МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ СВЕТИ НИКОЛЕ

Магистерски Труд
На тема:

Телесно ориентираната психотерапија кај аутистичниот спектар на нарушување- Градење на капацитет за регулирање на нервниот систем преку интервенции со телесно ориентираната психотерапија

Ментор:
доц. д-р Елена Златева

Изработил: Круно Шуњич

M243030

Свети Николе, 2025

Содржина

1. ВОВЕД 6
   1.1.1. Цел на трудот 9
   1.1.2. Работни цели 9
   1.1.3. Главна хипотеза 11
   1.1.4. Истражувачки хипотези 11
   1.1.5. Општи очекувања 12
   1.1.6. Очекувана потврда на Хипотеза 13
2. ТЕОРЕТСКА РАМКА: РЕЦЕНЗИИ ЗА НЕВРОБИОЛОГИЈА И ПСИХОТЕРАПИЈА 14
   2.1. Нарушувања од аутистичниот спектар 14
   Знаци, симптоми и дијагностички карактеристики 15
   Предвидувачи на текот и исходот 18
   Описна епидемиологија 19
   Генетика 20
   Невробиологија 20
   Невробиолошки и сензорни специфичности 21
   Атипична сензорна обработка кај нарушувања на аутистичниот спектар 22
   2.1.1. Вестибуларен систем 23
   2.1.2. Соматосензорен систем 23
   2.1.3. Визуелен систем 23
   Аудитивен систем 24
   Олфакторен и густаторен систем 24
   Невропластичност и сензорна интеграција 24
   Нарушувања во мултисензорната интеграција 25
   Влијанието на невромодулаторните нерамнотежи 26
   Социјални тешкотии кај лицата со аутизам 26
   2.1.4. Разлики во социјалната комуникација 27
   Ефекти од ограничени социјални вештини 27
   Вербална и невербална комуникација 28
   2.1.5. Дисрегулација и сензорно преоптоварување 29
   2.1.6. Разбирање на сетилата 29
   Преосетливост и хипосензитивност 30
   2.1.7. Сензорните избегнувачи (хиперсензитивни лица) може да: 30
   2.1.8. Сензорните трагачи (хипосензитивни) можат: 31
   Како изгледаат сензорните тешкотии одвнатре 32

Адаптации за сензорни тешкотии 33
2.1.9. Примери за прилагодувања за преосетливост: 33
2.1.10. Примери за прилагодувања за хипосензитивност: 33
2.1.11. Структура и невротрансмисија 37
Парасимпатичен нервен систем (ПНС) 38
2.1.12. Функција 38
2.1.13. Структура и невротрансмисија 39
Ентеричен нервен систем (ЕНС) 39
2.1.14. Функција 39
2.1.15. Структура: 40
Аутизам, стрес и регулација 42
2.2. Психотерапевтски пристапи во работата со лица со нарушувања од аутистичниот спектар 43
2. Психотерапија ориентирана кон телото 53
2.3. Историја и развој 53
2.2 Соматска меморија и соматизација на емоции 61
Како функционира меморијата воопшто? 62
Реакциите на телото на стрес: борба, бегство, замрзнување и соматска меморија 63
2.3.2. Соматска меморија и траума 64
2.4. Техники на телесно ориентираната психотерапија 71
3. АУТИЗАМСКИ СПЕКТАР НА НАРУШУВАЊА ОД ПЕРСПЕКТИВА НА ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА 77
3.1. Соматски модели кај нарушувања од аутистичниот спектар 77
2. Плитко, брзо или неправилно дишење 79
3. Фрагментирана свест за телото и намалена интероцепција 79
4. Неправилен или ригиден ритам на движење 80
5. Нарушена сензорна модулација (хипо- и хипер-реактивност) 81
6. Нарушена регулација на афектот и физиолошка дисрегулација 82
3.2. Работа на регулирање на нервниот систем 83
Вежби за дишење (дијафрагматско, свесно дишење) 84
3.2.1. Адаптации за лица со аутизам: 86
2. Внимание фокусирано на телото (свест за телото, интероцепција и проприоцепција) 87
3.2.2. Примена на методи на внимание фокусирано на телото 88
3.2.3. Адаптации за лица со аутизам 89
3. Работа со движење и граници на телото (водени соматски вежби, истегнување, танцување) 90

3.2.4. Работа со движење и граници на телото 91
3.2.5. Адаптации за лица со аутизам 92
4. Релаксација на телото (соматска релаксација, заземјување и центрирање) 94
3.2.6. Техники за релаксација, заземјување и центрирање 94
3.2.7. Адаптации за лица со аутизам 95
3.2.8. Примената на звукот и вокализацијата во телесно ориентираната психотерапија се фокусира на безбедно и контролирано истражување на гласот и звукот: 96
3.2.9. Адаптации за лица со аутизам 97
Работа со допир и проприоцепција (со терапевт) 98
3.2.10. Упатства за допир 98
3.2.11. Адаптации за лица со аутизам 99
4. ЕМПИРИСКИ ДЕЛ 100
4.1. Цел и методологија на истражувањето 100
4.1.1. Ниво на отвореност за вежби за дишење и свесно дишење 103
4.1.2. Отвореност кон физичко истегнување и вежби за движење фокусирани на свесност за телото 104
4.1.3. Истегнување на телото 106
4.1.4. Перцепција за придобивките од истегнување на телото 107
4.1.5. Релаксација на телото (релаксација) 108
4.1.6. Перцепција за корисноста на методите за релаксација на телото 108
4.1.7. Описна презентација на резултатите - Методи на дишење и регулација на дишењето 109
4.1.8. Перцепција за корисноста на методите на дишење и регулирање на дишењето – Описен преглед 110
4.1.9. Методи на движење и ритам (танц, ритмичко движење) 111
4.1.10. Перцепција за корисноста на методите на движење и ритам 112
4.1.11. Соматска релаксација и релаксација на телото 112
Табела 14. Соматска релаксација и релаксација на телото (Отвореност)..... 113
4.1.12. Перцепција за корисноста од соматската релаксација и телесната релаксација 113
4.1.13. Вежби за дишење 114
4.1.14. Описна презентација на резултатите 115
4.1.15. Вокализација / работа со звук 115
4.1.16. Работа со звук – Перцепција за корисност 116
4.1.17. Работа со допир и проприоцепција (отвореност) 117
4.1.18. Перцепција за корисноста на методите на работа со допир и проприоцепција 118

4.2. Анализа и интерпретација 120
4.2.1. Критички преглед на ограничувањата 121
5. ДИСКУСИЈА И ЗАКЛУЧОК 123
5.1. Резиме на клучните наоди 123
5.1.1. Насоки за прилагодување на работата со аутистични клиенти 128
5.2. Ограничувања и препораки 129
5.2.1. Методолошки ограничувања 129
5.2.2. Препораки за идни истражувања 130
6. РЕФЕРЕНЦИ 131
7. ПРИЛОЗИ 140

1. ВОВЕД

Презентација на темата и нејзината релевантност во современиот контекст на психотерапија

Темата на овој магистерски труд, „ **Телесно-ориентирана психотерапија во регулацијата на нервниот систем кај лица со нарушувања од аутистичниот спектар“,** е исклучително релевантна во современиот контекст на психотерапија. Ова првенствено се должи на промените во разбирањето на самите нарушувања од аутистичниот спектар, како и на напредокот во невронауката. Ова е особено точно во областа на регулацијата на автономниот нервен систем.

Аутистичните спектрални нарушувања еволуирале во текот на изминатите 50 години од ретко и тесно дефинирано детско нарушување до широко препознаена доживотна состојба. Денес, тие се сметаат за релативно чести и многу хетерогени. Иако основните карактеристики (тешкотии во социјалната комуникација и повторувачки и необични сензорно-моторни однесувања) остануваат исти, аутизмот сега се смета за спектар на симптоми. Подеднакво е јасно дека тие се движат од многу благи до тешки, односно од форми кои бараат ниски нивоа на поддршка до форми кои бараат континуирана сеопфатна грижа.

Клучна промена во современото разбирање е тоа што аутизмот повеќе не се гледа како болест или нарушување што треба да се лекува, туку како **разлика (невродивергенција)** што носи придружни симптоми и тешкотии. Според тоа, поддршката и терапијата треба првенствено да бидат насочени кон ублажување на овие тешкотии, а не кон обид за „лекување“ на аутизмот. Голем дел од проблемот на аутистичните лица произлегува од нивната неспособност да функционираат во свет дизајниран за невротипични луѓе. Ова често резултира со траума предизвикана од внатрешна или надворешна принуда за функционирање што ги занемарува нивните основни сензорни и комуникациски потреби.

Ова прашање особено ги засега **возрасните лица во аутистичниот спектар без интелектуална попреченост . Таквите лица** честопати ја поминале својата младост

недијагностицирани, развивајќи компензаторни механизми за да се вклопат во општеството. Сепак, овие лица се соочуваат со бројни проблеми во функционирањето и личниот живот и често имаат придружни психијатриски нарушувања како што се депресија и анксиозност. Во последните децении, свеста и достапноста на дијагноза за оваа популација расте.

Релевантноста на овој труд лежи и во растечкото признавање на улогата на **атипичната сензорна обработка и дисрегулацијата на нервниот систем** како фундаментални карактеристики на аутизмот. Повеќе од 96% од децата со аутизам покажуваат хипер- или хипосензитивност во повеќе сензорни области. Слично на тоа, сензорните тешкотии и функционалните тешкотии често перзистираат во текот на целиот живот. Сензорната дисрегулација е еден од главните извори на непријатност кај аутистичните лица и често предизвикува високо ниво на анксиозност, што ја отежнува комуникацијата и саморегулацијата.

Невронаучните модели како што е **Поливагалната теорија на Стивен Поргес** обезбедуваат клучна рамка за разбирање на овие предизвици. Оваа теорија објаснува дека автономниот нервен систем хиерархиски реагира на перципираната безбедност или опасност. Луѓето со аутизам често имаат **„поригиден нервен систем“** и потесен **„прозорец на толеранција“.** Во споредба со невротипичните поединци, ова ги прави поподложни на дисрегулација, или преку хипервигиланца (борба/бегство) или хиповигиланца (замрзнување/исклучување). Во овој контекст, ефикасните начини за регулирање на нервниот систем се клучни за целокупната благосостојба и функционирање на луѓето со нарушување на аутистичниот спектар.

Со оглед на ограничувањата на традиционалните, претежно вербални терапии, особено во работата со траума и соматски симптоми, психотерапијата ориентирана кон телото добива сè поголемо значење. Трауматските настани често се складираат како **имплицитни сеќавања** во телото и се манифестираат преку хронична мускулна напнатост, соматски симптоми или телесни *флешбекови* .

Телесно ориентираната терапија е **пристап „од дното нагоре“** . Со фокусирање на примарните физички сензации, движења и автономни телесни реакции, овој пристап се стреми да ги обработи искуствата на ниво на нервниот систем и да ја ослободи енергијата заробена од траумата. Наместо да се потпира исклучиво на вербално когнитивно разбирање, целта на оваа терапија е да развие дополнителни вештини за регулирање и да ја зајакне отпорноста на нервниот систем, со што ќе се прошири прозорецот на толеранција за дисрегулација.

Релевантноста на темата на магистерскиот труд е дополнително потврдена со спроведеното истражување. Ова истражување покажа дека возрасните аутистични лица изразуваат **високо ниво на отвореност и дека веруваат во помошта на соматските техники** за регулирање на нивната состојба.

Истражувањето идентификуваше кои методи се најприфатливи за оваа популација:

- **Вежбите за дишење** покажаа многу високо ниво на отвореност и перципирана корисност. Овој факт е исто така во согласност со целта за активирање на парасимпатичкиот систем и намалување на стресот во контекст на Поливагалната теорија.
- **Водените соматски вежби** како што се заземјување, истегнување и движење, исто така, покажаа високо ниво на отвореност и подготвеност за вклучување во работата. Ова е затоа што тие не бараат директен меѓучовечки контакт.

Спротивно на тоа, методите што вклучуваат директен меѓучовечки контакт, како што се **работата со допир и проприоцепција, како што се очекуваше,** покажаа исклучително ниска подготвеност и корисност, што е во директна корелација со клиничките тешкотии во социјалната комуникација и сензорната чувствителност на допир кај аутистичните лица.

Затоа, овој магистерски труд не само што теоретски ја воспоставува телесно ориентираната психотерапија како релевантен пристап, туку дава и **практични упатства и емпириска потврда** за тоа кои соматски методи треба да се приоритизираат за адаптација и примена во работата со возрасни аутистични клиенти. Така, значително придонесува за развојот на интегративната психотерапија за оваа невродивергентна популација.

1.1.1. Цел на трудот

Општата цел на оваа работа е **да придонесе за развој на адаптирани, ефикасни и етички психотерапевтски пристапи** за возрасни лица во аутистичниот спектар без интелектуална попреченост.

Работата започнува од современото разбирање дека аутизмот не се смета за болест што треба да се лекува. Тој повеќе се смета за **невродивергенција** чија поддршка мора да биде фокусирана првенствено на ублажување на придружните симптоми и тешкотии што произлегуваат од неприлагодувањето кон функционирањето во свет дизајниран за невротипични поединци.

Аутистичните нарушувања треба да се дефинираат и според современите дијагностички критериуми (DSM-5) и треба да се нагласат карактеристиките и предизвиците на возрасните без интелектуална попреченост. Теоретската анализа треба да го вклучи и фактот за високата стапка на коморбидни психијатриски нарушувања како што се анксиозноста и депресијата.

1.1.2. Работни цели

1.1.2.1. Теоретски и објаснувачки цели

- **Да се дефинираат нарушувањата од аутистичниот спектар** според современите дијагностички критериуми (DSM-5) и конкретно да се нагласат карактеристиките и предизвиците со кои се соочуваат **возрасните од аутистичниот спектар без интелектуална попреченост. Примарната цел на телесно ориентираната психотерапија во овој контекст е да се развијат дополнителни вештини за регулирање и да се зајакне отпорноста на нервниот систем кај аутистичните лица.**
- **Воспоставете неврофизиолошка рамка.** Објаснете детално **ја улогата на дисрегулацијата на нервниот систем и атипичната сензорна обработка** како основни карактеристики на аутизмот. Користете ја **поливагалната теорија. Стивен**

Порџис како клучна невробиолошка рамка за разбирање на дисоцијацијата, регулацијата и „ригидноста на нервниот систем“ кај аутистичната популација.

- **Анализирајте ги соматските обрасци и** набљудувајте како емоционалните и сензорните искуства се кодирани во соматската структура на телото. На пример, хронична мускулна напнатост и плитко дишење кај лица со аутизам, набљудувајќи ги овие обрасци како **обиди за саморегулација** .
- **Идентификувајте ги клучните техники на телесно ориентираниот пристап и** презентирајте ги и анализирајте ги техниките на телесно ориентираната психотерапија кои се релевантни за регулирање на нервниот систем и работа со имплицитна телесна меморија. Ова вклучува дишење, движење, заземјување и свесност за телото.

1.1.2.2. Цели на истражувањето

Главната цел на истражувањето беше **да се утврди степенот на прифаќање на методите на работа со тело** од телесно ориентираната психотерапија за регулирање на нервниот систем.

Специфичните цели на емпириското дел вклучуваа утврдување:

- **претходно искуство** со некаков вид соматски методи;
- **општа отвореност** за испробување соматски техники за регулирање на стресот и емоциите;
- **перцепции за прифатливост и пожелност** (корисност) на одредени соматски методи кај возрасни лица во аутистичниот спектар;
- **идентификација на најприфатливите методи** кои не бараат директен меѓучовечки контакт (на пр. вежби за дишење, водени соматски вежби, истегнување);
- **идентификација на најмалку прифатливите методи** што вклучуваат близок меѓучовечки контакт (на пр., работа со допир и проприоцепција, вокализација/звучна работа);

- **обезбедување практични упатства** за прилагодување на интервенциите ориентирани кон телото (вклучувајќи ја потребата од јасни упатства и средина пријателска кон сетилата) при работа со аутистични клиенти.

Главно истражувачко прашање и хипотези

Целта на ова истражување беше **да се утврди нивото на прифаќање на методите на работа со тело од телесно оринетирабата псиотерапија за регулирање на нервниот систем** кај возрасни лица дијагностицирани со нарушувања од аутистичниот спектар (без интелектуална попреченост). Студијата вклучуваше проценка на претходното искуство со некаков вид соматски метод, како и квалитетот на тоа искуство, општа отвореност за испробување соматски методи и перцепција за прифатливост. Исто така, се разгледува и пожелноста на одредени специфични соматски техники.

1.1.3. Главна хипотеза

Врз основа на примарната цел на истражувањето, главна хипотеза е:

Колкав е степенот на отвореност (прифатливост) и перцепираната корисност на специфичните соматски методи на елесно ориентираната психотерапија за регулирање на нервниот систем кај возрасни лица во аутистичниот спектар без интелектуална попреченост?

1.1.4. Истражувачки хипотези

Истражувањето е спроведено врз основа на претпоставка што произлегува од клиничките карактеристики на аутизмот, особено тешкотиите во социјалната комуникација и сензорната чувствителност на меѓучовечки стимули. Оваа претпоставка е воедно и основната хипотеза.

Хипотеза 1

Методите на телесно ориентираната психотерапија кои не бараат директен меѓучовечки контакт ќе бидат перцепирани како поприфатливи и покорисни.

Повеќе детали:

- Возрасните со аутистичен спектар на нарушувања ќе покажат **високо ниво на отвореност** и ќе ги сметаат **вежбите за дишење и свесното дишење** како исклучително корисни за регулирање на нервниот систем.
- Возрасните со аутистичен спектар на нарушувања ќе покажат **високо ниво на отвореност** кон **водени соматски вежби (како што се заземјување, истегнување и движење) и** методи на **соматска релаксација/релаксација на телото** .

Хипотеза 2

Методите на телесно ориентираната психотерапија , кои вклучуваат директен меѓучовечки контакт и висока сензорна обработка, ќе бидат перцепирани како помалку прифатливи и помалку корисни.

Повеќе детали:

- Возрасните со аутистичен спектар на нарушувања ќе пријават **многу ниско ниво на подготвеност** да учествуваат во **методи на допир и проприоцептивни методи со терапевт** . Ова ниско прифаќање е директно поврзано со клиничките тешкотии во социјалната комуникација и сензорната чувствителност на физички контакт.
- Возрасните со аутистичен спектар ќе покажат **умерена до ниска отвореност** кон **вокализација/методи на работа со звуци** .

1.1.5. Општи очекувања

Се очекуваше учесниците во аутистичниот спектар, кои често имаат придружни психијатриски нарушувања како што се анксиозност и депресија и се соочуваат со сензорна дисрегулација и потесен „прозорец на толеранција“ во текот на целиот живот, да изразат:

- **Високо ниво на општа отвореност и верба** во помошта на соматските техники за регулирање на сопствената состојба. Ова е очекувано со оглед на тоа што соматската терапија нуди пристап „од долу *нагоре* “ за обработка на траума и дисрегулација складирани во телото како имплицитни сеќавања.
- **Јасна преференција** за методи што им овозможуваат саморегулација и обезбедуваат чувство на контрола. За разлика од методите што бараат блиска меѓучовечка интеракција. Ова би било во согласност со клиничките тешкотии во социјалната комуникација, како и чувствителноста на допир кај аутистичните лица.

Очекувана потврда на Хипотеза 1

Се очекуваше резултатите да ја поткрепат оваа хипотеза на следниов начин:

се очекуваше **вежбите за дишење и свесното дишење да** добијат **исклучително високи оценки** во однос на отвореноста и перцепираната корисност. Овие очекувања се базираат на улогата на дишењето како директен мост помеѓу свесниот ум и автономниот нервен систем и неговата улога во активирањето на парасимпатичкиот систем, т.е. вентралниот вагус, за да се постигне смиреност.

- методите како што се **заземјување, истегнување, движење за свесност за телото** и **соматска релаксација** исто така ќе добијат **високо ниво на отвореност** и ќе се сметаат за корисни.

- **комбинираните соматски техники** ќе резултираат со **висока подготвеност и перцепција за корисност** бидејќи овозможуваат индивидуализиран и структуриран пристап кон регулацијата.

1.1.6. Очекувана потврда на Хипотеза

Се очекуваше резултатите да ја потврдат оваа хипотеза преку ниски резултати за следните методи:

- **работата со физички допир и проприоцепција со терапевт** ќе се покаже како **најмалку прифатлива** форма на интервенција и со исклучително ниско ниво на подготвеност. Ова ниско прифаќање е директно поврзано со сензорната чувствителност на тактилни стимули и тешкотиите во социјалната комуникација што го прават физичкиот контакт преоптоварувачки и болен за лицата со аутизам. се очекуваше **вокализацијата и работата со звук да** покажат **умерена до пониска отвореност и перцепција за корисност** , бидејќи овие стимули можат да бидат исклучително преоптоварувачки за дел од популацијата.

2. ТЕОРЕТСКА РАМКА: РЕЦЕНЗИИ ЗА НЕВРОБИОЛОГИЈА И ПСИХОТЕРАПИЈА

2.1. Нарушувања од аутистичниот спектар

Дефиниција и клинички карактеристики според DSM-5 и ICD-11

Во текот на изминатите 50 години, нарушувањата од аутистичниот спектар еволуираа од ретко, тесно дефинирано нарушување кое се појавува во детството во широко препознаена, истражувана и застапувана доживотна состојба. Состојби кои сега се сметаат за релативно чести и многу хетерогени (Santomauro et al., 2025). Описот на основните карактеристики на нарушувањата од аутистичниот спектар (тешкотии во социјалната комуникација и повторувачки и необични сензорно-моторни однесувања) не се промени значително од нивната првична дефиниција (American Psychiatric Association, 2013; Kamp-Becker et al., 2024).

Денес, аутизмот се гледа како спектар што може да се движи од многу благ до тежок во однос на симптомите (Murphy et al., 2016). Се верува дека сите луѓе со нарушување од аутистичниот спектар имаат потреба од некаков вид доживотна поддршка (Greaves-Lord et al., 2022).

Иако семејствата прават најголема разлика во животите на луѓето со аутистичен спектар на нарушувања, наставниците и непосредните лица кои се грижат за нив, лекарите и другите професионалци исто така се сметаат за важни. Тие помагаат со тоа што даваат информации

за моменталното функционирање на лицето. Тие, исто така, ги поддржуваат лицата кои се грижат за нив во подготовката за развојни промени и олеснуваат упатувања до дополнителни служби и специјалисти кога е потребно (Аутистичен спектар на нарушувања: Принципи на примарна здравствена заштита, 2016).

Аутистичните нарушувања претставуваат значителен економски товар. Ова првенствено се должи на потребата од поддршка за возрасните кои не се во можност да функционираат самостојно. Ова води до зголемени трошоци за здравствена заштита и образование, како и до губење на приходи за лицата кои се грижат за нив и лицата со аутизам (Liao & Li, 2020; Roddy et al., 2019; Matin et al., 2022).

Знаци, симптоми и дијагностички карактеристики

Иако луѓето со аутистичен спектар на нарушувања се разликуваат многу едни од други, се забележува дека нарушувањето во однесувањето се карактеризира со фундаментални карактеристики во два главни домени:

1. социјална комуникација
2. ограничени, повторувачки сензорно-моторни однесувања

Овие карактеристики се појавуваат без оглед на културата, расата, етничката припадност или социоекономскиот статус (Lord et al., 2020). Нарушувањата од аутистичниот спектар се резултат на рана изменета динамика на развој на мозокот и невронска организација (Ecker & Murphy, 2014). Сепак, бидејќи не постојат сигурни биолошки индикатори, дијагнозата најчесто се базира исклучиво на однесувањето (Thabtah, 2018).

