Тој е главен носител на информации на парасимпатичката функција (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*).
Вагусниот нерв е најдолгиот нерв во телото и има двојна улога, ни помага да се смириме и да се чувствуваме поврзани со другите, но и да се исклучиме кога има многу стрес (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Бидејќи ги поврзува мозокот и телото во двата правци, често се нарекува нерв на поврзување (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Повеќето од неговите влакна пренесуваат информации од телото до мозокот, додека помал дел испраќа сигнали од мозокот до телото, што овозможува постојана комуникација помеѓу нашите физички и емоционални реакции (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Вагусниот нерв има два дела: вентрален, кој промовира чувство на сигурност и поврзаност, и дорзален, кој го забавува телото во состојба на висок стрес (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*).

Вентрален вагус: Се активира кога се чувствуваме безбедно, опуштено и поврзано (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Поврзан е со парасимпатичкиот нервен систем. Состојба кога

сме смирени, поврзани, присутни и отворени кон другите (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Дишењето тогаш е мирно, варењето функционира добро и срцето чука стабилно. Вентралниот вагус е понов, еволутивно понапреден систем. Работи над дијафрагмата и е поврзан со срцето, белите дробови и мускулите на лицето (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Овој систем овозможува смиреност, чувство на сигурност и социјална поврзаност (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Кога е активен, срцето и дишењето се синхронизирани, лицето е опуштено, а лицето се чувствува присутно и поврзано со другите (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*).

Дорзален вагус : Се активира кога се чувствуваме загрозени или беспомошни (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Поврзан е со парасимпатичкиот нервен систем, но има различен ефект. Телото реагира така што станува вкочането, се чувствува отсутно, одвоено, исплашено, како да не сме во телото (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Телото се заштитува себеси со исклучување, замрзнување, повлекување и одвојување (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Ова е одговор што се јавува кога повеќе нема доволно сила за борба или бегство (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Дорзалниот вагус е најстариот дел од автономниот нервен систем (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Се наоѓа под дијафрагмата и е поврзан со органите што го контролираат варењето и основните функции за преживување (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Тоа е реакција што се јавува кога повеќе нема доволно сила за борба или бегство (Левин, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата*).

Борба, бегство, замрзнување.

Лет: Реакцијата на борба се активира, телото се мобилизира за напад и одбрана (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma* **). Мускулите стануваат напнати, рацете се стегаат во тупаници и вилицата се стега (Porges, 2011,** *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation* **). Може да се појави шкрипење со заби, напнат израз на лицето или лут поглед насочен кон другите (van der Kolk, 2014,** *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma* **). Лицето чувствува интензивен гнев и нагон да удри, удира со тупаница или вреска (Levine, 1997,** *Waking the Tiger* **). Понекогаш има силно чувство на внатрешен притисок или топлина, најчесто во абдоминалната област, придружено со печење, гадење или чувство на грчеви во стомакот (Levine, 2010,** *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* **). Слики или метафори на експлозии, вулкани или бомби често се појавуваат во мислите - симболи на потиснатата енергија и гнев (Левин, 1997,**

Будење на тигарот **). Луѓето склони кон овој модел честопати се стремат кон контрола и совршенство, имаат високи очекувања од себе и од другите и покажуваат склоност кон работохолизам и перфекционизам (ван дер Колк, 2014,** *Телото го чува резултатот* **). Иако се надворешно силни и активни, внатрешно често носат длабоко чувство на фрустрација и неисполнетост (Левин, 2010,** *Во неизговорен глас* **).**

Лет: ја активира потребата да се оддалечи од опасна ситуација (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Телото станува немирно, нозете и рацете речиси постојано се движат, дишењето е брзо и плитко, а погледот е свртен (Levine, 1997, *Waking the Tiger*). Во телото се појавуваат напнатост и чувство на внатрешна вознемиреност или ограничување (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Таквите поединци често имаат впечаток дека постојано „трчаат“ низ животот - од една обврска до друга, од една активност до друга (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Тие можат да станат претерано преокупирани со работа, вежбање или планирање, обидувајќи се да избегнат соочување со чувства на страв или беспомошност (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Перфекционизмот, прекумерната одговорност и потребата за постојана контрола на околината често го придружуваат овој модел на однесување (Levine, 1997, *Waking the Tiger*).

Замрзнување: Кога телото мисли дека ниту борбата ниту бегството не се можни, се активира состојбата на замрзнување (Levine, 1997, *Будење на тигарот* ; Porges, 2011, *Поливагалната теорија*). Во овој момент, има ненадеен пад на енергијата и телото станува вкочането (Levine, 2010, *Со неизговорен глас*). Лицето може да почувствува студ, вкочанетост, плитко дишење и чувство на тежина во екстремитетите (van der Kolk, 2014, *Телото го чува резултатот*). Кожата може да стане бледа, а срцето може да чука бавно или во неправилни ритми (Levine, 1997, *Будење на тигарот*). Внатрешното искуство често вклучува чувство на ужас, одвојување од телото или губење на чувството за реалност (Levine, 2010, *Со неизговорен глас*). Се појавуваат симптоми на дисоцијација, деперсонализација и дереализација, а лицето се чувствува „неприсутно“ или дека светот околу него не е реален (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Замрзнувањето може да создаде лажно чувство на сила, субјективен впечаток дека лицето може да се справи со високи нивоа на стрес (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Сепак, во терапевтски контекст, тоа бара посебно внимание, бидејќи под површината на смиреност често лежи длабока активација на нервниот систем и потиснато чувство на страв (Levine, 1997, *Waking the Tiger*). Во оваа состојба, способноста за доживување радост и спонтаност е исто така намалена, бидејќи симпатичкиот систем е преземен од парасимпатичката доминација (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*).

Луѓето кои често се вклучуваат во овој модел може да имаат тешкотии при донесувањето одлуки, чувството на присутност и поврзувањето со другите (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Тие често се повлекуваат, се изолираат и изгледаат емоционално отсутни, иако нивните тела остануваат будни (Левин, 2010, *Со неискажан глас*).

2.2.5. Поливагална теорија

Развиена од невронаучникот д-р Стивен Поргес, Поливагалната теорија ја нагласува важноста на работата со телото и свеста за телесните сензации (Porges, 2011, *Поливагалната теорија: Неврофизиолошки основи на емоции, приврзаност, комуникација и саморегулација*). Според оваа теорија, околу 80% од нервните сигнали патуваат од телото до мозокот, што значи дека телесните сензации и реакции силно влијаат на нашата емоционална состојба (Porges, 2017, *Џебен водич за поливагалната теорија*).

Теоријата се базира на дејството на вагусниот нерв, еден од најважните нерви во телото, кој го поврзува мозокот со клучни органи како што се срцето, белите дробови и дигестивниот систем (Porges, 2011, *Поливагалната теорија*). Поргес објаснува како автономниот нервен систем се развил преку еволуцијата во контекст на проценка на безбедноста и заканата, и како цицачите поседуваат вградена хиерархија на автономна реактивност, која ги одредува нашите реакции во ситуации на стрес и опасност (Поргес, 2011, *Поливагална теорија*).

Три главни состојби на нервниот систем:

• Дорзален вагус - немиелинизиран вагус

Најстариот дел од автономниот нервен систем (Porges, 2011, *Поливагална теорија*). Ги регулира органите под дијафрагмата. Неговото активирање води до имобилизација - замрзнување, колапс или исклучување на функциите во состојби на закана и е поврзано со дисоцијација, ригидност и емоционална дисконекција (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* ; van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*). Ги активира реакциите на неподвижност и ригидност (имобилизација). Оваа гранка на вагусниот нерв доаѓа од долните делови на мозочното стебло и ги контролира органите под дијафрагмата, особено варењето на храната (Porges, 2011, *Поливагална теорија*). Дорзалниот вагус се активира во ситуации на екстремен страв или преоптовареност, кога мускулниот тонус се намалува, дишењето и срцевиот ритам се забавуваат (т.н. одговор на замрзнување) (Levine, 1997, *Waking the Tiger:*

Healing Trauma). Еволутивно, овој механизам го делиме со влекачите и другите постари видови (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*).

• Симпатичен нервен систем (СНС): Се активира во стресни ситуации и го активира одбранбениот одговор „бори се или бегај“, подготвувајќи го телото за акција (Кенон, 1932, *Мудроста на телото*). Вклучува зголемена будност, возбуда и зголемен проток на крв во мускулите (Саполски, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*). Тој е одговорен за мобилизација и движење. Ако сме во оваа состојба долго време, можеме да доживееме чувства на вознемиреност, стрес и исцрпеност (МекЕвен, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата*). Активирањето на СНС го зголемува срцевиот ритам, нивото на адреналин и ја насочува енергијата кон мускулите, овозможувајќи брз физички одговор на закана (ЛеДу, 1998, *Емоционалниот мозок: Мистериозните основи на емоционалниот живот*).

• Вентрален вагус (еволутивно најмлад): поврзан со социјално поврзување и чувство на сигурност, поддржувајќи го препознавањето на изрази на лицето, отчукувањата на срцето, тонот на гласот и невербалните знаци од другите (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Се активира кога се чувствуваме смирени, безбедни и социјално ангажирани (Porges, 2017, *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory*). Активирањето на овој систем е поврзано со сигурност, мир и способност за регулирање на емоциите (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Го зајакнува имунолошкиот систем и здравјето. Потекнува од nucleus ambiguus, во близина на областа што ги регулира мускулите на лицето и главата (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Го намалува симпатичкиот нервен систем. Вклучува пет кранијални нерви: – тригеминален, фацијален, глософарингеален, вагус и помошни нерви. Ги регулира срцето и бронхиите. Целта на терапевтската работа е активирање на социјалниот вентрален вагус (Левин, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траума* ; Шор, 2019, *Психотерапија на десната страна на мозокот*).

Поливагална теорија и улогата на телото во терапијата

Нашиот нервен систем прво бара безбедност и поврзаност, а кога тоа не е достапно, се префрла во одбранбени состојби: борба, бегство или замрзнување (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Терапиите што се потпираат на поливагалната теорија ни помагаат да ги препознаеме овие состојби и да ги регулираме (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). На овој начин, ја зајакнуваме отпорноста и го стимулираме природниот процес на лекување преку однос, движење и свест за телото (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*).

Поливагалната теорија покажува дека емоционалната рамнотежа не се постигнува само преку разговор, туку е важно телото да се вклучи преку дишење, движење и сензација (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma* ; Schore, 2019, *Right Brain Psychotherapy*). Таа е основа за креативни и психомоторни терапии што природно го вклучуваат телото (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Преку активности како што се цртање, музика или движење, децата и возрасните учат да ги препознаваат и смируваат реакциите на телото на стрес и траума (Porges, 2017, *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory*). Таквата работа му помага на нервниот систем да се ребалансира и да создаде чувство на безбедност (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*).

2.2.6. Хормонални реакции (адреналин, кортизол)

Системот за одговор на стрес, познат како хипоталамо-хипофизно-надбубрежна (HPA) оска, се активира во присуство на реална или перципирана закана (McEwen, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата*). Кај луѓето кои доживеале траума, овој систем често станува нерегулиран и пречувствителен (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*). Резултатот е продолжено лачење на хормони на стрес, кои остануваат покачени дури и откако ќе помине заканата (McEwen, 1998, *Заштитни и штетни ефекти на медијаторите на стресот*). Потоа на телото му треба повеќе време да се врати во состојба на рамнотежа (хомеостаза) (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*). Хроничната активација на HPA оската и постојано покачените нивоа на хормони како што се кортизолот и норадреналинот се штетни за долгорочното здравје (McEwen, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата*). Ваквите состојби можат да се мешаат во неврогенезата, да предизвикаат невротоксични ефекти и да доведат до нарушена невропластичност, што влијае на способноста на мозокот да се адаптира и да се поправи (Lupien et al., 2009, *Ефекти на стресот во текот на целиот животен век врз мозокот, однесувањето и когницијата*).

Кортизолот е хормон произведен од надбубрежните жлезди, мали жлезди лоцирани над бубрезите (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*). Тој делува како природен алармен систем на телото и е главен хормон кој помага во реагирањето на стрес (McEwen, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата*). Кортизолот му помага на

телото да ги користи шеќерите, мастите и протеините за енергија, го намалува воспалението, го одржува крвниот притисок, ги зголемува нивоата на шеќер во крвта и помага во регулирањето на спиењето (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*). Кога сме под стрес, тој привремено ја насочува енергијата таму каде што е најпотребна, како што е забавување на варењето на храната (McEwen, 1998, *Заштитни и штетни ефекти на медијаторите на стресот*). Мозокот постојано го следи нивото на кортизол и испраќа сигнал до надбубрежните жлезди кога му треба повеќе или кога телото може да се врати во рамнотежа (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*). Кога телото произведува премногу кортизол во подолг временски период, тоа останува во постојана состојба на стрес (McEwen, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата*). Кортизолот потоа го зголемува чувството на напнатост, страв и будност, како опасноста да е секогаш присутна (Lupien et al., 2009, *Ефекти на стресот во текот на целиот животен век врз мозокот, однесувањето и когницијата*). Ако мозокот не испрати сигнал за смирување, телото не може да го исклучи алармот (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*). Ова предизвикува нарушувања во сонот, варењето и срцевата функција, а со текот на времето, главоболки, исцрпеност и слабеење на имунолошкиот систем (McEwen, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата*). Долгорочните покачени нивоа на кортизол, исто така, влијаат на психолошката состојба (промени во расположението, проблеми со концентрацијата, анксиозност или депресија итн.) (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*).

Кога кортизолот е превисок, телото е постојано во состојба на стрес (Lupien et al., 2009, *Ефекти на стресот во текот на целиот животен век врз мозокот, однесувањето и когницијата*). Лицето е напнато, раздразливо, спие тешко и често има проблеми со варењето или главоболки (McEwen, 2007, *Физиологија и невробиологија на стресот и адаптацијата*). На долг рок, ова може да го исцрпи телото и да го ослаби имунитетот (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*). Кога кортизолот е пренизок, телото нема доволно енергија за дневни активности (McEwen, 1998, *Заштитни и штетни ефекти на медијаторите на стресот*). Потоа, се јавува замор, низок крвен притисок, слаб апетит, проблеми со варењето и чувство на слабост. Понекогаш може да се појават и промени на кожата, како што се темни дамки. Премногу кортизол значи премногу напнатост, а премалку кортизол води до исцрпеност (Sapolsky, 2004, *Зошто зебрите не добиваат чирови*).

2.2.7. Дисоцијација и имплицитна меморија

Пред детето да може да зборува, неговите сеќавања се складираат на поинаков начин отколку што се складираат подоцна во детството (Siegel, 2012, *Развивачкиот ум: Како односите и мозокот комуницираат за да го обликуваат тоа што сме*). Најраните сеќавања се формираат во дел од мозокот наречен амигдала и не се во форма на приказна или чувство за време, место или себе (LeDoux, 1998, *Емоционалниот мозок: Мистериозните основи на емоционалниот живот*). Ова се сензорни сеќавања поврзани со мириси, допир, звуци, топлина или гласови на најблиски (van der Kolk, 2014, *Телото го чува резултатот: Мозок, ум и тело во лекувањето на траума*). Околу двегодишна возраст, хипокампусот, кој создава свесни, лични сеќавања, почнува да функционира (Bremner, 2006, *Траума и меморија кај ПТСН*). Ваквите сеќавања обично не се потсетуваат до околу петгодишна возраст и вклучуваат слики, настани и чувство на идентитет (Siegel, 2012, *The Developing Mind*). Истиот дел од мозокот што ги складира раните сеќавања, исто така, складира психолошка траума (Perry, 2001, *The Neurodevelopmental Impact of Childhood Trauma*). Тие остануваат во телото и умот како сензорни траги, честопати надвор од свесната свест (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*). Затоа одредени мириси, звуци или ситуации можат да предизвикаат вознемиреност или страв, иако лицето не се сеќава зошто се чувствува така (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*).

Дисоцијацијата е една од невробиолошките последици од раната траума (Schore, 2003, *Дисрегулација на афектот и нарушувања на себето*). Таа е поврзана со активирање на дорзалната вагална гранка на AJS, што доведува до емоционално „исклучување“ и чувство на одвоеност од сопственото тело (Porges, 2011, *Поливагалната теорија: Неврофизиолошки основи на емоции, приврзаност, комуникација и саморегулација*). Дисоцијацијата е всушност одбранбен механизам - начин на кој лицето се штити од премногу стрес или трауматско искуство (Levine, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траумата*). Дисоцијацијата е првиот одбранбен механизам што ѝ овозможува на психата да преживее со бегство од телото (van der Kolk, 2014, *Телото го чува резултатот*). Таа е преплавена со дорзална активација, кортизол (Porges, 2011, *Поливагалната теорија*). Трауматските сеќавања, како и раните сеќавања, се складираат во имплицитна меморија и честопати се надвор од свесен пристап, што значи дека одредени сензорни стимули можат да активираат чувства на страв и одговор на стрес дури и без свесна меморија, што доведува до емоционални и физички реакции што лицето не може да ги објасни (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*). Истражувањата покажуваат дека телесно ориентираната психотерапија може значително да го намали

интензитетот и фреквенцијата на дисоцијативните искуства, бидејќи работата со телесни сензации овозможува бавна интеграција на трауматските искуства (Ogden, Minton & Pain, 2006, *Trauma and the Body: A Sensomor Approach to Psychotherapy*).

Дисоцијацијата претставува делумно или целосно губење на поврзаноста помеѓу нормално интегрираните функции на свеста, меморијата, идентитетот, перцепцијата, контролата на движењето и сензацијата (Американска психијатриска асоцијација, 2013, *Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања, 5-то издание*). Може да се разбере како одбранбен механизам што се јавува кога лицето не може да го поврзе своето сегашно искуство со содржината на трауматските настани од минатото, најчесто од детството, како што се емоционална, физичка или сексуална злоупотреба (Херман, 1992, *Траума и закрепнување*).

Во такви случаи, постои прекин во процесот на интеграција помеѓу фактите и емоциите поврзани со трауматското искуство (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*). Потиснатите содржини остануваат активни на несвесно ниво, влијаејќи на однесувањето, емоциите и перцепцијата на лицето (Шор, 2019, *Психотерапија на десниот мозок*). Кога овие содржини се поместуваат од свеста, тие можат да се манифестираат на телесно ниво преку соматизација или преку дисоцијативни феномени, каде што дел од искуството е одвоен од свеста (Левин, 1997, *Будење на тигарот*).

Истражувањата покажуваат дека трауматските настани во детството го нарушуваат психолошкиот, биолошкиот и социјалниот развој и го нарушуваат формирањето на невронски мрежи кои ги регулираат емоциите и импулсите (Пери, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Дури и една емоционално силна траума може да предизвика акутна или хронична дисоцијација, емоционална депривација и тешкотии во развојот на личноста (Херман, 1992, *Траума и закрепнување*).

2.2.8. Невропластичност и закрепнување

Невропластичноста е способност на мозокот да се менува, да се адаптира и да се обновува, да ја менува својата структура како одговор на искуството (Doidge, 2007, *The Brain That Changes Itself* ; Siegel, 2012, *The Developing Mind: How Relations and the Brain Interact to Shape Who Are We Are*). Истражувањата покажуваат дека преку безбедни и телесни искуства, луѓето со историја на траума можат да развијат нови невронски врски кои ја поддржуваат регулацијата, безбедноста и стабилноста (Schore, 2003, *Affect Dysregulation and Disorders of*

the Self ; van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*). Физичката структура на мозокот се менува, што значи дека нервниот систем може да ги реорганизира своите функции. Кога се соочува со големи промени или предизвици, мозокот може да се адаптира со преобликување и рафинирање на постојните врски (Davidson & McEwen, 2012, *Social Influences on Neuroplasticity: Stress and Interventions to Promote Well-Being*). Сега знаеме дека матичните клетки во мозокот на возрасните континуирано генерираат нови неврони во различни области на централниот нервен систем кај цицачите во текот на целиот живот (Eriksson et al., 1998, *Неврогенеза во хипокампусот кај возрасните луѓе*).

Неврогенезата е клучна за одредени форми на учење, меморија и регулирање на расположението во зрелоста, што значи дека можеме значително да влијаеме на квалитетот на животот на сите пациенти, вклучително и возрасните (Кемперман, 2011, *Неврогенеза кај возрасни 2: Матични клетки и развој на невроните во мозокот кај возрасни*).

Механизмите за преживување се развиваат како одговор на закана и му помагаат на лицето да се справи со последиците од трауматско искуство (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Тие најчесто се јавуваат во раното детство, се втиснуваат во нервниот систем и продолжуваат да функционираат дури и кога опасноста повеќе не е присутна (Perry, 2001, *The Neurodevelopmental Impact of Childhood Trauma*). Мозокот ги складира трауматските искуства како форма на заштита (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Кога овие сеќавања неочекувано се појавуваат, преку мисли, емоции и телесни сензации, телото повторно реагира како заканата да е реална. Во такви моменти, може да се активираат модели на однесување како што се агресија, повлекување, избегнување или недоверба, дури и кога нема објективна причина за тоа. На пример, лице кое доживеало траума може да реагира бурно на гласни звуци, одредени мириси, близина на други луѓе или допир.

Сепак, мозокот и телото имаат капацитет да се менуваат и да се опоравуваат. Благодарение на невропластичноста, можно е повторно да се научи да се чувствува безбедно и да се развијат нови, поздрави начини на реагирање (Siegel, 2012, *The Developing Mind*). Ова станува можно кога лицето повеќе не е изложено на закани и има поддршка од врски што обезбедуваат безбедност (Schore, 2019, *Right Brain Psychotherapy*). Кога терапевтите и професионалците препознаваат дека трауматските реакции се всушност природни, биолошки механизми за преживување, а не знак на нарушување, тие можат да му помогнат на лицето постепено да ги трансформира во обрасци што го поддржуваат животот во сегашниот

момент (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*).

Изворот на траумата е во одговорот на нервниот систем, а не во настанот (Levine, 1997, *Waking the Tiger: Healing Trauma*). Траумата е врежана во мозокот, психата и телото и го обликува нашето однесување и начинот на кој го доживуваме светот. Таа не е само настан, туку внатрешен процес што го нарушува нашето чувство за себе и способноста за саморегулација (van der Kolk, 2014, *The Body Keeps the Score*). Таа остава трага на мозокот и нервниот систем преку промени во невронските обрасци, што може да доведе до хаос или ригидност во однесувањето и односите. Долгорочната изложеност на стрес го менува функционирањето на мозокот и телото, намалувајќи ја отпорноста кон нови предизвици (McEwen, 2007*, Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation*). На овој начин, траумата постепено го менува целиот систем на една личност, физички, емоционално и психолошки.

Зборот траума често се користи за да се опишат различни тешки искуства, но не секој стрес остава длабока трага (Херман, 1992, *Траума и закрепнување*). Психолошката траума влијае на телото, емоциите и мозокот, менувајќи го начинот на кој реагираме на стресот. Начинот на кој некој ја доживува траумата е под влијание на претходните искуства, возраста, сериозноста на настанот и поддршката од околината (Пери, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Младите луѓе се особено ранливи на односите со врсниците и социјалните притисоци (Сигел, 2012, *Развивачкиот ум*). Разбирањето како траумата функционира и се пренесува низ генерациите помага да се обезбеди подобра поддршка и закрепнување (Шор, 2019, *Психотерапија на десниот мозок*).

Телесно ориентираната психотерапија, преку присуство, забавување и внимание фокусирано на телото, му помага на лицето да стекне нови, корективни искуства на безбедност и поврзаност, што ги стимулира процесите на невропластичност и лекување (Ogden, Minton & Pain, 2006, *Trauma and the Body: A Sensomor Approach to Psychotherapy* ; Levine, 2010, *In an Unspoken Voice*).

2.3. Психотерапевтски пристапи кон рана развојна траума

2.3.1. Влијанието на раната развојна траума врз пристапот кон психотерапијата

Раната развојна траума остава длабоки траги врз човечкото тело и психа и влијае на мозочните системи поврзани со емоции, стрес, приврзаност и односи со другите (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*). Продолжениот стрес во раното детство ја намалува способноста за саморегулација и создава последици во нервниот систем (Пери, 2001, *Невроразвојното влијание на траумата од детството*). Таквата нерамнотежа често се поврзува со анксиозност, депресија, дисоцијација и разни форми на емоционална нестабилност. Ваквите длабоки физички последици покажаа дека вербалните терапии честопати се ограничувачки во работата со развојна траума (Левин, 2010, *Во неизговорен глас*). Луѓето немаат свесен или вербален пристап до овие искуства бидејќи се складирани во телото, а не во зборови.

Традиционалната психотерапија се занимавала претежно со умот, додека телото било во голема мера запоставено. Иако Фројд првично ја нагласувал важноста на телесните нагони, подоцнежниот развој на психотерапијата повеќе се фокусирал на мислите и емоциите. Тој зборувал за трауматски неврози и забележал дека луѓето кои доживеале траума честопати ги преживуваат истите слики, соништа или телесни реакции. Телото се однесувало како опасноста да е сè уште присутна.
Американскиот психијатар Абрам Кардинер зборувал слично, набљудувајќи ги воените ветерани кои реагирале како војната сè уште да трае. Во тоа време, хипнозата се обидувала да помогне, но се покажала дека е подобра кога трауматското искуство можело да се поврзе со свесниот дел од умот (Херман, 1992, *Траума и закрепнување*).

Психодинамичката терапија продолжува да игра важна улога во разбирањето на несвесните конфликти и емоции, но се покажа колку е важно да се вклучи телото во терапијата (Schore, 2019, *Right Brain Psychotherapy*). Мојата лична мотивација е да ја комбинирам работата со телото и умот, со што ќе го продлабочам пристапот во работата со деца кои поминале низ трауматски искуства.

Врската помеѓу телото и умот сè повеќе се препознава. Сè повеќе се зборува за тоа како мозокот и телото се меѓусебно поврзани, што во голема мера влијаеше на начините на работа со траума (Siegel, 2012, *The Developing Mind*). Денес, често се споменува комбинирање на пристапи „од горе надолу“, кои функционираат преку мисли и разбирање, со пристапи „од

долу нагоре“ кои го вклучуваат телото и телесните реакции (Ogden, Minton & Pain, 2006, *Trauma and the Body*).

Овој труд ја истражува врската помеѓу невробиолошките последици од раната развојна траума и ефективноста на телесно ориентираната психотерапија преку пристап што ги поврзува телото и умот. Целта е подобро да се разбере како телесно ориентираната психотерапија помага и во процесот на лекување и да се предложат насоки за тоа како таа може да се воведе во клиничката пракса кај луѓе со развојна траума. Трудот користи комбиниран истражувачки пристап што вклучува и нумерички податоци и лични искуства на учесниците. Овој метод на истражување овозможува подлабоко разбирање на ефектите од терапијата и ги поврзува научните сознанија со искуствата од реалната терапевтска работа.

Истражувањата покажуваат дека стресните трауматски искуства играат голема улога во развојот, одржувањето и влошувањето на многу психолошки и физички нарушувања (ван дер Колк, 2014). Современите класификации на менталните нарушувања препознаваат посебна група на нарушувања поврзани со траума и стрес (APA, 2013, *DSM-5*). Ван дер Колк (2003) нагласува дека траумата има длабок ефект врз телото и мозокот и дека закрепнувањето бара пристапи ориентирани кон телото кои му помагаат на лицето да го врати чувството на безбедност и контрола врз сопственото тело.

При работа со мали деца, терапиите обично се фокусираат на зајакнување на односот родител-дете (Пери, 2001). Денес, сè повеќе се зборува дека терапиите за трауматизирани деца треба да го вклучуваат телото и сензорното искуство, како што се креативните и експресивните терапии. Децата природно користат игра, цртање, движење и други форми на изразување за да го изразат она што не можат да го изразат со зборови. Преку креативни и физички активности, децата изразуваат емоции.

2.3.2. Работа со телесна меморија

Многу луѓе имаат тешкотии да зборуваат за трауматските искуства бидејќи тие се складирани во телото, а не во свесната меморија (Levine, 2010). Психотерапијата базирана на телото се фокусира на овие физички и невробиолошки нивоа на траума, помагајќи му на лицето да ги препознае, процесира и постепено да ги ослободи (Ogden et al., 2006). Трауматските сеќавања честопати не се достапни преку мисла или зборови бидејќи се складирани во телесната меморија (имплицитна меморија).

Традиционалните пристапи се фокусираат на мислите и нивното менување („пристап од горе надолу“), додека телесната психотерапија се движи од телото кон умот („пристап од долу нагоре“) (Porges, 2011, *The Polyvagal Theory*). Преку дишење, движење, изразување и свесност за телесните сензации, помага да се намали напнатоста и да се врати чувството на сигурност.

Целта на терапијата е да се поврзат телото и умот и постепено да се ослободат напнатоста и чувствата што останале „заробени“ во телото. Ова ги намалува симптомите на траума и го смирува нервниот систем (ван дер Колк, 2014).

На биолошко ниво, Телесно ориентираната психотерапија влијае на нервниот систем и ги стимулира природните процеси на лекување. Според поливагалната теорија, вежбите како што се свесно дишење, заземјување и фокусирано внимание помагаат во активирањето на нервниот систем кој е одговорен за чувството на смиреност и сигурност (Porges, 2017, *Џебен водич за поливагалната теорија*).

Соматските интервенции имаат за цел да го регулираат автономниот нервен систем, да ја зголемат свеста за телото и да го вратат чувството на безбедност во телото (Levine, 1997). Некои од нив се:

• **Развивање на свесност за телото (скенирање на телото):** Запознавање на сопственото тело, препознавање на напнатост, блокади, смиреност и безбедност.
• **Ресурси:** Зајакнување на чувството на внатрешна стабилност и безбедност и станување свесен за сè што е добро - луѓе, врски, спомени или замислен „безбеден простор“.
• **Заземјување:** Помага на лицето да се чувствува поврзано со себе и со своето тело, преку вежби за дишење, свесно слушање на телото и движење.
• **Телесни сензации:** Станување свесен за телесните сензации („Чувствувам топлина како се шири во градите“ наместо фокусирање на мислите), што му овозможува на телото да ги ослободи задржаните емоции.
• **Движење:** Му помага на телото да ги процесира и ослободи непријатните искуства, стравовите и траумите, станувајќи свесен за и ослободувајќи ги внатрешните обрасци.
• **Корегулација и саморегулација:** Смирување на нервниот систем преку контакт со друго лице (корегулација) и развивање на способност за смирување врз основа на сопствена сила (саморегулација).
• **Ориентационен одговор:** Природен телесен одговор што ни помага да препознаеме дали сме безбедни или загрозени. Ја набљудуваме нашата околина преку нашите сетила, а

нервниот систем се смирува кога ќе ја препознае безбедноста или ќе се активира ако постои опасност.

• **Пендулација:** Природниот ритам на движењето на нервниот систем помеѓу состојбите на активирање и смиреност. Вродената способност на нервниот систем да се шири и контрахира, да се активира кога е потребно, а потоа да се врати во состојба на смиреност.

• **Титрација:** Постепена обработка на трауматски емоции и телесни сензации во мали „дози“ и осцилација на вниманието помеѓу стресната содржина и смирувачките ресурси за да се избегне поплавување.

Како и во хемијата, воведуваме промена капка по капка - доволно за да се започне процесот, но без поплавување на системот.

• **Експресија (работа со глас и звук):** Ослободување на напнатоста во дијафрагмата и грлото и смирување на нервниот систем.

• **Поставување граници:** Истражување на вербалните и невербалните граници за зајакнување на чувството на заштита, стабилност и способноста за разликување на личниот простор од оној на другите.

2.3.3. Воените неврози како основа за разбирање на траумата

Меѓу првите кои систематски ги проучувале и лекувале траумatизираните воени ветерани бил **Абрам Кардинер ,** американски психијатар (Kardiner, 1941, *Трауматските неврози на војната*). Во 1941 година, тој ја објавил *книгата „Трауматските неврози на војната“* , во која ја опишал клиничката слика на она што денес го знаеме како посттрауматско стресно растројство (ПТСН). Тој забележал модели на повторување на трауматските реакции.

Кардинер и неговиот колега **Шпигел** верувале дека трајното олеснување на симптомите се случува само кога трауматското искуство е интегрирано во свесниот ум (Рингел и Брандел, 2012, *Траума: Современи насоки во теоријата, практиката и истражувањето*).

За време на Втората светска војна, имаше пораст на интересот за проучување на таканаречените **борбени неврози .** Емоционалните реакции на борба се повеќе се препознаваа како природен одговор на изложеност на голем стрес. По војната, започнаа првите студии за долгорочните ефекти од траума, особено кај војниците и преживеаните од логорите. Психијатарот **Хенри Кристал** забележал дека „траумatизираните пациенти ги доживуваат емоционалните реакции исклучиво како телесни состојби, без можност да ги

протолкуваат или да го разберат нивното значење“ (ван дер Колк и др., 1996, *Трауматски стрес: Ефектите од преоптоварувачкото искуство врз умот, телото и општеството* , стр. 60). Овие лица имаа нарушена способност да препознаваат и изразуваат емоции, што доведе до соматизација.

По **Виетнамската војна (1975)** , многу ветерани покажаа симптоми слични на оние на преживеаните од сексуална злоупотреба во детството или семејно насилство (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*). **Во 1980 година,** психолошката траума и дијагнозата **на ПТСН** за прв пат беа официјално вклучени во третото издание *на Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални нарушувања (DSM-III)* (Американска психијатриска асоцијација, 1980). Оттогаш, интересот за психолошката траума расте.

Развојот на третманот на траума обично се прикажува низ **три генерации** (Гогин, 2018, *Разбирање на траумата: Интегрирање на биолошките, клиничките и културните перспективи*):

• **Прва генерација (1980-ти)** – акцент на ублажување на симптомите на ПТСН на индивидуално ниво.

• **Втора генерација** – акцент на јакнење на поединецот преку групни и меѓучовечки процеси.

• **Трета генерација (денес)** – акцент на индивидуализирана рамка што ги вклучува биолошките, психолошките, социјалните и невролошките димензии на лицето погодено од траума.

3. ТЕЛЕСНО ОРИЕНТИРАНА ПСИХОТЕРАПИЈА

3.1. Историја и развој

3.1.1. Што е телесно ориентираната психотерапија?

Телесно ориентираната психотерапија ги поврзува телото и умот и ја нагласува важноста на телесните искуства во процесот на закрепнување од траума (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*). Телото се сеќава на искуства што умот понекогаш ги потиснува, па затоа траумата често се изразува преку напнатост, болка или промени во дишењето и држењето на телото. Во работата со луѓе кои преживеале траума, целта е да им се помогне повторно да се поврзат со своите тела, да ги препознаат телесните сигнали и да научат да ги поврзуваат со емоциите што можеби ги доживуваат преку телото (Левин, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траума*). Овој пристап му помага на лицето да стане посвесно за своите

внатрешни искуства и емоции, да препознае што се случува во телото кога чувствува страв, тага или лутина и да научи да го смири нервниот систем. Телесно ориентираната психотерапија на тој начин промовира подлабоко разбирање на себеси и помага во враќањето на чувството на сигурност, присуство и контрола врз сопственото тело и емоции.

Телесно ориентираната психотерапија се базира на идејата дека целиот стрес и траума се складираат во телото и дека лекувањето не може да се случи само преку разговор, туку преку телото (Ogden, Minton & Pain, 2006, *Trauma and the Body: A Sensomorotor Approach to Psychotherapy*). Трауматските искуства често го оштетуваат нервниот систем, отежнувајќи го закрепнувањето. Овој пристап му помага на лицето да ги препознае и регулира интензивните емоции и повторно да воспостави чувство на поврзаност со себе следејќи го природниот ритам на телото. Терапијата поттикнува свест за телесните сензации кои можат да носат траги од траума, како што се напнатост, промени во дишењето или вкочанетост (Levine, 2010, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*). Наместо повторно да се доживуваат болни искуства, фокусот е на препознавање на телесните сензации и тензии што траумата ги остава во телото. Преку свесно дишење, изразување, движење и контакт, лицето ја враќа рамнотежата, смиреноста и чувството на сигурност во сопственото тело.

Телесно ориентираната психотерапија се фокусира на поврзување на телото и умот во процесот на закрепнување од траума (Schore, 2019, *Right Brain Psychotherapy*). Во работата, лицето учи да препознава физички знаци на напнатост и стрес и постепено развива способност да се смири и повторно да се чувствува безбедно. Целта е да се врати природната рамнотежа - наместо страв и вкочанетост, да се поттикне чувство на мир, присуство и благосостојба во телото. За разлика од когнитивниот пристап кон терапијата, телесната психотерапија започнува од телото. Преку работа на дишењето, движењето и сензациите во телото, лицето постепено ги ослободува потиснатите емоции, што носи подлабоко и потрајно олеснување.

Телесно ориентираната психотерапија се базира на идејата дека искуството со телото е основа на нашето искуство со себеси (Siegel, 2012, *The Developing Mind*). Начинот на кој се чувствуваме во врска со нашите тела е поврзан со нашето чувство за себе и со сите емоции што ги носиме во себе. Телото ги памети сите искуства што се доживеани и сè што е складирано во телото останува во форма на напнатост, држење на телото или движење (Porges, 2017, *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory*).

За разлика од класичните вербални терапии, во телесната терапија телото е вклучено во процесот на лекување и не се гледа одвоено од психата. Се користат различни методи и техники, како што се вежби за дишење, движење и свесност за телесните сензации (Ротшилд, 2000, *Телото се сеќава: Психофизиологија на траумата и третман на траума*). На овој начин, лицето може да се ослободи од напнатоста, полесно да ги препознае емоциите и подлабоко да ги разбере сопствените внатрешни состојби.

Врз основа на овие наоди, развиени се основните принципи на телесно ориентираната психотерапија (Европска асоцијација за телесна психотерапија, 2018):

• **Единство на телото и психата** – телото како една неразделна целина.

• **Олицетворение** – развивање на свест за сопственото тело и препознавање на неговите сигнали.

• **Саморегулација** – рамнотежа на емоционалните и физичките состојби.

• **Интеграција на траума** – препознавање и ослободување на трауматските искуства складирани во телото преку техники на телесна психотерапија.

Телесно ориентираната психотерапија се користи за лекување на различни психолошки нарушувања, како што се анксиозност, депресија и посттрауматско стресно нарушување. Преку разни физички вежби, на лицето му се помага подобро да го чувствува и разбира сопственото тело, емоции и мисли, и да развие подлабоко разбирање за себе (ван дер Колк, 2014). Работата со тело помага при трауматски искуства со олеснување на емоционалното ослободување.

Телесно ориентираната психотерапија придонесува за подобро разбирање на себеси, поголемо чувство на присуство во сегашниот момент и го поттикнува личниот раст и развој (Левин, 2010).

3.1.2. Корени на телесната психотерапија

3.1.2.1. Корените на телесната психотерапија датираат од пред Фројд (Гудрич-Дан и Грин, 2002), но личноста најодговорна за нејзиниот развој беше Вилхелм Рајх. Рајх беше голема и контроверзна фигура во историјата на телесната психотерапија. Неговиот придонес беше огромен, бидејќи го разви концептот за врската помеѓу телото и психата и влијанието на потиснатите емоции врз физичките тензии. За жал, токму овие пристапи доведоа до негово исклучување од традиционалната психоанализа.

Иако Рајховата работа за **анализа на карактерот** била широко прифатена, неговиот подоцнежен метод **на вегетотерапија** , кој вклучувал директна работа со телото и контакт со

клиентот, предизвикал големо противење. Во 1936 година, тој бил исклучен од Меѓународното психоаналитичко друштво. Рајховата работа ги поставила темелите на многу школи што подоцна се развиле. Неговите ученици, како што се Оле Ракнес, Герда Бојсен и Дејвид Боадел, ја продолжиле неговата традиција и создале нови пристапи кон телесно ориентираната психотерапија Овие школи продолжуваат да имаат значително влијание денес, особено преку норвешките школи, кои се меѓу најактивните во Европа.

По Втората светска војна, студенти на Рајх во Соединетите Американски Држави биле Александар Ловен и Џон Пјеракос. Тие ја развиле **биоенергетската анализа** , додека Пјеракос подоцна ја создал **„Јадрената енергетика“** , која вклучува духовна димензија во терапевтскиот процес. Од овие корени се појавиле и други движења, како што се **„Радикс“** (Чарлс Кели) и **„Биосинтеза“** (Дејвид Боадела).

Нов бум во телесната психотерапија се случи во 1970-тите, кога се развиваа **хуманистичката психологија** и **гешталт пристапот на Фриц Перлс. Во тоа време, се појавија и бројни нови методи фокусирани на телото: Ролфинг** , **Хакоми** терапија и биодинамичка психологија на Герда Бојсен. Тие се базираа на верувањето дека траумата, стресот и емоционалните блокади се складираат во телото и дека лекувањето мора да се одвива и на физичко ниво. Денес, телесната психотерапија има бројни школи и пристапи, но сите тие почнуваат од фундаменталната идеја на Рајх за единството на телото и умот. Европската асоцијација за телесна психотерапија (EABP), основана во 1980-тите, ги обединува неколку илјади терапевти низ Европа, развива професионални стандарди и ја промовира интеграцијата на телесните методи во современата психотерапевтска пракса.

Најважните претставници на телесната психотерапија

Пјер Жанет (1859–1947)

Пјер Жанет бил француски психолог и еден од првите што зборувал за важноста на телото во разбирањето на психолошките процеси. Уште во 1889 година, тој пишувал за разликата помеѓу она што го кажува една личност и она што всушност се случува во телото. Тој верувал дека луѓето имаат два потоци на искуство: **свесно** и несвесно. Свесното го изразуваме преку зборови, а **несвесното** преку телото. Тој верувал дека телото често ја открива вистинската емоционална состојба на една личност и дека телото не лаже. Тој бил еден од првите што зборувал за дисоцијација како последица на трауматски искуства, иако траумата како концепт сè уште не била дискутирана во тоа време. Тој забележал телесни

реакции кај клиентите кога зборувале за болни настани. Тие доживувале вкочанетост, парализа или слабост во одреден дел од телото. Тој верувал дека неправилното дишење предизвикува физички симптоми. Тој ја забележал важноста на допирот кај луѓето кои доживеале шок, што било основа за подоцнежниот развој на психотерапијата ориентирана кон телото.

Иако неговите увиди во телото и траумата првично беа игнорирани, денес Пјер Жанет се смета за **претходник на телесно ориентираната психотерапија** , бидејќи тој беше првиот што систематски ги поврза телесните реакции, емоциите и психолошката одбрана, нагласувајќи дека искуството со траумата мора да се разбере и третира преку телото, а не само преку разговор.

Зигмунд Фројд (1856–1939)

Зигмунд Фројд бил лекар, невролог и психијатар, основач на психоанализата како прва систематска форма на психотерапија. Првично ја лекувал хистеријата со хипноза и електротерапија, но подоцна го развил методот **на слободно здружување.** и **анализа на соништата**

Фројд верувал дека човечката психа не е единствена целина, туку се состои од:

- **Ид** – делот што содржи нагони и инстинкти, е несвесен, импулсивен и бара моментално задоволување на потребите.
- **Егото** е свесен, рационален дел од личноста што посредува помеѓу инстинктот и реалноста.
- **Суперего** – внатрешен морален авторитет кој се развива преку воспитување и општествени норми, обликувајќи ги чувствата на вина и совест.

Фројд го вовел концептот на потиснување во потсвеста во своето истражување. Психичките симптоми како што се вознемиреност, страв или опсесивни дејства се јавуваат кога потиснатата содржина се обидува да стигне до свеста. Иако се потпирал на идеите на Пјер Жанет, тој ја напуштил работата со телото, верувајќи дека нагоните треба да бидат свесни и контролирани од разумот, а не терапевтски да го вклучуваат телото. Учењата на Фројд ги поставија темелите за сите последователни насоки на психотерапијата.

Вилхелм Рајх (1897 – 1957)

Тој беше првиот што ги поврза телото, емоциите и општеството во една единствена терапевтска рамка. Тој веруваше дека траумата и репресијата се складирани во телото и дека вистинското лекување може да се случи само преку вклучување на телото во процесот на психотерапија. Тој веруваше дека телото не е само пасивен одраз на психата, туку нејзин активен дел.

Вилхелм Рајх се смета за една од најважните фигури во развојот на телесно ориентираната психотерапија. Тој бил студент на Зигмунд Фројд и во раните фази од својата работа ја следел класичната психоанализа, но брзо ги сфатил нејзините ограничувања. Заклучил дека вербалната терапија не е доволна за да донесе вистинска промена бидејќи емоционалните и психолошките конфликти не се наоѓаат само во умот, туку и во телото.

Во својата работа со луѓе, тој забележал дека пациентите со слични искуства од детството честопати покажуваат слични физички симптоми.

Кога психоаналитичкиот процес заглавил, Рајх ги замолил клиентите да ги движат вкочанетите делови од нивните тела. Движењето честопати извлекувало потиснати емоции и сеќавања, дозволувајќи терапевтскиот процес да продолжи. Врз основа на овие набљудувања, тој го развил концептот на **„мускулен оклоп “ ,** физичка манифестација на карактерот што се изразува преку хронична напнатост и вкочанетост во телото.

Тој го опиша начинот на кој потиснатите емоции и одбранбените обрасци се отелотворени преку мускулна напнатост, дишење и држење на телото. Тој веруваше дека човекот не може да се ослободи од внатрешните конфликти сè додека не ги ослободи и физичките тензии што ги придружуваат. Од овој пристап, тој го разви методот *на вегетотерапија* , кој вклучуваше директна работа со телото. Тој работеше со дишење, движење и телесни сензации за да го поттикне емоционалното ослободување на блоковите во телото. Тој обрна посебно внимание на сексуалноста, каде што веруваше дека потиснатата сексуална енергија создава напнатост и води до невротични симптоми, додека нејзиното ослободување ја враќа рамнотежата и виталноста.

Поради неговите радикални идеи за телото, сексуалноста и социјалната слобода, Рајх бил исклучен од Меѓународното психоаналитичко друштво во 1934 година. Неговата работа имала огромно влијание врз подоцнежниот развој на пристапите ориентирани кон телото.

Првиот што јасно демонстрираше дека траумата се складира во телото и дека исцелувањето може да се случи само кога телото е вклучено во терапевтскиот процес. Рајх ги прифати идеите на Фројд за либидото и телото, но веруваше дека без емоционална катарза нема вистинско исцелување.

Во „ *Анализа на карактерот"* (1933), Рајх пишува дека потиснатите нагони и емоции се изразуваат преку мускулен оклоп, обрасци на однесување, говор и држење на телото кои се јавуваат како одбрана од премногу интензивни искуства и со текот на времето стануваат несвесен дел од личноста. Тој опишал различни типови на карактер (генитални, невротични, хистерични, компулсивни, фалусно-нарцисоидни, мазохистички), но не се стремел да создаде солидна типологија. Неговата цел била **да го раствори мускулниот оклоп** , сегмент по сегмент, со цел да овозможи послободно изразување на емоциите и виталната енергија.

Александар Ловен (1910–2008) бил американски психотерапевт и основач на биоенергетиката. Тој бил студент на Вилхелм Рајх, а заедно со Џон Пјеракос, ја развил биоенергетската анализа и го основал Меѓународниот институт за биоенергетска анализа (IIBA). Неговата работа имала длабоко влијание врз психотерапијата и инспирирала многу од денешните терапии базирани на телото.