Критериумите на DSM-5 од 2013 година имаат за цел да ја поедностават дијагнозата на нарушувањата од аутистичниот спектар. Сега постои единствен спектар базиран на два домени:

- социјална комуникација
- ограничени, повторувачки или необични сензорно-моторни однесувања

Поранешните дијагностички категории како што се Аспергеров синдром или первазивно развојно нарушување кое не е поинаку наведено, а кои се користеа неконзистентно, сега се обединети под единствената дијагноза на нарушување од аутистичниот спектар (Американска психијатриска асоцијација, 2013). DSM-5, исто така, наведува дека нарушувањата од аутистичниот спектар може да бидат поврзани со други состојби. Ова вклучува состојби како што се генетски нарушувања (на пр., синдром на фрагилен X) или невроразвојни нарушувања (на пр., нарушување на вниманието и хиперактивност) (Bailey et al., 2018).

За да се дијагностицира аутистичен спектар на нарушувања, лицето мора да покаже тековни или минати тешкотии во сите три поддомени на социјалната комуникација. Исто така, мора да има или да имало тешкотии во најмалку две од четирите категории на ограничени, повторувачки сензорно-моторни однесувања. DSM-5, исто така, воведува три нивоа на сериозност врз основа на потребата за поддршка (Американска психијатриска асоцијација, 2013).

Предизвиците поврзани со препознавањето и последователната дијагноза, и за семејствата и за професионалците, често се различни кај многу малите деца во споредба со постарите деца, адолесцентите и возрасните (Zwaigenbaum et al., 2015). Нема докази од добро контролирани студии за степенот до кој раната интервенција ги менува исходите во зрелоста. Слично на тоа, сè уште не е можно точно да се проценат факторите што го предвидуваат подоцнежниот развој (на пр., јазичен или когнитивен развој) на возраста на која се препорачува рано скрининг (18-30 месеци) (Lord et al., 2020). Некои јавни здравствени системи се обиделе да идентификуваат многу мали деца со нарушување од аутистичниот спектар во општата популација, но методите за скрининг генерално биле недоволно чувствителни, не успевајќи да го идентификуваат мнозинството деца чии родители веќе не забележале развојни абнормалности (Siu et al., 2016).

Аутизам во зрелоста

Помеѓу 10% и 33% од возрасните со дијагностицирано нарушување од аутистичниот спектар користат само едноставни фрази и имаат вербален и невербален коефициент на интелигенција во опсегот на интелектуална попреченост, што бара постојана и значајна поддршка (Howlin & Magiati, 2017). Повеќето возрасни лица со нарушување од

аутистичниот спектар и интелектуална попреченост можат да комуницираат на одредено ниво, како што е грижата за основните потреби и работата. Сепак, тие бараат секојдневна поддршка (Brugha et al., 2016). Прераната смртност е зголемена, особено кај луѓе со пониски интелектуални способности и кај жени. Главно поради вродени аномалии и невролошки нарушувања, но исто така и кај поспособни луѓе со придружни дијагнози (Hirvikoski et al., 2016).

Во примероците од популацијата, приближно една третина од возрасните на кои им е дијагностицирано нарушување на аутистичниот спектар во детството и кои имале просечни или повисоки интелектуални способности не покажуваат очигледни знаци на аутизам, иако многумина имаат поблаги психијатриски тешкотии (Фејн и др., 2013).

Исходите во зрелоста се многу варијабилни, иако наоѓањето соодветно вработување и услуги често е предизвик (Хаулин, 2013).

Во однос на независноста, во Соединетите Американски Држави, само околу 25% од лицата со аутистичен спектар на нарушувања и просечна интелигенција живеат независно. Повеќето живеат со своите семејства барем до средна возраст (Anderson et al., 2014), а бракот и долгорочните интимни врски остануваат ретки (Howlin & Moss, 2012). Пропорцијата на лица со барем едно заедничко пријателство се зголемува во текот на изминатите 20 години за време на детството и адолесценцијата кај поспособните лица со аутизам, но останува помала отколку кај општата популација (Mazurek, 2014). Практично нема податоци за возрасни со аутистичен спектар на нарушувања надвор од Соединетите Американски Држави и Европа (Brugha et al., 2011).

Горенаведеното повеќе се однесува на историските податоци и состојбата каква што била до почетокот на 21 век. Особено, на промените што се случија со промените во дијагностичките критериуми со стапувањето во сила на DSM-5 (Американска психијатриска асоцијација, 2013). Со овие промени, свеста кај возрасните со аутистичен спектар на нарушувања без интелектуална попреченост кои ја поминале својата младост без дијагноза почна да расте. Ова е затоа што тие успеале да развијат компензаторни механизми доволно за да се вклопат во „нормалното“ општество и да бидат доволно функционални (Lai & Baron-Cohen, 2015), но тоа не значи дека овие возрасни не се соочуваат со бројни проблеми во нивното функционирање и личен живот. Во последните децении, сè повеќе

вакви луѓе се препознаваат, а со поголемата достапност на дијагноза, сè повеќе луѓе се дијагностицираат во зрелоста. Ова ја менува и перцепцијата и статистиката на просечната личност со аутистичен спектар на нарушувања (Lai et al., 2020).

Возрасните кои бараат прва дијагноза за аутизам генерално немаат интелектуални попреченост и често имаат коморбидни психијатриски нарушувања (Brugha et al., 2011). Важно е да се напомене дека процентот на формални дијагнози кај возрасни кои се јавуваат во специјализирани клиники е помал отколку кај децата. Ова веројатно е затоа што оние со најтешки симптоми на аутизам веќе се дијагностицирани (Lever & Geurts, 2016). Кратките скали за самопријавување немаат специфичност, но верзиите на ADOS, 3Di и SRS се погодни за возрасни кои зборуваат вербално (Happé et al., 2016). Општите психијатриски инструменти се исто така корисни, а се собира и развојна историја од членовите на семејството (со согласност на испитаниците), како и проценка на општите когнитивни способности, вклучувајќи вербален и невербален коефициент на интелигенција (Lord et al., 2020). Постои загриженост дека жените често се недодијагностицирани или се дијагностицираат доцна поради верувањето дека аутизмот е првенствено машко нарушување. Исто така, поради маскирање на симптомите преку социјални вештини специфични за полот (Lai et al., 2015). Поврзаните тешкотии како што се депресијата или тешката анксиозност можат да предизвикаат исто толку големи тешкотии во функционирањето како и самите симптоми на аутизмот (Хирвикоски и Бломквист, 2015). Всушност, многу поединци од аутистичната заедница и експерти веруваат дека поврзаните тешкотии се вистинскиот проблем и дека самите аутистични специфичности не се проблем, особено ако се пронајдат соодветни адаптации за нив (Милтон, 2012).

Предвидувачи на текот и исходот

Исходите кај лицата со аутистичен спектар на нарушувања варираат во голема мера, од оние кои остануваат невербални до оние кои можат да функционираат и да живеат самостојно без прекумерни симптоми. Ова создава неизвесност кај семејствата и притисок врз родителите да користат секаков вид интервенција (Howlin & Magiati, 2017). Дијагнозите може да се постават уште на 15 до 24 месеци во некои случаи, но овие рани дијагнози бараат и

внимателно следење (Lord et al., 2020). Најголем напредок што може да се види дури и во зрелоста го постигнуваат децата кои покажале напредок во развојот на јазикот до тригодишна возраст, а исто така имаат барем просечни невербални вештини (Anderson et al., 2007). Промените во јазикот по петгодишна возраст се генерално линеарни, додека пред таа возраст се можни нагли промени, дозволувајќи им на некои да ги стигнат своите врсници (Pickles et al., 2014). Децата кои не успеваат да го стигнат тоа најчесто ќе имаат интелектуална попреченост (Magiati et al., 2014).

Пријателствата и вклученоста на врсниците, честопати поттикнати од интегрираните училишни програми до 9-годишна возраст, предвидуваат подобри исходи во зрелоста, вклучувајќи поголема независност и намалени симптоми (Meyer et al., 2018). Истото важи и за подобро развиените адаптивни вештини (Kanne et al., 2011). Лонгитудиналните студии покажуваат дека вклученоста на родителите во раната интервенција кај деца на возраст од 2 до 3 години постојано предвидува попозитивни исходи во зрелоста, повисок коефициент на интелигенција, подобри постигнувања и адаптивни вештини. Ова се забележува и кај когнитивно оштетени и кај поспособни млади возрасни лица. Поспособните поединци имаат поголема веројатност да бидат целосно независни (Estes et al., 2015). Сепак, ова може да ја одразува и родителската мотивација и ресурси, како и самата терапија (Howlin, 2013).

Описна епидемиологија

Според извештај нарачан од Светската здравствена организација во 2012 година, глобалната преваленца на аутизмот била приближно 1% (Светска здравствена организација, 2013). Поновите истражувања ја проценуваат преваленцата на околу 1,5% во развиените земји (Maenner et al., 2020). Зголемувањето на проценетата преваленца во Соединетите Американски Држави во последните децении сега во голема мера се стабилизира и веројатно во голема мера се објаснува со зголемената свест, како и со повеќе достапни услуги, промени во дијагностиката и дијагностичките критериуми (Hansen et al., 2015).

Спроведени се само две ригорозни епидемиолошки студии за аутизмот во зрелоста, обете во Велика Британија, кои исто така проценуваат преваленца од околу 1%. Многу возрасни никогаш не добиле формална дијагноза (Brugha et al., 2011).

Генетика

Во текот на изминатата деценија, истражувањата се префрлија од општ концепт на генетски ризик кон подетална студија за големиот број хетерогени, индивидуални генетски варијанти поврзани со ризикот од аутизам (Geschwind & State, 2015). Промената на дефинициите за аутизам доведе до варијации во стапките на дијагностицирање во студиите за близнаци и семејства. Мета-анализа објавена во 2016 година покажа дека 74–93% од ризикот за аутизам е наследен, иако и негенетските фактори се важни (Tick et al., 2016).

Студиите за браќа и сестри покажуваат дека аутизмот се јавува кај 7–20% од помладите деца во семејства каде што на постаро дете му е дијагностициран аутизам. Ризикот се зголемува и кај децата кои имаат двајца постари браќа и сестри со аутизам (Ozonoff et al., 2011). Ризикот е 3–4 пати поголем кај момчињата отколку кај девојчињата (Werling & Geschwind, 2013).

Генетскиот ризик за аутизам се базира на комплексно наследување со комбиниран придонес на вообичаени варијанти кои поединечно носат мал ризик и ретки варијанти со поголем ефект, но сепак не се детерминистички (Gaugler et al., 2014).

Невробиологија

Во областа на невробиологијата, нарушувањето од аутистичниот спектар повеќе не се смета за локализирано оштетување во специфичен регион или систем на мозокот. Се смета за состојба што е резултат на реорганизација на целиот мозок што започнува рано во развојот (Ecker & Murphy, 2014). Едно од најдоследно потврдените наоди е моделот на прекумерен раст на волуменот на мозокот во доенчеството и раното детство. Ова е документирано со разлики во волуменот на мозокот во студиите за невровизуелизација (Courchesne et al., 2011). Во споредба со децата со типичен развој, децата со нарушување од аутистичниот спектар покажуваат забрзан развој на мозокот во раниот живот, што резултира со изменета поврзаност на мозокот (Shen & Piven, 2017).

Поврзаноста е широк термин што опфаќа физички врски помеѓу различни мозочни региони, како и корелации или причинско-последични интеракции во нивната активност. Наодите се во голема мера конзистентни, покажувајќи модел на глобално намалена мозочна поврзаност што се манифестира заедно со локално зголемена поврзаност во рамките на специфични региони, често во фронталните и окципиталните региони (Uddin et al., 2013). Бидејќи основните клеточни механизми што лежат во основата на овие невронски модели во раниот развој сè уште не се целосно разбрани, не наоѓаме силни докази за тоа како изменетата поврзаност различно влијае на поединечните мозочни региони или мерки како што се волуменот на сивата и белата материја, дебелината на кортикалот или кортикалното брчки (Maximo et al., 2014).

Истражувањата за изменетиот развој и функција на мозокот дополнително фрлија светлина врз разликите во чувствителноста на животната средина и специфичните стилови на учење. Овие фактори водат до реорганизација на мозокот за време на развојот и резултираат со хетерогени возрасни профили кај лица со нарушување на аутистичниот спектар (Dinstein et al., 2015). Суптилни промени во повеќе мозочни системи одговорни за социјалните и механизмите на внимание се забележуваат дури и пред појавата на очигледни симптоми на однесување (Elsabbagh & Johnson, 2016). Кај некои лица, овие промени остануваат стабилни во зрелоста, но поединците развиваат адаптивни и компензаторни стратегии за справување со предизвиците (Hull et al., 2017).

Невробиолошки и сензорни специфичности

Аутистичниот спектар на нарушувања клинички се дефинира со тешкотии во комуникацијата, социјалната интеракција и ограничената флексибилност во однесувањето (Американска психијатриска асоцијација, 2013). Постојат силни докази дека „аутистичниот мозок“ е функционално и структурно различен од мозокот на типично развиените лица (Екер и Марфи, 2014), и постои широк спектар на фенотипски варијации што ги вклучува когнитивните способности, како и стапката на развој на јазикот и присуството на коморбидни состојби како што се епилепсија, како и нарушување на хиперактивноста и дефицитот на вниманието (Лаи и др., 2014).

Една од најчестите карактеристики на лицата со нарушување на аутистичниот спектар, без оглед на нивното ниво на функционирање, се атипичните бихејвиорални одговори на сензорни стимули. Истражувањата покажуваат дека повеќе од 96% од децата со аутизам покажуваат хипер- или хипосензитивност во повеќе сензорни области, вклучувајќи ги вестибуларниот, соматосензорниот, визуелниот, аудитивниот, олфакторниот и густаторниот систем (Ben-Sasson et al., 2009; Tavassoli et al., 2014). Атипичната сензорна обработка се смета за една од основните карактеристики на аутизмот бидејќи може да го наруши развојот и да влијае на интеракцијата со околината (Robertson & Baron-Cohen, 2017). Сепак, невробиолошката основа на сензорната атипичност останува слабо разбрана. Сензорните разлики се движат од благи до многу изразени, додека функционалните тешкотии често перзистираат во текот на целиот живот (Leekam et al., 2007). Раната сензорна атипија може да се интензивира со текот на времето, создавајќи развоен модел што води до трајни тешкотии во функционирањето (Tomchek & Dunn, 2007).

Теоријата за сензорна интеграција е развиена од д-р А. Џин Ајрес, ерготерапевт и невропсихолог, кој развил концепт и интервенција за да им помогне на децата со тешкотии во учењето и однесувањето (Ајрес, 1972/2005). Оваа теорија нагласува дека различните сензорни системи ја обезбедуваат основата за адаптивно однесување, што вклучува перцепција, организација и толкување на информациите што доаѓаат преку сензорни системи како што се вкус, допир, мирис, вид, слух и вестибуларниот систем, кои го поддржуваат движењето и развојот. Ајрес поставил хипотеза дека лицата со нарушувања од аутистичниот спектар често имаат тешкотии при регистрирање и модулирање на сензорни стимули (Ајрес, 2005).

Атипична сензорна обработка кај нарушувања на аутистичниот спектар

Според *Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални нарушувања, Петта ревизија (DSM-5)* , и хипер- и хипо-сензорната реактивност се вклучени во дијагностичките критериуми за нарушување на аутистичниот спектар (Американска психијатриска асоцијација, 2013). Сепак, овие карактеристики се манифестираат различно кај лицата со аутизам, на пример, некои деца и возрасни може да се однесуваат несвесно за одредени

аудитивни, визуелни или тактилни стимули (*хипо-реактивност*), додека кај други е забележано дека целосно ги избегнуваат истите стимули (*хипер-реактивност*) (Baranek et al., 2006; Ben-Sasson et al., 2009).

2.1.1. Вестибуларен систем

Вестибуларниот систем игра клучна улога во функцијата и однесувањето на мозокот. Истражувањата покажуваат дека е поврзан со многу мозочни региони кои ја регулираат будноста, одржуваат статичка и динамичка постурална контрола, рамнотежа и реакции на промени во положбата на телото, билатерална координација, стабилно видно поле и просторна перцепција на движењето на телото (Foss-Feig et al., 2012). На пример, брзото или ротационото движење на телото низ просторот е поврзано со зголемени нивоа на будност и подобрени автономни реакции (Ghanizadeh, 2011).

2.1.2. Соматосензорен систем

Соматосензорниот систем вклучува допир и проприоцепција. Допирот е еден од фундаменталните начини на кои луѓето комуницираат со околината. Проприоцепцијата е сетило кое ни овозможува да ја согледаме положбата и движењето на сопственото тело. Кај лица со аутистичен спектар на нарушувања се забележани и хиперреактивност и хипореактивност на тактилни стимули, при што реакциите варираат во зависност од видот и контекстот на стимулот (Cascio et al., 2008). Типично, се забележуваат тешкотии во препознавањето на тактилните сигнали, како и намалена способност за навикнување на повторувачки стимули (Puts et al., 2014).

2.1.3. Визуелен систем

Лицата со аутизам често покажуваат атипично визуелно однесување. Ова се рефлектира во избегнување на светлосни стимули (на пр. покривање на очите на силна светлина) или барање интензивни визуелни искуства (на пр. продолжено гледање во сончева светлина)

(Simmons et al., 2009). Се смета дека овие однесувања се резултат на атипична визуелна обработка и перцепција, што вклучува чувствителност на контраст и препознавање на граници и перцепција на бои (Robertson & Baron-Cohen, 2017). Визуелните тешкотии почесто се забележуваат во динамични задачи каде што е потребно брзо да се обработуваат визуелни информации (Kéïta et al., 2010).

Аудитивен систем

Лицата со аутизам често имаат намалена реактивност на звучни стимули (недостаток на ориентација кон звук), како и зголемена реактивност (прекумерна чувствителност на ненадејни гласни звуци). Типични карактеристики вклучуваат зголемена перцепција на висината на тонот, тешкотии при препознавање на прозодијата и тешкотии при раздвојување на различните аудитивни струи (О'Конор, 2012; Самсон и др., 2006).

Олфакторен и густаторен систем

Има помалку истражувања за мирисот и вкусот кај лица со аутистичен спектар на нарушувања. Општо се верува дека постои хипер- и хипореактивност во сетилата поврзани со хемиски стимули од животната средина (Suzuki et al., 2003). Наодите за олфакторната дисфункција се хетерогени, делумно поради сложеноста на самото нарушување, различните методи на тестирање и бројните фактори што можат да влијаат на резултатите (Dudova et al., 2011).

Невропластичност и сензорна интеграција

Невронаучните истражувања покажуваат дека човечкиот мозок може да се преобликува како одговор на искуството. Искуственото учење е континуиран процес на создавање и организирање на невронски врски, а обезбедувањето нови и збогатувачки искуства може да доведе до промени во мозокот. Тие вклучуваат зголемена густина на сивата материја, раст на крвните садови, зголемен волумен на глијалните клетки и неврогенеза (Kolb & Gibb,

2014). Студиите на животински модели, исто така, потврдија дека збогатените средини промовираат промени во структурата и функцијата на мозокот (van Praag et al., 2000).

На најосновно ниво, се смета дека разликите во сензорната обработка кај лицата со нарушување на аутистичниот спектар се резултат на атипични сензорни сигнали што стигнуваат до мозокот (Marco et al., 2011). Сè повеќе истражувања укажуваат на структурни и функционални разлики во сензорните кортекси, како и нарушенија во поврзаноста помеѓу сензорните области и другите мозочни мрежи (Uddin et al., 2013).

На пример, студиите покажаа:

- зголемен волумен на сива материја и намален интегритет на белата материја во примарниот и секундарниот соматосензорен кортекс (Mueller et al., 2013);
- зголемена реактивност на стимули со низок интензитет со истовремено намалена реактивност на стимули со висок интензитет (Green et al., 2015);
- изменета функционална поврзаност помеѓу сензорната област за обработка и лимбичкиот систем што ги регулира емоционалните реакции (Zikopoulos & Barbas, 2013).

Овие невролошки разлики можат да доведат до типична „хипер“ или „хипо“ чувствителност кај луѓето со аутизам, каде што некои стимули изгледаат претерани, додека други воопшто не се регистрираат.

Нарушувања во мултисензорната интеграција

Покрај атипичните индивидуални сензорни стимули, истражувањата укажуваат и на тешкотии во мултисензорната интеграција. Мултисензорната интеграција се однесува на способноста на мозокот истовремено да интегрира информации од повеќе сензорни модалитети (Stevenson et al., 2014). Студиите за невровизуелизација покажаа намалена функционална поврзаност помеѓу асоцијативните сензорни кортекси кои ги интегрираат аудиовизуелните, соматосензорните и другите мултисензорни сигнали (Wallace & Stevenson, 2014). Таквата фрагментирана обработка на сензорни информации може да придонесе за

тешкотии во сензорната обработка и преосетливост кај аутизмот, а степенот на нарушување на мултисензорната интеграција е поврзан со сериозноста на индивидуалните симптоми на аутизам. Таквата нарушена обработка на информации се манифестира и во предизвици во социјалната комуникација и ригидноста во однесувањето (Baum et al., 2015), што укажува на комплексна двонасочна врска помеѓу сензорната обработка и другите клучни карактеристики на нарушувањето.

Влијанието на невромодулаторните нерамнотежи

Причината за разликите во сензорната обработка кај аутизмот може да се најде во дисбалансот на невротрансмитерите и невромодулаторите кои ги регулираат сензорните функции. Забележано е дека луѓето со аутизам често имаат:

- атипични нивоа на GABA, клучен инхибиторен невротрансмитер кој учествува во „филтрирање“ на сензорните стимули (Puts et al., 2017);
- нарушувања во ендоканабиноидниот систем, кој игра важна улога во сензорната обработка и интеграција (Földy et al., 2013);
- нерамнотежа на норадреналинот и серотонинот, невромодулатори кои влијаат на возбудата, вниманието и филтрирањето на стимулите (Zikopoulos & Barbas, 2013).

Овие неврохемиски разлики можат да придонесат за хипер- и хипосензитивност и предизвици во сензорната адаптација и навикнување кои често се присутни кај лица со аутистичен спектар на нарушувања (Robertson & Baron-Cohen, 2017).

Социјални тешкотии кај лицата со аутизам

Лицата со аутистичен спектар на нарушувања честопати се соочуваат со уникатни предизвици во социјалните интеракции, првенствено поради разликите во социјалната комуникација и ограниченият опсег на социјални вештини (Американска психијатриска асоцијација, 2013).

2.1.4. Разлики во социјалната комуникација

Аутизмот се карактеризира со тешкотии во социјалната комуникација што ги разликуваат луѓето во аутистичниот спектар од невротипската популација (Tager-Flusberg, 2010). Луѓето со аутизам можат да имаат тешкотии во вербалните и невербалните аспекти на комуникацијата, што им го отежнува ефикасното учество во интеракциите и често води до недоразбирања или погрешни толкувања.

- **Вербална комуникација:** Тешкотии при започнување и одржување разговори и тенденција за буквално толкување на јазикот (Волден и Филипс, 2010).
- **Невербална комуникација:** Тешкотии во разбирањето на говорот на телото и изразите на лицето, како и интонацијата на гласот, кои обично се клучни елементи на социјалната интеракција (Фасо и др., 2014).

Разбирањето на овие разлики е клучно за создавање средини што го поддржуваат уникатниот стил на комуникација на лицата со аутизам и поттикнуваат ефикасна комуникација.