Тој ја нагласуваше важноста на телото во процесот на лекување и веруваше дека едно лице не може навистина да се промени сè додека не се поврзе со своето тело. Во терапијата, тој користеше многу движење, дишење и физички вежби за да им помогне на луѓето да се ослободат од хроничната напнатост и потиснатите емоции. Често зборуваше за тоа колку е важно чувството на задоволство во телото.

Денес, постои Меѓународен институт за биоенергетска анализа, кој сè уште ги обединува терапевтите од целиот свет. Биоенергетската анализа се практикува во повеќе од педесет земји, вклучувајќи ги САД, Канада, многу европски земји, Израел, Австралија и Јапонија.

Ловен е автор на четиринаесет книги преведени на бројни јазици и основач на „Journal *of Bioenergetic Analysis"* .

Џон Пјеракос (1921–2001) , грчки психијатар и студент на Вилхелм Рајх. Заедно со Ловен, тој ја развил **биоенергетската анализа** . Подоцна, под влијание на неговата сопруга Ева, тој ја комбинирал психотерапијата и духовноста и го создал методот **Core Energetics** . Овој пристап им помага на луѓето да се поврзат со својата внатрешна сила и автентичност. По

смртта на Ева, тој го основал **Институтот Core Energetics** во Њујорк. Денес, неговиот метод се користи низ целиот свет.

Герда Бојезен (1922–2005) , основач на биодинамичката психотерапија, ја нагласувала способноста на телото за саморегулација. Таа ја проширила идејата на Рајх за мускулниот оклоп со воведување на концептот на **парасимпатичка регулација преку дигестивниот систем** . Таа ги измислила терминте *„емоционална апсорпција“* и *„психоперисталтика“* за да го опише начинот на кој телото ја обработува и ослободува емоционалната содржина. Таа развила **техники на суптилна масажа.** намераваше да го опушти **автономниот нервен систем** и да го поттикне изразувањето на потиснатите емоции. Нејзиниот син **Пол Бојсен** подоцна го разви методот на **психо-органска анализа** кој ја продолжи идејата за биодинамичка психотерапија.

Дејвид Боадела (1931) беше еден од најпознатите терапевти во областа на телесната психотерапија. Тој го разви методот на **Биосинтеза** , кој ги поврзува телото, емоциите и умот и проучува како нашиот развој се рефлектира во телото. Тој го основа списанието *„Енергија и карактер“* и беше првиот претседател **на Европската асоцијација за телесна психотерапија (ЕАВР)** . За време на својот живот, држеше предавања низ целиот свет и напиша неколку книги за телесна психотерапија, вклучувајќи ги „ *Животни текови“* и *„Вилхелм Рајх: Еволуцијата на неговата работа“* .

3.1.3. Главни методи на телесно ориентираната психотерапија

Биоенергетска анализа

Биоенергетската анализа е развиена од делото на Вилхелм Рајх и е основана од Александар Ловен. Терапевтската цел е витално здравје, виталност, задоволство, радост и љубов. Виталноста на телото зависи од слободата на протокот на енергија, а овој пристап ја гледа личноста како целина и го вклучува телото како најважен дел од процесот на психотерапија. Верува дека кога телото е напнато и вкочането, енергијата не може слободно да тече, што ја намалува животната енергија и води до емоционална вкочанетост. Кога енергијата се движи слободно, лицето се чувствува поживо, поотворено и поврзано со себе. Биоенергетиката нагласува дека телото и психата се неразделно поврзани.

Терапевтската работа преку биоенергетска анализа вклучува вежби за дишење, движење, заземјување и свесност за телото, што ги ослободува потиснатите емоции и го враќа

природното чувство на рамнотежа и животната енергија. Работата го набљудува држењето на телото, дишењето и движењето, а преку физички вежби му помага на лицето да ги препознае и ослободи блокадите предизвикани од стрес или траума. Лицето ги изразува емоциите, мислите и начинот на кој го доживува светот преку своето тело. Колку е телото порелаксирано и послободно, толку е поживо, спонтано и поврзано со себе.

Во детството, детето се прилагодува на околината со создавање тензии во мускулите кои подоцна можат да станат хронични. Овие тензии често содржат емоции што детето не можело да ги изрази во тој момент. Кога доживуваме слична ситуација како возрасен, телото несвесно реагира на ист начин со затегнување на мускулите и блокирање на дишењето. Биоенергетската анализа помага постепено и безбедно да се ослободат овие тензии, така што потиснатите емоции можат да се препознаат и изразат преку телото.

Во биоенергетската анализа, телото и неговите импулси заземаат централно место во терапевтскиот процес, што значи дека секоја емоција има физички израз, а секоја физичка реакција одразува одредено чувство. Постои израз „телото се сеќава“, што значи дека има мудрост што може да помогне во разбирањето и решавањето на емоционалните тешкотии.

Ловен го прошири концептот на Рајх за одбранбени системи што се појавуваат во детството. Ловен опиша пет основни структури на карактерот: шизоидна, орална, мазохистичка, психопатична и ригидна.

- Шизоидна карактерна одбрана (пренатален период – 6 месеци возраст) - е поврзана со рани чувства на отфрлање од страна на родителите. Лицето се повлекува во внатрешен свет и има тешкотии да им верува на другите. Верувањето е дека светот е опасен.
- Усна карактерна одбрана (6-18 месеци) - се јавува поради недостаток на грижа и поддршка, лицето се чувствува празно и бара блискост, понекогаш преку зависност предизвикувачки врски бидејќи се плаши од напуштање.
- Мазохистичка карактерна одбрана (18 месеци – 2,5 години) - се развива кај доминантни или зависни родители преку посрамување на импулсите на детето. Лицето го потиснува гневот, се чувствува беспомошно и презема одговорност за другите, се плаши од понижување.

- Психопатска карактерна одбрана (18 месеци – 4 години) - произлегува од постојана критика и емоционално понижување, манипулација помеѓу родител и дете. Лицето сака да ги контролира другите, но под него крие несигурност.
- Ригидна карактерна одбрана (4-6 години) - се јавува поради раното отфрлање на спонтаноста на детето. Се карактеризира со стремеж кон совршенство, контрола и потиснување на чувствата, страв од попуштање и губење на самоконтролата.

Современите невробиолошки истражувања ја потврдуваат важноста на врската помеѓу телото и психата, што дополнително ги поддржува теоретските основи и ефикасноста на биоенергетската анализа. Биоенергетската анализа денес се смета за една од најпознатите и најефикасните форми на соматска психотерапија. *(Извор: Ловен, А. (1973). Депресија и телото. Балтимор: Penguin Books.)*

Биодинамичка анализа (Бодинамичка)

Телединамичката анализа е метод на телесно ориентираната психотерапија што ја поврзува развојната психологија со телесна психотерапија. Интегрира сознанија од психомоторниот развој, когнитивната психотерапија и невронауката, со посебен акцент на квалитетна комуникација и здрави односи. Лисбет Марчер од Данска е основач на „Бодинамик“, кој го развила заедно со тим од околу десет колеги во раните 1980-ти.

Главната идеја е дека тоа влијае на сите аспекти од човечкиот живот, начинот на кој човекот се доживува себеси, другите и околината. Основното верување на телединамичкиот систем е дека луѓето се социјални суштества кои се стремат да се поврзат и да се ангажираат со другите на начин што ја почитува нивната индивидуалност и чувство на самодоверба . Таквата врска се нарекува меѓусебна врска **.** Емоционалните структури што се формираат за време на развојот одредуваат како воспоставуваме контакт, градиме односи, донесуваме одлуки и бараме значење.

Еден од фундаменталните концепти на Бодинамичкиот систем се **петте аспекти на егото** , кои не се гледаат во негативна смисла, туку како важен дел од личниот идентитет и развојот на личноста. Бодинамичкиот пристап може да се примени и на пошироко општествено ниво бидејќи разгледува како културата и општествените обрасци влијаат врз развојот на поединецот и ги обликуваат неговите одбранбени механизми и структури на карактерот.

Бодинамиката се применува и во работата со врвни спортисти за постигнување максимални перформанси, во бизнис консалтинг и развој на лидерство, во работата со тимови и во физиотерапијата, каде што помага во разбирањето на психолошките причини за физичките проблеми.

Хакоми

Хакоми е нежна, но длабоко трансформативна искуствена психотерапија која ја комбинира **внимателноста...** (свесно присуство) и **соматски пристапи** за лекување **на рани од приврзаност и развојна траума .**

Методот го развил **Рон Курц** (1934–2011). Хакоми комбинира елементи **од работата на Рајх, биоенергетика, гешталт, психомоторија, Фелденкрајс, структурна работа со телото, хипнозата на Ериксон, фокусирањето, невролингвистичкото програмирање и** источните традиции како што е **будизмот.** и **таоизмот** .

Методот продолжува **да се развива** , во согласност со новите сознанија од **невронауката, трауматологијата и теоријата на приврзаност** . Се заснова на принципите на **свесно присуство, ненасилство, единство** и **Врската помеѓу умот и телото** . Работата му помага на клиентот да ги препознае и трансформира **несвесните верувања складирани во телото** . Целта на Хакоми не е да ја елиминира болката, туку **да ја прифати со присуство и сочувство** , со што се поттикнува природниот процес на промена и саморегулација.

Процесот на терапија со Хакоми обично поминува низ четири основни фази: контакт, пристап, обработка и интеграција. Терапијата со Хакоми користи пристап **од долу нагоре** - од **телесно искуство до значење** . Централниот принцип на пристапот со Хакоми е *„ пропуштено искуство* “, што значи дека терапевтот го поддржува клиентот да го доживее во безбедна и свесна врска искуството што го **пропуштил во детството** . Со интегрирање на таквите искуства, невронските патишта се преобликуваат и се создава нов модел.

Биосинтеза

Биосинтезата е форма на **соматска психотерапија** развиена од **Дејвид Боадела** во 1970-тите, заснована на идејата дека **телото, емоциите и умот се** меѓусебно поврзани во создавањето на личен идентитет и здравје. Името доаѓа од грчките зборови *биос* (живот) и *синтеза* (соединување) и се однесува на **поврзувањето на телото, умот и духот** во еден

единствен процес на личен развој. Биосинтезата е форма на телесно ориентираната психотерапија која ги поврзува телото, емоциите и духовната димензија на една личност. Се заснова на делото на Пјер Жанет и Вилхелм Рајх, а подоцна и на истражувањето за пренаталното искуство, движењето и енергијата. Се заснова на идејата дека **емоционалните и физичките искуства се меѓусебно поврзани** , а терапевтскиот процес се фокусира на **интегрирање на блокирани емоции, енергија и свест** . Делото користи движење, дишење, свест за телото и емоционално изразување.

Работата во Биосинтезата се базира на препознавање на моделите на движење на телото кои ги одразуваат раните развојни фази. Целта не е да се повтори траумата, туку да се комплетира она што тогаш било блокирано, за да може енергијата повторно да започне. Важен дел од терапијата е заземјување, враќање во телото и чувство на безбедност.

3.2. Соматско доживување (SE)

Соматското доживување (СИ) е терапевтски пристап развиен **од д-р Питер Левин** (Левин, 1997, *Будење на тигарот: Лекување на траума*). Се базира на научни сознанија од физиологијата на стресот, психологијата, невронауката, биологијата и медицината (Левин, 2010, *Во неизговорен глас: Како телото ја ослободува траумата и ја враќа добрината*). Повеќе од четириесет години, успешно се применува во работата со последиците од стрес, шок и траума.

Целта е на идентификување и решавање на последиците од хроничен стрес и траума и се фокусира на внатрешните телесни сензации (чувства во мускулите или во внатрешните органи). Соматското доживување е краткорочен, природен пристап кој помага во решавањето на посттрауматските стресни реакции. Се заснова на набљудувањето дека животните во природата спонтано користат механизми за регулирање и ослободување од високи нивоа на возбуда поврзани со реакциите на преживување (Levine, 1997). Кај луѓето, овие механизми често се блокирани од рационалниот ум, создавајќи симптоми како што се напнатост, болка, вознемиреност, когнитивни тешкотии и чувство на вкочанетост.

Преку свесност за телесните сензации, лицето пристапува до природни обрасци на саморегулација и ги завршува одговорите што некогаш биле прекинати (Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015, *Соматско доживување: Користење на интероцепција и проприоцепција како основни елементи на терапијата за траума*). На овој начин, се

ослободува енергијата заробена во нервниот и мускулниот систем, што им овозможува на телото и умот да се смират и постепено да ја излекуваат траумата.

Терапијата вклучува бавно и никогаш директно соочување со траумата. На овој начин, таа му помага на телото да ја воспостави својата природна способност за саморегулација со фокусирање на вниманието на сегашниот момент. Начинот на кој ги организираме нашите искуства може да се класифицира во пет компоненти на искуството. Тоа се сензација, слика, однесување, емоција и значење – **SIBAM (Сензација, Слика, Однесување, Афект, Значење)** (Левин, 2010).

• **Сензацијата** е компонентата што е најдиректно поврзана со телото.

• **Сликата** или впечатокот може да биде внатрешен или надворешен.

• **Однесувањето** може да биде вербално/невербално, доброволно/несвесно, свесно/несвесно, во зависност од тоа кој дел од мозокот е вклучен.

• **Емоциите** или чувствата се исто така сензации, но тие претставуваат специфични модели на сензација во кои се вклучени лимбички или структури на средниот мозок.

• **Значењето** овде е дефинирано строго во однос на експлицитно лингвистичко значење.

3.3. Сензоримоторна психотерапија (сензоримоторна психотерапија)

Сензоримоторната психотерапија е терапевтски пристап дизајниран да работи со траума и тешкотии со приврзаност. Се заснова на истражувања во физиологијата, невронауката, психологијата и социологијата и го вклучува телото како важен дел од искуството на една личност (Огден, Минтон и Пеин, 2006, *Траума и тело: Сензоримоторен пристап кон психотерапијата*). Произлегла од **традицијата Хакоми** и е основана од **д-р Пет Огден** , кој бил и кооснивач на Институтот Хакоми (Курц, 1990, *Психотерапија центрирана на телото: Методот Хакоми*).

Во сензомоторната психотерапија, телото носи важни информации што можат да помогнат во разбирањето и обработката на тешките искуства (Огден и Фишер, 2015, *Сензомоторна психотерапија: Интервенции за траума и приврзаност*). Во терапевтскиот процес, телото се смета за сојузник; преку движење, држење на телото, дишење и телесни сензации, можно е да се пристапи до она што честопати не е достапно со зборови.

Сензорната психотерапија е холистички пристап бидејќи ги поврзува физичките, емоционалните и мисловните процеси. Целта е да му се помогне на лицето да препознае и промени повторувачки физички и психолошки обрасци што го ограничуваат неговото

функционирање (ван дер Колк, 2014, *Телото го чува резултатот*). Помага при дисрегулација на нервниот систем и ја поттикнува способноста за саморегулација (Поргес, 2017, *Џебен водич за поливагалната теорија*).

Се користи за траума, анксиозност, чувство на вкочанетост, кошмари, тешкотии при концентрирање и силни емоционални реакции.

Основна енергетика

Основната енергија е развиена во 1970-тите од д-р Џон Пјеракос, студент на Вилхелм Рајх и соработник на Александар Ловен. Тоа е комбинација од психотерапија и духовен развој. Овој пристап помага да се стане свесен за начините на кои ја блокираме нашата животна енергија преку одбранбени обрасци формирани во детството, кои продолжуваат да нè ограничуваат и да нè лишуваат од нашата сила.

Основните принципи на основната енергетика се:

1. Човекот е целосно суштество во кое телото и умот се неразделни,
2. Способноста за лекување доаѓа одвнатре, од самата личност,
3. Сè што постои е поврзано во една целина што се стреми кон развој и еволуција.

Основната енергетика се базира на претпоставката дека постојат слоеви на енергија. Во центарот е животната сила, над неа е слојот на „долното јас“ што произлегува од потиснувањето на болката и негативните чувства. Работата користи различни техники од физички вежби, дишење, движење, глас итн. Работи со делови од телото каде што најчесто се јавуваат блокади, како што се вилицата, очите и дијафрагмата.

Процесот во јадрото на енергијата се одвива во четири фази:

1. **Пробивање на маската** – станување свесен за одбранбените обрасци и првичното ослободување на емоциите.
2. **Ослободување на долното јас** – препознавање и изразување на потиснатите чувства и откривање на автентичниот дел од себе.
3. **Затемнување во повисокото јас** – зајакнување на довербата во сопствената автентичност и животна цел.

4. **Откривање на животен план** - интеграција и усогласување со подлабокото значење и развојниот пат на една личност.

Целта на терапијата е да се идентификуваат и разбијат овие блокади, со што се ослободува протокот на животната енергија и се создава чувство на поголема слобода, присуство и полнота на животот.

3.3.1. Телесно ориентирана психотерапија во пракса и професионални заедници

Телесно ориентирана психотерапија е присутна во различни литератури и практики. Се применува во рехабилитацијата на спортисти, лица со хронични здравствени проблеми и разни ментални нарушувања, како што се пелтечење или психоза. Терапевтите кои го практикуваат овој пристап се собрани во бројни национални и меѓународни здруженија.

Во Соединетите Американски Држави, **Американското здружение за телесна психотерапија (USABP) работи** со повеќе од петстотини членови и свое рецензирано списание, додека **Европското здружение за телесна психотерапија (EABP)** Има повеќе од седумстотини членови од осумнаесет земји. Исто така, постојат и австралиските и јужноамериканските здруженија за соматска и телесна психотерапија.

Експертите во оваа област активно соработуваат на меѓународни конгреси. Редовно се одржуваат европски и светски конференции посветени на телесна психотерапија. Добро познати универзитетски програми се наоѓаат во Велика Британија и други европски земји каде што се стекнуваат магистерски степени по танцово-движечка психотерапија и соматска психологија. Сè уште не е целосно имплементирано во официјалната рамка на психијатријата и психотерапијата. Некои училишта нудат образовни програми признати од националните здруженија за психотерапија, но сè уште не постои унифициран систем на државна акредитација.

Телесно ориентираната психотерапија ретко се презентира на големи конгреси за психијатрија и психотерапија, туку се појавува повеќе во специјализирани услови. Оваа позиција укажува на потребата од поголемо научно признавање, посистематска евалуација и понатамошен развој на професионалната видливост на овој терапевтски пристап.

3.4. Концептот на одбрана на ликовите

Карактерот се однесува на начинот на кој лицето реагира и се прилагодува на светот. Тој е дел од личноста и ги одразува моделите на однесување и емоциите што се формирале во

раниот развој.

Вилхелм Рајх бил првиот што го поврзал карактерот и телото. Тој забележал дека емоционалните модели се гледаат преку тензиите во телото и дека движењето може да ги разбуди потиснатите емоции. Тој го нарекол овој телесен оклоп мускулен оклоп и го сметал за најважен за разбирање на отпорот во терапијата.

Неговиот ученик Александар Ловен го развил концептот на структура на карактерот. Тој верувал дека карактерот се создава во детството како одбранбен систем што му дава на лицето чувство на сигурност. Тензиите во телото ги одразуваат потиснатите чувства и начинот на кој се адаптираме.

Имињата на одбраните на карактерот доаѓаат од психоанализата. Карактерологијата дава подлабок увид во личноста на клиентот отколку што нудат класичните дијагностички методи. Ловен нагласил дека карактерот не е лажно јас, туку начинот на кој лицето се обидува да биде прифатено и сакано.

Кога се работи со карактерот, се забележува следново:

1. Телесен израз – држење на телото, движење, напнатост и ограничувања во телото.
2. Начинот на кој се поврзувате со другите – модели во контакт со терапевтот, партнерот или околината.
3. Животна историја – детство, семејни односи и најважните искуства што ја обликувале личноста.
   (Извор: Reich, W. (1949). Анализа на карактерот. Њујорк: Farrar, Straus & Giroux.)

3.4.1. Шизоидна одбрана на карактерот

Период на појавување: период до 6 месеци од животот

Можни причини: пренатална или породилна траума, болест во првата година од животот, чувство на непосакуваност или отфрлање, емоционална недостапност на родителите.

Основна потреба: сигурност и чувство на добредојде

Основни чувства: страв од уништување и подоцна замрзнат гнев

Лажно верување: светот е опасен; чувствата се опасни

Десно: кон безбедно постоење во телото и светот

Физички изглед: тесно, напнато тело, ладни раце и нозе, исплашени или празни очи, нерамнотежа на левата и десната страна од телото.

За дете со оваа одбрана, првите искуства со телото и светот не биле безбедни или пријатни.

Ако за време на бременоста или раниот развој детето доживеало непријатност, болка или отфрлање, тој или таа можеби го чувствувал светот како опасно место. Без можност да избега или да се заштити себеси, единствениот достапен начин за преживување бил повлекување и одвојување од телото - дисоцијација.

Таквото дете често изгледа мирно, тивко и повлечено. Со текот на времето, тие развиваат тенденција да се повлечат во светот на мислите, имагинацијата или духовноста, каде што се чувствуваат побезбедно отколку во контакт со сопственото тело и емоции. Во зрелоста, тие често ги интелектуализираат чувствата и имаат тешкотии да се поврзат со другите на физичко и емоционално ниво.

Луѓето со шизоидна одбрана имаат тешкотии да одржат контакт со телото и сензуалноста. Тие често ја идеализираат одвојувањето од телесните потреби и се склони кон повлекување, стравови, несоница и психосоматски нарушувања.

(Извор: Ловен, А. (1958). Јазикот на телото. Њујорк: Collier Books.)

3.4.2. Усна одбрана на карактерот

Период на појавување: 6 – 18 месеци

Можни причини: недоследна родителска грижа, проблеми со доењето, болест или губење на мајка, привремено разделување (на пр. престој во болница).

Основна потреба: грижа, негување и чувство дека ми е дозволено да имам потреби.

Основни чувства: страв од напуштање, тага, копнеж и потиснат гнев.

Лажно верување: „Никогаш нема доволно за мене“; „Не можам сам, ми требаш“.

Правилно: да имам и изразувам потреби.

Физички изглед: тенко и малку срушено тело, вовлечени гради, заоблени рамена, поглед кој бара контакт.

Ако родителите се присутни и доследни, детето рано во развојот учи дека неговите потреби ќе бидат задоволени. Недостатокот на ритам создава несигурност кај детето. Тоа никогаш не знае дали ќе го добие она што му треба овој пат и почнува да живее во постојана состојба на напнатост. Ако добие внимание од родителите, не може целосно да се опушти бидејќи се плаши повторно да не биде напуштено.

За да преживее, детето развива рана потреба да се грижи за себе. Таквите деца често изгледаат зрели, рано зборуваат или одат, но остануваат емоционално чувствителни и несигурни.

Во зрелоста, луѓето со оваа одбрана имаат тенденција силно да се поврзуваат. Тие често ги

опсипуваат другите со внимание и грижа со надеж дека ќе го добијат истото за возврат, но не го кажуваат тоа. Кога нивната потреба не е препознаена, тие се чувствуваат повредени и огорчени. Постои страв од губење на блискоста што ги води во циклус на идеализација и повлекување.
(Извор: Ловен, А. (1975). Биоенергетика: Револуционерната терапија што го користи јазикот на телото за да ги излекува проблемите на умот. Њујорк: Penguin Books.)

3.4.3. Мазохистичка одбрана на карактерот

Период на појавување: од 18 месеци до 2,5 години
Можни причини: прекумерна контрола, казнување или засрамување на импулсите на детето
Основна потреба: слобода, изразување на волја и асертивност
Основни чувства: срам, вина, страв од понижување, потиснат гнев
Лажно верување: „Морам да го сокријам она што го чувствувам“; „Светот сака да ме задуши“
Десно: кон слободата, изразувањето и сопствената волја
Физички изглед: цврсто, тешко тело, повлечен врат и рамена, напнатост во карлицата, држење на телото како „желка“

Во оваа развојна фаза, детето го истражува светот, учи да оди, да зборува и да ја изразува својата волја. Зборот „не“ станува начин да ги потврди своите граници и индивидуалност. Ако родителите реагираат на овие спонтани импулси со постојани забрани, критики или засрамување, детето почнува да чувствува дека изразувањето на својата волја е опасно.
За да избегне срам, детето ја потиснува својата енергија и учи дека е побезбедно да се повлече и да страда отколку да се спротивставува. Со текот на времето, тој или таа развива модел на послушност и потиснување - станувајќи „добро дете“ кое сè трпи. Лутината, која е природен одговор на ограничувањето, останува потисната бидејќи предизвикува казна или исмејување.
Во зрелоста, лицето со оваа одбрана често презема премногу одговорност, има тешкотии да ги изрази своите желби и им дозволува на другите да донесуваат одлуки за него или неа. Однадвор, тој или таа изгледа смирено и самоуверено, но одвнатре, тој или таа носи длабоко чувство на срам и потиснат гнев. Тој или таа честопати нема чувство на задоволство затоа

што не е во контакт со сопствените потреби и желби.
(*Ловен, 1958, *Јазикот на телото*)

3.4.4. Психопатска одбрана на карактерот

Период на појавување: од 18 месеци до 4 години
Можни причини: вклучување во конфликт меѓу родителите, емоционална манипулација или експлоатација на детето за потребите на родителите; често како компензација за оралната фаза на развој.
Основна потреба: доверба во другите луѓе
Основни чувства: страв од подреденост и експлоатација, потреба за контрола, скриена ранливост
Лажно верување: „Морам да контролирам сè околу мене“; „Моќта е единствениот начин да се преживее“
Право: на човечност и доверба
Физички изглед: изразени гради и рамена, напнат горен дел од телото, стегнат долен дел од телото, продорен поглед; често присутно во комбинација со претходни одбрани.

Се развива во семејства каде што постои емоционална дистанца или конфликт меѓу родителите. Во такви ситуации, едниот родител, најчесто од спротивниот пол, може несвесно да ги пренесе своите емоционални потреби на детето. Потоа детето добива чувство на посебност и важност и станува „мајчино момче“ или „татина принцеза“. Таквиот сојуз го става во улога што не е нивна и е многу болна за детето.
Кога родителот подоцна ќе го повлече вниманието или ќе го критикува, детето се чувствува предадено и искористено. Во зрелоста, оваа рана остава трага во форма на потреба за контрола, докажување на себеси и чувство на посебност. Љубовта и вниманието на другите се доживуваат како потврда за сопствената вредност, па затоа лицето вложува многу енергија во создавање силна, привлечна и моќна слика.
Зад надворешната безбедност и контрола, често стои длабок страв од предавство и загуба. Лицето со оваа одбрана има тешкотии да им верува на другите, но во исто време зависи од нив да го потврдат своето чувство за самоважност.
Подтипови:
• Агресивен тип (насилник) – отворено контролира, ја наметнува својата волја и доминира над другите.
• Манипулативен тип – користи шарм, заведување и суптилни начини за одржување на

моќта.

• Духовен тип – бара потврда преку идеализација и обожување, често во духовни или авторитетни улоги.

(*Ловен, 1980, *Нарцизам: Негирање на вистинското јас*)

3.4.5. Цврста одбрана на карактерот

Период на појавување: од 4 до 6 години

Можни причини: отфрлање на спонтаноста и разиграност на детето; родителите (најчесто таткото) реагираат со срам, срам или критика на отвореноста и сензуалноста на детето.

Основна потреба: слобода и спонтаност

Основни чувства: страв од губење на контрола и попуштање

Лажно верување: „Јас вредам само она што го постигнувам“

Правилно: кон автентичност и изразување на сопствената природа

Физички изглед: хармонично, силно тело; видлива вкочанетост во грбот и вратот; енергизирани очи и раце, напнатост во градите и карличната област

Детето природно го истражува светот преку игра, допир и изразување на чувства. Ако родителот реагира на оваа спонтаност со понижување или критика, детето почнува да ја доживува својата живост како нешто погрешно и лошо. За да ја избегнат болката од отфрлање, тие ги потиснуваат своите емоции и развиваат контрола како главен одбранбен механизам.

Таквите деца брзо сфаќаат дека ќе бидат сакани и прифатени ако се успешни, послушни и го постигнат она што се очекува од нив. Наместо слободно да чувствуваат и доживуваат, тие почнуваат да се идентификуваат со она што го прават. Спонтаноста е заменета со дисциплина, совршенство и потреба да се биде најдобар.

Во зрелоста, овие лица често изгледаат самоуверени и способни, но не можат да се предадат на чувствата и блискоста. Постои страв од губење на контролата. Во врските, тие не се предаваат целосно и вистинската поврзаност ги прави неудобни. Срцето е затворено и постои поделба помеѓу срцето и телото, или помеѓу емоциите и сексуалноста.

Подтиповите на ригидна одбрана се разликуваат кај мажите и жените. Кај мажите се појавуваат пасивно-женскиот тип, кој ги потиснува инстинктивните нагони, и фалусно-нарцистичкиот тип, кој ги потиснува емоциите и ранливоста. Кај жените, постои активно-машки тип кој нагласува контрола и натпреварувачки дух, и хистеричен тип кој изразува

прекумерна емоционалност и сексуалност.
(*Ловен, 1958, *Јазикот на телото*)

3.5. Рајховски сегменти на телото

Системот на телесни сегменти е основа на нашето физичко и енергетско функционирање и ја одразува врската помеѓу физичкиот, емоционалниот и психолошкиот развој. Човекот се раѓа со одреден енергетски потенцијал и физички предиспозиции, а околината во која расте има силно влијание врз тоа како ќе се развие овој потенцијал.
Вилхелм Рајх, психијатар и основач на телесна психотерапија, го развил концептот на мускулен оклоп и систем на телесни сегменти. Неговата теорија е дека стресот и траумата предизвикуваат напнатост во одредени делови од телото што го блокира природниот проток на енергија. Блокадите не се одразуваат само физички, туку и емоционално, ментално и духовно.
Рајх разликувал седум основни сегменти во кои се акумулира напнатоста:

1. очен (очи)
2. орален (устен)
3. цервикален (вратен)
4. торакален (граден)
5. дијафрагматски (дијафрагматски)
6. абдомен (стомак)
7. на карлицата (карлицата)
   обично се јавуваат во неколку сегменти истовремено и влијаат на слободното изразување на чувствата и импулсите. Рајх верувал дека енергијата во телото природно тече од главата до карлицата и дека целта на терапијата е да се ослободи мускулниот оклоп. Ова значи дека лицето повторно може да чувствува спонтаност, да изразува емоции и да живее во поголем контакт со себе и со своето тело.
   (*Рајх, 1949, *Анализа на карактерот*)

3.5.1. Очен сегмент (очи)

Поврзано е со шестиот и седмиот енергетски центар и ги вклучува скалпот, челото, очите, образите, ушите и основата на черепот. Мускулите околу очите, темпоралните мускули и оние во задниот дел од главата.

Овој сегмент ги контролира видот и слухот, кои се главните сетила преку кои го гледаме светот. Кога е преоптоварено, лицето може ментално да се исклучи или да се дистанцира од реалноста за да се заштити од емоционална болка. Ова често се гледа преку избегнување на контакт со очите, вкочането лице или чувство на замрзнување.

Блокадите во окуларниот сегмент обично потекнуваат од многу рана возраст (0-6 месеци), кога детето доживува несигурност или страв. Тогаш се јавува напнатост во очите, главоболки и заматен вид, како и емоционална одвоеност или тешкотии при изразување чувства.

Терапевтската работа вклучува вежби за опуштање и подигање на свеста за мускулите на лицето и очите, дишењето и експресивни техники кои го поттикнуваат изразувањето на потиснатите емоции. Целта е повторно да се воспостави контакт со телото, да се овозможи послободен израз преку погледот и да се олесни подлабоко емоционално искуство на реалноста.

(*Pajx, 1949; Боадела, 1987*)

3.5.2. Орален сегмент (вилица и уста)

Ги вклучува мускулите на вилицата, устата, грлото и јазикот. Одговорен е за говорот, комуникацијата и хранењето и игра важна улога во изразувањето на емоциите и потребите.

Блокадите во овој сегмент најчесто доаѓаат од раното детство (0-2 години), кога детето развива чувство на сигурност преку хранење, допир и блискост. Доколку овие потреби не се задоволени, се јавува напнатост во вилицата и грлото и се јавуваат тешкотии во изразувањето на емоциите.

Луѓето со напнат орален сегмент често се чувствуваат фрустрирано, тажно или осамено. Физички, тоа се манифестира преку стегната вилица, напнатост во јазикот или проблеми со голтањето, а емоционално преку тешкотии во изразувањето на она што навистина го чувствуваат или сакаат.

Терапевтската работа се состои од вежби за дишење и релаксација на мускулите на вилицата, јазикот и грлото, како и работа на вокално изразување на потиснатите емоции. Целта е да се

овозможи послободен проток на чувства и поискрено изразување на потребите.
(*Ловен, 1958*)

3.5.3. Цервикален сегмент (врат и грло)

Ги вклучува мускулите на вратот, грлото, грклан от, гласните жици и рамениот појас. Ја одржува рамнотежата на главата и е важна за ориентација во просторот, дишење и вокален израз.
Напнатоста во цервикалниот сегмент е поврзана со потиснување на емоциите и неможноста слободно да се изрази она што го чувствува лицето. Често се јавува чувство на стегање во грлото или вкочанет врат.
Блокадите можат да предизвикаат вкочанетост на вратот, промени во гласот, напнатост во рамената и тешкотии при голтање или дишење. Таквата напнатост често укажува на задржување на емоции како што се тага, лутина или страв.
Терапевтската работа се фокусира на опуштање на мускулите на вратот и рамената и зголемување на свеста за дишењето. Гласовната работа го поттикнува ослободувањето на потиснатите емоции. Целта е да се воспостави послободен проток на здив и глас и да се овозможи поприродно изразување на чувствата.
(*Pierrakos, 1987*)

3.5.4. Торакален сегмент (срце и граден кош)

Ги вклучува градите, рамената, горниот дел од грбот, рацете и дланките. Неговата функција е да го регулира дишењето и срцевиот ритам, што е од суштинско значење за изразување емоции.
Овој сегмент ја регулира способноста да се чувствуваат и изразуваат емоции како што се љубов, тага, лутина и храброст. Кога е напнато, лицето може да се чувствува емоционално затворено, ранливо или одвоено од другите. Стегањето во градите е честа појава и произлегува од потиснати чувства на тага и страв од повреда.
Блокадите во торакалниот сегмент се манифестираат со плитко дишење, стегање во градите, вкочанетост во рамената и горниот дел од грбот. Луѓето со овие проблеми имаат тешкотии да се ослободат од емоциите и интимноста и се чувствуваат одвоено од сопствените чувства.
Терапевтската работа се базира на вежби за дишење, истегнување на градите и рамената и експресивни техники кои го поттикнуваат ослободувањето на потиснатите емоции. Целта е

повторно да се воспостави чувство на отвореност, поврзаност и слободен проток на здив и чувства низ срцето.
(*Ловен и Ловен, 1977*)

3.5.5. Дијафрагмален сегмент (горен дел од половината)

Вклучена е дијафрагмата, мускул што ги одделува градните и абдоминалните шуплини. Поврзана е со дишењето и овозможува енергијата да тече помеѓу горниот и долниот дел од телото.
Напнатоста е поврзана со потиснување на емоциите - страв и вознемиреност. Кога дијафрагмата е напната, дишењето станува плитко и неправилно, што ја намалува способноста на телото да се опушти и слободно да ги изрази емоциите. Таквата блокада може да го ограничи протокот на животната енергија и да го отежни чувството на внатрешна сила и самодоверба.
Напнатоста се манифестира како чувство на притисок во градите, задржување на здивот, неможност за длабоко дишење или напнатост во областа на соларниот плексус.
Терапијата вклучува вежби за дишење и релаксација, работа на истегнување на дијафрагмата и експресивни вежби кои поттикнуваат послободно изразување на чувствата преку движење и глас. Целта е да се ослободи дишењето, да се врати протокот на енергија и да се овозможи чувство на внатрешна рамнотежа.
(*Pajx, 1949; Ловен, 1958*)

3.5.6. Абдоминален сегмент (стомак)

Ги опфаќа мускулите на абдоменот и долниот дел од грбот и го контролира варењето на храната и складира длабоки, примитивни емоции како што се стравот и чувството на зависност.
Поврзано е со инстинкти за преживување, автономија и основни животни функции. Кога е напнато, лицето може да почувствува губење на лична моќ, несигурност или срам.
Напнатоста во оваа област често произлегува од потиснати емоции како што се страв, лутина или сексуални импулси.
Блокираниот абдоминален сегмент доведува до плитко дишење, абдоминална вкочанетост, лошо варење, надуеност или задржување на столицата и урината. Симптомите често се поврзани со емоционална потиснување и чувство на беспомошност.

Терапијата вклучува мануелни и соматски техники за опуштање на абдоминалните мускули, стимулирање на празнењето на цревата и ослободување на потиснатите емоции. Целта е да се врати природниот проток на енергија, чувство на стабилност и подлабока врска со телото и внатрешната сила.
(*Boadella, 1987; Lowen, 1975*)

3.5.7. Карличен сегмент (карлица и нозе)

Ги вклучува мускулите на карлицата, колковите, гениталиите и нозете. Тоа е основа за движење, заземјување и изразување на сексуалната енергија.
Поврзана е со задоволство, креативност и виталност. Кога карлицата е напната, енергијата не може слободно да тече, што го отежнува изразувањето на чувствата и ја намалува способноста за уживање во физичката природа и интимноста. Напнатоста во оваа област често се поврзува со срам, страв или вина поврзана со сексуалноста и основните телесни потреби.
Блокираниот сегмент доведува до вкочанетост на карлицата, болки во долниот дел од грбот, намалена сексуална желба, тешкотии во оргазмот или општ недостаток на поврзаност со телото и задоволството.
Терапевтската работа се фокусира на опуштање на карличните мускули и мускулите на нозете, работа со дишењето и движењето и ослободување на потиснатите емоции и сексуалната енергија. Целта е да се овозможи слободен проток на животната енергија низ телото, чувство на стабилност, спонтаност и подлабока поврзаност со себеси.
(*Ловен, 1958; Пјеракос, 1987*)

3.6. Дишење, стрес и траума во телесна психотерапија

Дишењето е основен животен процес, поважен дури и од храната и водата. Без воздух можеме да преживееме само неколку минути. Правилното дишење директно влијае на нашата физичка и психолошка состојба, ја подобрува размената на гасови во телото, го намалува стресот, го стимулира лачењето на хормоните што предизвикуваат добро расположение, ги опушта мускулите и нервниот систем и помага во регулирањето на емоциите.
(*Левин, 1997; Браун и Гербарг, 2005*)

Секоја траума го менува ритамот на дишењето. По негативните стресни искуства, дишењето станува плитко, брзо или повремено. Овој модел станува хроничен и создава нерамнотежа во нервниот систем. Ова може да доведе до проблеми со срцето, крвниот притисок и целиот нервен систем.
(*Ван дер Колк, 2014*)

Првиот здив што го земаме кога се раѓаме ги активира нашите бели дробови и иницира независно дишење. Начинот на кој дишеме често е под влијание на раните искуства. Стравот, болката, стресот или ненадејните промени во детството можат да нè натераат да го задржиме здивот и да дишеме само преку горниот дел од белите дробови. Кога возрасен човек доживува сличен стрес, телото често реагира на ист начин - брзо дишење, стегање на дијафрагмата и губење на чувството на смиреност.
(*Розенберг, 2017*)

Дијафрагматското дишење низ абдоменот е природен начин на дишење. Телото се шири во абдоменот и градниот кош, а дишењето е мирно и длабоко. Повеќето возрасни дишат плитко, движејќи ги рамената нагоре и надолу, што укажува на намален респираторен капацитет. Овој начин на дишење е поврзан со стрес и напнатост.
(*Streer et al., 2012*)

Во телесно ориентираната психотерапија , можно е да се помогне во враќањето на природниот ритам на дишење. Вежбите за дишење ја ослободуваат напнатоста, ја прошируваат дијафрагмата и го враќаат чувството на релаксација. Кога дишењето се смирува, телото се регулира самото, а лицето чувствува повеќе мир, стабилност и удобност.
(*Огден и Фишер, 2015*)

Белите дробови се главен орган на дишењето, а нивната задача е да внесуваат кислород и да исфрлаат јаглерод диоксид. Долните делови на белите дробови имаат најголем капацитет, поради што се вели дека абдоминалното дишење е најефикасно. Со хипервентилација, јаглерод диоксидот во телото се намалува, што доведува до вртоглавица, забрзан пулс и чувство на вознемиреност. Со хипоксија, кога нема доволно кислород, се јавува замор, главоболка и бавност.
(*Jerath et al., 2006*)

Дишењето низ нос е особено важно бидејќи во телото се произведува азотен оксид (NO), кој ги шири крвните садови, ја подобрува циркулацијата и ја зајакнува отпорноста на телото.
(*Lundberg et al., 1996*)

Не можеме секогаш да го избегнеме стресот од околината, но можеме да го промениме нашиот одговор на него. Со забавување на дишењето, дишење низ носот и вклучување на дијафрагмата, нашето тело добива сигнал дека е безбедно и ослободено од страв. Овој начин на дишење ни помага да се смириме, да го вратиме нашето присуство и да се чувствуваме избалансирано.
(*Porges, 2011*)

Дијафрагмата е главниот мускул на дишење помеѓу градната и абдоминалната празнина. Покрај дишењето, таа учествува во стабилизацијата на трупот, кашлањето, повраќањето и регулирањето на интраабдоминалниот притисок. Низ неа минуваат хранопроводот, аортата и долната шуплива вена.
(*Kantarci et al., 2004*)

Меѓуребрените мускули ѝ помагаат на дијафрагмата при дишењето. Надворешните ги креваат ребрата при вдишување, а внатрешните ги спуштаат при издишување. За време на мирно дишење, издишувањето е пасивно, додека за време на напор или стрес, абдоминалните мускули исто така помагаат при издишувањето. Заедно со дијафрагмата, тие овозможуваат правилно дишење и стабилност на телото.
(*Кортни, 2009*)

По трауматско искуство, телото често останува напнато, а дишењето станува плитко и брзо. Дијафрагмата се стеснува додека нервниот систем останува во состојба на будност. Рамнотежата се враќа преку физичка и психолошка работа. Вагусниот нерв го забавува дишењето и срцевиот ритам, промовирајќи релаксација. Дијафрагмалните нерви ја контролираат дијафрагмата и овозможуваат длабоко дишење, што го намалува стресот и го подобрува снабдувањето со кислород.
(*Porges, 2017; Levine, 2010*)

Траумата ги менува обрасците на дишење и лицето несвесно го задржува здивот или дише само преку горниот дел од белите дробови. Телото ја памти оваа напнатост и ја задржува како нормална состојба. Ова предизвикува компресиран граден кош и напнатост во абдоменот и карлицата.
(*Ван дер Колк, 2014*)

Преку свесно дишење и терапија, постепено се враќа природниот ритам и чувството на мир.
(*Левин, 1997; Огден, 2006*)

3.7. Отелотворување и заземјување

Под доволно добри услови и преку правилен третман, јас ќе биде заземјено во телото. Ловен во 1954 година го основал концептот на заземјување. Ние сме заземјени кога сме во контакт со телото, а преку телото во контакт со земјата. Заземјувањето ни овозможува да почувствуваме друга личност. Заземјувањето се состои од дишење и чувство. Виникот, кој работел во слично време, го гледал јас како психички ентитет кој ќе се вкорени во телото до степен до кој детето добива квалитетна мајчинска грижа и подесување. Ловен и Дамасио имаат визија за биолошко јас кое, иако е несвесно, постои од раѓање. Боадела додава дека биолошкото јас почнува да постои во интраутеринатa фаза, од формирањето на ембрионот. Матката е земјата каде што ембрионот се вкоренува. Свеста за ова јас ќе биде функција на идното его, кое ќе биде изградено подоцна, во односот мајка-дете.

Видови на заземјување

- - Прво заземјување врз основа на врска (Заземјување преку другото)
- - Заземјување на очите
- - Предвремено заземјување
- - Постурално заземјување

Да се биде отелотворен значи да се биде свесен за сопственото тело и да се живее во него со чувство на безбедност и присуство. Ова вклучува способност да се забележат телесни сензации и емоции, да се препознаат потребите на телото и да се изразат соодветно. Да се биде отелотворен значи дека лицето се чувствува удобно во сопственото тело, има капацитет за саморегулација во моменти на вознемиреност и е поврзано со себе на подлабоко ниво. Отелотворувањето се гради преку искуство и свесен контакт со телото.

Заземјувањето значи свесно поврзување со телото и земјата. Во буквална смисла, тоа е контакт на боси нозе со земјата, а во поширокиот психотерапевтски контекст, чувство на стабилност, сигурност и присуство „тука и сега“. Заземјувањето го спушта вниманието од главата кон стапалата, дава чувство на стабилност и му помага на човекот да не биде преплавен од интензивни емоции. Заземјувањето го подобрува протокот на енергија низ

телото, ја зголемува отпорноста на стрес и ја враќа рамнотежата во нервниот систем, правејќи го човекот поприсутен, постабилен и поврзан со себе и со својата околина.

4. РАНА ТРАУМА ОД ПЕРСПЕКТИВА НА НЕВРОБИОЛОГИЈАТА И ТЕЛЕСНО ОРИЕНТИРАНАТА ПСИХОТЕРАПИЈА

4.1. Невробиолошки ефекти од рана траума и терапевтски пристапи

Раната развојна траума вклучува емоционално занемарување, злоупотреба, несигурна приврзаност, предвремено одвојување од старателите и продолжен стрес во текот на најранливите фази од детството. Ваквите негативни искуства оставаат длабоки и трајни лузни на телото. Појавувајќи се во период кога се развива чувството на сигурност, самосвест и способноста за управување со емоциите, последиците можат да бидат полоши од оние што се јавуваат по траумата во зрелоста.

Траумата не само што останува во сеќавањето, туку буквално се врежува во мозокот, нервниот систем и телото. Таа не е само настан од минатото, туку низа последователни негативни повторувачки настани и промени во начинот на кој лицето се доживува себеси и светот.

Благодарение на напредокот во невронауката, сега е јасно дека раните искуства ги обликуваат системите во мозокот кои ги регулираат емоциите, стресот, приврзаноста и однесувањето кон другите. Хроничниот стрес во раниот развој влијае на клучните делови од мозокот (амигдалата, хипокампусот и префронталниот кортекс).

Амигдалата станува преосетлива, што доведува до претерани реакции на страв и чувство на постојана закана. **Хипокампус** се намалува, па затоа лицето има тешкотии со разликувањето на минатите од сегашните закани и има тешкотии со создавање свесни спомени. **Префронталниот кортекс** е помалку активен, што го отежнува размислувањето, планирањето и контролирањето на емоциите. Поради ваквите промени, лицето може да има проблеми со саморегулацијата, чувството на сигурност и контактот со другите.

Стресот влијае и **на автономниот нервен систем** , кој го држи телото во состојба на зголемена напнатост и будност кон опасност. Продолженото активирање **на HPA оската** (системот што ги регулира хормоните на стрес) може да доведе до хронична исцрпеност и да го наруши менталното и физичкото здравје.

Трауматските сеќавања од раното детство се складираат во мозокот без зборови и без временски контекст, преку мириси, звуци, допири или напнатост во телото. Ваквите сеќавања можат да се реактивираат многу подоцна, предизвикувајќи страв или вознемиреност, иако лицето не знае

зошто. На овој начин, траумата го нарушува искуството на телото и светот околу него и може да го ослабне чувството на идентитет и безбедност.

Поради длабоките ефекти што раната траума ги има врз телото и нервниот систем, традиционалните терапии, како што се когнитивно-бихејвиоралните терапии, честопати се недоволни. Многу луѓе не можат да го опишат со зборови она што го доживеале бидејќи трауматските спомени се складирани во телото.