Ефекти од ограничени социјални вештини

Ограничените социјални вештини имаат силно влијание врз секојдневниот живот на лицата со аутизам, како и врз нивното ментално здравје. Овие тешкотии водат до тешкотии во справувањето со социјалните ситуации, чувство на осаменост и емоционални предизвици (Мазурек, 2014). Истражувањата покажуваат поврзаност помеѓу проблемите со социјалните вештини и зголемениот ризик од депресија кај младите луѓе со аутизам. Затоа, се нагласува важноста на навремената работа на развојот на социјалните компетенции и обезбедувањето соодветна поддршка (Хедли и Уљаревиќ, 2018).

Свеста за тоа како ограничените социјални вештини влијаат врз животот на лицата со аутистичен спектар е клучна за развој на соодветни интервенции и системи за поддршка.

Целта на ваквите пристапи е да помогнат во развојот на стратегии за социјална комуникација, со што се развива капацитетот и квалитетот на социјалните интеракции, што пак влијае на целокупниот квалитет на живот на лицата во аутистичниот спектар (Müller, Schuler, & Yates, 2008).

Вербална и невербална комуникација

Една од главните карактеристики на аутизмот се предизвиците во вербалната и невербалната комуникација. Лицата со аутизам често имаат тешкотии и во изразувањето и во разбирањето на јазикот, односно во толкувањето, што им го отежнува ефикасното пренесување на мислите и разбирањето на пораките на другите луѓе (Tager-Flusberg, Paul, & Lord, 2005). Оваа разлика претставува значајна пречка во започнувањето и одржувањето на разговор, како и во изразувањето на емоциите и вклопувањето во општествените норми на комуникација.

- **Тешкотиите во изразувањето на мислите и емоциите** го отежнуваат емоционалното поврзување и воспоставувањето социјални односи (Capps et al., 1992).
- **Тешкотиите во разбирањето на сарказмот, иронијата или фигуративниот јазик** водат до погрешни толкувања на социјалните сигнали и потенцијална изолација (Happé, 1995).
- **Ограниченият контакт со очите и изразите на лицето** ја намалуваат ефикасноста на невербалната комуникација и го отежнуваат препознавањето на емоциите на другите луѓе (Фолкмар и Клин, 2000).

1.2. Неврофизиолошки основи на регулацијата: Поливагална теорија и автономниот нервен систем

2.1.5. Дисрегулација и сензорно преоптоварување

Повеќето луѓе со аутизам доживуваат одреден степен на сензорна чувствителност, што може да значи дека се премногу чувствителни на одредени стимули (*хиперсензитивност*) или помалку реагираат од вообичаеното (*хипосензитивност*) (Robertson & Baron-Cohen, 2017). На пример, лице со зголемена чувствителност на слухот може да ги доживува секојдневните звуци како болно гласни, што неизбежно води до сензорно преоптоварување и неможност за регулирање на нервниот систем (Khalfa et al., 2004).

Сензорната дисрегулација е главен извор на вознемиреност кај лицата со аутизам. Може да предизвика високо ниво на анксиозност, што го отежнува процесирањето на јазикот и разбирањето на емоциите (Green et al., 2015). Сензорното преоптоварување води до предизвикувачко однесување (Lidstone et al., 2014), особено кога е често и постојано. Кога мирисите, звуците и светлата стануваат иритирачки или болни, се губи способноста за смирување и регулирање, а се губи и способноста за поврзување и комуникација, како и когнитивната функција.

2.1.6. Разбирање на сетилата

Покрај петте основни сетила (вид, слух, вкус, допир и мирис), постојат неколку дополнителни сетила кои играат важна улога, кои кај невротипичните лица се интегрирани во автоматско, несвесно функционирање, додека кај аутистичните лица овие сетила често функционираат атипично, на пример хипер- или хипоактивно или не се поврзани со други сетила и нема когнитивно разбирање на сигналите. Препознавањето и вклучувањето активности што ги стимулираат овие сетила може значително да го подобри квалитетот на животот и квалитетот на терапевтската поддршка за аутистичните лица (Schaaf & Lane, 2015).

- **Проприоцепција:** чувство за положбата на сопственото тело во просторот; ни овозможува да знаеме каде се нашите екстремитети без да гледаме и е стимулирано со движење, истегнување и длабок притисок, како што е прегратка (Blanche et al., 2012);

- **Вестибуларно сетило:** чувство за рамнотежа; ни помага да се движиме без паѓање или судир со предмети, во соработка со проприоцепцијата (Ayres, 2005);
- **Интероцепција:** внатрешно чувство; ни овозможува да препознаеме состојби во телото, како што се глад, замор, гадење или потреба за одење во тоалет (Craig, 2002);
- **Ноцицепција:** чувство на болка; ни сигнализира на потенцијална штета како што се посекотини, изгореници или мускулни истегнувања (Williams & Craig, 2016);
- **Термоцепција:** чувството за температура; ни помага да препознаеме дали сме прегреани или ни е ладно (Морисон и Накамура, 2019).

Преосетливост и хипосензитивност

Лицата со аутизам можат да бидат и сензорни избегнувачи (*хиперсензитивни*) и сензорни трагачи (*хипосензитивни*). Овие реакции можат да се менуваат со текот на времето или дури и во рок од еден ден (Baranek et al., 2006; Ben-Sasson et al., 2009) во зависност од ситуациите и видовите стимули.

2.1.7. Сензорните избегнувачи (хиперсензитивни лица) може да:

- имаат тешкотии да толерираат одредени ткаенини или етикети на облеката и бараат многу меки материјали (Tomchek & Dunn, 2007);
- претпочитајте блага храна и избегнувајте интензивни вкусови (Cermak et al., 2010);
- не сакаат физички контакт и прегратки (Schoen et al., 2009);
- имаат тешкотии да толерираат бучни или светли средини (Khalfa et al., 2004);
- да бидат исклучително чувствителни на светлина и звук (Робертсон и Барон-Коен, 2017);

- имаат тешкотии со храна со различни текстури или миење на забите поради орална чувствителност (Lane et al., 2010) или потреба за предвидливост;
- претерано реагираат на болка или промени во температурата (Cascio et al., 2008);
- претерано претпазливост од страв од паѓање (Jasmin et al., 2009);
- чувствуваат вознемиреност поради страв од сензорно преоптоварување (Green et al., 2012);
- имаат тешкотии да спијат во стимулативна средина (Mazurek & Petroski, 2015).

2.1.8. Сензорните трагачи (хипосензитивни) можат:

- покажуваат мал или никаков одговор на болка и екстремни температури, на пример, не носат јакна во зима (Cascio et al., 2008);
- нереагирање на гласни звуци и уживање во трепкачки светла или огномет (О'Конор, 2012);
- барајте крцкави текстури и силни, зачинети вкусови во храната (Cermak et al., 2010);
- љубовно движење – нишање, скокање, возење на вртелешки (Шаф и Лејн, 2015);
- удирање мебел или ѕидови за да се добие посилна сензорна стимулација, понекогаш кршење предмети (Baranek et al., 2006);
- побарајте силни прегратки, масажи или триење на грбот (Blanche et al., 2012);
- одење на прсти за дополнително сензорно искуство (Fournier et al., 2010);
- уживаат во истражување на различни текстури, како што се песок, ориз или играње со неуредни материјали (Tomchek & Dunn, 2007).

Со разбирање на овие обрасци и прилагодување на околината, можно е значително да се намали сензорното преоптоварување и да се обезбедат потребните обрасци на стимулација, што може да им помогне на луѓето со аутизам со подобра емоционална и бихејвиорална регулација (Schaaf et al., 2011).

Повеќето лица имаат комбинација од преосетливост и хипосензитивност на специфични стимули (Leekam et al., 2007).

Како изгледаат сензорните тешкотии одвнатре

Многу луѓе со аутизам го користат *стимулацијата* како форма на сензорна стимулација за да помогнат во одржувањето на рамнотежата во нивниот сензорен систем. Повторувачките движења, звуците или движењата со мали прсти им помагаат на луѓето со аутизам да го регулираат својот нервен систем и да останат смирени. *Стимулацијата* служи за ублажување на стресот или блокирање на непријатните сензорни информации (Kapp et al., 2019).

Сепак, постојаното движење понекогаш може да се чувствува несоодветно или нарушувачко во одредени средини, како што е работното место, а лицата со аутизам често се навикнати да мора да го потиснуваат своето *стимулирање* (Boyd et al., 2012). Кога ова ќе се случи, им станува сè потешко да се саморегулираат, што доведува до сензорно преоптоварување, како и до исцрпеност или прегорување (Raymaker et al., 2020).

Сензорното преоптоварување се јавува кога интензивните сензорни стимули ја преоптоваруваат способноста на лицето да се справи со нив. Може да биде предизвикано од еден единствен настан, како што е ненадеен гласен шум, или може да се акумулира со текот на времето поради постојаниот напор потребен за справување со сензорната чувствителност во секојдневниот живот (Robertson, 2010). Сензорното преоптоварување може да се доживее како интензивна вознемиреност, интензивна физичка непријатност и потреба за бегство, т.е. оддалечување од изворот на непријатност, или како неможност за комуникација (García-Villamisar & Rojahn, 2015).

Кога мозокот мора да ги фокусира сите свои ресурси на сензорна обработка, може да ги исклучи другите функции како што се говорот, донесувањето одлуки и обработката на информации (Богдашина, 2016).

Адаптации за сензорни тешкотии

Разбирањето и прилагодувањето на сензорните потреби може да го намали стресот и да го зголеми капацитетот на лицата со аутизам да учат, да се дружат, да комуницираат и да учествуваат во заедницата (Ashburner et al., 2014). Прилагодувањата може да вклучуваат промени во околината, употреба на помагала и сензорни алатки или создавање нови навики и рутини. Бидејќи сензорните потреби зависат од околината, прилагодувањата треба да бидат прилагодени на специфични ситуации (Schaaf & Lane, 2015).

2.1.9. Примери за прилагодувања за преосетливост:

- користење светли сенки, очила за сонце или капи под флуоресцентни светла (Kinnealey et al., 2012);
- користење чепчиња за уши или слушалки во бучни средини (Crane et al., 2009);
- работа или учење во простори со затворени врати или високи прегради (Ashburner et al., 2008);
- избегнување на производи со силни мириси (Leekam et al., 2007);
- избор на храна што не предизвикува непријатност поради текстурата, температурата или зачинот (Cermak et al., 2010);
- носење мека и удобна облека (Schoen et al., 2009);
- прилагодување на распоредот за да се избегнат гужви (Робертсон и Симонс, 2015).

2.1.10. Примери за прилагодувања за хипосензитивност:

- визуелни помагала за луѓе кои имаат тешкотии со обработка на вербални информации (Детмер и др., 2000);
- користење на играчки *за џвакање* , предмети за џвакање и други сензорни алатки (Case-Smith et al., 2015);

- распоред на мебел што овозможува безбедни, отворени простори (Tomchek & Koenig, 2016);
- чести паузи за движење во текот на денот (Schaaf et al., 2011);
- консумирање храна со силни вкусови или мешани текстури (Cermak et al., 2010);
- користење на ќебиња со тежина, перници за скут или облека што обезбедува длабок притисок (Gee et al., 2010).

Современите истражувања за траумата сè повеќе потврдуваат дека телото и психата функционираат заедно и дека всушност не можат да се гледаат одделно. Денес, благодарение на развојот на невронауката, имаме подобар увид во тоа како реагира автономниот нервен систем кога ќе се појави закана, овие реакции се случуваат автоматски и надвор од нашата волја и затоа оставаат трага врз емоциите и однесувањето. Тие често одредуваат колку сме способни да градиме или одржуваме односи со другите (ван дер Колк, 2014).

Еден важен модел за објаснување на овие процеси е Поливагалната теорија на Стивен Поргес. Основната идеја на овој модел не е дека автономниот нервен систем работи само во две опции (симпатичен или парасимпатичен), туку дека е посложен. Тој е хиерархиски организиран во три нивоа на еволутивно обликувани одговори: вентралниот вагус е поврзан со чувство на сигурност и социјална поврзаност, симпатичкиот систем предизвикува борба или бегство, а дорзалниот вагус води до имобилизација или замрзнување (Porges, 2011; Porges, 2017). Секоја од овие гранки е поврзана со специфичен модел на однесување и зависи од тоа дали лицето ја перцепира околината како безбедна или заканувачка.

Концептот *на прозорец на толеранција* ја опишува оптималната состојба на автономна регулација во која лицето може ефикасно да обработува информации, да ги регулира емоциите и да одржува функционални меѓучовечки односи (Siegel, 1999). Хроничниот стрес и траумата го стеснуваат тој прозорец, зголемувајќи ја тенденцијата кон дисрегулација. Спротивно на тоа, безбедните односи и соматските пристапи можат да придонесат за проширување на прозорецот на толеранција (Ogden et al., 2006).

Кога некое лице ќе излезе надвор од сопствениот прозорец на толеранција, се активира симпатичкиот систем (состојба на хипервозбуденост или реакција на „бори се или бегај“) или дорзалниот вагус (состојба на хиповозбуденост што се манифестира како замрзнување, дисконекција, дисоцијација) (Porges, 2011). Реакциите се случуваат автоматски и без свесен увид, а предизвикувачите не се нужно објективно опасни, туку субјективно поврзани со минатите трауматски искуства (Schauer & Elbert, 2010).

Вентралниот вагус игра посебна улога во теоријата на Поржес. Тој е еволутивно најмладиот дел од парасимпатичкиот систем и е поврзан со состојба на безбедност, поврзаност и корегулација. Кога е активиран, лицето може да покаже емоционално присуство, да ги регулира импулсите и да воспостави емпатичен контакт (Дана, 2018). Една од главните способности на нервниот систем во врските е корегулацијата, процес во кој стабилноста на еден нервен систем му помага на друг нервен систем. Таквиот однос природно се јавува во односот мајка-дете, а е можен и во односот терапевт-клиент. Разбирањето на вентралниот вагус е особено важно кога се работи со луѓе кои доживеале развојна, релациона или комплексна траума (Огден и Фишер, 2015).

Поливагалната теорија, исто така, ја нагласува важноста на невербалните знаци за безбедност, како што се тонот на гласот, контактот со очите, изразот на лицето или држењето на телото. Овие знаци создаваат чувство на емоционална безбедност или закана и се обработуваат под нивото на свесна контрола, со што силно го обликуваат начинот на кој лицето доживува социјална ситуација (Porges, 2017).

Разбирањето на овие автономни процеси овозможува подлабок увид во внатрешната состојба и однесувањето на клиентот, а е особено важно во работата со лица од аутистичниот спектар кои често имаат изменети модели на сензорна обработка, кои влијаат на функционирањето на автономниот нервен систем и тешкотии во регулирањето на афектот (Neufeld & Hagel, 2021). Вклучувањето на соматски методи кои го таргетираат вентралниот вагус, како што се безбеден контакт, бавно дишење или гласовна работа, може да помогне во развојот на капацитетите за саморегулација (Dana, 2021).

Поливагална теорија и автономниот нервен систем

Поливагалната теорија претпоставува дека нервниот систем има три различни гранки и дека секоја од нив е одговорна за специфични физиолошки и бихејвиорални реакции (Porges, 2011; Porges, 2017).

1. **Симпатичен нервен систем (СНС)** – го активира одговорот *„бори се или бегај“* . Се активира кога ќе почувствуваме закана и го подготвува телото да одговори со зголемување на срцевиот ритам, крвниот притисок и дишењето (McEwen, 2007).
2. **Парасимпатичен нервен систем (ПНС)** – поврзан со *одморот и одговорот на варењето* . Потоа телото се враќа во состојба на закрепнување и регенерација, а пулсот, крвниот притисок и респираторната фреквенција се намалуваат (Тејер и Лејн, 2000).
3. **Систем за социјално ангажирање (ССА)** – одговорен за нашата способност да се поврзуваме со другите на безбеден и значаен начин. Се активира кога се чувствуваме смирени и заштитени, овозможувајќи ни да формираме врски и да учествуваме во социјални интеракции (Porges, 2011).

Поливагалната теорија нагласува дека нервниот систем реагира според тоа како (несвесно) ја доживуваме ситуацијата и нивото на безбедност. Кога постои чувство на заштита и сигурност, се активира системот за социјално ангажирање (вентрален вагус), па затоа сме во можност да комуницираме и да градиме односи; ако доживееме закана, се активира симпатичкиот систем и влегуваме во состојба на борба или бегство; а кога се чувствуваме преоптоварени или беспомошни, се активира парасимпатичкиот систем (дорзален вагус) и влегуваме во состојба на имобилизација (Дана, 2018).

Симпатичен нервен систем (СНС)

Функција

- Активирањето на СНС доведува до состојба на зголемена активност и зголемено внимание, што е познато како одговор на „ бори се или бегај“ . Ова резултира со зголемен крвен притисок и срцев ритам, разградување на гликогенот и престанок на дигестивната перисталтика (Bear et al., 2016);

- СНС ги инервира речиси сите ткива во телото;
- регулација на крвните садови: повеќето крвни садови постојано примаат симпатички сигнали и кога тие се зголемуваат, се јавува вазоконстрикција. Исклучок се коронарните садови и оние што ги снабдуваат скелетните мускули и надворешните гениталии, каде што се јавува спротивен ефект (Widmaier et al., 2019);
- срцева функција: симпатичката активација го забрзува срцевиот ритам и ја зголемува контрактилната сила;
- респираторен циклус: СНС е постојано вклучен и учествува во нормалното дишење бидејќи за време на вдишувањето ги шири дишните патишта и на тој начин обезбедува доволен проток на воздух (Kandel et al., 2013);
- Имунолошки систем: СНС влијае на имунитетот преку инервација на органи како што се слезината, тимусот и лимфните јазли и може или да го засили или намали воспалителниот одговор (Еленков и др., 2000).

2.1.11. Структура и невротрансмисија

- **симпатичките неврони** имаат клеточни тела лоцирани во средните латерални колони (латерални рогови) на 'рбетниот мозок (T1–L2);
- **Пресинаптичките влакна** се обично пократки од постсинаптичките поради централната локација на симпатичките ганглии;
- **Паравертебралните ганглии** се наоѓаат по должината на симпатичкото стебло, веднаш до 'рбетот, каде што синапсираат пре- и постганглионските неврони;
- **Превертебралните ганглии** се поблиску до целните органи и се дел од нервните плексуси што ги опкружуваат гранките на аортата (на пр. целијачна, аортокоренална, горна и долна мезентерична ганглија) (Purves et al., 2018);

- **постганглионските симпатички неврони** ослободуваат **норадреналин (NE)** кој делува на адренергичните рецептори (алфа-1, алфа-2, бета-1, бета-2 или бета-3) во целното ткиво;
- Тие исто така ослободуваат еден или повеќе пептиди како што се **невропептид Y** или **соматостатин** , кои го модулираат одговорот на постсинаптичкиот неврон на примарниот невротрансмитер (Lundberg et al., 1990).

Парасимпатичен нервен систем (ПНС)

2.1.12. Функција

- **PNS ги поттикнува процесите на „одмор и варење“** ; срцевиот ритам и крвниот притисок се намалуваат, а гастроинтестиналната перисталтика и варењето се обновуваат (Widmaier et al., 2019);
- **Вагусниот нерв (CN X)** сочинува околу 75% од PNS и обезбедува парасимпатичка инервација на повеќето торакални и абдоминални органи, тој е одговорен за процесите на „одмор и варење“ (Bear et al., 2016);
- **срцева функција** : вагусниот нерв ја поттикнува срцевата релаксација, ја намалува контрактилноста на преткомората и првенствено ја намалува брзината на спроводливост низ атриовентрикуларниот јазол (Kandel et al., 2013);
- **варење** : парасимпатичките влакна во главата го стимулираат лачењето плунка, додека оние што синапсираат на ЕНС ја зголемуваат перисталтичката и секреторната активност на гастроинтестиналниот систем;
- **респираторен циклус** : парасимпатичките нерви дејствуваат за време на издишувањето со контракција и заострување на дишните патишта за да се спречи колапс (Purves et al., 2018);
- **„Систем за рано предупредување“** : Поради својата експанзивна природа, вагусниот нерв е опишан како идеален „систем за рано предупредување“ за странски

напаѓачи и за следење на закрепнувањето на телото. До 80% од вагусните влакна се сензорни и ги инервираат речиси сите главни органи (Porges, 2011).

2.1.13. Структура и невротрансмисија

- **Парасимпатичките влакна** го напуштаат ЦНС преку кранијалните нерви (CN III, VII, IX и X) и преку корените на нервите S2–S4;
- Постојат **четири пара парасимпатички ганглии** , сите лоцирани во главата;
- Понатаму, секое друго пресинаптичко парасимпатичко влакно синапсира во ганглион во близина или на ѕидот на целното ткиво; ова резултира со значително подолги пресинаптички влакна од постсинаптичките (Bear et al., 2016);
- **постганглионските парасимпатички неврони** ослободуваат **ACh** кој делува на мускаринските и никотинските рецептори (M1, M2, M3 и N1 и N2);
- пептиди како што се **вазоактивниот интестинален полипептид (VIP)** , **невропептид Y (NPY)** и **пептид поврзан со генот на калцитонин (CGRP)** (Kandel et al., 2013).

Ентеричен нервен систем (ЕНС)

2.1.14. Функција

- **ЕНС** е обемна, мрежеста структура која е способна да функционира независно од остатокот од нервниот систем (Furness, 2012);
- нејзината главна одговорност е регулирање на **дигестивните процеси;**
- се состои од рефлексни патишта кои ги контролираат дигестивните функции на мускулна контракција/релаксација, секреција/апсорпција и проток на крв;

- произведува **подвижност во гастроинтестиналниот тракт** преку рефлексно коло кое вклучува кружни и лонгитудинални мускули, предизвикувајќи перисталтика (Гершон, 1999).

2.1.15. Структура:

- се состои од **два ганглиски плексуса** : миентеричен (*Ауербахов*) и субмукозен (*Мајснеров*);
- Миентеричниот плексус се наоѓа помеѓу лонгитудиналните и кружните мазни мускули на гастроинтестиналниот тракт, додека субмукозниот плексус е присутен во субмукозата (Bear et al., 2016);
- Иако е независен, **ENS често прима влезни сигнали од SNS и PNS** и им дава повратни информации;
- Ентеричните неврони можат да бидат **биполарни, псевдоуниполарни и мултиполарни** , со невромодулација преку возбудлива и инхибиторна комуникација (Furness, 2006);
- Користи над **30 невротрансмитери** слични на оние во ЦНС, при што **холинергичните и нитрергичните трансмитери се** најчести (Gershon & Tack, 2007).

Аферентни влакна и клиничко значење

Аферентните влакна се вклучени во бројни рефлексни активности кои го регулираат срцевиот ритам, имунолошкиот систем и други функции (Bear et al., 2016). Повратните информации од автономниот нервен систем најчесто се обработуваат на потсвесно ниво, што резултира со рефлексни дејства во висцералните или соматските делови од телото. Свесните сензации од внатрешните органи обично се доживуваат како дифузна болка или грчеви, а овие сензации можат да бидат поврзани со глад и ситост или гадење (Janig, 2006).

Автономниот нервен систем, поради својата огромност, може да биде засегнат од широк спектар на состојби, вклучувајќи наследни болести како што се амилоидоза или Фабриева

болест, стекнати нарушувања како што се дијабетес мелитус и уремична невропатија, како и инфекции, автоимуни болести, невролошки нарушувања и неоплазми (Low, 1996; Freeman, 2005).