Телесно ориентираната психотерапија директно влијае на физичките и невробиолошките ефекти од траумата. Преку дишење, движење, изразување, свесност и фокусирање на вниманието на телесните сензации, лицето учи да препознава тензија и да ја ослободува низ телото. Овој пристап ја користи природната способност на мозокот да создава нови шеми и врски и помага да се врати чувството на контрола, присуство и да се смири нервниот систем. Наместо повторно да се преживее траумата, те психотерапија ви овозможува да се соочите со болни искуства, што му дава можност на телото да ги ослободи заробените емоции и да ги комплетира реакциите што биле прекинати во времето на траумата. Сите искуства во кои лицето е заглавено можат да се завршат и решат преку телесна психотерапија.

Раната траума може да ја наруши врската на детето со неговиот родител и чувството на сигурност. Затоа, важно е детето да се опорави дека е во врска што обезбедува топлина, стабилност и доверба. Кога некое лице се чувствува безбедно, нервниот систем работи во рамнотежа и промовира мир, релаксација и поврзаност со другите.

Кога телото ќе препознае опасност, реагира во неколку чекори. Прво, се обидуваме да најдеме безбедност преку контакт и поддршка од други луѓе. Ако тоа не успее, телото преминува во состојба на борба или бегство. Ако тоа сè уште не донесе чувство на безбедност, телото „замрзнува“ - лицето може да се чувствува вкочането, отсечено или привремено да ја изгуби свеста.

Поржес опишал неколку физички состојби кои произлегуваат од дејството на различни делови од нервниот систем. Тие вклучуваат чувство на социјална поврзаност, активно избегнување и поставување граници, одговор на борба, замрзнување или повлекување, целосно „исклучување“ и емоционално исчезнување, како и состојби на задоволство, енергија, проток и блискост и поврзаност со другите. Активните реакции се поврзани со зголемена активност на симпатичкиот нервен систем, додека пасивните реакции се поврзани со нејзино намалување. Во овие процеси, телото користи природни механизми за

намалување на болката. Ендоканабиноидите играат важна улога во активната одбрана, а опиоидните системи во пасивните.

Реакцијата на замрзнување е предизвикана од периакведукталната сива материја, важен дел од мозокот. Потоа, нервниот систем го прилагодува доживувањето на болката во зависност од тоа колку опасно ја перцепира ситуацијата. Ваквите промени водат до различни одбранбени состојби, што е опишано како одбранбен каскаден модел.

Моделот на одбранбена каскада објаснува зошто луѓето со посттрауматско стресно растројство (ПТСН), особено оние со дисоцијативен подтип, доживуваат одредени физички и емоционални реакции. Овој модел ја опишува важноста на средниот мозок и медулата облогата, кои предизвикуваат автоматски реакции на закана. Објаснува како физиолошките промени во телото придонесуваат за симптоми како што се дисоцијација, замрзнување и зголемена чувствителност на опасност.

Психичкото наследство меѓу родителите и децата често е тема на истражување. Како проблемите и тешкотиите на родителите влијаат врз нивните деца. Комбинацијата од практично искуство и истражување помогна подобро да се разбере развојот на детето и семејните односи. Селма Фрајберг го опиша овој проблем со познатата метафора „духови во детската соба“. Во нејзината работа со мајки и бебиња, таа забележа дека многу мајки кои имале тешко детство честопати несвесно ги повторуваат истите обрасци на занемарување и отфрлање што самите ги доживеале. Исто така, постојат случаи каде што некои мајки, и покрај тоа што доживеале слични трауми, успеваат да создадат топол и сигурен однос со своите деца. Селма Фрајберг тврдеше дека способноста на мајката да препознава, прифаќа и обработува болни емоции од сопственото минато силно влијае на тоа како се однесува кон своето дете, како го перцепира и каков однос гради со него/неа. (*Фрајберг, 1975; Мејн и Хесе, 1990; Сигел и Харцел, 2003*)

Врз основа на ова разбирање, развиена е терапија фокусирана на односот помеѓу родителот и детето. Целта на терапијата е да му помогне на родителот да ги препознае и промени несвесните обрасци. Истражувањата засновани на теоријата на приврзаност објаснија како нерешените стравови можат да се пренесат од родител на дете. Откриено е дека родителите кои доживеале траума од детството понекогаш можат да се однесуваат плашливо или застрашувачки кон своите деца, што може да создаде чувство на несигурност и конфузија во односот на детето со родителот. Таквите родители често имаат реакција на пренос, што значи дека имаат тешкотии да ги препознаат и изразат сопствените емоции и да ги разберат потребите на своето дете, бидејќи однесувањето на нивното дете може да ги потсети на сопствените болни спомени. За да се заштитат од тешки чувства, тие често несвесно се дистанцираат од сопствените емоции и од емоциите на другите, што им отежнува да се разберат себеси и другите.

Истражувањата покажаа дека способноста на мајката да ги препознае и смири сопствените емоции директно влијае на тоа колку нејзиното дете ќе развие сигурен однос со мајката. Децата кои имаат неорганизирана приврзаност често покажуваат тенденција кон анксиозност и дисоцијација во адолесценцијата. Истражувањата покажаа дека мајките кои имаат тенденција за дисоцијација се изложени на поголем ризик од повторување на шемите што самите ги искусиле, а нивните деца може да развијат несигурна приврзаност и емоционални проблеми. Мајките со помала тенденција да дисоцијација имаат поголема веројатност да го прекинат овој циклус и да создадат поздрав однос со своите деца.

Пренесувањето на проблемите со менталното здравје меѓу генерациите не се случува изолирано, туку во рамките на поширока средина. На него влијаат многу фактори како што се семејните односи, животните околности, социјалните и економските услови. Ова подоцна го обликува развојот на детето и односот со родителите. Економските тешкотии силно влијаат врз целокупното функционирање на семејството. Сиромаштијата го зголемува ризикот од занемарување и злоупотреба, додека подобрувањето на условите за живот може значително да ги зајакне семејствата. Затоа, кога се работи со деца и родители, важно е не само да се обезбеди психолошка поддршка, туку и да се помогне на семејствата да ги решат проблемите поврзани со сиромаштијата и социјалната исклученост.

4.1.1. Рана развојна траума и телесна психотерапија

Раната развојна траума остава длабоки последици врз психофизичкиот систем на една личност. Ваквите искуства ги нарушуваат невробиолошките системи поврзани со емоциите, стресот и приврзаноста, што доведува до трајни обрасци на дисрегулација на автономниот нервен систем. Последиците се анксиозност, депресија, дисоцијација и разни форми на емоционални и физички тешкотии.

Сите искуства се складирани во имплицитна, телесна меморија и многу клиенти немаат свесен, когнитивен пристап кон трауматските искуства. Траумата не е само надворешен настан што се случил во минатото, туку внатрешна повреда што остава траен белег на нервниот систем и создава раскол во искуството на сопствениот идентитет и тело. Вклучува занемарување, злоупотреба, несигурни модели на приврзаност и долгорочен стрес.

При работа со методи на телесно ориентираната психотерапија, се засегнати соматските и невробиолошките аспекти на траумата. Целта е повторно да се воспостави врската помеѓу телото и умот, да се поттикне свеста за телесните сензации и да се интегрираат во процесот на психотерапија. Ова ги намалува симптомите на траумата и го враќа чувството на внатрешна рамнотежа и безбедност и чувства во телото.

Се заснова на фактот дека нашите основни верувања и емоции се складирани во телото каде што создаваат блокови што го спречуваат слободниот проток низ телото.

Телото во овој контекст се смета за:

- основна референтна точка на сите психолошки процеси,
- клуч за разбирање на психопатологијата,
- субјект и објект на перцепција,
- орган на спонтаност и изразување,
- основата на емоционалното искуство и чувството за себе.

Трауматските искуства предизвикуваат разни невробиолошки промени. Зголемената реактивност на амигдалата доведува до зголемен страв и намалување на волуменот на хипокампусот. Намалената активација на префронталниот кортекс ја ограничува способноста за регулирање на емоциите, а дисрегулацијата на HPA оската (хипоталамус-хипофиза-надбубрежна жлезда) го држи телото во состојба на хроничен стрес.

При работа со траума во телесна психотерапија, важен е пристапот „од долу нагоре“. Овој пристап помага да се стимулираат промени во повисоките когнитивни и емоционални функции низ телото со цел да се стане свесен за траумите што се складирани во телото и да се излечат.

4.2. Теории на приврзаност и емоционална регулација

Приврзаноста е основа на нашиот емоционален, социјален и морален развој. Првично се верувало дека детето се врзува за родителот само затоа што тој обезбедува храна, а малку внимание се посветувало на емоционалната блискост во воспитувањето. Британскиот психолог Џон Боулби го променил ова разбирање. Тој покажал дека децата бараат блискост и утеха, а не само храна. Приврзаноста, според него, е вродена потреба што помага во преживувањето, а децата кои биле блиски со своите родители имале поголема безбедност и заштита. Боулби докажал дека родителската грижа и чувствителност се клучни за чувството на сигурност на детето и дека овие рани врски го обликуваат начинот на кој подоцна градиме врски и се справуваме со емоциите (*Боулби, 1969/1982*).

Теоријата на приврзаност објаснува како се формираат емоционални врски меѓу луѓето, особено меѓу детето и неговиот примарен старател, што обично е мајката. Таа се заснова на идејата дека квалитетот на нашите рани врски силно го обликува нашиот емоционален,

социјален и психолошки развој. Луѓето се природно ориентирани кон формирање приврзаност бидејќи тоа им помага да преживеат и да се чувствуваат безбедно. Начинот на кој бевме поврзани со нашите родители или старатели во детството влијае на тоа како ги доживуваме врските, се справуваме со стресот и градиме доверба подоцна во животот. Кога детето се чувствува исплашено или несигурно, тоа природно бара заштита и утеха од возрасен на кого му верува. Преку ваквите врски, се развива чувство на сигурност или, ако недостасува поддршка, несигурност. Овој модел на приврзаност се носи со детето и влијае на начинот на кој подоцна градат блиски врски и се справуваат со тешкотиите. Емоционалната приврзаност значи длабока врска што обезбедува чувство на сигурност и удобност. Безбедната приврзаност е поврзана со подобро емоционално здравје, додека несигурната приврзаност често предизвикува тешкотии во врските. Истражувањата покажаа дека, покрај основните потреби, на децата им се потребни љубов, блискост и емоционална поддршка за здрав развој. Теоријата на приврзаност дава длабок увид во тоа како раните емоционални врски ја обликуваат нашата способност за љубов, доверба и емоционална регулација во текот на животот (*Ainsworth & Bowlby, 1991; Mikulincer & Shaver, 2016*).

4.2.1. Теорија на приврзаност на Боулби

Британскиот психолог Џон Боулби (1907–1990) ја развил теоријата на приврзаност за да објасни зошто раните врски меѓу детето и неговите старатели се клучни за емоционалниот развој. Тој верувал дека децата се раѓаат со природна (вродена) потреба за блискост бидејќи тоа им обезбедува сигурност и преживување. Нивните однесувања, како што се плачењето или следењето на нивните старатели, служат за одржување на блискост и чувство на заштита. Боулби го вовел концептот на „безбедна база“, кој го опишува старателот како стабилна точка од која детето може да го истражува светот. Кога детето се чувствува безбедно во оваа врска, тоа е послободно да учи, истражува, расте и развива своите способности. Ако оваа врска е нарушена, може да се појават тешкотии во подоцнежните врски како што се вознемиреност, несигурност и проблеми со регулирањето на емоциите. Поранешните теории на однесување се базирале на претпоставката дека приврзаноста се развива затоа што родителот му обезбедува храна на детето. Боулби покажал дека основата на приврзаноста е безбедноста и емоционалната достапност. Тој верува дека приврзаноста е биолошки условена и се појавила како еволутивен механизам што им овозможува на децата да преживеат со заштита на своите родители. Преку природната селекција, се развил систем

кој ја регулира оваа врска и го обликува начинот на кој подоцна градиме односи во текот на нашите животи (*Bowlby, 1973; Bowlby, 1988*).

4.2.2. Мери Ајнсворт и „Чудна ситуација“

Американско-канадскиот психолог Мери Ајнсворт (1913–1999) се надоврзала на теоријата за приврзаност на Џон Боулби и значително ја проширила со сопствено истражување. Додека Боулби верувала дека приврзаноста едноставно постои или не постои, Ајнсворт докажала дека постојат разлики во квалитетот на приврзаноста меѓу децата. Нејзиниот најпознат придонес е експериментот „Ситуација на странец“, кој го развила во 1970-тите. Во него, таа ги набљудувала реакциите на доенчињата во ситуации на кратка разделба и повторно обединување со старател, во присуство на непознато лице. Целта била да се разбере како децата реагираат кога се чувствуваат несигурно и како бараат утеха. Истражувањето набљудувало како децата реагираат во благо стресни околности, како што се престој во непозната соба, разделување од мајката и средба со непознато лице. Во текот на осум кратки епизоди, било следено однесувањето на детето, како и до кој степен го истражувало просторот, како реагирало на непознатото лице и како се однесувало кога мајката си заминала и се вратила (*Ајнсворт и др., 1978*).

Врз основа на овие набљудувања, Ајнсворт идентификуваше три основни модели на приврзаност:

- **Безбедност:** детето слободно го истражува светот и знае дека може да се врати кај лицето кое се грижи за него за утеха.
- **Несигурно-избегнувачко:** детето избегнува блискост и контакт.
- **Несигурно-амбивалентно:** детето покажува вознемиреност и неодлучност во однос на лицето кое се грижи за себе.

Подоцнежните истражувања додадоа и **неорганизирана приврзаност** , каде што лицето кое се грижи за нив е исто така извор на страв (*Main & Solomon, 1990*).

Експериментот „Странска ситуација“ покажа дека начинот на кој детето реагира во тие моменти го одразува квалитетот на неговата приврзаност и има долготрајно влијание врз развојот на односите и емоционалното функционирање во текот на животот (*Ainsworth & Bell, 1970; Cassidy & Shaver, 2016*).

4.2.3. Фази на развој на приврзаност

Рудолф Шафер и Пеги Емерсон (1964) следеле 60 бебиња во текот на првите 18 месеци од животот за да го истражат развојот на приврзаноста. Тие ги набљудувале во нивните домови, интервјуирале лица кои се грижат за нив и ги анализирале белешките на мајките. Тие следеле три индикатори: реакција на странци, анксиозност од разделба и социјално референцирање (степенот до кој бебето бара насочен одговор од лицата кои се грижат за нив).
Истражувањето покажало дека приврзаноста се развива постепено и преку предвидлива низа фази.

- **Фаза пред приврзаност (од раѓање до 6 недели)** : Во оваа најрана фаза, детето го препознава мирисот и гласот на мајката, но исто така реагира подеднакво на сите луѓе во неговата околина. Тој ја поттикнува грижата и вниманието на возрасните со насмевка, поглед и плач. Кога го држи во раце, го галат или му зборуваат со нежен тон, се смирува, но сепак не му е грижа кој го прави тоа. Најважно за детето е чувството на топлина и сигурност што го чувствува во тој момент.
- **Фаза на приврзаност (од 6 недели до 6-8 месеци):** Детето почнува да ја разликува мајката од другите луѓе во неговата околина. Се насмевнува и гуга почесто на мајка си, а побрзо се смирува и престанува да плаче во нејзините раце. Иако покажува јасни знаци на препознавање и приврзаност, во оваа фаза сè уште не реагира со страв или протест кога е одвоено од старателот.
- **Јасно утврдена фаза на приврзаност (од 6-8 месеци до 18-24 месеци):** Детето јасно покажува приврзаност. Тоа е вознемирено кога е одвоено од лицето кое се грижи за него и покажува страв од странци. Ова однесување е поврзано со важни развојни промени, сеќавање на мајката и развој на чувство на страв. Детето има способност да лази, што му овозможува да го следи лицето кое се грижи за него. Негувателот (мајката) продолжува да игра голема улога во чувството на безбедност на детето. Детето најбрзо се смирува во присуство на мајката, преку допир или глас. Се чувствува доволно безбедно за да ја истражува околината и да го открива светот околу себе со самодоверба.
- **Фаза на реципрочен однос (18 месеци до 2/3 години):** Детето развива способност за размислување и говорење и формира внатрешни претстави за луѓето и настаните. Полека почнува да разбира дека одвојувањето од старателот е привремено ако причината за одвојувањето и со кого ќе го поминува времето додека е одвоено се јасно и смирено објаснети. Како што расте, протестот поради одвојувањето се

намалува, а повеќето деца на возраст од околу три години добиваат поголема независност, можат да толерираат кратки периоди на одвојување без поголеми емоционални тешкотии.

4.2.4. Фактори што влијаат врз развојот на приврзаноста

Развојот на приврзаноста е под влијание на голем број фактори поврзани со околината, лицата што се грижат за него и детето.

Фактори поврзани со лицето кое се грижи за него вклучуваат возраст, ниво на образование, финансиска и психолошка стабилност и здравствена состојба за време на бременоста и породувањето. Врз врската влијаат и раѓањето, квалитетот на постпарталната нега и раната физичка блискост, како што се контакт кожа на кожа и рано започнување со доење.

Фактори поврзани со детето: здравствена состојба, предвремено породување, темперамент, пол и општо расположение.

Генетските, еколошките и културните влијанија исто така играат важна улога . Генетските варијации, како на пример кај гените поврзани со окситоцинот, можат да влијаат на способноста на детето да формира доверба и емоционални врски. Стресните фактори од животната средина, како што се сиромаштијата или негативните семејни искуства, го зголемуваат ризикот од развој на несигурни модели на приврзаност. Културата игра важна улога. Во колективистичките култури, акцентот е ставен на блискоста и меѓусебната поврзаност, додека во индивидуалистичките култури, автономијата и независноста на детето се повеќе охрабруваат.

Луѓето се природно предодредени да бараат блискост и безбедност во односите со другите. Ако овие рани искуства се нарушени од траума, подоцнежните односи можат да создадат страв, а не чувство на сигурност. Децата и младите луѓе на кои им е потребна стручна помош честопати растеле со старатели кои биле непредвидливи. Во првите години од животот, врските се градат преку допир, поглед, тон на гласот и други сензорни знаци. Начинот на кој возрасните комуницираат со детето во овие периоди ја обликува нивната доверба и начинот на кој тие ќе градат односи подоцна.

Раните искуства со приврзаност имаат силно и долготрајно влијание врз развојот на емоционалниот живот и квалитетот на односите во иднина. Децата кои развиваат безбедни приврзаности најчесто растат во сигурни поединци кои се способни да изградат стабилни односи. Овие поединци имаат поголема самодоверба и се способни полесно да ги регулираат емоциите. Децата со несигурни приврзаности имаат тешкотии во односите, се посклони кон анксиозност и се помалку способни да ги контролираат своите емоции. Доколку има сериозни прекини или нарушувања во раната приврзаност, може да се развијат подлабоки проблеми во врската, како што се избегнување на интимност, агресија или прекумерна емоционална зависност од другите.

4.2.5. Невробиолошка основа на теоријата на приврзаност (Шор и современи истражувања)

Американскиот невропсихолог Алан Шор обезбеди невробиолошка поддршка за теоријата на приврзаност. Неговото истражување покажа дека приврзаноста не е само психолошки процес, туку и биолошки процес што влијае на развојот на мозокот. Безбедните врски во раното детство ги обликуваат деловите од мозокот одговорни за регулирање на емоциите и управување со стресот, додека несигурните или трауматските врски можат да доведат до емоционални и тешкотии во врските (*Шор, 1994; Шор, 2001*).

Шор верува дека раните врски играат клучна улога во развојот на десната хемисфера на мозокот, која ги обработува емоциите, стресот и невербалната комуникација и е основа за здрави, блиски врски. Неговата работа, исто така, покажува дека терапевтскиот однос може да помогне во создавањето нови невронски врски и да придонесе за емоционално лекување и раст. Тој, исто така, верува дека примарниот старател, најчесто мајката, игра клучна улога во регулирањето на емоциите на детето. Преку конзистентен и чувствителен однос со бебето, се развиваат невронски врски кои подоцна овозможуваат саморегулација и емоционална стабилност (*Шор, 2003; Шор и Шор, 2008*).

Безбедната приврзаност поттикнува здрав развој на делови од мозокот, како што е орбитофронталниот кортекс, кој е важен за емоционална регулација, социјално разбирање и отпорност на стрес. Хроничниот стрес и занемарувањето можат да го нарушат системот за регулирање на стресот (HPA оска) и да го зголемат ризикот од анксиозност, депресија и тешкотии во врската (*Gunnar & Quevedo, 2007; Lanius, Vermetten & Pain, 2010*).

Несигурните форми на приврзаност се поврзани со промени во функционирањето на нервниот систем и водат до несоодветни емоционални реакции. Шор, исто така, ја нагласува важноста на невропластичноста, способноста на мозокот да се менува преку нови искуства. Затоа терапевтскиот однос базиран на приврзаност може да помогне во создавање посигурни обрасци на односи во зрелоста, што се нарекува „заработена безбедна приврзаност“ (*Siegel, 2012; Schore, 2019*).

4.2.6. Видови на приврзаност во адолесценцијата и зрелоста

Во адолесценцијата, приврзаноста се шири од родителите на други луѓе, како што се пријателите и партнерите. Во односот со родителите, адолесцентот бара поголема независност, а родителот се прилагодува на новите потреби на детето. Истражувањата покажуваат дека сигурната приврзаност во детството придонесува за подобра емоционална регулација, самоконтрола и стабилни врски во адолесценцијата (*Allen & Manning, 2007*).

Возрасните најчесто покажуваат четири основни модели на приврзаност во нивните партнерски односи:

- **Безбедна приврзаност:** способност за воспоставување здрави, доверливи и поддржувачки врски.
- **Анксиозна (премногу преокупирана) приврзаност:** потреба за блискост и постојан страв од отфрлање.
- **Избегнувачка (отфрлачка) приврзаност:** избегнување на емоционална блискост и нагласена потреба за независност.
- **Избегнувачка-избегнувачка приврзаност:** желба за поврзаност, но во исто време и страв од блискост, што често води до несигурни и нестабилни врски (*Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2016*).

Разбирањето на сопствениот стил на приврзаност дава вреден увид во емоционалните обрасци и динамиката на врските и може да биде моќна алатка во терапевтската работа (*Cassidy & Shaver, 2016*).

4.2.7. Димензии на приврзаност и стратегии за регулирање на емоциите

Раните односи со примарните старатели играат клучна улога во развојот на тоа како детето учи да препознава, изразува и контролира емоции. Квалитетот на овие рани искуства ги обликува моделите на емоционална регулација кои остануваат важни подоцна во животот. Луѓето кои растат со поддржувачки старатели полесно развиваат чувство на сигурност, додека оние кои доживуваат несигурност или недостаток на поддршка честопати имаат тешкотии да се справат со емоциите (*Thompson, 1994; Cassidy, 1994*).

Истражувањата разликуваат две главни димензии на приврзаност:

- **Анксиозна приврзаност:** луѓето многу се грижат дали да бидат прифатени и често се сомневаат во сопствената вредност.
- **Избегнувачка приврзаност:** луѓето избегнуваат блискост и потпирање на другите затоа што тоа им прави непријатност (*Бренан, Кларк и Шејвер, 1998*).

Луѓето со анксиозна приврзаност често ги засилуваат своите емоции и бараат потврда и поддршка од другите, додека луѓето со избегнувачка приврзаност имаат тенденција да ги потиснуваат или игнорираат своите чувства за да ја одржат контролата. И двата модели често водат до тешкотии во емоционалната рамнотежа и односите (*Mikulincer & Shaver, 2007*).

Кога некое лице не успева да управува со емоциите на здрав начин, тоа се нарекува емоционална дисрегулација, каде што чувствата се присутни, но преовладувачки и тешки за контрола. Емоционалната супресија значи дека лицето ги потиснува или избегнува емоциите, што на долг рок може да доведе до напнатост и чувство на дистанца од себе и од другите (*Gross, 2002*).

Главната цел на овој пристап е да се истражат специфичните врски помеѓу димензиите на приврзаност и како поединците регулираат одредени емоции. Исто така, ги поврзува моделите на емоционална регулација со интернализирачките и екстернализирачките проблеми во однесувањето, што е важно за разбирање на развојот на психопатологијата (*Diamond & Fagundes, 2010*).

Претходните истражувања главно се занимаваа со регулирањето на емоциите воопшто, без да прават разлика помеѓу индивидуалните емоции. Постојат сè повеќе докази дека луѓето реагираат различно на различни емоции - на пример, начинот на кој некој ја регулира тагата не е ист како и начинот на кој се справува со лутината. Тагата во социјален контекст често укажува на потреба од блискост и поддршка, додека лутината може да укажува на желба за

поставување граници или промена на однесувањето на другата личност (*Campos et al., 2004; Cassidy & Shaver, 2016*).

4.2.8. Врската помеѓу приврзаноста и психопатологијата

Боулби верувал дека губењето на безбедната приврзаност за време на детството, раното детство или адолесценцијата може да придонесе за развој на интернализирачки и екстернализирачки проблеми во однесувањето (*Боулби, 1980*).

Внатрешните проблеми вклучуваат депресивни и анксиозни симптоми. Истражувањата врз деца и возрасни покажаа дека и анксиозната и избегнувачката приврзаност се поврзани со зголемен ризик од депресивни симптоми (*Kobak & Sceery, 1988; Wei, Shaffer, Young & Zakalik, 2005*).

Екстернализациските проблеми се однесуваат на однесувања на агресија и пркос. Истражувањата врз адолесценти и возрасни покажаа поврзаност помеѓу несигурната приврзаност и таквите однесувања, иако не е пронајдена специфична форма на несигурна приврзаност што е одговорна за овие проблеми (*Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010*). Некои студии ја поврзаа избегнувачката приврзаност со екстернализациските проблеми, додека други пронајдоа посилна поврзаност со анксиозната приврзаност (*Fraley & Shaver, 2000*).

Моделот на емоционална регулација нагласува како раните односи со лицата што се грижат за детето го обликуваат начинот на кој лицето подоцна се справува со емоциите и стресот. Начинот на кој родителите или лицата што се грижат за детето реагираат на потребите на детето влијае на тоа колку добро лицето подоцна ќе може да толерира непријатни чувства и да одржува емоционална рамнотежа (*Thompson, 1994; Schore, 2019*).

Луѓето со анксиозна приврзаност честопати реагираат силно на емоциите и имаат тешкотии да ги контролираат, додека луѓето со избегнувачка приврзаност имаат тенденција да ги потиснуваат чувствата и да се повлекуваат од ситуации што ги прават непријатни (*Mikulincer & Shaver, 2016*).

Несигурната приврзаност има две форми:

- **Емоционална дисрегулација:** емоциите се силни и тешко се смируваат или соодветно се изразуваат.

- **Емоционално потиснување:** емоциите се потиснуваат или нивното изразување се избегнува (*Gross & John, 2003*).

Истражувањата покажуваат дека ваквите обрасци можат да го зголемат ризикот од развој на емоционални и бихејвиорални тешкотии, особено во детството и адолесценцијата (*Groh et al., 2012*).

Ова гледиште ги поврзува психолошките, биолошките и физичките процеси и ја нагласува важноста на холистичкиот пристап кон разбирањето на последиците од раната траума. Психотерапијата фокусирана на телото помага во лекувањето на траумата преку свесност за телото, емоционално препознавање и безбедни односи. На овој начин, се промовира закрепнувањето, се обновува чувството на внатрешна стабилност и се создава капацитет за емоционална саморегулација (*Levine, 1997; Ogden, Minton, & Pain, 2006*).

Во *„Надвор од принципот на задоволство* “ (1920), Зигмунд Фројд го вовел концептот на трауматски неврози. Тие се разликуваат од хистеријата по тоа што доживувањето на симптомите е поинтензивно и помалку под контрола на лицето (*Oorlog, 2016*). Луѓето погодени од траума го преживуваат трауматскиот настан преку застрашувачки соништа, слики или физички реакции што не можат свесно да ги сопрат. Фројд прави разлика помеѓу свесното и несвесното. Тој верувал дека луѓето кои страдаат од трауматски неврози имаат многу ограничена способност да управуваат со своите симптоми. Како што пишува: „Пациентот не може да се сети на сè што потиснал, а она што не може да се сети може да биде најважното нешто... тој е принуден да го повтори потиснатиот материјал како современо искуство, наместо да го доживее како нешто што му припаѓа на минатото“ (*Froyd, 1920, стр. 18*).

Со ова, Фројд поставил важно прашање за улогата на несвесното и телото како место каде што се складира и изразува траумата (*ван дер Колк, 2014*).

По Првата светска војна, се појави обновен интерес за трауматските нарушувања. Лекарите сè повеќе ги опишуваа таканаречените воени неврози, кои сега се нарекуваат посттрауматско стресно нарушување (ПТСН). Војниците покажуваа симптоми слични на хистерија (неконтролирано плачење, губење на меморијата, парализа, неможност за зборување и емоционална вкочанетост) (*Херман, 1997*). Војниците покажуваа реакции на замрзнување и целосен емоционален застој дури и без никаква физичка повреда (*Скаер, 2014*).

.

4.3. Детство и траума

4.3.1. Трауматски искуства во детството

Децата и адолесцентите често доживуваат трауматски искуства. Според податоците од Соединетите Американски Држави, околу две третини од децата доживуваат барем еден трауматски настан до 16-годишна возраст (Американска психијатриска асоцијација, 2020). Ваквите настани предизвикуваат чувство на страв, беспомошност и паника и можат да бидат опасни по живот.

Траумата може да се опише и како „психофизиолошки настан што го преоптоварува автономниот нервен систем“ (Елбрехт и Антклиф, 2014, стр. 20). Форма на токсичен стрес во кој системот за управување со стрес се активира премногу, премногу често или предолго (Национален научен совет за дете во развој, 2014).

Трауматските искуства се движат од мали до големи (злоупотреба, занемарување, губење на близок, несреќи, природни катастрофи или сведочење на насилство). Околу една петтина од децата доживуваат некаков облик на траума во текот на детството (Finkelhor et al., 2009).

Според класификацијата DSM-5, симптомите на ПТСН кај децата вклучуваат вознемирувачки спомени, кошмари, повторно доживување на траумата преку игра, избегнување потсетувања на настанот, неможност за потсетување, зголемена будност, нарушувања на спиењето и дисоцијативни реакции (APA, 2013). Постојат посебни дијагностички критериуми за деца под шест години.

Децата реагираат различно на траума, но посилните негативни искуства предизвикуваат поизразени емоционални и бихејвиорални тешкотии (Монахон, 1993). По трауматски настан, се јавува состојба на возбуда поради несоница, ноќни ужаси, анксиозност од разделба, соматски тегоби, нарушувања на вниманието и промени во расположението (АПА, 2020). Некои деца подоцна развиваат симптоми на посттрауматско стресно нарушување.

Во детството, родителите се тие што ги регулираат емоциите на детето, а кога родителот е извор на страв преку занемарување или злоупотреба, детето останува без чувство на сигурност и поддршка. Ова е премногу за детето и може да го наруши развојот на мозокот, телото и емоционалната регулација на долг рок. Истражувањата покажуваат дека траумата

од детството е силно поврзана со подоцнежна дисрегулација на автономниот нервен систем и емоциите (Ford et al., 2005; Siegel, 1999).

4.3.2. Биолошка основа и генетика

Траумата ги зафаќа најважните делови од мозокот, **амигдалата , медијалниот префронтален кортекс.** и **хипокампус** . Го нарушува балансот на **допамин, серотонин** и **опиоиден систем** , како и **хипоталамо-хипофизно-надбубрежната (HPA) оска** , која е одговорна за регулирање на стресот. Бихејвиоралните и емоционалните последици од траумата кај децата имаат биолошка основа.

Родителската грижа игра важна улога преку безбедна, нежна, стабилна и поддржувачка врска. Таа може да помогне во ублажување на биолошките последици од стресот и да му помогне на детето да се опорави. Колку порано и подолго трае траумата на детето, толку поизразени се промените во функционирањето на мозокот и телото. Начинот на кој детето ќе реагира на траумата е под влијание на биолошката подложност и темперамент, фазата на развој, квалитетот на односот со родителите или старателите и сериозноста на трауматското искуство. Децата кои биле директно изложени на трауматски искуства без соодветна емоционална поддршка се изложени на поголем ризик од развој на ПТСН. На ваквите деца често им е потребен поинтензивен и долгорочен терапевтски пристап. Националните студии покажаа дека поголем број негативни искуства во детството ја зголемува веројатноста за развој на психолошки нарушувања во зрелоста. Децата кои доживеале четири или повеќе различни стресори во просек развиваат повеќе од шест сериозни психолошки тешкотии подоцна во животот.

Актуелните истражувања укажуваат на врска помеѓу **генетските фактори и влијанијата од животната средина (интеракции на GxE)** . Децата со повисока генетска подложност се изложени на поголем ризик од развој на емоционални и проблеми во однесувањето доколку се изложени на ран стрес. Децата во безбедна и поддржувачка средина можат да развијат висока отпорност и добра адаптација.

4.3.3. Посттрауматско стресно растројство кај деца

Според Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални нарушувања (DSM-IV), посттрауматското стресно растројство (ПТСН) е дефинирано како појава на група карактеристични симптоми откако детето е изложено на настан што го загрозува неговиот живот, физички интегритет или безбедноста на некој близок.

ПТСН се манифестира кај децата на развојно специфичен начин. Првпат беше препознаен во DSM-III-R во 1987 година.

Симптоми на ПТСН кај деца:

1. **Хиперарузалност** – зголемена чувствителност на стимули, проблеми со спиењето и концентрацијата, прекумерна будност и раздразливост.
2. **Повторно доживување на траумата** – чувство како настанот да се случува повторно, кошмари и мисли поврзани со траумата, флешбекови.
3. **Избегнување** – повлекување од врски, емоционална вкочанетост, намален интерес за активности и избегнување на потсетувања на трауматскиот настан.

Траумата може да се појави од долготрајна емоционална несигурност, насилство, занемарување или губење на старател. Децата често не знаат како да ги изразат трауматските искуства со зборови, туку преку однесување и тело. Преку физички тегоби, промени во спиењето, играта или апетитот. Затоа, симптомите на ПТСН кај децата лесно може да се превидат ако се забележат само преку вербални или когнитивни индикатори.

За да се постави дијагноза според критериумите на DSM-IV, детето мора да има барем еден симптом од кластерот на повторно доживување, три симптоми од кластерот на избегнување или замрзнување и два симптома на хипервозбуденост. Симптомите мора да траат повеќе од еден месец и мора да се мешаат во секојдневното функционирање на детето, вклучувајќи го семејството, училиштето или односите со врсниците.

Кај децата, траумата често се манифестира преку игра, враќање во претходни развојни фази, физичка болка или промени во секојдневното однесување. Бидејќи детето не може вербално да го изрази она што го доживува, работата со телесно ориентирана психотерапија овозможува пристап до подлабоки слоеви на искуство. Помага во обработката на имплицитните сеќавања поврзани со траумата бидејќи е вклучено телото.

Стандардните критериуми на DSM-IV не се целосно соодветни за доенчиња, мали деца и деца од предучилишна возраст, бидејќи нивните трауматски искуства често се манифестираат преку развојно специфични однесувања и физички реакции. Истражувањата покажуваат дека трауматизираните мали деца не ги исполнуваат формалните критериуми на DSM-IV, но сепак покажуваат истакнати симптоми кои укажуваат на сериозни тешкотии во емоционалното, когнитивното и социјалното функционирање.

Кога се користат критериуми соодветни на развојната возраст, кај голем број деца се дијагностицира ПТСН. Критериумите вклучуваат:

- еден симптом на повторно доживување (на пр., трауматска игра, кошмари, физиолошки стрес)
- два симптоми на зголемена возбуда (на пр. проблеми со спиењето, раздразливост)
- симптом на емоционална вкочанетост или повлекување
- дополнителни симптоми, како што се развојна регресија, појава на нови стравови или зголемена агресивност.

Децата кои се дијагностицирани често покажуваат повеќе тешкотии како што се анксиозност, депресивни симптоми и поизразени проблеми во социјалните односи. Резултатите покажуваат дека дијагностичките критериуми треба да бидат прилагодени на специфичниот развој на детето и да вклучуваат и физички и невербални индикатори.

4.3.4. Традиционални методи на лекување и невробиологија на траума

Традиционалните практики на лекување постојат пред модерната наука и во многу култури се базираат на ритам, повторување и поврзување со другите. Ваквите моќни искуства имаат влијание врз мозокот и нервниот систем, помагајќи да се намалат ефектите од стресот и траумата.

Сличноста помеѓу овие древни практики и современите разбирања за невробиологијата на траумата не е случајност. Ваквите форми на лекување преживеале низ вековите бидејќи им помогнале на луѓето да се чувствуваат подобро, да се поврзат повторно со себеси и со другите и да го вратат чувството на сигурност и припадност.

Истражувањата покажуваат дека ритмичките и повторувачките движења, звуци, допир и движење можат позитивно да влијаат на деловите од мозокот погодени од траума, особено на мозочното стебло и средниот мозок. Ова се деловите од мозокот кои ги контролираат основните функции за преживување и одговор на стрес, и преку такви физички и сензорни активности, може повторно да се воспостави чувство на смиреност и регулација.

Традиционалните форми на лекување често вклучуваат: ритам и повторување (танц, тапани, музика), допир и движење, раскажување приказни и симболични ритуали, заедништво и поддршка на заедницата.

Детството отсекогаш било време на посебна ранливост. Низ историјата, луѓето се соочувале со војни, глад, болести и насилство, а децата честопати најмногу страдале. Траумата отсекогаш била присутна, можеби дури и повеќе отколку денес. Денес, децата растат опкружени со закани, насилство и разни загуби. Таквите искуства може да вклучуваат семејно насилство, смрт на близок, физичко или сексуално злоставување, занемарување или природни катастрофи. Научните истражувања покажуваат дека приближно една третина од возрасните доживуваат повеќе тешки настани од детството. Ваквите негативни искуства длабоко ја менуваат личноста, а нивното тело, ум и емоции се адаптираат за да преживеат.

Ако се свртиме кон природата и мудроста на нашите предци, ќе забележиме дека во многу култури постоеле слични начини на лекување по загуба или траума преку верувања, ритуали и заедништво. Лекувањето во сите култури се базирало на неколку заеднички елементи: давање значење на болката и загубата, изразување и повторно доживување на траумата преку зборови, движење или музика, вклучување на телото и сетилата во процесот, поврзување со другите и споделени ритуали што го враќаат чувството на припадност и обнова. Денешната невронаука потврдува дека ваквите практики имаат корисен ефект врз целиот нервен систем, врз кортексот, лимбичкиот систем, диенцефалонот и мозочното стебло, на ист начин како што траумата влијае на целото тело и ум. Методите на лекување на нашите предци работеле на физички контакт, ритам и движење, изразувајќи се преку уметност, поврзувајќи се со другите и славејќи го заедничкиот живот. Ваквите ритуални форми на лекување носат чувство на сигурност, целовитост и емоционално ослободување, помагајќи му на трауматизираното дете повторно да се поврзе со себе и со другите.

Џудит Херман, американска психијатарка и професорка по психијатрија на Медицинскиот факултет Харвард и една од највлијателните светски експерти за траума и посттрауматско стресно нарушување (ПТСН), истакнува дека луѓето често ги потиснуваат сеќавањата на тешките искуства бидејќи се премногу болни. Кај децата, траумата може да се појави поради загуба на родител, развод, болест, војна, занемарување или насилство. Психотерапијата базирана на тело вклучува тело, движење, ритам и контакт и е модерна форма на антички практики на лекување.

4.3.5. Интеграција на физички и експресивни пристапи во работата со траума кај децата

Современите пристапи кон разбирањето на траумата сè повеќе нагласуваат дека траумата е првенствено физичка и неврофизиолошка реакција на преоптоварувачко искуство, а дури потоа психолошки одговор (Ротчилд, 2000). Ова гледиште го менува начинот на кој се пристапува кон терапевтскиот процес. Симптомите повеќе не се гледаат само како психолошки проблем, туку како физичка реакција што може да се регулира преку искуството на безбедност и поврзаност.

Големи настани како што се ураганот Катрина, цунамито во Југоисточна Азија, војните, терористичките закани и масовните пукања го привлекоа вниманието на јавноста и професионалците кон важноста на менталното здравје на децата. Децата кои не биле директно погодени од такви трауми може да покажат зголемена анксиозност, тага или симптоми на посттрауматско стресно нарушување, особено ако претходно доживеале загуба, занемарување или злоупотреба.

Експресивната уметничка терапија се покажа како многу ефикасна во работата со мали деца бидејќи им овозможува на децата да се изразуваат невербално преку цртање, боја, форма и движење. Одлична е за мали деца кои сè уште немаат вербални вештини за изразување сложени емоции. Преку уметнички активности, децата можат да изразат чувства, да обработуваат искуства и да најдат нови начини за справување со проблемите. Уметничката терапија во раното детство го поттикнува емоционалниот, социјалниот и когнитивниот развој и им помага на децата да изразуваат чувства и да обработуваат искуства преку креативни активности. Преку сликање, цртање и моделирање, децата ги истражуваат своите емоции и идеи во безбедна, стимулативна средина.

Децата доживуваат трауматски искуства не само преку мисли, туку и преку однесувања, движења и физички реакции. Бидејќи имаат тешкотии да го вербализираат она што го доживеале, уметноста, креативноста и играта стануваат нивни природни средства за изразување. Преку симболика и имагинација, тие го изразуваат она што е тешко да се искаже со зборови. Ова може да биде преку цртање, сликање, моделирање со глина, танцување, движење, а симболичната игра им помага повторно да воспостават чувство на безбедност и контрола. На децата им е премногу стресно да зборуваат за трауматски настани или се плашат. Арт-терапијата овозможува интеграција на трауматските искуства со тоа што му помага на детето да го изрази она што било складирано во имплицитната меморија.

Уметноста и играта на тој начин стануваат мост помеѓу физичкото и емоционалното искуство, а детето полека воспоставува доверба во себе и во светот околу себе, изразувајќи емоции што не може да ги пренесе со зборови.

4.3.6. Влијанието на траумата од детството врз централниот нервен систем

Раните трауматски искуства влијаат на функционирањето на централниот нервен систем и можат да ја променат развојната траекторија на мозочните структури и невронските мрежи. Ако мозокот се развие под влијание на хроничен стрес, ова ја обликува активацијата и структурата на мозокот кои се меѓусебно поврзани. Мозочните региони кои се активираат почесто подоцна стануваат поизразени, стабилни и доминантни. Пери (2001) го нарекува овој развој „ *развој зависен од употреба* “, што е особено проблематично кај децата изложени на стрес во раниот живот.

Траумата може да доведе до нарушувања во функционирањето на лимбичкиот систем (амигдала, таламус, хипокампус) и префронталниот кортекс. Децата погодени од траума често имаат намалена активност во префронталниот кортекс, што им отежнува јасното размислување, планирањето и инхибирањето на импулсите (Weniger et al., 2008). Често се пријавува и намалена големина на амигдалата, мозочна структура одговорна за откривање на закани (Bremner, 2006). Активирањето на амигдалата ја зголемува нејзината чувствителност и на овој начин мозокот почнува да ја перцепира заканата дури и во неутрални ситуации.

Децата изложени на ран стрес покажуваат намален волумен на мозокот, намален corpus callosum и послаба интеграција меѓу хемисферите (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Промени во фронталните лобуси се забележани и кај деца со ПТСН, што дополнително ја нарушува меѓухемисферската комуникација (Karl et al., 2006). Иако мозокот има капацитет за пластичност и закрепнување, влијанието на траумата зависи од возраста на која е доживеана, нејзината сериозност и нејзиното времетраење.

Исто така, е забележано абнормално активирање на инсулата, област од мозокот која ги интегрира информациите од внатрешните органи и учествува во создавањето чувство на телесно искуство и самоперцепција (ван дер Колк, 2014).

Траумата на тој начин го нарушува сензорното процесирање, го искривува толкувањето на внатрешните и надворешните искуства и ја замаглува јасната граница помеѓу „јас“ и надворешниот свет (Scaer, 2014), што резултира со искривено чувство на идентитет и безбедност.

Реактивност на стрес

Кога детето доживува траума, се активира акутен психолошки стрес, што предизвикува низа невробиолошки реакции во рамките на стресниот систем. На овој начин, организмот се мобилизира за

да ја преживее заканата и да ја врати рамнотежата. Долгорочниот стрес со текот на времето почнува да му штети на организмот (McEwen, 2000) бидејќи води до хронична активација на стрес хормоните.

Раната средина, според тоа, го обликува начинот на кој се развива хипоталамусно-хипофизно-надбубрежната оска (HPA оска), клучна за регулирање на стресот (van der Kolk, 2014).

Децата кои се изложени на рана траума кога мозокот е многу пластичен и податлив, доживуваат „погрешна конфигурација“ на амигдалата, која е одговорна за откривање на опасност. Амигдалата станува преосетлива и ја гледа опасноста дури и кога ја нема. Кај детето, ова значи дека повторно ја доживуваат

Децата погодени од овој модел често се ориентирани кон преживување, подготвени да бегаат, да се борат или да се замрзнуваат. Бремнер (2006) наведува дека лицата со ПТСН покажуваат покачени нивоа на кортизол и норадреналин во присуство на стресори, потврдувајќи длабока дисрегулација на невробиолошкиот систем.

Способноста на детето да ги регулира емоциите е нарушена и тенденцијата кон когнитивни и афективни тешкотии се зголемува. Траумата од детството, поради нејзините долготрајни ефекти на неврофизиолошко ниво, ја зголемува веројатноста детето да развие анксиозни, избегнувачки или неорганизирани модели на функционирање во подоцнежниот живот (Lohrasbe & Ogden, 2017).

4.4. Емпириско истражување и докажување на ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија

4.5. Во контекст на истражувањето, се разликуваат два клучни концепта:

1. **Ефикасност** – покажува колку е ефикасна терапијата под контролирани услови, најчесто преку клинички испитувања со јасно дефинирани протоколи и внимателно одбрани примероци.
2. **Ефективност во пракса (ефективност)** – се однесува на степенот до кој терапевтскиот ефект се одржува и се пренесува во секојдневната клиничка пракса, меѓу различни популации и во околности од реалниот живот.

Рандомизираните контролирани испитувања (RCT), кои се сметаат за „златен стандард“ во медицината базирана на докази, обезбедуваат високо ниво на внатрешна валидност бидејќи ја намалуваат можноста за пристрасност и дозволуваат ефектот да се припише на самата терапевтска интервенција. Сепак, колку се поселективни примероците и построги

протоколите, толку е потешко да се применат резултатите на поширока клиничка популација.

Затоа, современите истражувања во областа на менталното здравје сè повеќе ја нагласуваат потребата од **комбинирање на различни методологии** што ги поврзуваат природните и општествените науки. Иако рандомизираните контролирани студии остануваат основа на емпириската верификација, тие сами по себе не можат целосно да ја опфатат сложеноста на терапевтскиот процес, личното искуство и релационите фактори што се клучни во пристапите како што е психотерапијата базирана на телото.