Автономната невропатија може да се појави во различни органски системи, а најчестата форма е ортостатска хипотензија, која се смета за автономна дисавтономија (Goldstein et al., 2002).

Симпатичкиот нервен систем, исто така, игра улога во ноцицепцијата (перцепција на болка), при што се претпоставува дека автономниот нервен систем има регулаторен инхибиторен ефект врз болката (Трејси, 2002).

Повеќето состојби поврзани со **ентеричниот нервен систем** се конгенитални по потекло и се манифестираат во раното детство, како што е **Хиршпрунговата болест** (Amiel et al., 2008).

Дел од автономниот нервен систем	Функција	Структура и невротрансмисија
Симпатичен нервен систем (СНС)	• Реакција на борба или бегство • Зголемува срцев ритам, крвен притисок • Го намалува варењето, ја зголемува гликозата во крвта • Учествува во имунолошката регулација и дишењето	• Т1–Л2 сегменти на 'рбетниот мозок • Паравертебрални и превертебрални ганглии • Пресинаптички ацетаминофен (ACh), постсинаптички NE • Адренергични рецептори (α1, α2, β1, β2, β3)
Парасимпатичен нервен систем (ПНС)	• Одмор и варење • Го намалува срцевиот ритам и крвниот притисок • Го зголемува варењето и перисталтиката • Го активира вагусниот нерв како	• Кранијални нерви III, VII, IX, X и сакрални S2–S4 • Пресинаптички влакна долги, постсинаптички кратки • Постганглионски ACh → мускарински и никотински рецептори

	„систем за рано предупредување“	• Пептиди: VIP, NPY, CGRP
Ентеричен нервен систем (ЕНС)	• Независно го регулира варењето на храната • Ја контролира перисталтиката, секрецијата, апсорпцијата и протокот на крв • Произведува подвижност преку рефлексни кола	• Миентеричен (Ауербах) и субмукозен (Мајснер) плексус • 30+ невротрансмитери, вклучувајќи ACh и NO • Функционира независно, но комуницира со СНС и ПНС

Аутизам, стрес и регулација

Лицата со аутизам често имаат она што го нарекуваме „поригиден нервен систем“ во споредба со невротипичните лица, што може да се манифестира, на пример, преку намалена варијабилност на срцевиот ритам (HRV). Таквата ригидност води до потесен *прозорец на толеранција* и послаб вагален тонус, што го олеснува влегувањето во состојба на дисрегулација, без разлика дали преку хипервигиланца, хиповигиланца или промена во овие состојби (Neuhaus et al., 2014).

Покрај тоа, лицата со аутизам често покажуваат засилен одговор на стрес со зголемено лачење на кортизол и адреналин и поголема активација на оската HPA (Corbett et al., 2009). Поради овие фактори, нервниот систем има тешкотии да се врати во регулирана состојба и честопати бара дополнително време, напор и поддршка за да го постигне ова (Taylor & Corbett, 2014).

Кај аутистичните лица, хипер или хипоаурозалноста често е резултат на сензорна преосетливост или други специфични потреби (Robertson & Baron-Cohen, 2017), а историјата на траума дополнително ги засилува сензорните предизвици, тешкотиите во извршните функции и проблемите во социјалната комуникација (Kerns et al., 2015). Важно е да се запомни дека социјалната комуникација не функционира за никого надвор од нивниот *прозорец на толеранција* (Siegel, 1999). Комбинацијата од траума и невродивергенција силно влијае на помал или помалку флексибилен прозорец на толеранција (Ogden & Fisher, 2015).

Соматска дисоцијација и емоционална дисрегулација

Во последниве години, се зголемува бројот на литература и дискусии за сензорните разлики кај луѓето со аутизам. Знаеме дека некои стимули се интензивно непријатни или дури и болни, а аутистичните лица генерално имаат тешкотии при обработка на повеќе сетила истовремено. Некои луѓе, од друга страна, се привлечени од одредени стимули и постојано ги бараат од задоволство или затоа што едноставно се фасцинирани од нив (Robertson & Baron-Cohen, 2017).

Постои причина да се верува дека дисоцијацијата е честа појава кај развојните нарушувања, особено кај аутизмот (Daniels et al., 2018), бидејќи факторите на ризик како што се траума или анксиозност се почести кај аутистичните лица, што може да го објасни поголемиот број на дисоцијативни искуства (Kerns et al., 2015). Многу возрасни лица со аутизам споделуваат информации за своите искуства со дисоцијација на форуми, блогови и социјални медиуми, дополнително потврдувајќи го она што веќе го кажуваат истражувањата (Raymaker et al., 2020). Ова знаење може да биде многу важно за подобро разбирање на симптомите и за тоа како да се развијат стратегии што помагаат во секојдневниот живот и справувањето со предизвиците (Schäfer et al., 2021).

2.2. Психотерапевтски пристапи во работата со лица со нарушувања од аутистичниот спектар

При разгледување на психотерапевтските пристапи во работата со лица со аутистичен спектар на нарушувања, треба да се има предвид дека современото разбирање не го гледа аутизмот како болест или нарушување кое треба да се третира, туку како специфична организација на мозокот и нервниот систем која носи придружни симптоми и тешкотии кои треба да се третираат симптоматски, но кои не треба да се гледаат како нарушување во својата суштина. Поддршката и терапијата првенствено треба да бидат насочени кон ублажување на овие тешкотии (Kapp et al., 2013; Milton, 2012) и прилагодување кон потребите на аутистичните лица. Голем дел од проблемите на аутистичните лица произлегуваат од нивната неспособност да функционираат во свет кој е прилагоден на различни луѓе и траумата предизвикана од надворешно или внатрешно принудување да

функционираат во таков свет на начини што ги занемаруваат нивните основни сензорни, комуникациски и други потреби (Botha & Frost, 2020).

Земајќи ги предвид најновите сознанија за регулацијата и дисрегулацијата на нервниот систем и специфичното функционирање на лицата со аутизам, постепено се развиваат пристапи кои имаат за цел да ги зајакнат вештините за регулација и отпорноста на нервниот систем, односно да го прошират прозорецот на толеранција (Porges, 2011; Siegel, 1999). Ваквите пристапи не нагласуваат промена на однесувањето, туку им даваат можност на аутистичните лица да ги регулираат сопствените состојби и да влијаат на околината, односно на стимулите што доаѓаат од неа. Кога ова ќе се постигне, обично следи позадоволителен и пофункционален живот (Ogden & Fisher, 2015).

Повеќето од терапевтските модели и истражувања досега се фокусираа првенствено на деца со аутизам. Во претходните децении, главната цел беше да се „излечи“ или барем да се постигне функционалност што е можно поблиску до невротипичните шеми. Во поново време, поголемо внимание се посветува на ублажување на симптомите и стратегии за учење што им овозможуваат на аутистичните лица да функционираат во секојдневниот живот, земајќи ги предвид сопствените потреби (Prizant et al., 2006; Fletcher-Watson & Happé, 2019). Покрај тоа, корисно е да се спомене вредноста на обрнувањето внимание на специфичните силни страни и предности што аутистичните лица може да ги имаат во споредба со неаутистичните лица, како што е способноста за набљудување детали, шеми и слично, но треба да се внимава функционалноста, т.е. корисноста, да не се стави пред благосостојбата на лицето.

Когнитивно-бихевиорални и адаптирани психодинамски пристапи

Постојат голем број различни програми кои тврдат дека помагаат кај аутизмот, но научните докази што ги поддржуваат остануваат ограничени (Howlin et al., 2009). Во многу земји, се препорачува на лицата со аутизам да им се понудат интервенции соодветни на возраста, како за третман на коморбидни проблеми со менталното здравје, така и за ублажување на основните симптоми на аутизам (Национален институт за здравствена и здравствена извонредност [NICE], 2013).

Применетата анализа на однесувањето е еден од првите методи што се фокусира на работа со деца со аутизам. Некои наоди покажуваат дека применетата анализа на однесувањето (АВА) може да биде корисна, особено кога станува збор за рана и интензивна интервенција. Таа може да ги подобри адаптивните и комуникативните однесувања и социјалните вештини (Lovaas, 1987; Reichow et al., 2018). Сепак, повеќето истражувања се поврзани со деца, а сè уште има малку работа за ефикасноста на интервенциите кај возрасни (Howlin & Moss, 2012). АВА е исто така предмет на бројни критики бидејќи често се опишува како обид да се „поправи“ аутистичната личност, на начин што може да биде насилен и трауматичен за клиентите (Kupferstein, 2018). Бидејќи најчесто се користи со деца, постои голем ризик процесот да не ја почитува личноста и интегритетот на детето, туку да му се наметне без можност за отпор, бидејќи АВА се базира на казни за „непосакувано“ однесување. Некои процедури од раната фаза на методот АВА денес би се сметале за насилство и во никој случај не би биле прифатливи во кој било вид терапевтска работа. Заедницата на возрасни лица со аутизам во голема мера се спротивставува на таквата практика (Milton, 2021).

Симптомите на аутизам често се придружени со коморбидни психијатриски состојби и важно е да се нагласи важноста на деталната и точна дијагноза со цел да се добие точна слика за проблемот. Лицата со аутистичен спектар на нарушувања почесто имаат анксиозност, депресија и други емоционални нарушувања (Hudson et al., 2019). Ова го поставува прашањето како најдобро да се прилагодат методите на психотерапија на различни возрасни групи. Во последниве години, се нагласува когнитивно-бихејвиоралната терапија (КБТ), особено во работата со деца и адолесценти кои имаат анксиозни нарушувања или тешкотии во социјалното функционирање (Wood et al., 2009).

Досегашните истражувања покажаа ветувачки резултати, но поголемиот дел од нив не вклучија возрасни учесници ниту систематски ги испитаа ефектите на КБТ врз депресијата или други афективни нарушувања покрај анксиозноста (Weston et al., 2016). И покрај ова, КБТ покажа дека ги намалува симптомите на анксиозност и депресија кај лицата со АСН (Spain et al., 2015). Од ова можеме да заклучиме дека се потребни понатамошни истражувања за точно да се утврди обемот и ефикасноста на КБТ како метод за лицата со аутизам.

Ефектите на КБТ врз симптомите поврзани со аутизмот

Покрај намалувањето на емоционалните тешкотии, се покажа дека КБТ е корисна и за некои други карактеристики на аутизмот. Подобрувања се забележуваат во поголемо социјално ангажирање, намалено избегнување на социјални ситуации, т.е. поголема толеранција за стресот што тие го предизвикуваат и подобра регулација на емоционалните реакции на стресни стимули (Spain et al., 2015; Weston et al., 2016). Интервенциите што користат социјални приказни, моделирање на однесувањето и постепено изложување на ситуации што предизвикуваат непријатност се особено значајни (Gray, 2010; Reichow & Volkmar, 2010).

Когнитивна терапија

Когнитивните пристапи кон аутизмот доведоа до развој на различни методи засновани на разбирање на когнитивните процеси, од кои некои се насочени кон намалување на сензорните оштетувања. Еден од најпознатите е тренингот за аудитивна интеграција, кој има за цел да ја намали преосетливоста на звуците (Rimland & Edelson, 1995). Се смета дека аудитивната интеграција ги подобрува функциите како што се меморијата и разбирањето на јазикот, но студиите дале мешани резултати. Некои покажуваат придобивки, додека други не наоѓаат значајни ефекти (Sinha et al., 2006).

Традиционалната когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ) долго време се сметаше за несоодветна за аутизам, но постојат сè повеќе докази дека адаптираните КБТ техники можат да помогнат со одредени симптоми (Wood et al., 2009; Kreslins et al., 2015). Одредени аспекти на когнитивното функционирање, како што се флексибилноста и централната кохерентност, покажаа потенцијал за предвидување на долгорочните исходи. Сепак, овие елементи сè уште не се доволно вклучени во програмите за третман (Hill, 2004; Pellicano, 2010).

Подобрувањето на социјалното функционирање останува главна цел на третманот на аутизмот во некои модалитети. Додека некои пристапи покажаа позитивни резултати во областа на социјалните вештини, когнитивните методи покажаа послаби ефекти (Begeer et al., 2011), и со оглед на тоа што когнитивните способности значително варираат кај лицата

со аутизам, тешко е да се очекува универзален когнитивен третман да биде подеднакво ефикасен за сите (Lopata et al., 2010).

Психоанализа и аутизам

Од првиот опис на аутизмот од страна на Канер во 1943 година, психоаналитичките пристапи одиграа важна улога во обидите да се објасни појавата, одржувањето и третманот на аутизмот (Канер, 1943; Малер, 1952). Психоаналитичарите го гледаат аутизмот како нарушување во кое развојот на чувството за себе и препознавањето на другите е значително изменет (Тастин, 1981). Тие го објаснија ова преку концепти како што се нарушено самоформирање, интернализација, идентификација и интроекција. Од перспектива на теоријата на односите со објекти, аутизмот може да се толкува како продолжен период на ран развој во кој перцепцијата е доминирана од односите со објекти (Клајн, 1959).

Психоаналитичките објаснувања се фокусираат помалку на когнитивните симптоми, а повеќе на социјалните дефицити. Однадвор, аутизмот се разликува од повеќето психијатриски нарушувања во детството по исклучувањето од надворешниот свет. Постојат две главни толкувања на ова исклучување, првото тврди дека тоа е регресија кон порана развојна фаза, а второто дека аутистичното однесување е форма на одбрана во стресни околности (Bettelheim, 1967).

Раните психоаналитичари верувале дека искуствата на аутистичните деца играат голема улога во развојот на нарушувањето. Покажано е дека овие деца имаат различни искуства, со тешкотии во развојот на објективните односи и други аспекти на егото, што се рефлектира во социјалните отстапувања (Mahler, 1952; Tustin, 1981). Многу од нив верувале дека аутизмот е психоген, а ова гледиште опстојува и во некои понови пристапи. Сепак, модерната наука јасно го покажа важното или преовладувачкото влијание на генетските фактори врз развојот на аутизмот, па затоа психоаналитичкиот пристап не игра голема улога во психотерапијата на аутизмот денес (Volkmar & Klin, 2000; Happé et al., 2006).

Сензорна интеграција и соматски пристапи

Децата и возрасните со аутизам, како и лицата со други развојни попреченост, може да имаат дисфункција на сензорниот систем наречена нарушување на сензорната интеграција (Baranek, 2002). Понекогаш едно или повеќе сетила се премногу чувствителни на стимули, а понекогаш реагираат премногу слабо. Ваквите сензорни предизвици често лежат во основата на однесувањата како што се нишање, вртење во круг или мавтање со рацете, феномен што колективно се нарекува *стимулирање* (Tomchek & Dunn, 2007).

Иако сензорните рецептори се наоѓаат во периферниот нервен систем, се верува дека изворот на тешкотиите лежи во нарушување или различна организација на функционирањето на централниот нервен систем или мозокот (Miller et al., 2007). Според описите на самите лица со аутизам, техниките на сензорна интеграција, како што се притисок и допир, можат да стимулираат поголемо внимание, свест и да ја намалат општата возбуда на организмот (Schaaf et al., 2014).

Сензорната интеграција е природен невробиолошки процес во кој мозокот прима, поврзува и толкува стимули од околината (Ayres, 2005). Кога овој процес е нарушен, мозокот не успева правилно да ги организира информациите, што може да доведе до развојни, тешкотии во учењето и однесувањето (Miller et al., 2007). Основната теорија и терапевтскиот пристап на сензорната интеграција ги разви д-р А. Џин Ајрес врз основа на истражувања во невронауката и областите на физички и невромускулен развој (Ayres, 1972). Третманите што ги поддржуваат луѓето со сензорни разлики покажаа значително подобрување на нивниот квалитет на живот (Pfeiffer et al., 2011).

Сензорната интеграција конкретно се однесува на трите основни сетила - тактилно, вестибуларно и проприоцептивно. Нивната поврзаност започнува пред раѓањето и се развива за време на зрелоста преку интеракција со околината (Bundy et al., 2002). Овие сетила се поврзани едни со други и со други мозочни системи. Иако се помалку познати од видот и слухот, односно сме помалку свесни за нив, тие се клучни за преживување. Нивните сложени врски ни овозможуваат да доживуваме, обработуваме и реагираме на различни стимули од околината (Lane & Schaaf, 2010)

Тактилен систем

Тактилниот систем се состои од нервни завршетоци под кожата кои испраќаат информации до мозокот. Овие информации вклучуваат лесен допир, болка, температура и притисок. Системот игра важна улога во перцепцијата на околината и во заштитните реакции кои се клучни за преживување (Baranek, 1999; Field, 2010).

Дисфункција на тактилниот систем може да се забележи кога едно лице:

- избегнува допирање на други луѓе
- Одбива одредени видови храна поради текстурата
- не сака да носи одреден вид облека
- Ја мачи миењето на косата или лицето.
- избегнува валкање на рацете (песок, кал, бои за прсти, лепак)
- користи само врвовите на прстите наместо целата рака за манипулирање со предмети (Miller et al., 2007).

Кога тактилниот систем не функционира правилно, допирот и болката може да се доживеат неправилно, премногу интензивно или премногу слабо. Последиците може да бидат раздразливост, изолација, одвлекување на вниманието или зголемена активност (Tomchek & Dunn, 2007).

Тактилната одбранбеност значи состојба во која лицето е исклучително чувствително на лесен допир. Ако системот не работи правилно и испраќа неправилни сигнали до церебралниот кортекс, тој се меша во другите процеси. Ова може да доведе до прекумерна стимулација и хиперактивност на мозокот што е тешко да се смири, што го отежнува концентрирањето, координирањето на однесувањето и често предизвикува негативна реакција на допир (Royeen & Lane, 1991; Bundy et al., 2002).

Вестибуларен систем

Вестибуларниот систем се наоѓа во внатрешното уво, а главните структури се полукружните канали, кои детектираат движење и промени во положбата на главата. Благодарение на овој систем, знаеме дали главата е исправена или навалена, дури и кога очите се затворени (Ангелаки и Кален, 2008).

Вестибуларната дисфункција може да се манифестира на два спротивни начина. Луѓето во првата група се преосетливи и реагираат бурно на движења кои инаку се нормални (лулање, лизгање, наклонување). Тие може да се чувствуваат нестабилно при одење или лазење по нерамна подлога, имаат тешкотии при искачување и симнување по скали и често изгледаат несмасно (Schaaf & Nightlinger, 2007).

Друга група поединци активно бараат интензивни стимули. Како деца, тие постојано се вртат, скокаат или прават брзи движења на телото, а како возрасни ќе бидат исклучително активни и немирни. Таквото однесување укажува на намалена реактивност на вестибуларниот систем, па затоа лицето постојано се обидува да го стимулира со дополнително движење (Lane & Schaaf, 2010; Miller et al., 200).

Проприоцептивен систем

Проприоцептивниот систем е составен од мускули, зглобови и тетиви. Неговата функција е да обезбеди потсвесна свест за положбата на телото. Кога работи ефикасно, телото се прилагодува на различни ситуации и лицето е свесно за положбата на телото и деловите од телото. На пример, можеме да седиме стабилно на стол или непречено да тргнеме од тротоарот. Исто така, овозможува прецизни движења како што се пишување со молив, пиење супа со лажица или закопчување кошула (Shumway-Cook & Woollacott, 2017).

Вообичаени знаци на дисфункција на проприоцептивниот систем вклучуваат:

- несмасност и склоност кон паѓање
- слабо чувство за положба на телото во просторот
- необични позиции на телото
- недостаток на ползење на рана возраст

- тешкотии при ракување со мали предмети како што се копчиња и спојки
- нарушена исхрана
- отпорност на нови моторни активности (Case-Smith et al., 2015).

Дополнителна димензија на проприоцепцијата е праксисот, или моторното планирање, што е способност за дизајнирање и извршување на разни моторни задачи. За системот да функционира правилно, тој мора да прима точни информации од други сензорни системи и да ги организира и толкува на ефикасен начин (Ayres, 2005).

Проблемите во рамките на овие три сензорни системи можат да се манифестираат на повеќе начини. Едно лице може да биде пречувствително или пречувствително на стимули и може да има невообичаено високо или ниско ниво на активност. Некои луѓе се постојано во движење, додека други лесно се заморуваат, а има и такви кои осцилираат помеѓу овие крајности (Bundy et al., 2002).

Тешкотиите со грубата и фината моторна координација се исто така чести кај лица чии системи се хипер- или хипосензитивни или несинхронизирани. Ова може да го одложи развојот на говорот и јазикот и да доведе до послаби академски постигнувања (Miller et al., 2007). На ниво на однесување, поединецот може да биде импулсивен, лесно расеан и генерално неорганизиран. Некои деца имаат тешкотии да се прилагодат на нови ситуации и реагираат со фрустрација, агресија или повлекување (Schaaf & Mailloux, 2015).

Интегративни методи – вовед во телесно ориентираната психотерапија

Телесно ориентираната психотерапија има свои корени во психоанализата и во реформските движења на гимнастиката и танцот во почетокот на дваесеттиот век. На почетокот, Фројд ги масирал пациентите или ја ставал раката на нивното чело за да стимулира слободни асоцијации. Подоцна, тој се обидел да ги преведе сите моторни импулси во психолошката сфера и ја ограничил терапијата на слушање. Таквиот недостаток на физички контакт имал смисла кај пациенти со трансферни неврози, каде што целта била да се донесат потиснати и несакани идеи, често од сексуална природа, во свеста (Фројд, 1910/1957).

Во исто време, германскиот лекар Георг Гродек, од кого Фројд го позајмил концептот на ид, работел со пациенти кои имале поголема веројатност да страдаат од функционални и психосоматски проблеми. Неговиот пристап комбинирал длабока масажа на сврзното ткиво со терапевтски разговор. Гродек работел и со рацете и со зборовите за да ги опушти телесните тензии и да го прошири дишењето (Гродек, 1923/1977). Гродек го лекувал и ученикот на Фројд, Шандор Ференци, со кого бил близок во 1920-тите.

Ференци често работел со пациенти кои биле трауматизирани во раното детство. Од 1920-тите, тој експериментирал со таканаречената активна техника, каде што изразите на лицето и гестовите биле јазик на несвесното (Ференци, 1921/1988). Подоцна, тој вклучил и физички контакт, како што е држење на пациентите за време на терапијата, особено во моменти на силен емоционален шок. Тој, исто така, барал психоаналитички пристапи за пациенти со гранични нарушувања и психотични пациенти, преминувајќи ја границата на допирот, што било табу во класичната психоанализа (Ференци, 1930/1988). Заедно со Ото Ранк, тој ја нагласил важноста на активното искуство за разлика од Фројдовиот акцент на „пробивање“ на содржината (Ранк, 1929/1989). Под притисок од психоаналитичките кругови од тоа време, тој привремено се откажал од своите искуствени и телесно ориентирани пристапи. По неговата смрт, неговите идеи биле потиснати и не се развиле понатаму (Рахман, 2007).

Најголемо влијание врз развојот на телесно ориентираната психотерапија имал Вилхелм Рајх, исто така студент на Фројд. Рајх бил првиот психоаналитичар кој детално се занимавал со граничното нарушување, кое го нарекол „инстинктивен карактер“. Тој барал техника што ќе им помогне на пациентите без стабилна структура на егото и кои не можеле да учествуваат во чисто вербална анализа. Тој верувал дека постојат основни конфигурации на конфликт помеѓу инстинктите и одбраната во терапијата и дал централно значење на анализата на одбраната на карактерот (Рајх, 1949/1972). Рајх, исто така, од рана возраст бил заинтересиран за психолошките и физиолошките ефекти од сексуалната потиснување.

Истражувањата покажаа дека употребата на разни терапии ум-тело може да го подобри менталното здравје кај луѓето со нарушувања од аутистичниот спектар. Рандомизирано контролирано испитување на програма за внимателност прилагодена на аутизмот откри умерени до големи ефекти во намалувањето на анксиозноста, депресијата и размислувањето

за други состојби кај возрасни со аутизам (Spek et al., 2013). Позитивните ефекти беа одржани девет недели по завршувањето на интервенцијата, иако во таа студија немаше контролна група. Резултатите се совпаѓаат со мета-анализите на други популации кои ја поддржуваат употребата на внимателност во третманот на депресија и анксиозност (Khoury et al., 2013). Други нерандомизирани студии покажаа намалување на размислувањето за други состојби и подобрувања во оценките за среќа (Kiep et al., 2015).

2. Психотерапија ориентирана кон телото

2.3. Историја и развој

2.3.1.1. *Вилхелм Рајх и почетоците на телесно ориентираната психотерапија*

Вилхелм Рајх бил еден од клучните пионери на телесно ориентираната психотерапија. Во раните 1920-ти, додека бил млад студент по медицина во Виена и член на Виенското психоаналитичко друштво, тој почнал да ги поврзува концептите на Фројд за либидото со набљудувањата на телесните реакции кај неговите пациенти (Шараф, 1983). Неговата работа во Психоаналитичката диспанзерија му дала практично искуство со различни пациенти и ја обликувала неговата клиничка чувствителност и иновативност.

Рајх забележал дека традиционалниот психоаналитички метод, иако откривал многу несвесен материјал, ретко водел до вистинска емоционална промена. Затоа, на своите семинари тој ја нагласил важноста на откривањето на моделите на отпор и развил пристап базиран на анализа на карактерот (Рајх, 1949/1972). Тој вклучувал толкување на одбранбените механизми, особено оние што се манифестирале преку телото и однесувањето.

Во 1933 година, тој ја објавил *книгата „Анализа на карактерот“,* во која ги систематизирал своите клинички набљудувања. Тој тврдел дека емоционалните конфликти оставаат траги во телото во форма на хронични тензии, кои ги нарекол мускулен оклоп. Според него, оваа физичка структура го спречува слободниот проток на емоционалната енергија и води до психолошки нарушувања (Рајх, 1949/1972). Преку работа со телото, дишење, движење, глас

и допир, тој се обидел да им помогне на клиентите да станат свесни за тензиите и да ги решат, така што потиснатите емоции би можеле да се ослободат и интегрираат.

Тој го нарекол методот карактерно-аналитичка вегетотерапија и тој станал основа за подоцнежниот развој на различни насоки на телесна психотерапија (Боадела, 1997). Неговите студенти како Ола Ракнес подоцна влијаеле врз автори како Герда Бојезен, Александар Ловен, Дејвид Боадела и многу други (Јанг, 2010). Иако овие пристапи со текот на времето се оддалечиле од оригиналната практика на Рајх, тие се базирале на основните претпоставки на Рајх, а идејата дека телото и психата формираат неразделна целина останала централна.

Придонесот на Рајх лежи во клиничката иновација на гледиштето дека телото е место каде што се складира емоционалната историја и од кое може да се реактивира и излечи (Шараф, 1983; Боадела, 1997), односно дека постои телесна меморија и причинско-последична врска помеѓу телото и психата. И покрај подоцнежните контроверзии во неговиот живот и работа, неговите рани дела остануваат фундаментални за разбирање на почетоците на телесно ориентираната психотерапија.

Денес, во работата со возрасни лица од аутистичниот спектар, неговата идеја за мускулниот оклоп и важноста на телесното изразување може да послужи како теоретска и практична основа. Многу аутистични лица имаат силни телесни реакции на емоционални и сензорни стимули, додека соматските пристапи отвораат можност за подлабок и побезбеден контакт со сопственото искуство (Sevlever et al., 2020). На овој начин, работата на Рајх останува релевантна во современите терапии кои ја нагласуваат важноста на телото во психолошката работа. Сепак, треба да се напомене дека за да се разбере и третира аутизмот, потребно е да се интегрираат бројни последователни наоди за функционирањето на нервниот систем и неговото влијание врз психата во работата, така што работата е навистина ефикасна и прилагодена на аутистичните клиенти.

Александар Ловен и биоенергетика

Александар Ловен (1910–2008) бил студент на Вилхелм Рајх во текот на 1940-тите и 1950-тите години, кој подоцна развил свој систем за класификација на тело-ум, кој се смета за

еден од најточните во областа на самоспознанието (Ловен, 1975/2006). Како лекар и психотерапевт, тој го комбинирал знаењето на Рајх со сопствените моќи на набљудување и го создал концептот на биоенергетски карактерни типови, користејќи го концептот на Рајх за мускулен оклоп како еден од темелите.

Овие типови претставуваат обрасци што се појавуваат рано во развојот и на крајот го обликуваат телото. Со други зборови, начинот на кој размислуваме и реагираме емоционално остава трага врз нашиот физички изглед. Раната емоционална траума може да ја „замрзне“ личноста во одреден модел на размислување, а на долг рок, овие обрасци влијаат врз формирањето на ткивото и телото, така што тоа може да биде големо и компактно, високо и слабо или силно и мускулесто, во зависност од внатрешните психолошки процеси (Ловен, 1994).

Ловен верувал дека менталните обрасци создаваат енергетски текови во телото и дефинирал пет основни телесно-психолошки типови: шизоиден, орален, мазохистички, психопатски и ригиден (Ловен, 1958). Секоја личност доминантно изразува еден тип, но во одредени околности може да покаже и карактеристики на други.

Неговиот систем се покажа како попрецизен и попременлив од многу други. За некои луѓе, идентификувањето на типот е лесно, додека за други бара подлабока анализа, но откако ќе се идентификува биоенергетскиот тип, се отвора разбирање за размислувањето и емоционалните обрасци на лицето (Ловен и Ловен, 1977).

Секој тип носи доминантна животна тема, како да е запишана одредена „програма“ во умот, односно емоционален модел како резултат на раните развојни искуства. Често вклучува мотиви како што се: „Ми треба моќ“, „Треба да имам контрола“, „Се плашам од напуштање“, „Не му верувам на никого“ или „Веќе се откажав“. Со тоа што ќе станеме свесни за несвесниот внатрешен механизам што го регулира однесувањето, полесно можеме да го разбереме и да научиме да работиме со него.

Како и неговиот ментор Рајх, Ловен верувал во концептот на органска пулсација како природен ритам на ширење и контракција на животната енергија во телото. Тој развил биоенергетска анализа за да го врати природниот тек на енергијата преку работа на мускулниот оклоп. Целта на терапијата е да се ублажат хроничните тензии и да се отвори

пристап до подлабоки чувства, а истовремено да се работи со одбранбените механизми на егото. Со отстранување на блокадите, се обновуваат виталноста и способноста за автентично изразување на емоциите, што исто така овозможува завршување на недовршените трауматски искуства (Ловен, 1975/2006; Боадела, 1997).

Ловен го прифатил принципот на Рајх за функционален идентитет, идејата дека телото и психата се неразделно поврзани. Тој имал високо развиена способност да го набљудува и чита телото и со текот на времето забележал дека моделите на напнатост одговараат на одредени емоционални и развојни рани, што го навело да ги опише типовите на карактери (Ловен, 1958).

Подоцна изразил жалење за типологијата бидејќи забележал дека терапевтите понекогаш несвесно ги „етикетираат“ клиентите и ја нагласуваат важноста на гледањето на личноста како целина, а не само преку класификација на типови на личност (Ловен, 1994). Тој верувал дека секој има уникатен внатрешен свет и свој начин на постоење, а клучот за терапијата е да се разбере ова лично искуство.

И покрај неговите резерви, типовите на личност продолжуваат да се учат и имаат практична вредност. Нивната цел не е да ги сведат луѓето на категории, туку подобро да ги разберат развојните трауми и искуства што го обликуваат телото и психата. Типовите му даваат на терапевтот насоки за тоа како да ги поврзе физичките манифестации со личната историја и емоционалните предизвици на клиентот (Clauer, 2011).

Подоцна, класификацијата беше проширена за да вклучи посложени структури како што се гранични или нарцисоидни и да се разберат попримитивни развојни обрасци, но системот на Ловен останува основата врз која сè уште се гради модерната биоенергетска анализа, поврзувајќи го телото, емоциите и животната енергија (Koemeda-Lutz et al., 2006).

Ловен, исто така, ја нагласи важноста на развивањето на внатрешната сила и контактот со агресивната енергија. Тој веруваше дека клиентот мора да биде способен цврсто да стои на свои нозе и да се соочи со светот по терапијата. Поради оваа причина, тој посвети посебно внимание на вертикалноста на телото и го разви концептот на заземјување како клучен елемент на неговиот пристап (Ловен, 1975/2006).

Заземјувањето, како еден од темелите на биоенергетската анализа, подразбира воспоставување врска со земјата, односно цврста основа, носејќи животна енергија до нозете и стапалата, до самиот контакт со земјата. На овој начин, човекот физички и психолошки ја наоѓа својата потпора, го стабилизира својот центар на гравитација - се центрира во чувството на своето Јас. Преку процесот на заземјување, тој учи саморегулација, свесно преземајќи го сопственото внатрешно искуство и автентично самоизразување (Ловен, 1994).

За време на развојот на биоенергетската анализа, заземјувањето се покажа како исклучително вредна клиничка алатка, особено во работата со траума и нарушувања на саморегулацијата. Тоа останува клучен фокус на современата биоенергетска пракса денес, помагајќи им на клиентите да се чувствуваат безбедно во сопствените тела и да развијат поголема емоционална толеранција (Koemeda-Lutz et al., 2006; Clauer, 2011).

Верата на Ловен во телото

Моќта на биоенергетската анализа во голема мера произлегува од верувањето на Ловен во мудроста на телото и неговата природна способност за лекување. Тој го пренесе ова верување во своите книги и работилници, промовирајќи ја идејата дека телото го држи клучот за раст и промена (Ловен, 1975/2006; Ловен, 1994).

Од друга страна, неговите силни верувања понекогаш водеа кон авторитарна терапевтска динамика што не секогаш дозволуваше преиспитување на неговите ставови или методи (Clauer, 2011). И покрај ова, неговата работа останува основа за современата биоенергетска терапија, а неговото наследство продолжува да се гледа во длабочината и трансформативниот потенцијал на процесите што ја обликуваат практиката на биоенергетската анализа (Koemeda-Lutz et al., 2006).

Од самиот почеток, Ловен нагласи дека секој терапевт мора да помине низ свој терапевтски процес. Ова значеше не само задолжителна лична терапија како дел од нивното образование, туку и продолжување на работата на себе по завршувањето на обуката. Образованието во биоенергетската анализа отсекогаш подразбирало високо ниво на лична изложеност, соочување со сопствената ранливост и автентичност (Ловен и Ловен, 1977).

Понови соматски пристапи: Хакоми, соматско искуство, основна енергетика

Соматските пристапи се базираат на идејата дека минатите искуства можат да бидат „заробени“ во телото и треба да се обработуваат и ослободуваат на физичко ниво. Тие се однесуваат на импулси во нервниот систем кои се генерираат како одговор на настаните во околината и не се завршени преку физичка активација. Ова ослободува напнатост, паника, наметливи мисли и слики, како и чувства на тага или безнадежност. Работата на телото отвора простор за процесот на лекување и ослободување на овие содржини (Levine, 2010; Heller, 2012).

Со други зборови, соматски значи поврзаност со телото, па затоа соматската терапија се фокусира на врската ум-тело (Kurtz, 1990). За разлика од когнитивните пристапи како што е когнитивната бихејвиорална терапија (КБТ), кои првенствено се фокусираат на мисловните процеси и вербалното решавање на емоциите, соматските терапевти го вклучуваат телото како клучен дел од менталната благосостојба (Тотон, 2003).

Кога траумата или стресот ќе се „заробени“ во телото, т.е. во нервниот систем, последиците не се само емоционални или психолошки. Тие можат да се претворат и во физички проблеми како што се хронична болка во грбот, проблеми со стомакот и многу други состојби (Ротшилд, 2000). Причината е што одговорот на стрес е автоматски и фокусиран на преживување, се активира одговорот „бори се или бегај“. Ако состојбата на опасност трае предолго и стресот не се ослободи, нервниот систем останува преоптоварен и лицето живее во постојана напнатост, иако често несвесно (Левин, 2010). Преку нервниот систем, траумата и стресот се пренесуваат до речиси сите системи во телото, како што се хормоналниот и имунолошкиот систем, директно влијаејќи на физичкото здравје.

Со текот на времето, ваквиот стрес може да има сериозни последици. Високиот крвен притисок и нивото на шеќер го оптоваруваат имунолошкиот систем. Продолжената мускулна напнатост создава верижни реакции, а брзото и плитко дишење ги ослабува респираторниот и циркулаторниот систем (Scaer, 2014).

Соматската терапија помага да се препознаат сигналите на телото што укажуваат на стрес или дисрегулација. Тие може да вклучуваат напнати мускули, главоболки, болки во

стомакот, стегање во грлото, плитко дишење или вкочанетост. Терапијата учи како да се смири и ослободи акумулираниот стрес и траума и, доколку е потребно, да се „завршат“ недовршените реакции од трауматските искуства. Соматските техники вклучуваат вежби за дишење, танц, внимателност и други форми на свесно движење (Огден и Фишер, 2015). Главната цел е да се користи телото за смирување на нервниот систем кој е преоптоварен.

Еден од најпознатите пристапи кон соматската терапија е *Соматското доживување* (СИ), развиено од Питер Левин во текот на повеќе од педесет години истражување. СИ вклучува разговор со терапевт за стресни или трауматски искуства, додека клиентот истовремено обрнува внимание на телесните сензации што се јавуваат во тој момент (Левин, 2010).

Работата на Левин се фокусира конкретно на луѓе со посттрауматско стресно растројство (ПТСН) и се базира на реакцијата „борба, бегство или замрзнување“ на реални или перципирани закани. „Борба или бегство“ е придружена со физички реакции како што се забрзано дишење, срцев ритам и мускулна напнатост, додека замрзнувањето, како врвен одбранбен одговор, ја задржува енергијата на стравот во телото без можност за нејзино ослободување (Левин, 1997). Пристапот со посттрауматско стресно растројство овозможува овие сензации да се ослободат, отворајќи простор за емоционално лекување (Пејн и др., 2015).

Други пристапи кон соматска терапија вклучуваат:

EMDR терапија (Десензитизација и репроцесирање со движење на очите) Методот EMDR користи билатерални движења на очите, на пример следење на раката на терапевтот од едната на другата страна, додека се потсетува на трауматското искуство. На овој начин, се создаваат нови невронски врски поврзани со тоа сеќавање. Промената се одвива на невролошко ниво, така што болните емоции ослабуваат, а сеќавањето се репроцесира на помалку оптоварувачки начин (Шапиро, 2018).

Метод Хакоми

Пристапот Хакоми ги комбинира внимателноста и работата со телото. Внимателноста значи да се биде свесен за сегашниот момент без осудување. Во методот Хакоми, се набљудуваат гестови и навики, како што се виткање на косата, гризење на усните, изрази на лицето или држење на телото, бидејќи тие можат да откријат несвесни верувања што една личност ги има за себе (Kurtz, 1990).

Сензоримоторна психотерапија

Сензоримоторната психотерапија комбинира психотерапија, теорија на приврзаност, невронаука, техниката Хакоми и работа со телото и најчесто се спроведува во три фази. Првата фаза создава чувство на сигурност и стабилизација и ја зајакнува свеста за врската помеѓу мислите, емоциите и телесните сензации. Втората фаза вклучува обработка на искуства, чекор по чекор, за зајакнување на внатрешната сила. Третата фаза вклучува интегрирање на ова зајакнато чувство за себе во секојдневниот живот (Ogden et al., 2006; Ogden & Fisher, 2015).

Невросоматска терапија

Овој метод е повеќе фокусиран на физичко ослободување. Вклучува масажа, корекција на постурални нерамнотежи и разни физички вежби (Вилис, 1997).

Техники за емоционална слобода (EFT, тапкање)

EFT користи тапкање на акупресурните точки на лицето и горниот дел од телото додека лицето се фокусира на сеќавање или настан што предизвикува непријатност. Идејата е дека тапкањето ги стимулира меридијаните од традиционалната кинеска медицина и ја ослободува блокираната енергија. EFT може да се користи како самопомош, како терапевтска задача или за време на самата терапија. Се покажа дека е ефикасен за ПТСН и комплексна траума (Фајнштајн, 2012).

2.2 Соматска меморија и соматизација на емоции

Соматската меморија објаснува како стресот и траумата можат да се задржат не само во умот, туку и во телото. Овој концепт помага да се разбере врската помеѓу телесната меморија и нарушувањата поврзани со траума (ван дер Колк, 2014).

Еден важен аспект на односот ум-тело во контекст на траума е идејата за соматска меморија, односно дека и умот и телото складираат траума или хроничен стрес. Соматската меморија може да се манифестира како физичка болка, внатрешен немир или разни форми на непријатност, а интензитетот може да варира од благ до едвај поднослив. Соматската терапија пристапува кон овие искуства со истовремено работење на телото и умот. Делото на Бесел ван дер Колк ја нагласи важноста на соматската меморија и го доближи концептот до научната и поширокатa јавност (van der Kolk, 2014; Ogden et al., 2006). Според принципите на соматската терапија, обрнувањето внимание на соматската меморија и користењето разни вежби и техники може да доведе до олеснување на симптомите и процес на лекување (Levine, 2010).

Што е соматска меморија?

Терминот соматска меморија се однесува на постојаните телесни сензации на напнатост и непријатност што остануваат по стресно или преоптоварувачко искуство, а исто така вклучува и повторувачки сензации и реакции што се активираат во одредени ситуации (Ротшилд, 2000). Ваквите „сеќавања“ се телесни по природа и можат да се манифестираат на многу начини. Концептот нагласува дека физичките искуства не се одвоени од емоциите и менталните состојби, туку се длабоко поврзани со нив (Скаер, 2014).

Соматската меморија често функционира надвор од свесното ниво и може да се манифестира преку движења, држење на телото, чувство на напнатост и голем број други телесни сензации или специфични реакции, кои варираат од личност до личност (Levine, 1997). Ова значи дека дури и кога умот рационално обработил искуство поврзано со траума

или долгорочен стрес, телото сè уште може да задржи траги од напнатоста и немирот (Ogden & Fisher, 2015).

За подобро да се разбере како се создаваат соматските сеќавања, корисно е прво да се погледне како функционира меморијата воопшто и како подоцна се поврзуваме со минатите искуства. Ова објаснување ја нагласува телесната димензија на нашето искуство со светот и нашите сеќавања.

Како функционира меморијата воопшто?

1. **Набљудување** : Го доживуваме светот преку сетилата за вид, слух, вкус, мирис и допир.
2. **Кодирање** : Во мозокот, регистрираме делови од она што го гледаме, слушаме, вкусуваме, мирисаме или допираме, а можеме да ги евидентираме и мислите и чувствата поврзани со овие искуства.
3. **Складирање** : Оваа содржина е кодирана и складирана во краткорочна или (подоцна) долгорочна меморија.
4. **Сеќавање** : Можеме да се сетиме на спомени активно и пасивно, свесно или несвесно.
5. **Реакција** : Кога се активираат сеќавањата, доживуваме физиолошки, когнитивни или емоционални реакции, а овој процес може да биде свесен или несвесен (Тулвинг, 2002; Бадели и др., 2020).

Кога зборуваме за соматска меморија, еден од клучните аспекти на овој процес е фактот дека некои сеќавања се кодираат, складираат, потсетуваат и доживуваат свесно, што го нарекуваме експлицитна меморија. Други сеќавања минуваат низ истиот процес на несвесно ниво, што го нарекуваме **имплицитна меморија** (Schacter, 1996).

Голем дел од соматското искуство се случува имплицитно. Дишењето е пример за имплицитно искуство. Поголемиот дел од времето, лицето не е свесно за процесот на дишење и неговите детали, како што се длабочината на вдишувањето, должината на издишувањето и тонусот на градите.

Трауматските настани, особено, често се складираат како имплицитни сеќавања, што значи дека потсетувањето на таквите искуства и реакциите што ги придружуваат често се случуваат надвор од свесното ниво. Оваа форма на складирање, потсетување и реакција може да дејствува како заштитен механизам и начин да се спречи трауматското искуство постојано да биде во преден план на свеста на една личност (Levine, 1997; Ogden et al., 2006).

За жал, без свесна врска со нашите соматски сеќавања, не можеме целосно да ги обработиме или да се движиме низ нив, и тие остануваат непроменети во нервниот систем. На овој начин, соматските сеќавања и нивното влијание врз нашите физички и емоционални искуства изгледаат како нешто врз кое немаме контрола. Целта на соматската терапија е да се фокусира вниманието и свеста на телото, на оној дел од него што функционира имплицитно, и повторно да се поврзат телото и свесниот ум за да можеме поефикасно да ги обработуваме и интегрираме овие искуства (Огден и Фишер, 2015).

Реакциите на телото на стрес: борба, бегство, замрзнување и соматска меморија

Кога се наоѓаме во стресна или трауматска ситуација, телото автоматски влегува во состојба на борба, бегство или замрзнување. Ова е природен механизам за преживување кој нè штити од опасност. Во моментот кога се чувствуваме загрозени, телото проценува дека опасноста е присутна, крвниот притисок и пулсот се зголемуваат, видот се изострува, а варењето и другите системи што не се неопходни за преживување се забавуваат. На овој начин, телото се подготвува да се соочи или да избега (Porges, 2011).

Застапниците на соматската терапија тврдат дека симптомите поврзани со стрес и траума перзистираат затоа што телото не успева да го заврши својот природен циклус на преживување. Идеално, одговорот на стрес е краток и саморегулирачки, при што телото се активира, ни помага да се оддалечиме од опасноста, а потоа се враќа во нормала (Levine, 2010). Соматската терапија нагласува дека процесот може да се заврши само кога енергијата складирана во телото, во нашата соматска меморија, ќе се ослободи. Целта е да се ослободи овој полнеж и телото и умот да се вратат во состојба во која повеќе не се чувствуваат

загрозени, што значи регулирана состојба на нервниот систем (van der Kolk, 2014; Ogden & Fisher, 2015).

2.3.2. Соматска меморија и траума

Траумата е емоционален и физиолошки одговор на ситуација што го нарушува чувството на безбедност, што најчесто вклучува закана по животот или телото, но може да се појави и во секоја ситуација кога лицето се чувствува преоптоварено или загрозено (Херман, 2015).

Реакцијата на трауматски настан е единствена за секоја личност. Некои луѓе се опоравуваат сами, додека други продолжуваат да ги чувствуваат последиците долго по настанот, т.е. искуството остава трајни психолошки и физиолошки последици. Доколку емоционалните и физичките симптоми продолжат, може да се постави клиничка дијагноза. Според класификацијата на DSM-5, нарушувањата поврзани со траума и стрес вклучуваат:

- реактивно нарушување на приврзаноста (кај деца)
- нарушување на дезинхибираната социјална ангажираност (кај деца)
- посттрауматско стресно нарушување (ПТСН)
- акутно стресно нарушување
- нарушувања на прилагодување
- продолжено нарушување на тагата
- неспецифицирано стресно нарушување поврзано со траума (Американска психијатриска асоцијација, 2013)

Како што пишува ван дер Колк, траумата не е само настан од минатото. Таа остава трага на мозокот, телото и умот, менувајќи го начинот на кој преживуваме и функционираме на долг рок (ван дер Колк, 2014). Со други зборови, по трауматски настан, животот трајно се менува, и физички и психолошки.