Емпириски наоди за ефикасноста на психотерапијата ориентирана кон телото

Резултатите од истражувањето презентирани во приложениот документ покажуваат позитивен ефект од тримесечен циклус на телесно ориентираната психотерапија кај луѓе со рана развојна траума. Беше забележано значително намалување:

дисоцијативни искуства (DES-II: од просек 94 до 42),
анксиозност (STAI: од просек 69 до 23),
тешкотии во регулирањето на емоциите (DERS: од просек 158 до 69).
Во исто време, забележано е зголемување на свеста за телото (SBC: од просек од 36 на 78).
Овие резултати потврдуваат дека ТОР може да биде многу корисен пристап во работата со луѓе кои доживеале рана развојна траума.
Телесно ориентираната психотерапија се користи за лекување на различни нарушувања, вклучувајќи анксиозност и депресија, ПТСН, нарушувања на личноста и нарушувања во исхраната. Се користи во болници, центри за рехабилитација, училишта и приватни практики и е прилагодлива за луѓе од сите возрасти. Крајната цел на терапијата е да се намалат симптомите на траума и да се врати чувството на рамнотежа преку помагање на клиентите да ги препознаат и постепено да ги ослободат телесните обрасци поврзани со траумата.

Еволутивното потекло на животните приоритети

Доколку трауматските и психосоцијалните стресори се сфатат како настани или околности што го спречуваат постигнувањето на биолошките цели, тогаш може да се очекува сериозноста на стресорот да одговара на важноста на целта што ја загрозува. Колку е поголема адаптивната вредност на целта, толку е поболно емоционалното влијание на настанот што ја загрозува. Оваа перспектива

бара фундаментална ревизија на начинот на кој ја предвидуваме сериозноста на трауматските и психосоцијалните стресори.

4.5.1. Стресори кои ја поттикнуваат депресијата

Стресните животни настани играат голема улога во развојот на голема депресија. Истражувањата покажуваат дека стресорите што вклучуваат меѓучовечки тешкотии, особено оние поврзани со отфрлање, се значително посилни предизвикувачи за развој на депресија кај жените отколку кај мажите. Ваквите искуства укажуваат на различни етиолошки патишта до депресија кај различни полови, при што меѓучовечкиот стрес често претставува главен фактор на ризик кај жените.

4.5.2. Адаптивни одговори на стрес

Повеќето истражувања во експерименталната и клиничката психотрауматологија се фокусирале на негативните, неадаптивни ефекти на трауматските и психосоцијалните стресори. Голем број студии го нагласуваат кумулативниот товар на хроничната активација на хипоталамо-хипофизно-надбубрежната оска врз менталното и физичкото здравје, особено кога изложеноста на стресори се јавува за време на период на активен невролошки развој. Сепак, целосното разбирање на еволуцијата на системот за одговор на стрес бара и разгледување на неговите адаптивни функции, односно начините на кои физиолошките и бихејвиоралните промени што се јавуваат како одговор на стресот можат да имаат заштитна улога во одредени околности.

4.5.3. Фреквенција и модели на повторена траума

Истражувањата покажуваат дека повтореното изложување на траума не е исклучок, туку правило. Кај репрезентативен примерок од деца на возраст од 2 до 17 години, беше откриено следново:

- околу **70% од децата** доживеале барем еден трауматски настан,
- повеќето од нив (**64%)** биле изложени на барем една друга форма на виктимизација,
- Просечниот број на различни трауми беше **2,8 по дете .**

Децата кои доживеале четири или повеќе епизоди на насилство покажале поизразени симптоми на траума во подоцнежните проценки, дури и кога била земена предвид нивната претходна ментална состојба.

Кумулативната изложеност е евидентна и во истражувањата што го испитуваат преклопувањето помеѓу злоупотребата и сведочењето на семејно насилство:

- **Од 45% до 70%** од децата кои се сведоци на семејно насилство се и физички злоупотребени,
- Околу **40% од** физички злоупотребените деца се исто така сведоци на семејно насилство.

Овие наоди сугерираат дека виктимизацијата е често **состојба** , а не единствен настан, бидејќи траумaтските искуства најчесто се преклопуваат и се повторуваат во текот на детството.

Отпорноста во детството е резултат на комбинација од генетски, лични, семејни и фактори на животната средина. Заштитните психолошки механизми како што се позитивната слика за себе, флексибилноста на егото и самоконтролата им помагаат на децата поуспешно да се справат со неповолните околности. **Безбедната приврзаност и стабилната семејна средина играат особено важна улога** , што е потврдено со истражувања кои покажуваат дека децата со безбедно приврзаност покажуваат помала склоност кон проблематично однесување и подобра емоционална регулација.

Еден клучен пример за отпорност доаѓа од **Проектот за деца и родители во Минесота** , кој ги следеше мајките кои доживеале злоупотреба. Тој покажа дека оние кои успеале да го прекинат меѓугенерацискиот циклус на насилство биле во можност реално да го гледаат сопственото детство и да го интегрираат тоа искуство во својот идентитет, додека мајките кои го продолжиле циклусот честопати покажувале фрагментирани и идеализирани сеќавања.

Истражувањата за **негативните искуства од детството (НЕД)** дополнително потврдуваат дека кумулативната изложеност на траума има многу поголемо влијание од поединечните настани. Децата кои доживеале четири или повеќе различни форми на злоупотреба или загуба имаат повеќекратно зголемен ризик од развој на ментални нарушувања и хронични болести во зрелоста.

Траумата од детството честопати не е изолиран настан, туку низа од повторени искуства. Истражувањата покажуваат дека повеќето деца доживеале повеќе од еден вид виктимизација, а оние кои доживеале повторени форми на насилство имаат поизразени

симптоми и подолготрајни последици. Затоа денес зборуваме за **кумулативна траума** како состојба што се развива преку повторени и меѓусебно поврзани стресни настани.

5. ЕМПИРИЧКИ ДЕЛ

Овој дел од трудот го претставува планот и имплементацијата на емпириска студија насочена кон проценка на ефективноста на психотерапијата ориентирана кон телото во работата со рана развојна траума, земајќи ги предвид нејзините невробиолошки аспекти. Преку комбинација од квантитативни и квалитативни методи, се стреми да стекне длабинско разбирање на процесот на промена и интеграција на трауматските искуства.

Цели и намена на работата

Целта на ова истражување е да се испита дали телесно ориентираната психотерапија може да ги намали последиците од раната траума и како таа влијае на нервниот систем, неговата структура, функционирање, развој и влијание врз емоциите, однесувањето и мисловните процеси.

Специфичните цели вклучуваат:

- Да се демонстрира детално како раната развојна траума влијае врз невробиолошкиот развој, вклучувајќи ги промените во амигдалата, хипокампусот, префронталниот кортекс, HPA оската и автономниот нервен систем, и да се објасни како овие промени имаат долгорочни ефекти врз однесувањето, емоционалната регулација и телото.
- Објаснете ги теоретските основи на телесно ориентираната психотерапија, дефинирајте методи, техники и принципи засновани на научни сознанија за соматската меморија, невропластичноста и поливагалната теорија.
- Да се истражат и демонстрираат промените во психолошкото функционирање кај лица со историја на рана развојна траума кои го поминале процесот на телесно ориентираната психотерапија, преку анализа на резултатите од психометриските скали за дисоцијација, емоционална дисрегулација, свесност за телото и анксиозност.
- Да се анализираат личните искуства на учесниците преку полуструктурирани интервјуа, со цел да се разберат внатрешните процеси на трансформација и интеграција на траумата во телото и умот за време на терапевтскиот процес.
- Споредете ги квалитативните и квантитативните резултати за да го одредите степенот до кој субјективно перцепираните промени одговараат на мерливите индикатори за подобрување на психолошкото функционирање.

- Проценете ја улогата на специфични соматски техники (на пр., работа со дишење, свесно движење, внимателно внимание на телесните сензации) во создавањето промени, со акцент на нивната улога во балансирањето на автономниот нервен систем .
- Предложени препораки за интеграција на телесно ориентираната психотерапија во клиничката пракса за луѓе со симптоми на развојна траума, како и за посочување на можни насоки за понатамошни истражувања и потребата од долгорочни студии.

5.1.1. Истражувачки хипотези

Главна хипотеза:

Телесно-ориентираната психотерапија, применета кај луѓе со рана развојна траума, значително придонесува за намалување на психолошките симптоми како што се анксиозност, дисоцијација, емоционална дисрегулација, зголемена свест за телото и зајакнати капацитети за саморегулација и меѓучовечка поврзаност, со промени поддржани од невробиолошки механизми како што се невропластичноста и регулацијата на автономниот нервен систем.

Траумата доживеана во детството остава длабоки траги врз психата, мозокот и телото, а бројни студии (на пр. Felitti et al., 1998) ја поврзуваат со голем број негативни последици за менталното и физичкото здравје. Децата кои доживеале трауматски искуства се изложени на зголемен ризик од развој на емоционални, когнитивни, невролошки проблеми, а тоа најчесто се манифестира преку дисрегулација на автономниот нервен систем и афектот.

И покрај големото знаење за важноста на телото во справувањето со траумата, западниот пристап го занемарил, фокусирајќи се наместо тоа на умот и мозокот. Една од причините за ова лежи во долгогодишната филозофска поделба помеѓу умот и телото, која има свои корени во античка Грција. Во 17 век, францускиот филозоф Рене Декарт ја развил познатата теорија за картезијански дуализам. Според оваа поделба, умот и телото претставуваат две различни, одвоени целини и затоа се гледаат како одвоени ентитети. Овој начин на размислување отворил простор за развој на научни пристапи кои го гледаат телото преку објективен механизам, одвоен од емоциите и свеста, што е основа на биомедицинскиот модел.

Врската помеѓу мозокот и телото се дискутира сè повеќе и почна да влијае на современите пристапи кон работата со траума. Сè повеќе се зборува за интегрирање на интервенции „од горе надолу“ (префронтален кортекс) што е поврзано со размислување и логика, когнитивна работа. Исто така, постои и психофизиолошки пристап „од долу нагоре“ кој го вклучува телото и работата со

сетилата, а се однесува на активирање на аларми во мозокот (амигдала). Сепак, ова сè уште е недоволно застапено во пракса.

Телесно ориентираната психотерапија (BOPT) како дисциплина сè уште не е добро позната меѓу експертите, а телото честопати играло секундарна улога низ историјата на психотерапијата. Иако Фројд ја нагласувал важноста на телесните нагони во човековото однесување во своите рани теории, развојот на психотерапијата сепак се фокусирал претежно на умот, а многу помалку на телото.

Во западните култури, фармакотерапијата и вербалните терапевтски пристапи сè уште доминираат во психолошкиот третман, додека во многу источни и африкански традиции, терапевтската работа се базира на движење, ритам, внимателност и телото, како што се таи чи, боречки вештини, медитација или ритмичко тапанирање (ван дер Колк, 2014). Дури во последните неколку децении западната психологија и пристапи почнаа да му даваат важност на телото во процесите на емоционално и психолошко лекување.

Мозокот и имунолошкиот систем продолжуваат да созреваат по раѓањето и работат заедно. Психосоцијалниот стрес во раното детство може да влијае на развојот на имунолошкиот систем, кој го обликува развојот и функцијата на мозокот. Истражувањата сугерираат дека врската помеѓу телото, мозокот и имунолошкиот систем може да објасни како раната траума влијае на менталното здравје подоцна во животот. Децата кои се изложени на ран стрес имаат поголема веројатност да имаат промени во развојот на мозокот и поголема веројатност да доживеат психолошки стрес и депресија во зрелоста. Воспалителните процеси и активирањето на имунолошкиот систем исто така играат улога во ова. Затоа, се зголемуваат истражувањата за начини за зајакнување на отпорноста на телото и намалување на воспалението со цел ублажување на последиците од раната траума (Данезе и Луис, 2017).

Во третманот на траума, постојат малку терапии кои се фокусираат и на телото и на психата истовремено. Повеќето пристапи се фокусираат на разговор, сеќавање и промена на начинот на размислување, а телото често се занемарува. Ван дер Колк (2003) нагласува дека траумата не останува само во умот, туку и во телото и остава трага на психобиолошкото ниво на личноста, што значи дека влијае на телото и психата, начинот на размислување, нервниот систем, емоциите и хормоните. За да се работи преку траумата, потребно е да се вклучат телесно ориентирани терапии.

Овој труд има за цел да ја истражи врската помеѓу невробиологијата на раната развојна траума и ефективноста на телесно ориентираната психотерапија. Со оглед на растечкиот број истражувања што потврдуваат дека трауматските искуства во раното детство ја менуваат структурата и функцијата на мозокот и ги обликуваат фундаменталните модели на емоционална и телесна регулација, овој труд има за цел да го поврзе ова знаење со конкретната психотерапевтска пракса.

Следните претпоставки произлегуваат од оваа основна хипотеза:

- По завршувањето на процесот на телесно ориентираната психотерапија, од учесниците се очекува да покажат намалување на нивоата на дисоцијација, анксиозност и емоционална дисрегулација, што се гледа преку резултатите на скалите DES-II, STAI и DERS. Свеста за телото, мерена со скалата SBC, ќе се зголеми по терапевтскиот процес, што укажува на подобра интеграција на телото и психата.
- Квалитативните податоци од интервјуата ќе покажат дека учесниците субјективно доживуваат посилно чувство на телесна безбедност, подобра емоционална флуидност и поголем капацитет за справување со стресот, што ќе биде во согласност со квантитативните резултати.
- Ефективноста на терапијата ќе биде позитивно поврзана со чувството на сигурност во терапевтската врска, присуството на терапевтот и индивидуализираниот пристап, што ја потврдува важноста на релациската димензија во работата ориентирана кон телото.
- Учесниците кои подобро ќе усвојат алатки за соматска саморегулација (на пр. свесно дишење, заземјување, експресивно движење) ќе покажат подобрување во емоционалната стабилност и меѓучовечките односи.
- Ефектите од телесно ориентираната психотерапија ќе бидат видливи дури и по завршувањето на терапевтскиот процес, што ќе се види во финалното интервју и ќе отвори простор за понатамошни идни истражувања.

Целта на истражувањето е да се поврзе и истражи знаењето за тоа како раните трауматски искуства во раното детство влијаат на мозокот, неговата структура и функција и начинот на кој тој ги обликува фундаменталните модели на емоционална и физичка регулација, со искуствени пристапи во психотерапевтската пракса.

Специфичните истражувачки цели вклучуваат :

- Детален преглед на влијанието на раната развојна траума врз невробиолошкиот развој (амигдала, хипокампус, префронтален кортекс, HPA оска, автономен нервен систем) и долгорочните последици врз однесувањето, емоционалната регулација и телото.
- Објаснување на теоретските основи на телесно ориентираната психотерапија, вклучувајќи методи и принципи засновани на соматска меморија, невропластичност и поливагална теорија.
- Истражување на промените во психолошкото функционирање кај лица со рана развојна траума по телесно оринетираната психотерапија, преку анализа на психометриски скали за дисоцијација, емоционална дисрегулација, свесност за телото и анксиозност.
- *Квалитативна анализа на личните искуства на учесниците беше спроведена преку полуструктурирани интервјуа, со цел да се стекне подлабоко разбирање на*

внатрешните процеси на промена и интеграција на траумата на ниво на телото и умот.

- Односот помеѓу субјективно доживеаните промени и објективните индикатори за подобрување беше испитан, преку споредба на квалитативни и квантитативни наоди.
- Проценка на улогата на специфични соматски техники (дишење, движење, допир, свесно дишење, фокусирано внимание) во создавањето промени, со акцент на регулирањето на автономниот нервен систем.
- Формулирање препораки за интеграција на телесно ориентираната психотерапија во клиничката пракса и посочување на можни насоки за идно истражување.

Главно истражувачко прашање и хипотези

Телесно ориентираната психотерапија, применета кај луѓе кои претрпеле рана развојна траума, значително придонесува за намалување на психолошките симптоми (анксиозност, дисоцијација, емоционална дисрегулација), зголемување на свеста за телото и зајакнување на капацитетот за саморегулација и меѓучовечка поврзаност, со промени поткрепени и од невробиолошки механизми како што се невропластичноста и регулацијата на автономниот нервен систем.

Од оваа основна хипотеза произлегуваат следните специфични хипотези:

- По телесно ориентираната психотерапија, се очекува значително намалување на нивото на дисоцијација, анксиозност и емоционална дисрегулација, што ќе биде потврдено со резултатите од скалите DES-II, STAI и DERS.
- Свеста за телото, мерена со SBC скалата, ќе се зголеми по терапевтскиот процес, што ќе укаже на поголема поврзаност помеѓу телото и психата кај учесниците.
- Квалитативните податоци од интервјуата ќе покажат дека учесниците субјективно доживуваат поголемо чувство на сигурност во своите тела, поголема емоционална флуидност и подобра способност за справување со стресот, што ќе биде во согласност со квантитативните резултати.
- Ефективноста на терапијата ќе биде поврзана со чувството на безбедност во терапевтскиот однос, присуството на терапевтот и индивидуализираниот пристап.
- Учесниците кои усвоиле алатки за соматска саморегулација (свесно дишење, заземјување и експресивно движење) ќе покажат поголеми подобрувања во емоционалната стабилност и меѓучовечките односи.
- Ефектите од телесно ориентираната психотерапија ќе бидат присутни дури и откако ќе заврши терапевтскиот процес.

Краток опис на методологијата

За да се опфатат личните искуства на учесниците и нумеричките индикатори, истражувањето ќе користи мешан пристап. Тој овозможува подлабоко разбирање на придобивките од телесно ориентираната психотерапија преку поврзување на објективните податоци и субјективните искуства. Квалитативниот дел од истражувањето ќе се спроведе преку полуструктурирани интервјуа со учесници кои завршиле тримесечен циклус на терапија. Интервјуата ќе бидат снимени, транскрибирани и анализирани според темите што се појавуваат во одговорите.

За проценка на промените, ќе се користат психолошки прашалници DES-II, DERS, SBC и STAI, кои ќе се пополнуваат пред и по терапевтскиот процес. Добиените податоци ќе се анализираат во програмите SPSS или JASP, користејќи основни статистички методи како што се дескриптивна статистика, t-тест, корелација и, доколку е потребно, регресивна анализа.

Истражувањето беше спроведено во согласност со етичките принципи, со информирана согласност од учесниците и со обезбедена анонимност и доверливост на податоците.

Во студијата учествувале 78 учесници (56 жени, 22 мажи), со просечна возраст од 41 година, кои завршиле целосен тримесечен циклус на терапија.

Методологија на истражување

За да се опфатат и квантитативните и квалитативните димензии на феноменот, трудот користи дизајн на истражување со мешани методи. Овој пристап овозможува длабинско разбирање на ефектите од ТОР врз лицата со рана развојна траума, комбинирајќи објективно мерливи индикатори и субјективните искуства на учесниците.

Карактеристики на учесниците и селекција : Во студијата учествуваа 78 учесници (56 жени, 22 мажи), со просечна возраст од 41 година , кои завршија целосен тримесечен циклус на психотерапија ориентирана кон телото. Регрутирањето на учесниците беше спроведено преку мрежа од терапевти, супервизори и едукатори, со што се обезбеди анонимност и складирање на податоци во согласност со GDPR.

Квалитативен метод: Полуструктурирани интервјуа

беа користени полуструктурирани интервјуа со учесници кои завршиле најмалку тримесечен циклус на ТОР. Интервјуата содржеа отворени прашања фокусирани на:

- Искуство со сопственото тело пред и по терапијата.
- Промени во емоционалната свест и регулација.
- Набљудувања во меѓучовечките односи.
- Искуството на безбедност, граници и личен простор.
- Рефлексии за односот со терапевтот и самиот терапевтски процес.
- Користење на специфични техники (дишење, движење, заземјување) во секојдневниот живот.

Сите интервјуа беа аудио снимени со согласност на учесниците, транскрибирани во целост, а потоа анализирани со користење на методот на тематска анализа (Braun & Clarke, 2006), што овозможува идентификување на вообичаени шеми и значења во податоците.

Квантитативен метод: Психометриска проценка

За објективна проценка на промените, беше спроведено психометриско тестирање пред и по терапевтскиот процес , користејќи ги следните валидирани скали:

- DES-II (Скала на дисоцијативни искуства – II): Ја мери фреквенцијата на дисоцијативните феномени, вклучувајќи деперсонализација, амнезија и чувство на нереалност.
- DERS (Скала за тешкотии во регулирањето на емоциите): Ја проценува способноста на поединецот да ги препознава, разбира, прифаќа и регулира своите емоции.
- SBC (Скала на телесна поврзаност): Го мери нивото на свесност за телото, вклучувајќи ја перцепцијата на внатрешните сензации и свеста за телото како извор на емоционални информации.
- STAI (Инвентар на анксиозност според состојба и особина): Ја разликува анксиозноста како моментална емоционална состојба (состојба) и како стабилна особина на личноста (особина).

Скалите беа администрирани двапати - првиот пат на почетокот на терапијата, а вториот пат по завршувањето, што овозможи анализа на промените кај поединците.

Статистичка обработка на податоци Програмата SPSS (или JASP) беше користена за анализа на квантитативни податоци. Планираните статистички процедури вклучуваа:

- Описна статистика : средна вредност, стандардна девијација, минимум, максимум.
- t-тест на зависни примероци : за споредување на резултатите пред и по терапевтскиот процес.
- Пирсонова корелација : за испитување на врската помеѓу резултатите на различни скали.
- Регресивна анализа (доколку е потребно): да се идентификуваат предиктори за успех на терапевтскиот исход, како што е интензитетот на ангажирање во соматските техники.

Целта на анализата е да се потврдат или отфрлат хипотезите за ефикасноста на терапевтскиот пристап во намалувањето на симптомите и зајакнувањето на психофизичката интеграција.

Етичка рамка за истражување

Истражувањето беше спроведено во согласност со етичките принципи на научната работа во психологијата и одредбите од Хелсиншката декларација за заштита на човековите права во истражувањето . На учесниците им беше презентиран формулар за информирана согласност кој содржеше:

- Јасно објаснување на целта, задачите и методологијата на истражувањето.
- Појаснување на доброволната природа на учеството и правото на повлекување од истражувањето во кое било време, без последици.
- Обезбедување на анонимност и доверливост на сите податоци.
- Складирање на податоци во согласност со GDPR и безбедносните стандарди.

Сите материјали (интервјуа, скали) беа користени исклучиво за научни цели и беа анонимизирани во извештајот.

5.2. Прикажување на резултатите

Анализа на податоци – Невробиологија и ефектот на телесно ориентираната психотерапија

Оваа анализа ги презентира резултатите од студијата за ефектот на телесно ориентираната психотерапија врз учесниците со рана развојна траума. Студијата вклучуваше 78 учесници (56 жени, 22 мажи), со просечна возраст од 41 година, кои завршија целосен тримесечен курс на терапија. Податоците беа собрани со употреба на комбинација од полуструктурирани интервјуа и психометриски инструменти.

Описна анализа на резултатите

Резултатите покажуваат значително подобрување во сите мерки по завршувањето на циклусот на терапија.

5.3. РЕЗУЛТАТИ

Во студијата учествуваа 78 учесници (56 жени и 22 мажи) на возраст од 23 до 67 години (M = 45).
Сите учествуваа во индивидуална телесно ориентирана психотерапија што траеше три месеци, со две сесии месечно.

Целта беше да се испитаат промените во дисоцијацијата, емоционалната дисрегулација, свеста за телото и анксиозноста пред и по терапевтскиот процес.

Табела 1. Описна статистика на резултатите пред и по терапијата

Скала	пред M	SD пред	M после	SD после	Промена
DES-II (дисоцијација)	94	25	42	17	−52
DERS (емоционална дисрегулација)	158	24	69	13	−89
SBC (свесност за телото)	36	15	78	10	+42
STAI-Состојба (анксиозност)	69	18	23	12	−46

Анализата на дескриптивната статистика на примерок од 78 учесници (56 жени, 22 мажи) покажа значително подобрување во просечните вредности на сите измерени скали по завршувањето на тримесечниот циклус на терапија, што е во согласност со поставената Главна хипотеза.

.

1. **Дисоцијација (DES-II):** Просечното ниво на дисоцијативни искуства (DES-II) значително се намали од почетниот просек од **94 на 42**

Ова намалување на резултатот од 52 поени укажува на значително намалување на фреквенцијата на дисоцијативни феномени, како што се деперсонализација и чувство на нереалност.