Некои од овие промени се на свесно ниво, додека други не се. Соматските сеќавања се однесуваат на физиолошки промени и реакции што произлегуваат од интензивен стрес или траума. Повеќето терапии се фокусираат на когнитивните последици, додека соматската терапија обезбедува холистички пристап што ги поврзува телото и умот, нудејќи подлабока работа со траумата (Ogden et al., 2006; Levine, 2010).

Целта на соматската терапија може да се опише како двојна:

1. Донесување на свеста за телото – препознавање на тензиите и негативните соматски сеќавања преку техники фокусирани на телото и техники на сегашниот момент.
2. Ослободете се од соматската напнатост – преку дишење, истегнување, медитација, визуелизација, масажа, заземјување, танц и свесно слушање на телото (Огден и Фишер, 2015).

Соматската терапија често се опишува како пристап „оддолу нагоре“ кој започнува од телото за да го ослободи умот, за разлика од класичната психотерапија која започнува од мислите и чувствата (Хелер, 2012).

Современиот развој на соматската терапија започна во 1970-тите со Томас Хана, кој го воведе терминот соматика (Хана, 1988), и Питер Левин, кој го разви методот *на соматско доживување* (Левин, 1997). Денес, соматската терапија се користи за лекување на траума, хроничен стрес и нарушувања на дисрегулацијата на нервниот систем.

И пријатните и непријатните телесни искуства се складирани во меморијата. Тие можат да бидат насилство, страв или лутина и сите други интензивни чувства. Телесната меморија е дефинирана како збир од сите минати телесни искуства складирани во меморијата, кои влијаат на однесувањето. Ова вклучува тактилни, моторни, проприоцептивни, болни и интероцептивни искуства и емоциите што ги придружуваат (Ротшилд, 2000). Ваквите сеќавања можат да бидат експлицитни или имплицитни, изразени преку перцепција и однесување. Кога се имплицитни, тие не се (лесно) достапни за свесна рефлексија, честопати е тешко да се вербализираат во секојдневниот живот, па дури и во стресни настани, но сепак ги обликуваат нашите телесни состојби и реакции, особено за време на емоционалните искуства (Скаер, 2014).

За да се разбере нивното влијание врз психосоматските нарушувања и трагите од траума, потребно е да се развијат нови начини за концептуализирање на врската помеѓу телесните сеќавања и менталното здравје и методи за нивно емпириско мерење (Payne et al., 2015).

Историски гледано, сеќавањата на стресни и трауматски физички искуства се поврзани со разни ментални нарушувања. Фројд веќе ја нагласил важноста на потиснатите и непријатни сеќавања, кои често се манифестираат преку физички симптоми (Фројд, 1915/1957). Сепак, во психоанализата, тој првенствено нагласувал внатрешна реалност и несвесни фантазии, а помалку вистински трауматски настани.

Влијанието на повторената физичка траума особено го нагласил неврологот и психоаналитичар Шандор Ференци (Ференци, 1930/1988). Во средината на 20 век, филозофот Морис Мерло-Понти ги нагласувал телесните сеќавања како резервоари на трауматски искуства. Тој верувал дека можеме да станеме свесни за „телото во моментот“ преку сензации, додека го познаваме „телото на навиката“ преку манифестирани сеќавања од минатото (Мерло-Понти, 1945/2012).

Овој пристап е поврзан со концептот на „интеркорпорална меморија“, кој истражува како телесните искуства за време на социјалните интеракции го обликуваат нашето однесување. Особено, се нагласува дека сеќавањата на најраните физички контакти со другите - начинот на кој родителите или старателите нѐ држеле, смирувале и тешеле - подоцна ги обликуваат нашите односи со луѓето (Fuchs, 2012; Schore, 2012). Пошироко, современите отелотворени разбирања на меморијата нагласуваат дека многу аспекти од нашите искуства, вклучувајќи ги и автобиографските сеќавања, се складирани во телесна форма (Casey, 2000).

На невролошко ниво, ова е илустрирано кај пациенти со нарушување познато како „асиметрија на болка“. Тие физички чувствуваат болка, но покажуваат поголема толеранција и издржливост од здравите лица. Се смета дека причината е нарушување на комуникацијата помеѓу соматосензорните мрежи и лимбичкиот систем. Истражувањата покажаа дека овие пациенти имаат оштетување на инсуларниот кортекс, најчесто поради мозочен удар или траума на главата (Berthier et al., 1988; Starr et al., 2009).

Инсулата се смета за централен центар што ги поврзува телесните сензорни искуства со меморијата во медијалниот темпорален лобус, вклучувајќи го и хипокампусот. Исто така, ги поврзува болните искуства со чувствата на непријатност преку своите проекции кон амигдалата (Craig, 2009). Како резултат на тоа, пациентите со ова оштетување може да имаат поголема толеранција на болка. Тие или не се сеќаваат на претходните болни искуства или реагираат со намален емоционален одговор. И двата механизма можат да ја објаснат и тенденцијата за вклучување во ризично однесување што ја загрозува физичката безбедност.

Трауматското сеќавање е можеби најочигледниот пример за нефункционална телесна меморија во клинички и терапевтски термини. Клиничарите го користат терминот за да го опишат начинот на кој се складираат трауматските искуства, особено оние што вклучуваат закана по животот или физичката безбедност. Ваквите искуства можат да остават длабоки и трајни траги во телесното сеќавање (ван дер Колк, 2014), особено кај посттрауматското стресно нарушување (ПТСН), каде што настаните се оживуваат и интрузивно се доживуваат преку телесни „флешбекови“ кои често се придружени со сензации како што се мирис, вкус, болка, притисок, тактилни сензации или потење (Бруин, 2011).

Пример за ова е болката што се доживува за време на тортура, која може да се повтори во подоцнежни конфликтни ситуации на истите делови од телото. Опишан е случај на триесет и седумгодишен маж кој развил болка под пазувите што се проширила на колковите години по трауматскиот настан. За време на политичкиот затвор, тој бил изложен на електрични шокови од двете страни на торзото. Иако неговите физички повреди заздравеле и тој бил целосно здрав по стресниот конфликт во општествен контекст, телото доживеало болка поврзана со ова одамна искуство (ван дер Колк, 2014).

Друг пример за трауматско телесно сеќавање се соматските симптоми и нападите на паника по сообраќајна несреќа. Тие можат да бидат предизвикани од специфични сензации или звуци, како што се сирени на брза помош или временски услови, кои потсетуваат на физичките искуства и околности на настанот (ван дер Колк, 2014). Слично на тоа, жртвите на силување често се будат во сон во точните часови кога првично се случил нападот (Херман, 2015), што укажува дека телесното сеќавање има и хронолошка компонента.

Еден од термините што се користат за објаснување на трауматското сеќавање е повторно доживување или *реконструкција* . Клучна карактеристика на ваквите сеќавања е тоа што минатите настани не се складираат како декларативно знаење што лицето го потсетува со зборови или слики, туку се реконструираат на физичко ниво преку искуства, телесни сензации и модели на однесување (Бруин, 2011).

Кај децата, повторното доживување на застрашувачки или болни настани често се пријавува како последица на траума. Малите деца во периодот пред фрустрацијата покажуваат тенденција да ги реплицираат трауматските телесни искуства преку однесување, симболична игра и физички симптоми дури и години по самата траума (Scheeringa et al., 2001). Таквото повторно доживување е опишано и како форма на спонтано иницирана внатрешна ментална симулација и имагинација што е поврзана со мрежи на огледални неврони (Gallese, 2003). Посебна сложеност во работата со рана траума се создава од ситуацијата во која лицето не може да придаде когнитивно значење на телесните сензации што ги доживува.

Студиите за невровизуелизација покажаа дека и замислувањето и набљудувањето на допир сличен на галење активираат слични невронски механизми во островскиот кортекс како директното доживување на таков емоционален допир (Keysers et al., 2010). Во рамките на концептот на ментална симулација, се претпоставува дека трауматските сеќавања се складираат и повторно се доживуваат преку сензорните модалитети во кои првично биле создадени (Rizzolatti & Sinigaglia, 2010).

Психоаналитичката теорија нагласува дека токму „непретставеното“ минато на необработените телесни искуства се манифестира преку телесни симптоми и се повторува во односите со другите (Фројд, 1915/1957; Феро, 2002). Ова може да се случи и во рамките на терапевтската врска, каде што одредени модели на однесување се пренесуваат на терапевтот. „Непретставеното“ минато се однесува на состојби кои не поминале низ внатрешните процеси на симболизација или ментализација кои помагаат да се придаде значење на телесните сеќавања (Фонаги и Таргет, 2007). Неволното повторно доживување на траумата може да се разбере како обид за поврзување на перцепциите, емоциите и мислите, со цел да се избегне повторно изложување на вистинскиот трауматски настан и како обид на нервниот систем да го „заврши“ искуството.

Концептот на повторно доживување е поврзан и со неврокогнитивните механизми на предвидливо кодирање, процесот на создавање внатрешни ментални модели на телесни искуства. Според принципот на слободна енергија, или рамката на „Баесовиот мозок“, организмите се стремат да ги намалат изненадувањата и неизвесноста. Тие го прават ова со извлекување заклучоци за причините за телесните искуства врз основа на информации од минатите искуства складирани во форма на внатрешни предвидливи модели (Фристон, 2010; Кларк, 2013).

Во овој пристап, менталното функционирање и здравјето зависат од способноста постојано да се ажурираат овие внатрешни каузални модели врз основа на надворешни сензации (екстероцептивни, како што е допирот) и внатрешни сензации (интероцептивни, како што се глад, болка или отчукувања на срцето). Грешките во предвидувањето потоа стануваат сигнали за учење. Тие стимулираат ревизија и усовршување на моделите, како и иницирање активности што дополнително ги намалуваат грешките и ги подобруваат внатрешните модели (Seth & Friston, 2016).

Од оваа перспектива, новите и сè уште необјаснети телесни настани можат да предизвикаат однесувања што ги потврдуваат минатите искуства, кои потоа се манифестираат во повторно доживување. Од друга страна, тие можат да послужат за тестирање на нови сензорни предвидувања преку внимателно следење на телесните сигнали, со што се подобруваат несоодветните каузални модели и постепено се постигнува хомеостатска рамнотежа (Barrett, 2017). Со други зборови, повторното доживување може да помогне во развивање на поточни внатрешни модели на телесни искуства во ситуации каде што објаснувањата сè уште не се јасни или не постојат.

Во блиски емоционални врски, овој процес дополнително се потпира на отелотворени интеракции со други, како што се мајка, терапевт или партнер. Овие интеракции помагаат да се асимилираат и да се разбере поврзаноста со емоционалните состојби (Fonagy & Target, 2007). Доколку е успешен, процесот може да доведе до создавање нови ментални модели и развој на капацитети за ментализирање на телесните искуства, што ја намалува појавата на неконтролирано повторно доживување бидејќи овие искуства повеќе не се „непретставени“.

Во рамките на предвидливото кодирање, повторното доживување и изразување на телесни сеќавања кај нарушувањата поврзани со траума може да послужи за подобрување на

внатрешните модели и намалување на неизвесноста поврзана со телесното искуство во светот (Hohwy, 2013). Сеќавањето на минатите настани создава грешки во предвидувањето, а силното негативно и егзистенцијално влијание на траумата може да доведе до преголемо потпирање на минатите искуства. Во оваа ситуација, на хипотезите поврзани со траума им се дава (премногу) висока почетна веројатност, што го отежнува ажурирањето и вклучувањето на нови телесни искуства во постоечката меморија. Тригерите што предизвикуваат живописно повторно доживување и силни афективни состојби обезбедуваат дополнителни сензорни докази за постоечките внатрешни модели на стара траума (van den Bergh et al., 2017).

Се смета дека хипокампусот го олеснува и потсетувањето и предикативното процесирање преку механизми на меморија контролирани од медијалниот темпорален лобус (Eichenbaum, 2017). Студиите за невровизуелизација покажаа важна улога на хипокампусот во посттрауматското стресно нарушување, а намалениот волумен во оваа област е поврзан со траума, ПТСН и големо депресивно нарушување, особено во регионите CA3 и дентатниот гирус (Gilbertson et al., 2002; Logue et al., 2018).

Стивенс и сор. (2017) ја истражувале функцијата на хипокампусот и амигдалата кај 54 жени изложени на траума користејќи функционална магнетна резонанца. Врз основа на прашалник во поголем примерок, тие дефинирале пет димензии на нарушувањето: негативен афект, соматски симптоми, повторно доживување, хипербудност и емоционална вкочанетост, а на секој учесник му била доделена тежина за овие компоненти во зависност од нивната сериозност. За време на снимањето, тие гледале неутрални, позитивни и негативни сцени, а по 30 минути морале да ги сетат од меморија. Ова им овозможило да ја измерат активноста на хипокампусот и амигдалата за време на кодирањето на паметени и непаметени настани.

Резултатите покажаа дека хипокампалната активација за време на кодирањето на потсетените наспроти непотсетените сцени била позитивно корелирана со димензијата на повторно доживување, додека таква корелација не е пронајдена за другите димензии. Исто така, била забележана интеракција помеѓу повторното доживување и емоционалниот тип на

сцена. Корелацијата се појавила само за неутрални и негативни потсетени сцени, додека не се појавила за позитивните (Stevens et al., 2017).

Во анализите на целиот мозок, повторното доживување беше поврзано со активирање за време на кодирањето во билатералната амигдала, левиот хипокампус, дорзомедијалниот префронтален кортекс, билатералните инфериорни и средни фронтални гирусови и латералниот темпорален кортекс. Не беа пронајдени значајни области за други димензии во кои симптомите предвидуваат активирање поврзано со кодирањето.

Овие наоди укажуваат на хиперактивација на лимбичкиот систем, вклучувајќи го и хипокампусот, за време на кодирањето на неутрални и негативни сцени кај пациенти кои особено страдаат од повторно доживување и поддржуваат значајна улога за хипокампусот во повторувањето на трауматските телесни спомени (Hayes et al., 2012).

Исто така, постојат докази дека амигдалата посредува во ефектите на емоциите врз неволните сензорни сеќавања. Во контекст на траума, теориите за двојно претставување сугерираат дека негативните емоции ги засилуваат сензорните слики поради зголемената активност на амигдалата, но исто така ја ослабуваат поврзаноста на овие елементи со контекстот поради намалената активност на хипокампусот. На овој начин, негативниот афект промовира интрузивни телесни сеќавања кај анксиозни нарушувања како што е ПТСН, бидејќи делува различно на одделни мемориски системи (Бруин и др., 2010).

И теориите за предвидливо кодирање и студиите за невровизуелизација ја поддржуваат улогата на лимбичкиот систем, особено хипокампусот и амигдалата, во овој процес. Истакнати се три фундаментални механизми кои се важни за телесните сеќавања: хиперактивација, намалена способност за ажурирање на внатрешните модели и подобрено емоционално потсетување (Stevens et al., 2017; Brewin et al., 2010).

2.4. Техники на телесно ориентираната психотерапија

Телесно ориентираната психотерапија користи различни техники за ослободување на физичките блокади и зголемување на свеста за телото и внатрешните психолошки процеси. Ова вклучува препознавање како телото реагира на стрес и емоции (Огден и др., 2006).

Секоја техника има своја намена и е прилагодена на потребите на клиентот и фазата на терапевтскиот процес. Целта на овие процедури е да се постигне внатрешна рамнотежа и хармонија помеѓу физичките и менталните процеси, така што лицето ќе развие или ќе ја врати способноста да се врати во мирна и добра психофизичка состојба.

Техниките можат да бидат нежни и суптилни, како што се допир, масажа, активирање на мускулите, водени фантазии или работа со звук, или можат да бидат поинтензивни, како што е предизвикување афективни празнења преку стресни положби (Хелер, 2012). Во типична Рајхијанска сесија, пациентот лежи на подлога додека терапевтот го набљудува дишењето, мускулниот тонус и контактот со очите на пациентот и планира терапевтски процедури врз основа на овие набљудувања (Рајх, 1949/1972).

Терапевтот ја избира техниката според спецификите на клиентот и неговата структура на карактерот и телото. Во оваа смисла, телесната психотерапија пристапува кон проблемите „од дното нагоре“, почнувајќи од информациите евидентирани во телото и потпирајќи се на физички сензации, движења и автономни реакции во понатамошниот процес. На овој начин, се обработуваат раните и емоционално наелектризирани трауми кои се надвор од свесен дофат (Levine, 2010). Целта на овој пристап е да се обработи траумата на ниво на автономниот нервен систем и да се поттикне саморегулацијата и ослободувањето на заробената енергија (van der Kolk, 2014).

Вообичаените техники вклучуваат:

- дишење (дијафрагматско)
- движење, проприоцепција и контакт со телото
- работа со напнатост и изразување на емоции
- заземјување, граници и центрирање (Ротшилд, 2000)

Дишење (дијафрагматско)

Начинот на кој дишеме е директно поврзан со нашата емоционална состојба. Во мирни состојби, дишењето е бавно и длабоко, а кога сме исплашени или напнати и возбудени, станува брзо и плитко, што е дел од автоматскиот одговор борба-бегство-замрзнување (Porges, 2011). Во некои состојби, брзото, плитко дишење станува контрапродуктивно, како

на пример за време на напад на паника. Се јавува природна физиолошка реакција на телото на перципирана опасност, но оваа реакција ги влошува и симптомите на паника бидејќи не постои реална опасност од која телото може да се одбрани со активирање, што значи консумирање дополнителен кислород. Резултатот е пад на нивото на јаглерод диоксид во крвта и респираторна алкалоза, состојба што може да предизвика вртоглавица, пецкање, мускулна напнатост и зголемено потење (Meuret et al., 2010).

Свесното регулирање на дишењето е од суштинско значење за ублажување на симптомите и прекинување на маѓепсаниот круг на паника. Правилните техники на дишење го намалуваат општото ниво на возбуда и ја намалуваат веројатноста за уште еден напад. За време на самиот напад, бавното и ритмичко дишење може да дејствува на автономниот нервен систем и да му сигнализира на телото дека нема опасност (Jerath et al., 2006).

Специфичните техники вклучуваат:

- **Дијафрагматско дишење** : клиентот учи да ја користи дијафрагмата за длабоко и мирно дишење, што го поттикнува активирањето на парасимпатичкиот нервен систем и ја намалува напнатоста.
- **Работа со дишењето воопшто** : дишењето често запира кога лицето ги потиснува емоциите, а техниките на дишење помагаат да се врати контактот со телото и да се донесе свест за емоциите. Терапевтот го набљудува моделот на дишење - длабочина, локација, паузи - и со тоа добива увид во потиснатите емоции и ограничувањата во животната енергија (ван дер Колк, 2014).
- **Вежби за дишење** : Може да се користат за релаксација и регулирање на емоциите, како и за активирање на одбранбените ресурси за борба или бегство.

Преку редовна практика на овие методи, клиентите стануваат повешти во препознавањето на сигналите од сопственото тело и користат научени техники за регулирање на нервниот систем, што придонесува за чувство на контрола и внатрешна безбедност.

Движење, проприоцепција и контакт со телото

Движењето е неопходна алатка за изразување и ослободување на емоции во телесно ориентираната психотерапија, бидејќи и доброволното и неволното движење се едни од основните карактеристики на живиот организам. Секоја продолжена, неволна вкочанетост или недостаток на движење е неприродна и не му дозволува на телото да се врати во хомеостаза. Преку танцова терапија, психомоторни техники и соматско искуство, клиентите истражуваат емоционална содржина преку телото, што често води до ослободување на тензијата поврзана со нерешени искуства (Payne et al., 2015). Движењето, исто така, помага во зајакнување на чувствата за капацитет, граници и идентитет.

Пример е методот Фелденкраис, развиен од Моше Фелденкраис. Тој користи вежби за движење и внимателност за подобрување на координацијата и флексибилноста, како и општото физичко здравје. Фокусот на методот е на развивање на свеста за самото движење со цел да се намали непријатноста (Фелденкраис, 1972/2010). Јогата, таи чи и слични техники исто така често се користат сами или во комбинација со други методи. Клучен елемент на овие пристапи е свеста за причинско-последичната врска помеѓу телото и состојбата на умот.

Контактот со телото и терапевтскиот допир се исто така важен дел од пристапот ориентиран кон телото. Терапевтското присуство и допирот можат да доведат до свест за напнатоста, да промовираат релаксација и да развијат чувство на сигурност. Вилхелм Рајх беше меѓу првите што го вклучија допирот во терапевтската работа, иако ова беше контроверзно (Рајх, 1949/1972). Шандор Ференци воведе интервенции на телото со идејата дека физичкиот контакт може да одговори на раните потреби што останале неисполнети (Ференци, 1932/1988). Доналд Виникот ја нагласи важноста на безбедната средина и тактилните искуства за психофизичка интеграција, зборувајќи за кожата како граница на егото (Винникот, 1960/1992). Дидие Анзие го разви концептот на „кожното јас“ како психичка граница што обезбедува чувство на индивидуалност и безбедност (Анзие, 1989).

Физичкиот контакт е најраниот канал на комуникација што човечкото суштество го доживува во интеракција со надворешниот свет и кој, во првите години од животот, влијае на формирањето на телото, нервниот систем, а преку него и на структурата на мозокот и формирањето на психолошката основа. Методите што вклучуваат физички контакт и терапевтски допир им овозможуваат на терапевтите да пристапат до комуникација со

превербалните нивоа на психата на клиентот за кои клиентите честопати не се свесни или не можат да ги вербализираат.

Проприоцепцијата е важна и затоа што се однесува на способноста за препознавање на положбата и движењето на телото во просторот. Клиентите се охрабруваат да обрнат внимание на сензациите на напнатост, релаксација или импулси за движење и да истражуваат како овие телесни искуства ги одразуваат внатрешните емоционални процеси. На овој начин, тие постепено учат да ги препознаваат телесните реакции на емоционалните стимули и да ги користат како ресурси за регулирање на емоциите.

Работа со напнатост и изразување на емоции

Според гледиштето на психолошката траума преку телесно ориентирана психотерапија, недовршените емоционални состојби и животни искуства се складираат во телото до степен до кој не можат да се завршат на когнитивно ниво. На физичко ниво, тие се манифестираат како „мускулен оклоп“, односно како мускулна хипертрофија или недостаток на мускулно ткиво во одреден сегмент од телото или како хронична напнатост. Овие манифестации служат како одбрана од болка, страв и други непријатни емоции кои биле преоптоварувачки за лицето во првичното искуство.

Рајх идентификувал седум мускулни сегменти каде што напнатоста може особено да се акумулира: орален, цервикален, торакален, дијафрагмален, абдоминален и карличен (Шараф, 1983). Целта на терапијата е да се ослободат овие блокади бидејќи тие го спречуваат слободниот проток на енергија и можат да предизвикаат физичка болка, непријатност и општо влошување на здравјето, а психолошки тие задржуваат нерешени емоции во потсвеста, спречувајќи ја личноста да доживее задоволство и благосостојба. На долг рок, се работи на свесност и изразување на потиснатите емоции и нивна интеграција со мисловните процеси (Огден и др., 2006). Кога замрзнувањето на емоциите се повторува уште од детството, тоа станува автоматски и несвесен дел од карактерот (Левин, 2010).

Техниките вклучуваат:

- **Работа со напнатост** : преку насочено дишење, мануелна работа или сензомоторни движења, се истражуваат напнатите области со цел да се активира енергијата и да се намали вкочанетоста.
- **Изразување на емоции** : клиентите се охрабруваат да ги изразуваат потиснатите емоции преку движење, глас и гестови. Ова ослободува хронична напнатост и емоционална енергија. Ова вклучува работа со вокализација.
- **Телесна меморија** : за да се ослободат записите што се во имплицитната меморија, се користат различни техники за манифестирање на овие импулси преку телото и нивно празнење, односно нивно комплетирање.
- **„Живи мртовци“** : Термин што опишува состојба каде што афектите остануваат заробени во телото поради губење на мускулниот тонус (Ловен, 1975). За да се изразат овие афекти, се користат техники за полнење и внесување енергија во овие сегменти на телото, што го активира и изразувањето и свеста за овие афекти.

Целта не е да се прераскаже траумата, туку да се обработи на ниво на автономниот нервен систем. Ова го поттикнува саморегулацијата и ослободувањето на заробената енергија (Левин, 2010).

Заземјување, граници и центрирање

Овие техники се клучни за создавање чувство на сигурност и стабилност во телото и во однос на околината (Огден и др., 2006).

- **Заземјување:** Заземјувањето е физички и психолошки концепт што се однесува на поврзување со телото и земјата преку дишење, истегнување и вибрации. Целта на заземјувањето е да се воспостави стабилност и поврзаност. Вежбата често се изведува бос на површина, или во природа или во затворен простор. Стапалата се стабилни и потпрени, а тежината и напнатоста на телото се пренесуваат на нив. На пример, лицето замислува корени што растат длабоко во земјата. Преку дишењето се создава чувство на раст и вкоренување. Времетраењето е од 5 до 15 минути. Техниката помага при вознемиреност и чувство на нестабилност или „лебдење“ и е

корисна за клиенти со хронично чувство на несигурност во врска со надворешната средина или недоволна сила за справување со предизвиците.

- **Центрирање:** е насочување на вниманието кон внатре за да се создаде чувство на стабилност, себе и внатрешна кохезија и присуство.
- **Работа со граници и простор:** Во телесно ориентираната психотерапија, важен елемент е препознавањето и поставувањето на физички и емоционални граници. Ова е особено важно за лицата со анксиозност кои често имаат нарушена перцепција за личниот простор и безбедност. Слабите психолошки граници јасно се манифестираат преку неможноста физички да се заштити личниот простор, да се спротивстави на барањата и притисоците на другите луѓе или да ги прифати сопствените потреби и ограничувања. Работата на физичко ниво му помага на клиентот да ги активира ресурсите на физичко ниво што му се потребни за психолошки да ги постави и одржи своите граници. Преку зајакнување на границите, клиентите добиваат поголемо чувство на заштита и самодоверба.

Овие техники му помагаат на лицето да го врати чувството на контрола врз сопственото тело и емоционалните состојби, да изгради внатрешни ресурси и отпорност на стрес, да се интегрира со когнитивните и вербалните димензии на терапијата и на тој начин да понуди холистички пристап кон човечкото искуство.

3. АУТИЗАМСКИ СПЕКТАР НА НАРУШУВАЊА ОД ПЕРСПЕКТИВА НА ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА

3.1. Соматски модели кај нарушувања од аутистичниот спектар

Во телесно ориентираната психотерапија, телото е главен извор на информации за психолошките и неврофизиолошките процеси. Во работата со лица со аутистичен спектар на нарушувања, ваквиот пристап отвора увид во специфични модели на напнатост, дисоцијација, регулација и други елементи важни за психолошката рамнотежа.

Соматските обрасци покажуваат како емоционалните и сензорните искуства се евидентираат во држењето на телото, мускулниот тонус, дишењето и движењето. Кај лицата

во аутистичниот спектар, овие обрасци одразуваат типични тешкотии во сензорната обработка, меѓучовечките односи и саморегулацијата (Baranek, 2002; Schauder & Bennetto, 2016).

Следново ги опишува шемите што се особено важни за работа со оваа популација.

1. Хронична мускулна напнатост и вкочанетост

Еден од почестите модели кај луѓето во аутистичниот спектар е постојаната мускулна напнатост, најчесто во рамениот појас, вилицата и 'рбетот. Од перспектива на телесно ориентираната психотерапија, функцијата на оваа напнатост е да ги држи под контрола преоптоварувачките сензации и емоционалните состојби. Кај аутистичните лица, оваа напнатост веројатно е првенствено последица на тешкотии во обработката на сензорни информации, како што се преосетливост на стимули или тешкотии во комуникацијата и социјалното справување, што доведува до постојана претпазливост и напнатост, т.е. анксиозност. Ова значи дека напнатоста може да има и невробиолошки и психолошки причини.

Пристапи како што се вегетотерапија, биоенергетски вежби и соматско следење помагаат да се подигне свеста за телесните состојби и подобро да се разберат, што отвора можност за развој на стратегии за спречување на причините за напнатост и работа на ослободување од напнатост.

Многу луѓе со аутизам имаат слабо или речиси никакво когнитивно разбирање на телесните сигнали, па затоа техниките што го зајакнуваат когнитивното разбирање играат поважна улога отколку кај невротипичните луѓе кои, во просек, имаат поголема свест и подобро разбирање.

Важно е интервенциите да се одвиваат во рамките на способноста на корисникот **да толерира сензации** (*т.н. прозорец на толеранција*), со цел да се избегне повторна трауматизација.

2. Плитко, брзо или неправилно дишење

Со оглед на тоа што дишењето е еден од главните физиолошки индикатори за емоционалната состојба, а со тоа и состојбата на автономниот нервен систем, луѓето во аутистичниот спектар често покажуваат обрасци како што се плитко, брзо или задржано дишење, што е особено евидентно во социјално тешки ситуации или за време на сензорно преоптоварување (Schauder & Bennetto, 2016).

Во физикалната терапија, овој модел се гледа како знак на симпатичка активација, состојба на борба или бегство, но исто така и како стратегија или обид за регулирање (Porges, 2011). Плиткото и плиткото дишење може да биде и симптом на дисоцијација, што делува како заштита од сензорно преоптоварување (Ogden et al., 2006).

Работата со соматско дишење овозможува постепена свест за дишењето, поддршка на продлабочувањето на дишењето без форсирање, воведување на ритмичко дишење и истражување како промените во моделите на дишење влијаат врз емоционалната стабилност, чувството на безбедност и функционирањето на нервниот систем (Jerath et al., 2006; Meuret et al., 2010).

За време на работата со дишењето, корисно е да се стане свесен за врската помеѓу хроничната напнатост и моделите на дишење. Ова ќе поддржи општа свест за интеракцијата на телото и психолошките состојби. Важно е пристапот да биде индивидуализиран, бидејќи некои клиенти може да го сметаат едноставното фокусирање на вниманието на дишењето за непријатно или преоптоварувачко. Исто така, треба да се напомене дека овој процес може да потрае подолго кај оние со послаба интероцепција.

3. Фрагментирана свест за телото и намалена интероцепција

Интероцепцијата, способноста за препознавање на внатрешни телесни сигнали како што се глад, жед, замор или напнатост, често е нарушена кај лицата со аутизам (Mahler et al., 2020). Во пракса, ова се манифестира во тоа што лицето е помалку способно да препознава емоционални состојби, не ги поврзува телесните сензации со емоционалните состојби, има

тешкотии со регулирањето на импулсите или доживува непријатност што не може јасно да ја изрази со зборови.

Во телесно ориентираната психотерапија, ова искуство често се гледа како фрагментирана свест за телото, чувство на исклучување од телото, дисоцијација или тешкотии при локализирање на сензациите (Огден и др., 2006).

Работата со интероцепција и проприоцепција, чувството за положбата и движењето на телото во просторот, е важен дел од телесно ориентираната психотерапија. Пристапите како што се работата со сензорна интеграција, соматското образование или работата со допир можат да го зголемат телесното присуство и важно е да се вклучи работата со движење кога клиентот е подготвен за тоа. Овие карактеристики се особено изразени кај клиенти со алекситимија, која понекогаш ја придружува аутистичниот спектар на нарушувања (Bird & Cook, 2013). Од клиентите со алекситимија може да се очекува дека ќе им треба многу внимание за да развијат интероцепција и нивниот капацитет за интероцепција може да биде трајно ограничен.

4. Неправилен или ригиден ритам на движење

Луѓето со дијагностициран аутизам често покажуваат и ригидност и моторна бавност, или стереотипни и повторувачки движења како што се нишање, грчеви или тапкање. Телесно ориентираната психотерапија ги гледа таквите модели како механизми на саморегулација, обидувајќи се да воспостави рамнотежа и организација во нервниот систем. Наместо да ги гледа патолошки, телесно ориентираната психотерапија ги гледа како форма на адаптација, особено кога се појавуваат во моменти на преоптоварување (Koch et al., 2015). Во терапијата, важно е да не се гледаат овие карактеристики како нешто што треба да се промени и поправи, туку да се обиде да разбере и поддржи она што му служи на клиентот како регулатор на нервниот систем и да се работи на промена на елементите што може да му пречат.

Послаба моторна координација може да се појави и кај лица со аутизам, и тоа не мора да значи постоење на непријатна психолошка состојба, туку повеќе како невробиолошка состојба на нервниот систем.

Повторувачките движења можат да се поделат во две групи:

1. Оние кои помагаат во одржувањето на регулацијата на нервниот систем, познати и како *стимулација* . Тие се дел од нормалното функционирање и им овозможуваат на луѓето со аутистичен спектар на нарушувања да одржуваат рамнотежа (Kapp et al., 2019).
2. Оние кои следат дисрегулација и агитација. Во овие случаи, движењата се знак на силна дисрегулација и честопати неможност за препознавање, изразување и ослободување на реакција на фактор што предизвикува сензорно или психолошко преоптоварување (Leekam et al., 2011).

Во вакви ситуации, техниките ориентирани кон телото помагаат да се ослободи моменталната тензија, наместо да се дозволи таа да остане заробена во телото.

Преку бавна и структурирана работа со движење, можно е да се истражат алтернативи кои ја поддржуваат саморегулацијата, а воедно го зголемуваат капацитетот за разновидност на движењето и телесното изразување. Користените техники вклучуваат терапија со движење, методот Фелденкрајс и автентично движење, бидејќи тие придонесуваат за интеграција на движењето и емоциите, почитувајќи ја потребата за предвидливост и безбедност (Payne et al., 2015; Feldenkrais, 1972/2010).

5. Нарушена сензорна модулација (хипо- и хипер-реактивност)

Еден од основните дијагностички критериуми за аутизам се однесува на атипична сензорна обработка, првенствено преосетливост и хипосензитивност.

Во соматска смисла, ова значи дека клиентот може да реагира бурно дури и на нежен допир, светлина или звук, додека во други ситуации може да има намалена чувствителност на болка, промени во температурата или напнатост во телото.

Алатките на телесно ориентираната психотерапија кои работат со сетилата преку проприоцептивни, вестибуларни и тактилни интервенции можат да придонесат за развој на таканаречената соматска писменост.

Во психотерапевтската работа, важно е сите сензорни стимули да се воведат внимателно. Потребни се јасна согласност, согласност и избор. Терапевтот треба постојано да го следи капацитетот на клиентот да се справи со нови стимули и ситуации кои можат да бидат предизвикувачки. Во овој тип на работа, добро е терапевтот да воведе различни креативни начини за создавање стимули, така што клиентот има широк избор за наоѓање и истражување стимули, односно наоѓање соодветни стимули за него.

6. Нарушена регулација на афектот и физиолошка дисрегулација

Поради атипична неврофизиолошка организација, многу луѓе со аутизам имаат тешкотии во регулирањето на афектот и одржувањето на психолошката рамнотежа, а тоа вклучува тенденција кон емоционални испади, реакции на топење и исклучување или ненадејни транзиции помеѓу состојби на висока возбуда и емоционална вкочанетост (Mazefsky et al., 2013).

Телесно ориентираната психотерапија им пристапува на овие состојби преку зголемување на толеранцијата кон телесните сензации, подигање на свеста за афективните сигнали и практикување стратегии што го зајакнуваат таканаречениот автономен тон, на пример преку вагална регулација (Porges, 2011; Ogden et al., 2006).

Интервенциите обично вклучуваат микро-движења, фокус на дишење, заземјување, соматска интроспекција и работа во ритам кој е внимателно усогласен со автономните реакции на клиентот за да му се помогне на клиентот да ја стекне способноста и чувството за самоконтрола врз неговите емоционални и физиолошки состојби. Поради недоразбирање и често преоптоварување, оваа способност останува недоволно развиена, а кај аутистичните лица, самата свест за тоа дека немаат контрола често создава дополнителна дисрегулација. Воспоставувањето чувство на контрола го зголемува капацитетот на лицето да остане присутно без преоптоварување и создава основа за емоционална отпорност.

Како заклучок

Соматските обрасци кај луѓето со аутистичен спектар на нарушувања не се само симптоми. Тие се исто така одраз на невробиолошката организација и носат информации за обидите за саморегулација и начини на изразување искуства во свет кој често е премногу интензивен за нивниот сензорен систем или збунувачки за нивното разбирање на функционирањето и односите. Телесно ориентираната психотерапија, која го користи телото како главно средство за комуникација, нуди алатки кои можат да помогнат во подобро разбирање на сопствените искуства и функционирањето на телото и нервниот систем, како и во развивање на подобри механизми за влијание врз нив. Покрај тоа, им помага на клиентите да развијат отпорност на секојдневните предизвици што доаѓаат од околината и односите.

3.2. Работа на регулирање на нервниот систем

Телесно ориентираната психотерапија денес е генерално сè повеќе признат пристап во психотерапијата, главно поради сè поголемото разбирање на невробиолошките механизми и поврзаноста и меѓузависноста на психата и телесните функции. Исто така, сè повеќе се применува во работата со лица со аутизам, првенствено во контекст на регулација на нервниот систем.

Современото разбирање на аутизмот не го третира како болест или нарушување кое треба да се излечи, туку како разлика што носи специфични тешкотии и предизвици кои се првенствено последица на различната организација на мозокот и нервниот систем. Терапијата првенствено треба да биде насочена кон ублажување на тешкотиите што произлегуваат од оваа различна организација, а не кон воспоставување на функционалноста на аутистичните лица. Оваа функционалност ќе дојде како резултат на подобра регулација на нервниот систем и треба да се прилагоди на секоја индивидуа.

Телесно ориентираната психотерапија користи пристап од долу нагоре, фокусирајќи се на основните телесни сензации, моторните движења и автономните реакции. Преку нив, се пристапува до трауматски и емоционално наелектризирани искуства кои често се надвор од свесниот ум. Целта е да се процесира траумата на ниво на автономниот нервен систем и да се научи подобро да се регулираат оние карактеристики кои се директно поврзани со

аутизмот. На овој начин, телото се охрабрува природно да се саморегулира и да ја ослободи енергијата што е заробена во трауматските искуства, а на аутистичните лица им се помага да ги направат потребните прилагодувања за полесно да ја одржат физиолошката и психолошката рамнотежа.

Во работата со возрасни лица со аутизам, индивидуализацијата е особено нагласена. Ова вклучува прилагодување на методите и почитување на нивната сензорна чувствителност и специфични потреби. Со поврзување со карактеристични соматски обрасци, физикалната терапија може да обезбеди поддршка во зајакнувањето на саморегулацијата и емоционалната стабилност, секогаш со акцент на почитување на нивната уникатност (Koch et al., 2015).

Вежби за дишење (дијафрагматско, свесно дишење)

Дишењето е основна физиолошка функција и претставува мост помеѓу свесниот ум и автономниот нервен систем и најдиректниот начин на кој можеме да влијаеме на состојбата на автономниот нервен систем. Затоа, тоа е тесно поврзано и со емоционалната состојба и со физичките реакции на стрес (Porges, 2011). Кога некое лице се чувствува смирено, безбедно и опуштено, дишењето станува побавно, подлабоко и ритмично. Таквиот модел испраќа порака до телото дека е во безбедна средина и го стимулира активирањето на парасимпатичкиот систем, па затоа можеме да влијаеме и на чувството на релаксација и безбедност преку дишењето.

Во стресни и заканувачки ситуации, дишењето се менува нагло, станува побрзо, плитко и неправилно, а симпатичкиот систем се активира и го подготвува телото за акција за одбрана од перципираната опасност.

Свесното регулирање на дишењето може да дејствува како моќна алатка за влијание врз овие автоматски реакции. Со намерно менување на ритамот и длабочината на дишењето, можно е да се влијае на автономниот нервен систем и да се сигнализира на телото дека нема непосредна опасност, дури и кога умот продолжува да се чувствува вознемирено. На овој

начин, симптомите на анксиозност се ублажуваат и циклусот на симпатичка активација е прекинат.

Правилните техники на дишење можат значително да ја намалат општата физиолошка возбуда, со што ќе доведат до чувство на смиреност и контрола. Истражувањата покажуваат дека лицата со аутизам имаат високо ниво на прифаќање на овие вежби и ги сметаат за корисни (Goldsmith & LeBlanc, 2004).

Со примена на овие техники, аутистичните лица можат да го подобрат вагалниот тонус и полесно да ги контролираат состојбите на дисрегулација.

Употребата на вежби за дишење во телесно ориентираната психотерапија вклучува неколку техники:

- **Дијафрагматско дишење.** Клиентите се учат да ја користат дијафрагмата, мускулот под белите дробови, за да дишат свесно и длабоко. Оваа техника е позната и како абдоминално дишење и го активира парасимпатичкиот нервен систем. Резултатот е намалување на телесната напнатост и поголемо чувство на смиреност. Фокусот е на проширување на абдоменот при вдишување и опуштање при издишување, што создава подлабок и поритмичен модел на дишење. Ако некое лице не е опуштено при изведување на оваа вежба, не треба да се обидува насилно да ја опушти дијафрагмата, туку да ја изведува вежбата сè додека мускулот на дијафрагмата не се опушти сам како резултат на активирањето на парасимпатичкиот нервен систем.
- **Работа со дишење воопшто.** Терапевтот го набљудува моделот на дишење на пациентот. Тој или таа ја гледа длабочината на вдишувањето и издишувањето, каде што се одвива дишењето (плитко во градите или подлабоко во стомакот), како и присуството на паузи помеѓу вдишувањето и издишувањето. Ова дава увид во потиснатите емоции, блокадите во протокот на енергија и физичката одбрана (Огден и др., 2006). Дишењето често запира или станува плитко кога лицето потиснува непријатни емоции или поминува низ трауматски искуства, што со текот на времето создава хронична напнатост. Техниките на дишење потоа помагаат повторно да се поврзе со телото и овозможуваат ослободување на заробените емоции, враќајќи ја

рамнотежата. Во работата со дишење, потребно е терапевтот да има лично искуство со вежби за дишење за да може редовно да го забележува и проценува моделот на дишење на клиентот или промените што се случуваат.

- **Специфични вежби за дишење.** Се користат различни техники, како што е ритмичко дишење (на пр., вдишување 4 минути, задржување 4 секунди, издишување 6 секунди, задржување 2 секунди). Целта е да се опуштите, да ја намалите анксиозноста и да ги регулирате емоционалните состојби (Schnieder et al., 2019). Вежбите може да нагласат продолжување на издишувањето за да се активира парасимпатичкиот нервен систем или фокусирање на целосен здив за посилно физичко присуство. Искусен терапевт може креативно да ги прилагоди техниките на потребите и реакциите на клиентот врз основа на знаење и искуство.

3.2.1. Адаптации за лица со аутизам:

- **Постепена свест и без форсирање:** Клучно е постепено да се воведе свест за моделот на дишење. Наместо веднаш да се форсира клиентот да дише „правилно“, се поддржува нежно продлабочување на здивот без притисок или чувство на обврска, за да се избегне преоптоварување.
- **Ритмичко дишење:** Воведувањето на ритмичко дишење обезбедува предвидлива структура и чувство на контрола, што често е смирувачко за аутистичните лица. Подобро е, барем на почетокот, да се посвети повеќе време на смирување на дишењето, така што клиентот ќе ја развие вештината за самосмирување и чувство на контрола врз состојбите што ги создаваат вежбите за дишење.
- **Индивидуализирајте го пристапот:** Некои клиенти може да сметаат дека фокусирањето на вниманието врз дишењето е непријатно или преоптоварувачко, па затоа е важно да се индивидуализира пристапот и да се понудат алтернативи кога е потребно. Кај лица со послаба **интероцепција, се очекува процесот на развивање свест за дишењето да** трае долго време.

- **Јасни и структурирани упатства и визуелни помагала:** Користењето јасни упатства и, доколку е потребно, визуелни помагала (на пр. слики или анимации на протокот на воздух) може да биде исклучително корисно за аутистичните лица кои често ги обработуваат информациите подобро визуелно и претпочитаат предвидливост. Објаснувањето на самиот процес и ефектите, дури и на физиолошко ниво, ќе биде корисно за некои клиенти.

2. Внимание фокусирано на телото (свест за телото, интероцепција и проприоцепција)

Интероцепцијата е витална способност за препознавање и толкување на внатрешни телесни сигнали, како што се глад, жед, замор, болка, напнатост, па дури и суптилни сигнали што ги придружуваат емоциите. Кај луѓето со **аутизам,** оваа способност е често намалена или дури и речиси непостоечка, а можни се различни комбинации на способности за препознавање и толкување. Способноста за препознавање или перцепција може да се движи од речиси непостоечка до екстремна, а ова може да биде придружено со неможност за толкување на сигналите. Во пракса, ова може да значи лошо препознавање на сопствените емоционални состојби, одложено препознавање или целосно отсуство на препознавање на тоа што значат одредени телесни сигнали.

Намалената интероцепција може да резултира и со тешкотии со **контролата на импулсите** , бидејќи недостасуваат внатрешни предупредувачки сигнали пред импулсот да се насобира и да го доведе нервниот систем во состојба на голема дисрегулација каде што повеќе не може да го контролира импулсот. Понатаму, може да постои општо чувство на непријатност или внатрешен немир што не може вербално да се артикулира или објасни бидејќи лицето не разбира од каде доаѓаат овие чувства.

Ако лицето не може да препознае телесни сигнали поврзани со емоциите, тешко му е да реагира на нив навремено и соодветно, што доведува до емоционална дисрегулација. Емоциите се акумулираат и на крајот избувнуваат неконтролирано бидејќи не биле препознаени и адресирани порано.

Проприоцепцијата ни овозможува да бидеме свесни за положбата и движењето на нашето тело во просторот без да мора да го гледаме. Вклучува чувство за тежина, притисок и положба на зглобовите и е од суштинско значење за координацијата и општата свест за телото.

Целта на соматската терапија е доволно да се развијат интероцепцијата и проприоцепцијата за да му се овозможи на клиентот да забележи процеси кои функционираат имплицитно и обично се под нивото на свесна перцепција во ситуации каде што нервниот систем е неурамнотежен, регулиран. Ова ги доведува овие процеси на свесно ниво, овозможувајќи подобра обработка, интеграција и контрола на минатите или сегашните искуства, вклучувајќи ги и трауматските спомени складирани во имплицитната меморија.

Претходните истражувања покажаа дека испитаниците се умерено до позитивно отворени за методи што развиваат свест за телото, што го потврдува нивниот потенцијал во работата со лица со аутизам (Koch et al., 2015).