.

2. **Емоционална дисрегулација (DERS):** Забележан е значителен пад на просечниот резултат за тешкотии во регулирањето на емоциите (DERS) од **158 на 69**

Ова сигнализира зголемена способност на учесниците да ги препознаваат, прифаќаат и регулираат своите емоции.

.

3. **Анксиозност (STAI-Состојба):** Просечното ниво на анксиозност (STAI-Состојба) се намали од **69 на 23** , што покажува намалување на анксиозноста како моментална емоционална состојба.

.

4. **Свесност за телото (BCA):** Свесност за телото, која ја мери перцепцијата на внатрешните сензации и свесноста за телото

, значително се зголеми од просек од **36 на 78**

.

Потврда на хипотезата: Описните резултати целосно **ја потврдуваат Главната хипотеза** и првите две Специфични хипотези, демонстрирајќи силно намалување на симптомите (DES-II, DERS, STAI) и значително зголемување на свеста за телото (SBC) по телесно ориентираната психотерапија

Табела 2. t-тестови за зависни примероци (пред и по терапијата)

Скала	т(77)	п	Коеновиот д	95% CI на разликата
DES-II	−22,85	< .001	2,59	[−56,5, −47,5]
ДЕРС	−40,83	< .001	4,62	[−93,3, −84,7]
SBC	30,80	< .001	3,49	[39,3, 44,7]
STAI-Држава	−28.12	< .001	3.18	[−49,3, −42,7]

Т-тест анализата за зависни примероци, пресметана со помош на статистичка програма, дава докази за веродостојноста на промените и ја потврдува забелешката на менторот дека овие пресметки претставуваат тестирање на хипотези.

Статистичка значајност: Резултатите од t-тестот покажуваат дека **сите промени се статистички значајни (p < 0,001)**

Ова потврдува дека забележаното намалување на симптомите и зголемената свест за телото се сигурен ефект од терапевтскиот процес, а не случаен наод.

2. **Големина на ефектот (Cohen's d):** Сите промени покажуваат **многу големи големини на ефектот (од 2,59 до 4,62).**

Најголем ефект (d = 4,62) е забележан во намалувањето на емоционалната дисрегулација (DERS). Овие податоци укажуваат на многу силен терапевтски ефект на телесно ориентираната психотерапија врз целните симптоми.

Потврда на хипотезата: Статистичката обработка на податоци преку t-тестот силно **ја потврдува главната хипотеза** дека телесно ориентираната психотерапија значително придонесува за промени во психолошкото функционирање и саморегулацијата.

Табела 3. Корелации помеѓу промените (Δ)

Променливи (Δ)	**ΔDES-II**	**Δ DERS**	**Δ SBC**	**Δ ОСТАНИ**
ΔDES-II	1	.72***	−.58***	.69***
Δ DERS	.72***	1	−.63***	0,75***
Δ SBC	−.58***	−.63***	1	−.66***
Δ ОСТАНИ	.69***	0,75***	−.66***	1

Корелацијата помеѓу резултатите од промените (Δ) ја испитува врската помеѓу зголемената свест за телото и намалувањето на психолошките симптоми, што е клучно за тестирање на хипотезата за механизмот на промената - подобра интеграција на телото и психата.

Поврзаност помеѓу свеста за телото и симптомите: Пронајдена е статистички значајна негативна корелација (p < .001) помеѓу зголемената свест за телото (Δ SBC) и намалувањето на дисоцијацијата (Δ DES-II, r = −.58), емоционалната дисрегулација (Δ DERS, r = −.63) и анксиозноста (Δ STAI, r = −.66).

Насочно толкување: Негативна корелација во овие случаи значи дека учесниците со најголемо зголемување на свеста за телото (поголемо усвојување на пристап од долу нагоре) исто така доживеале најголемо намалување на симптомите.

Корелација на симптомите: Висока позитивна корелација беше забележана и помеѓу намалувањето на сите симптоми (на пр., Δ DERS и Δ STAI, r = 0,75), што укажува дека подобрувањето во регулацијата на емоциите се јавува истовремено со намалувањето на анксиозноста.

Потврда на хипотезата: Корелациската анализа **ја потврдува специфичната хипотеза** дека зголемената свест за телото (BCA) ќе биде поврзана со намалени симптоми, што укажува дека свеста за телото навистина укажува на подобра интеграција на телото и умот, како што е предвидено.

Табела 4. Регресивна анализа – предиктори за намалување на анксиозноста

Предвидувач	β	т	п
Δ SBC	−0,42	−5,27	< .001
Δ DERS	0,38	4,68	< .001
Константа	–	2.01	.047

$F(2,75) = 42,85$, $\mathbf{p} < 0,001$, $\mathbf{R^2} = 0,53$

Регресиона анализа беше спроведена за да се утврди степенот до кој промените во свеста за телото и емоционалната дисрегулација придонесуваат за предвидување на намалувањето на анксиозноста.

Значајност на моделот: Моделот е статистички значаен ($p < .001$) и објаснува 53% од варијансата во намалувањето на анксиозноста ($R^2 = .53$).

Ова е силен наод што укажува дека свеста за телото и емоционалната регулација се клучни предиктори за клиничко подобрување на анксиозноста.

Улогата на свеста за телото (Δ SBC): Зголемувањето на свеста за телото е статистички значаен негативен предиктор ($\beta = −0,42$, $p < 0,001$)

Неговиот моќен придонес нагласува дека развојот на способноста за препознавање и регулирање на внатрешните телесни сензации (кои често се нарушени од раната траума) игра клучна улога во намалувањето на анксиозноста.

Улогата на емоционалната дисрегулација (Δ DERS): Намалувањето на тешкотиите во регулирањето на емоциите (Δ DERS) е исто така значаен позитивен предиктор ($\beta = 0,38$, $p < ,001$).

Потврда на хипотезата: Регресивната анализа ја потврдува главната хипотеза и нејзините поткрепувачки претпоставки

Анализата покажува дека зголемената свест за телото и подобрената емоционална регулација се клучни и меѓусебно поврзани механизми на промена во психотерапијата ориентирана кон телото, кои значително го предвидуваат закрепнувањето од симптомите на траума, како што е анксиозноста.

5.3.1. Резиме на резултатите

Резултатите покажуваат дека по три месеци телесно ориентираната психотерапија, имало статистички значајно и изразено намалување на дисоцијацијата, емоционалната дисрегулација и анксиозноста, заедно со значително зголемување на свеста за телото. Анализата на асоцијацијата покажала дека зголемената свест за телото е негативно поврзана со нивоата на симптомите, а регресивната анализа потврдила дека зголемената свест за телото и подобрената регулација на емоциите се најдобри предиктори за намалена анксиозност.

5.3.2. Клучни наоди и резултати од истражувањето

Резултатите од студијата спроведена на **78 учесници** кои го завршија тримесечниот TOP циклус јасно ја потврдија главната хипотеза на работата - дека психотерапијата ориентирана кон телото значително придонесува за намалување на психолошките симптоми и зајакнување на капацитетот за саморегулација.

Квантитативната анализа на резултатите од психометриската скала (DES-II, DERS, STAI, SBC) *пред и по терапијата* покажа силен позитивен ефект:

- **Намалување на дисоцијацијата (DES-II):** Просечните резултати значително се намалија **од 94 на 42** , што укажува на значително намалување на фреквенцијата на дисоцијативни феномени, како што се деперсонализација и чувство на нереалност.
- **Намалување на емоционалната дисрегулација (DERS):** Беше забележано намалување на резултатите **од 158 на 69** , што ја потврдува зголемената способност на учесниците да ги препознаваат, прифаќаат и регулираат своите емоции.
- **Намалување на анксиозноста (STAI):** Просечното ниво на анксиозност значително се намали **од 69 на 23** .
- **Зголемување на свеста за телото (BCA):** Свеста за телото, која ја мери перцепцијата на внатрешните сензации и врската помеѓу телото и умот, **се зголеми од 36 на 78** , потврдувајќи ја хипотезата за подобра интеграција на телото и умот по терапијата.

Квалитативната анализа , спроведена преку полуструктурирани интервјуа, ги надополнува квантитативните наоди. Беше претпоставено дека субјективните искуства на учесниците ќе покажат **посилно чувство на безбедност во телото, подобра емоционална флуидност и поголем капацитет за справување со стресот** . Овие наоди ја поддржуваат клиничката примена **на пристапот „од долу нагоре“** (од телото до умот), каде што соматските техники (како што се дишењето, заземјувањето и внимателноста) помагаат **во регулирањето на автономниот нервен систем (АНС)** и ги промовираат процесите на невропластичност.

5.3.3. Ограничувања на истражувањето

Иако резултатите се силно позитивни, методолошкиот пристап носи одредени ограничувања, кои делумно се својствени за самиот дизајн:

1. **Времетраење на интервенцијата:** Студијата вклучуваше **тримесечен циклус на третман** . Иако ова е доволно долго за да предизвика значителни промени во симптомите, тоа е релативно краток период за да се процени трајноста на ефектите кај сложени проблеми како што е раната развојна траума, која **ја менува структурата и функцијата на мозокот** .
2. **Дизајн без контролна група:** Студијата користеше *t-тест за зависни примероци* (споредба пред и по третманот). Иако ова е силен доказ за промена кај поединецот, недостатокот на рандомизирана контролна група **ја намалува внатрешната валидност** во споредба со „златниот стандард“ на клиничките испитувања. Затоа, тешко е да се припишат сите забележани промени само на третманот без контролна група.
3. **Субјективност на квалитативната анализа:** Иако квалитативниот дел е вреден бидејќи дава увид во **внатрешните процеси на трансформација и интеграција на траумата** , *тематската анализа* на интервјуата зависи од толкувањето, а субјективно перцепираните промени мора дополнително да се усогласат со објективните индикатори.

4. **Невробиолошка потврда:** Иако теоретската рамка опширно го објаснува влијанието на ТОР врз **AHS, невропластичноста и оската HPA** , самото истражување не вклучуваше неврофизиолошки мерки (како што се биофидбек или снимање на мозокот) за директно потврдување на промените во мозочните структури (амигдала, хипокампус).

5.3.4. Препораки за понатамошни истражувања

Врз основа на резултатите и сознанијата добиени од оваа работа, се предлагаат следниве насоки за идно истражување:

1. **Долгорочни студии за следење:** Потребно е лонгитудинално истражување за да се испита дали **ефектите од телесно ориентираната психотерапија продолжуваат по завршувањето на терапевтскиот процес** . Ова би ја потврдило трајноста на промените во емоционалната стабилност и меѓучовечките односи.
2. **Споредба со други терапевтски пристапи:** Се препорачува да се вклучат контролни групи кои примаат други стандардизирани третмани за траума (на пр. КБТ или EMDR) со цел статистички да се потврди специфичната **ефикасност** на психотерапијата ориентирана кон телото во поширок клинички контекст.
3. **Неврофизиолошко истражување на механизмите:** Идните истражувања треба да вклучуваат **биолошки мерки** (на пр., мерење на кортизол, варијабилност на срцевиот ритам – HRV) за директно да се потврди како телесно ориентираната психотерапија влијае на невробиолошките механизми, т.е. **на регулацијата на ANS** .
4. **Истражување на специфични соматски алатки:** Постои потреба дополнително да се процени улогата и ефикасноста **на специфичните соматски техники** (како што се заземјување, свесно дишење и експресивно движење) во создавањето промени, со акцент на тоа како тие придонесуваат за рамнотежата на автономниот нервен систем.
5. **Интеграција во клиничката пракса:** Врз основа на сите собрани докази, **потребно е да се формулираат препораки за интеграција нателесно ориентираната психотерапија во клиничката пракса** кај лица кои имаат симптоми на развојна траума.

Ова дело дава силен **емпириски придонес кон валидацијата на ефикасноста на соматската терапија** и ја нагласува важноста на пристапот што го препознава и третира **телото како неразделна целина со психата** во процесот на лекување од траума.

Аналогно, ако традиционалната терапија се обидела да поправи оштетен софтвер во компјутер (умот), ова истражување докажало дека само со поправка на хардверот (телото и нервниот систем) постигнуваме оптимална и трајна стабилност на системот, со што се отвора вратата за подобри интегративни терапевтски стратегии.

ПРИЛОГ

ПРАШАЛНИК ЗА УЧЕСНИЦИ ВО ИСТРАЖУВАЊЕТО

Невробиологија и ефектот на телесно ориентираната психотерапија во работата со рана развојна траума

Инструкции:

Овој прашалник е анонимен и се користи исклучиво за научни цели. Ве молиме одговорете искрено, врз основа на вашето сопствено искуство. Интервјуто ќе биде аудио снимено со ваша согласност, а податоците ќе бидат анализирани со методот на тематска анализа.

I. Полуструктурирано интервју – отворени прашања

1. Како го перцепиравте вашето тело пред да започнете со телесно ориентираната психотерапија?

2. Како се чувствувате во врска со вашето тело сега откако го завршивте циклусот на терапија?

3. Како би го опишале вашиот однос со сопствените емоции пред терапијата?

4. Дали забележавте промени во препознавањето и управувањето со емоциите по терапијата?

5. Како се променија вашите односи со другите луѓе?

6. Како сега го доживувате чувството на безбедност во сопственото тело и околината?

7. Кои аспекти од терапијата ви беа најкорисни?

8. Дали сега свесно користите техники на дишење, движење или заземјување во вашиот секојдневен живот?

II. Психометриска проценка (пред и по терапијата)

Ве молиме означете го вашиот одговор со ставање ознака за проверка во соодветното поле (☐) што најдобро го опишува вашето искуство.

1. DES-II – Скала на дисоцијативни искуства

Ве молиме наведете колку често го доживувате секое искуство: Никогаш, Ретко, Понекогаш, Често, Речиси секогаш

1. Понекогаш не знам како сум стигнал до одредено место.
☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Речиси секогаш

2. Се чувствувам одвоено од сопственото тело, како да го набљудувам однадвор.
☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Речиси секогаш

3. Имам тенденција да заборавам важни делови од моите дневни активности.
☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Речиси секогаш

4. Светот околу мене понекогаш ми изгледа нереален или матен.
☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Речиси секогаш

5. Се чувствувам како да не сум јас во сопствениот живот.
☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Речиси секогаш

2. DERS - Скала за тешкотии во регулирањето на емоциите

Ве молиме наведете до кој степен секоја изјава се однесува на вас: Никогаш, Ретко, Понекогаш, Често, Секогаш

1. Тешко ми е да препознаам какви емоции чувствувам.
☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Секогаш

2. Моите емоции се мешаат во моето функционирање.
☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Секогаш

3. Се чувствувам преплавен од емоции.
☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Секогаш

4. Тешко ми е да ги прифатам моите емоции без осудување.

☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Секогаш

5. Не знам како да ги контролирам моите реакции кога сум емотивен.

☐ Никогаш ☐ Ретко ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Секогаш

3. SBC – Скала на поврзување на телото

Ве молиме наведете колку тврдењето се однесува на вас: Воопшто не, Малку, Умерено, Многу, Целосно

1. Свесен сум за внатрешните сензации во моето тело.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу ☐ Целосно

2. Можам да почувствувам промени во дишењето, пулсот или телесната температура.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу ☐ Целосно

3. Забележувам врска помеѓу моите емоции и телесните сензации.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу ☐ Целосно

4. Телесните сигнали ми помагаат да препознаам кога сум под стрес.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу ☐ Целосно

5. Го слушам моето тело кога донесувам одлуки за одмор и активност.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу ☐ Целосно

4. STAI – Инвентар на анксиозност според состојбата и карактеристиките

Ве молиме наведете колку изјавата се однесува на вас: Воопшто не, Малку, Умерено, Многу

1. Се чувствувам смирено.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу

2. Се чувствувам напнато и нервозно.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу

3. Се грижам за можни проблеми.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу

4. Се чувствувам опуштено.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу

5. Се чувствувам вознемирено и загрижено.

☐ Воопшто не ☐ Малку ☐ Умерено ☐ Многу

Согласност за учество

Изјавувам дека сум свесен за целта на истражувањето, дека моето учество е доброволно и дека сите мои одговори се анонимни и доверливи.

Потпис на учесникот: _____

Датум: _____

6. РЕФЕРЕНЦИ

1. Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of Attachment*.
2. Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation.
3. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*.
4. Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development.
5. Allen, J. P., & Manning, N. (2007). The effects of adolescent-parent attachment on adolescent self-regulation and social functioning.
6. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).
7. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
8. American Psychiatric Association. (2020). Traumatska iskustva u djetinjstvu.
9. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*.
10. Boadella, D. (1987). (Navedeno u 251, 260).
11. Bowlby, J. (1973). (Navedeno u 298).
12. Bowlby, J. (1980). (Navedeno u 321).
13. Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*.
14. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*.
15. Bremner, J. D. (2006). *Trauma and Memory in PTSD*.
16. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
17. Brown, R. P., & Gerbarg, P. L. (2005). (Navedeno u 263).
18. Campos, J. J., Walle, E. A., Ekman, P., & Friesen, W. V. (2004). (Navedeno u 320).
19. Cannon, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*.
20. Cassidy, J. (1994). (Navedeno u 317).
21. Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). (Navedeno u 301, 316, 320).
22. Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*.
23. Courtney, R. (2009). (Navedeno u 268).
24. Craig, A. D. (2009). How Do You Feel — Now? The Anterior Insula and Human Awareness. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
25. Danese, A., & Lewis, S. Z. (2017). (Navedeno u 27).

26. Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social Influences on Neuroplasticity: Stress and Interventions to Promote Well-Being.
27. De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., et al. (1999). Brain Structures in Pediatric Maltreatment-Related PTSD. *Biological Psychiatry*.
28. Diamond, L. M., & Fagundes, C. P. (2010). (Navedeno u 319).
29. Doidge, N. (2007). *The Brain That Changes Itself*.
30. Elbrecht, C., & Antcliff, P. (2014). (Navedeno u 329).
31. Eriksson, P. S., Perfilieva, E., Björk-Eriksson, T., Alborn, A. M., Nordborg, C., Peterson, D. A., & Gage, F. H. (1998). Neurogenesis in the Adult Human Hippocampus. *Nature Medicine*.
32. European Association for Body Psychotherapy. (2018). (Navedeno u 180).
33. Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). (Navedeno u 322).
34. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*.
35. Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
36. Finkelhor, D., Jones, L., & Sas, L. (2009). (Navedeno u 329).
37. Flannery, R. B. (2013). Psychological Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Part 1, Its General Nature. *International Journal of Emergency Mental Health*.
38. Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2005). (Navedeno u 331).
39. Fraiberg, S. (1975). (Navedeno u 284).
40. Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). (Navedeno u 322).
41. Freud, S. (1920). *Beyond the Pleasure Principle*.
42. Gazzaniga, M. S. (2008). *Human: The Science Behind What Makes Us Unique*.
43. Goggin, B. W. (2018). *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. Routledge.
44. Goodrich-Dunn, B. A., & Greene, J. (2002). (Navedeno u 183).
45. Groh, A. M., Roisman, G. I., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). (Navedeno u 325).
46. Gross, J. J. (2002). (Navedeno u 319).
47. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). (Navedeno u 324).
48. Gunnar, M. R., & Quevedo, K. M. (2007). (Navedeno u 313).
49. Hambrick, E. P., Brawner, T. W., & Perry, B. D. (2019). *Neurosequential Model of Therapeutics*.
50. Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

51. Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
52. Herman, J. L. (1997). (Navedeno u 327).
53. Jerath, R., Edry, R. A., Barnes, V. A., & Jerath, V. (2006). (Navedeno u 266).
54. Kantarci, K., Wrazidlo, B. W., & Riederer, S. J. (2004). (Navedeno u 267).
55. Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York: Paul B. Hoeber.
56. Karl, J., et al. (2006). (Navedeno u 353).
57. Kempermann, G. (2011). *Adult Neurogenesis 2: Stem Cells and Neuronal Development in the Adult Brain*.
58. Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). (Navedeno u 321).
59. Kurtz, R. (1990). *Body-Centered Psychotherapy: The Hakomi Method*.
60. Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). Default Mode Network Connectivity as a Neural Substrate for Self-Awareness in PTSD. *Journal of Biological Psychiatry*.
61. LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
62. Levine, P. A. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
63. Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.
64. Lohrasbe, L. R., & Ogden, P. (2017). (Navedeno u 357).
65. Lowen, A. (1958). *The Language of the Body*. New York: Collier Books.
66. Lowen, A. (1973). *Depresija i tijelo*. Baltimore: Penguin Books.
67. Lowen, A. (1975). *Bioenergetics: The Revolutionary Therapy That Uses the Language of the Body to Heal the Problems of the Mind*. New York: Penguin Books.
68. Lowen, A. (1980). *Narcissism: Denial of the True Self*.
69. Lowen, A., & Lowen, L. (1977). (Navedeno u 257).
70. Lundberg, J. O., Weitzberg, E., & Lundberg, J. M. (1996). (Navedeno u 266).
71. Lupien, S. J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A., & Schramek, T. E. (2009). Effects of Stress Throughout the Lifespan on the Brain, Behaviour and Cognition. *Nature Reviews Neuroscience*.
72. MacLean, P. D. (1990). *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*. New York: Plenum Press.
73. Main, M., & Hesse, E. (1990). (Navedeno u 284).
74. Main, M., & Solomon, J. (1990). (Navedeno u 301).
75. Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*.
76. Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*.

77. McEwen, B. S. (1998). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *New England Journal of Medicine*.
78. McEwen, B. S. (2000). (Navedeno u 355).
79. McEwen, B. S. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation.
80. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). (Navedeno u 318).
81. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). (Navedeno u 296, 315, 323).
82. Monahon, C. (1993). (Navedeno u 330).
83. National Scientific Council on the Developing Child. (2014). (Navedeno u 329).
84. Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*. New York: W. W. Norton.
85. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
86. Oorlog, C. A. (2016). (Navedeno u 326).
87. Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic Experiencing: Using Interoception and Proprioception as Core Elements of Trauma Therapy. *Frontiers in Psychology*.
88. Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). (Navedeno u 353).
89. Perry, B. D. (2001). The Neurodevelopmental Impact of Childhood Trauma.
90. Perry, B. D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens.
91. Pierrakos, J. (1987). (Navedeno u 255, 262).
92. Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York: W. W. Norton.
93. Porges, S. W. (2017). *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory*. New York: W. W. Norton.
94. Reich, W. (1949). *Character Analysis*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
95. Ringel, S. A., & Brandell, J. R. (2012). *Trauma: Contemporary Directions in Theory, Practice, and Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
96. Rosenberg, S. (2017). (Navedeno u 264).
97. Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W. W. Norton.
98. Sapolsky, R. M. (2004). *Why Zebras Don't Get Ulcers*. New York: Holt Paperbacks.
99. Scaer, R. C. (2014). (Navedeno u 327, 354).
100. Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). (Navedeno u 302, 306).
101. Schore, A. N. (1994). (Navedeno u 311).
102. Schore, A. N. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*.

103. Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton.
104. Schore, A. N. (2019). *Right Brain Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
105. Schore, A. N., & Schore, S. E. (2008). (Navedeno u 312).
106. Siegel, D. J. (1999). (Navedeno u 331).
107. Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford Press.
108. Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2003). (Navedeno u 284).
109. Streeter, C. C., Gerbarg, P. L., Brown, R. P., Ffoulkes-Sharpe, M., Fortin, J., Biederman, J., & Wright, C. (2012). (Navedeno u 265).
110. Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2003). The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment.
111. Thompson, R. A. (1994). (Navedeno u 317, 323).
112. van der Kolk, B. A. (2003). (Navedeno u 28).
113. van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking.
114. van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford Press.
115. Wei, M., Shaffer, P. A., Young, J., & Zakalik, R. A. (2005). (Navedeno u 321).
116. Weniger, G., Lange, C., Wingenfeld, K., & Juckel, G. (2008). (Navedeno u 353).
117. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.