3.2.2. Примена на методи на внимание фокусирано на телото

- **Фокусирање на телесни сензации.** Клиентот се охрабрува да го насочи своето внимание кон специфични сензации во телото. Тие можат да бидат мускулна напнатост, релаксација по вежбање, пецкање, топлина, студ или потреба за движење. Потоа терапевтот го води клиентот низ истражување за тоа како овие сензации ги одразуваат внатрешните емоционални процеси. Кај аутистичните клиенти, корисно е да се започне со специфични делови од телото и многу специфични сензации, оние што тие најверојатно ќе ги забележат и поврзат со одреден емоционален одговор.
- **Работа со сензорна интеграција и соматско образование:** Сензорната интеграција му помага на мозокот поефикасно да ги обработува сензациите, додека соматското образование ги поврзува телесните сензации и емоционалните состојби. Важно е да се имплементираат кога ќе се воспостави доверба и чувство на безбедност во терапевтскиот однос за да се избегне преоптоварување или повторна трауматизација. Аутистичните клиенти може да имаат свој јазик за опишување на телесни и

емоционални сензации кој е различен од општествено прифатените, па затоа е добро терапевтот да биде доволно запознаен со клиентот до оваа фаза за да разбере и да може да користи зборови и јазик што му се познати на клиентот.

- **Проценка на интероцепцијата.** Пред да се работи подлабоко, потребно е да се процени колку клиентот е свесен за внатрешните сигнали. Наместо да праша „Дали знаеш кога ти е жешко?“, терапевтот може да праша „Како знаеш дека ти е жешко?“. Ова поттикнува интроспективно внимание кон телесните сигнали. Ако оваа свест не е развиена, првиот чекор е да се работи на неа пред да се применат посложени методи.
- **Внатрешна поддршка и активности.** Препорачливо е да се воведат едноставни вежби што клиентот може сам да ги прави во секојдневниот живот. Пример е свесно дишење со рака на стомак или граден кош за да се почувствува движењето на здивот. Добро е да се користи пример што клиентот веќе го сметал за пријатен или му помага на некој начин за да има дополнителна мотивација за таква вежба.

3.2.3. Адаптации за лица со аутизам

- **Користење на метафори и визуелни помагала:** Апстрактните концепти на сензации може да бидат тешки за аутистичните лица, а кога се работи со интероцепција и проприоцепција, сигналите често се апстрактни за аутистичниот ум. Затоа е корисно да се воведат специфични метафори како што е „бран што ве преплавува“ за релаксација. Визуелните помагала како што се картички со емотикони или дијаграми на телото му помагаат на клиентот полесно да ги разбере и препознае сензациите.
- **Работа со усна дозвола:** Секоја интервенција мора да се спроведе со јасна усна дозвола од клиентот. Ова создава чувство на сигурност и контрола и ја намалува вознемиреноста, а на клиентот треба јасно да му се објасни и да му се даде можност да каже „не“ или „доста“ во секое време.
- **Надворешна поддршка за компензација на интероцептивните тешкотии:** Кога има тешкотии со интероцепцијата, корисно е да се користат надворешни помагала

како што се паметни часовници што го следат срцевиот ритам или други физиолошки индикатори, апликации што прикажуваат температура, графикони за хидратација или потсетници за основни потреби како што се јадење или одење во тоалет. Ова развива надворешен систем за когнитивно следење што ги компензира внатрешните недостатоци.

- **Посебно внимание за клиентите со алекситимија:** На клиентите со оваа тешкотија им е потребно многу време и трпение за да почнат да забележуваат внатрешни сигнали и да ги поврзуваат со емоциите. На почетокот, покорисно е да се фокусирате на телесните сензации без притисок веднаш да ги вербализирате емоциите. На клиентите треба да им се овозможи да го пронајдат својот јазик за да ги опишат емоциите, со што ќе се поттикне вербализацијата.

3. Работа со движење и граници на телото (водени соматски вежби, истегнување, танцување)

Движењето е исклучително практична алатка за пристап до имплицитни сеќавања и нивна обработка, а при работа со аутистични клиенти има додадена вредност кога има послаба когнитивна интеграција на соматските искуства.

Лицата со аутистичен спектар на нарушувања често покажуваат специфични шеми на движење, ригидност, бавност, несмасност или повторувачки движења. Овие движења често не се патолошки, иако понекогаш се толкуваат како такви, туку служат како начин на саморегулација и внатрешна организација на нервниот систем.

Физичките терапевти ги сметаат ваквите движења како адаптација, особено кога се случуваат во состојби на преоптовареност или висок стрес. Стимулирањето може да помогне во филтрирање на сензорните стимули, намалување на анксиозноста или создавање чувство на контрола. Затоа, работата со движење не е за потиснување на овие механизми, туку за нивно разбирање и, кога е можно, истражување на нови начини на саморегулација.

Работата со свесно движење им помага на клиентите да развијат чувство за сопствениот физички капацитет, да препознаат и да постават лични граници (физички и емоционални) и

да го зајакнат идентитетот преку изразување на телото, што се фундаментални компоненти на чувството на сигурност и автономија (Огден и др., 2006).

Истражувањата спроведени врз млади возрасни лица со аутизам покажаа дека терапијата со танцово движење може да ја подобри свеста за телото, да ја намали тензијата и да ги зајакне социјалните вештини (Koch et al., 2015). Затоа, движењето има потенцијал не само за внатрешна регулација, туку и за зајакнување на интеракцијата со околината. Испитаниците покажаа голема отвореност кон водени соматски вежби и движење воопшто, што укажува дека работата со телото не мора да биде непријатна и е прифатлива за аутистичните клиенти.

3.2.4. Работа со движење и граници на телото

Во телесно ориентираната психотерапија, работата со движење и границите на телото се изведува преку неколку техники:

- **Танцова терапија и психомоторни техники:** Клиентите истражуваат емоционална содржина и внатрешни состојби преку телото, не мора преку зборови. Клиентите се охрабруваат да бараат начини да ги изразат состојбите преку движење, а не преку вербален израз. Една заедничка карактеристика на аутистичните лица е буквалното разбирање, а самото движење нема вродено значење. Поради оваа причина, корисно е терапевтот првично да користи симболика (на пр., нудејќи му на клиентот асоцијации со движења на животни) за да се олесни концептуализацијата и когнитивното поврзување на движењето со значењето кај аутистичните клиенти.
- Спонтаното или воденото движење може да ослободи потиснати емоции, конфликти и чувства, што доведува до намалување на хроничната напнатост во мускулите и ткивата.
- **Метод на Фелденкрајс:** Овој метод користи вежби за движење и внимателност за подобрување на координацијата, флексибилноста и физичкото здравје. Нежните, повторувачки движења им помагаат на клиентите да развијат нови шеми на движење, да станат посвесни за своите навики и да го ослободат вишокот напнатост (Фелденкрајс, 1972/2010). Овој структуриран пристап ќе биде полесен за некои аутистични клиенти отколку неструктурираното, спонтано движење.

- **Нежна и структурирана работа со движења:** Наместо да ги корегира постојните движења, како што е стимулацијата, терапевтот истражува алтернативи што можат да ја поддржат саморегулацијата и да овозможат поголема разновидност на движења и побогат телесен израз (Koch et al., 2015).
- **Терапија со движење и автентично движење:** Овие пристапи ги поврзуваат движењето и емоциите на подлабоко ниво. Во автентичното движење, клиентот ги следи спонтаните внатрешни импулси, додека терапевтот е сведок и помага да се разбере изразот на телото (Whitehouse, 1999).
- **Работа со граници и простор:** Ова е особено важно за луѓе со анксиозност и компромитирано чувство на безбедност. Препознавањето и поставувањето физички и емоционални граници им помага да се чувствуваат повеќе во контрола на нивниот простор и интеракции (Ротшилд, 2000). Чувството за граници може да биде нарушено кај аутистичните лица на два начина. Првиот се должи на искуствата во функционалните терапии кои често користат принуда и потиснување на автентичните потреби на клиентот, со што се нарушува нивното чувство за интегритет и граници. Вториот се должи на недостаток на разбирање на вообичаените општествени норми и граници и резултирачките трауматски искуства.

3.2.5. Адаптации за лица со аутизам

Адаптирањето на движењето кај аутистичните клиенти бара внимателно планирање на сензорната и социјалната средина:

- **Предвидливост и безбедност:** Аутистичните лица имаат потреба од јасна структура и рамка. Активностите треба да имаат јасен почеток и крај, со објаснета цел и тек. Чувството на сигурност во просторот и со терапевтот е од суштинско значење за терапевтскиот процес.
- ***Стимулирачко*** **препознавање :** *Стимулирањето* треба да се гледа како начин на регулирање, а не како нешто што мора да се потисне. Терапевтот може да го вклучи во вежбите или да истражи како се чувствува во телото и да го користи како ресурс

што клиентот го има за регулирање. Обидот за негово потиснување обично води до поголема анксиозност и дисрегулација.

- **Сензорно-пријателска средина:** Просторот мора да биде прилагоден на сензорните потреби
    - **Визуелни граници:** Подлогите, лепливата лента или другите маркери можат јасно да го дефинираат просторот за вежбање и да го намалат чувството на преоптовареност.
    - **Тивки зони:** Клиентот треба да може да се повлече во безбеден, потивок простор доколку се чувствува преоптоварен. Ова не мора да биде посебен простор, туку само место каде што знае дека има мир и безбедност од надворешни стимули.
    - **Осветлување:** Избегнувајте трепкачки (неонски) или силни светла. Повеќето аутистични клиенти ќе имаат корист од пригушено и рамномерно осветлување, а идеално е осветлувањето да биде прилагодливо според потребите на клиентот.
- **Визуелни помагала и јасни упатства:** Пиктограмите, распоредите или кратките видеа го олеснуваат разбирањето на активностите и транзициите. Јасните и специфичните вербални упатства го намалуваат когнитивниот напор и го олеснуваат следењето.
- **Флексибилност во рамките на рутината:** Рутината обезбедува сигурност, но изборот во рамките на рутината поттикнува автономија. На овој начин, клиентот може да избере дали да ја прави вежбата стоејќи или седејќи, или каква музика сака да слуша.

4. Релаксација на телото (соматска релаксација, заземјување и центрирање)

Психолошката траума и интензивните емоции се манифестираат преку она што Рајх го нарекол „мускулен оклоп“ или „карактеристичен оклоп“ (Рајх, 1949/1972) и служат како одбрана и ја заштитуваат личноста од емоционална болка и преоптоварувачки сензации.

Кај аутистичните лица, напнатоста може да има дополнителна сензорна и невробиолошка основа поради преосетливост. Телото може несвесно да се напне како подготовка за претстојните стимули, со што останува во состојба на постојана будност (Baranek, 2002; Schauder & Bennetto, 2016).

Техниките за релаксација и заземјување ги разбиваат овие блокади. Преку свесна релаксација, напнатоста се намалува, а со тоа и вознемиреноста и чувството на исклучување или „лебдење“ што често се јавува со дисоцијација (Огден и др., 2006). Заземјувањето ја враќа стабилноста и поврзаноста со телото и околината, што исто така го зајакнува психолошкиот интегритет. Телото се ослободува од одбраната и се враќа во својата природна рамнотежа, што следствено влијае на психолошката состојба. Испитаниците генерално имаа позитивен став и умерена до висока перцепција за корисноста на овие методи, што ја потврдува нивната практична корист во работата со аутистичната популација (Кох и др., 2015).

3.2.6. Техники за релаксација, заземјување и центрирање

- **Работа со напнатост:** Терапевтот го фокусира вниманието на областите од телото каде што се чувствува хронична напнатост и го води клиентот внимателно да вдишува во областа на напнатост и да ја ослободува напнатоста со издишувањето. На овој начин, свесната релаксација се постигнува со индиректно влијание врз автономниот нервен систем. Со согласност на клиентот, може да се користи и мануелна манипулација, така што терапевтот користи нежен притисок за да помогне во ослободувањето на мускулната вкочанетост. Работата со сензомоторни движења може да се примени и за истражување на моделите на напнатост и олеснување на протокот на енергија, со што се намалува болката и непријатноста.

- **Заземјување: Заземјувањето е симболичен процес на внесување свест во телото со намалување на свеста во нозете и карлицата, деловите од телото што се поблиску до земјата, т.е. површината на која стои клиентот. Ова ја внесува свеста во поголемо присуство и набљудување на она што го чувствува клиентот, т.е. свест за телото.** Вежбата се изведува бос или во чорапи, стапалата цврсто на подот, прстите малку раширени. Клиентот ја пренесува тежината во земјата и чувствува како тензијата се исцедува. Длабокото дишење го засилува чувството на растење од „корените“ и подлабоко вкоренување, што создава стабилност и чувство на припадност.
- **Центрирање:** Додека заземјувањето е врска со надворешниот свет, центрирањето го насочува фокусот конвнатре. Клиентот бара внатрешен центар, често во абдоменот или областа на соларниот плексус. Се развива чувство на самоидентитет и кохерентност, внатрешна сила и смиреност, без оглед на надворешните услови. Ова ја зајакнува саморегулацијата и отпорноста на стрес.

3.2.7. Адаптации за лица со аутизам

- **Работа во рамките на „прозорецот на толеранција“: вежбите** се изведуваат во рамките на способноста на клиентот да толерира сензации. Доколку се надминат овие граници, може да се појави преоптоварување и дисрегулација. Терапевтот мора да следи за знаци на непријатност и да го прилагоди интензитетот или времетраењето на вежбите.
- **Безбедност и предвидливост:** Аутистичните лица имаат потреба од јасно објаснети вежби, со можност за запирање во секое време. Ненадејните промени или неочекуваните стимули често предизвикуваат вознемиреност. Затоа, неопходни се трпение и подготвеност за бавен процес во кој ќе се поддржи дури и мал напредок.
- **Сензорно-пријателска средина.** Просторот треба да се контролира. Осветлувањето не треба да биде премногу светло или трепкаво, околината треба да биде мирна, музиката треба да биде тивка и пријатна. Треба да се избегнуваат силни мириси, а

површините треба да бидат удобни. Клиентот може да вежба во чорапи или бос, во зависност од преференциите.

Позитивното прифаќање на методите за релаксација може да се поврзе со фактот дека аутистичните лица често имаат изразена сензорна чувствителност, а доколку релаксацијата, заземјувањето и центрирањето се спроведуваат земајќи ги предвид специфичните потреби на клиентот и со прифатлив ритам, тие можат да создадат чувство на удобност во телото, што е голема предност за аутистичните клиенти.

Работа со звук и вокализација

3.2.8. Примената на звукот и вокализацијата во телесно ориентираната психотерапија се фокусира на безбедно и контролирано истражување на гласот и звукот:

- **Вокализации и продукција на звук:** Клиентите се охрабруваат слободно да ги изразат потиснатите емоции преку звук и гестови, а не само преку вербални средства. Ова може да вклучува плачење, воздивнување, викање, грчеви или која било друга вокализација што се јавува спонтано и помага во ослободувањето на внатрешниот полнеж. Целта не е да се произведе *„убав“* звук, туку да се изрази автентично (Ротшилд, 2000). Терапевтот создава безбеден и поддржувачки простор за овој вид изразување.

  Терапевтот не треба да ги изразува само непријатните емоции, туку и сите сензации. Вокализацијата може да биде исклучително пријатна за аутистичните лица, а некои користат и таканаречената *вокално стимулирање* , пуштајќи го гласот со цел регулирање.

- **Брмчење:** Едноставна и честопати помалку заканувачка техника, **брмчењето** се користи како форма на релаксација и саморегулација. Некои аутистични лица може да го сметаат за поприфатливо од вокализацијата поради неговата поголема структура. Брмчењето може да помогне **во активирањето на вагусниот нерв** , што помага во намалување на стресот и поттикнување на чувство на смиреност. Може да

се користи како начин за центрирање, смирување на нервниот систем или како пријатен звучен стимул за регулирање на емоциите.

3.2.9. Адаптации за лица со аутизам

Поради специфичната **сензорна чувствителност на звуците** кај аутистичните лица, адаптациите се исклучително важни и бараат големо внимание:

- **Индивидуализација на пристапот:** Терапевтот мора да биде многу внимателен и свесен за специфичните сензорни профили на секој клиент, бидејќи она што е пријатно за еден клиент, може да биде исклучително преоптоварувачко или болно за друг. Потребно е длабоко разбирање на чувствителноста на звук, вклучувајќи толеранција на гласност, фреквенција, висина и времетраење на звуците.
- **Овозможување контрола врз јачината на звукот и времетраењето на звуците:** Клиентот мора да има целосна контрола врз јачината на звукот и времетраењето на звуците што ги произведува. Ова значи дека тој одредува колку е гласен или тивок звукот и колку долго трае, што значи дека клиентот е охрабрен да ги пронајде и избере звуците што ќе ги произведе, наместо да му се кажува да произведува одредени звуци. Терапевтот не треба да го охрабрува клиентот да произведува звуци што го прават да се чувствува непријатно.
- **Размислете за самостојна работа:** Клиентите кои се исклучително чувствителни на присуството на други или претпочитаат осаменост може да бидат охрабрени да работат самостојно со вокализација, можеби со снимени инструкции или во приватен простор.
- **Свесност на терапевтот за специфични сензорни чувствителности:** Терапевтот мора да биде темелно образован и свесен за специфичните сензорни чувствителности на клиентите, вклучувајќи **хиперакузија** (преосетливост на звуци) или **мизофонија** (аверзија кон одредени звуци). Ова овозможува прилагодување на терапевтските стратегии и избегнување на потенцијални предизвикувачи кои би можеле да предизвикаат дисрегулација или анксиозност.

Работа со допир и проприоцепција (со терапевт)

Присуството на терапевтот и, под одредени услови, безбедниот и внимателен допир можат да бидат моќни алатки во телесно ориентираната психотерапија. Нивната цел е да ја подигнат свеста за телесните тензии, да поттикнат длабока релаксација и да создадат чувство на безбеден и поддржувачки контакт. Допирот може да му помогне на клиентот да го врати чувството за своето тело и да развие доверба во безбедна врска.

Сепак, истражувањата покажуваат дека возрасните со аутизам имаат многу ниска подготвеност да работат со допир. Перцепцијата за корисност е исто така оценета како ниска до умерена (Koch et al., 2015). Ова е директно поврзано со клиничките карактеристики на аутизмот, тешкотиите во социјалната комуникација и зголемената чувствителност на тактилни стимули (Baranek, 2002; Schauder & Bennetto, 2016). За многу аутистични лица, допирот, особено ако е неочекуван или инвазивен, може да биде исклучително преоптоварувачки или дури и болен, и често предизвикува вознемиреност и дисрегулација.

3.2.10. Упатства за допир

- **Присуство на терапевт и вербален контакт:** Основните компоненти на работата, кои не вклучуваат физички контакт, се секогаш присутни. Терапевтот создава безбедност преку емпатично внимание, вербална комуникација и невербални знаци како што се говорот на телото или изразите на лицето, додека избегнува директен поглед ако клиентот се чувствува непријатно. Од суштинско значење е да се воспостави безбедност и доверба во терапевтскиот однос на ова ниво пред да се инкорпорираат методи што вклучуваат физички контакт.
- **Физички допир.** Доколку се користи, тој мора да се прави само со јасна и повторена согласност од клиентот. За секој допир се бара дозвола и клиентот може да ја повлече во секое време. Допирот мора да биде нежен, предвидлив и прилагоден на сензорните преференции. Важно е терапевтот да ја пренесе пораката дека физичкиот допир е

достапен како терапевтски метод, но дека тој во никој случај не е предуслов за терапевтскиот процес или дека го одредува успехот на терапевтскиот процес. Какви и да се границите на клиентот, тие се прифаќаат и добредојдени како такви.

3.2.11. Адаптации за лица со аутизам

- **Целосна контрола врз клиентот:** Работата со допир мора да се извршува со максимална претпазливост и водена исклучиво од потребите на клиентот. Нема простор за принудување или убедување.
- **Договорени средства за согласност:** Бидејќи директниот контакт со очите е честопати непријатен, согласноста може да се даде невербално со палец нагоре или друг знак со рака. Важно е согласноста да може да се повлече без притисок и да се охрабрува изразувањето на потребите и поставувањето граници од страна на клиентот.
- **Дајте приоритет на методите без контакт.** Поради ниската стапка на прифаќање, предност треба да се даде на техники кои не вклучуваат физички контакт. Тие вклучуваат дишење, работа со движење, заземјување и свесност за телото, каде што клиентот ги истражува сопствените сензации.
- **Почитување на сензорната чувствителност.** Некои клиенти може да бидат исклучително чувствителни на лесен допир, додека на други може да им треба длабок притисок. Терапевтот мора да биде свесен за овие разлики за да спречи непријатни или штетни реакции и да користи методи на физички контакт само кога е уверен дека клиентот ги препознава неговите потреби и може да ги изрази.
- **Безбедна средина и тактилни адаптации.** Концептот на Виникот за „средина на држење“ се однесува на создавање безбеден простор (Винникот, 1965). Наместо директен допир од терапевтот, може да се користат тегови, тешки ќебиња, сензорни топки или вибрирачки уреди што ги контролира клиентот. На овој начин, се обезбедуваат тактилни стимули кои ја поддржуваат регулацијата, но не се преоптоварувачки (Грандин, 1992).

4. ЕМПИРИСКИ ДЕЛ

4.1. Цел и методологија на истражувањето

Целта на ова истражување беше да се утврди нивото на прифаќање на методите на работа со тело од терапија ориентирана кон телото за регулирање на нервниот систем. Студијата беше спроведена кај возрасни лица дијагностицирани со аутистичен спектар на нарушувања од прв степен без интелектуална попреченост. Дијагнозата на аутистичен спектар на нарушувања значи дека лицето има најниско ниво на потреба за поддршка, што во пракса значи дека лицето најчесто функционира независно во приватниот, социјалниот и деловниот живот. Студијата вклучува претходно искуство со некаков вид соматски методи, квалитетот на претходното искуство, како и отвореност за испробување соматски методи, перцепција за прифатливост и пожелност на одредени соматски методи.

Методологија:

- Комбинација од квантитативна и квалитативна анализа
- Онлајн прашалник со демографски прашања, скали и одговори од отворен тип
- Примерок: 92 возрасни лица со аутистичен спектар на нарушувања (дијагностицирани или самодијагностицирани)

Прикажи резултати

Демографија на учесниците (N=92)

1. Возраст на учесниците

Возрасна група	Број на учесници	Процент (%)
18–25	2	2.2
26–35	37	40,2
36–45	53	57,6
45–54	0	0,0
55–64	0	0,0
65+	0	0,0
Вкупно	92	100,0

2. Пол на учесниците

Пол	Број на учесници	Процент (%)
Женски	72	78,3
Машки	20	21,7
Не декларирам / Друго	0	0,0
Вкупно	92	100,0

3. Дијагностички статус на учесникот

Дијагностички статус	Број на учесници	Процент (%)
Имам формална дијагноза на аутистичен спектар на нарушувања (прво ниво на поддршка, немам интелектуална попреченост)	67	72,8
Јас сум самодијагностицирана аутистична личност (преку релевантни онлајн тестови, на пр. RAADS-R, и се препознавам себеси во аутистични искуства, без интелектуална попреченост, со мала или умерена потреба за поддршка)	25	27.2

Моментално сум во процес на дијагностицирање.	0	0,0
Не знам / Не сум сигурен/на	0	0,0
Вкупно	92	100,0

4. Користење на психотерапија или психолошка поддршка

Одговор	Број на учесници	Процент (%)
Да	79	85,9
Не	13	14.1
Вкупно	92	100,0

методи на психотерапија (од вкупно 79 учесници кои користеле некаков вид психотерапија):

Метод / Пристап	Број на учесници	Процент (%) на одговори „Да“
Когнитивно-бихевиорална терапија	43	54,4%
Вежби за дишење/јога	36	45,6%
Вкупно	79	100,0%

Општи ставови кон соматските техники (N=92)

1. Интерес за истражување на соматски техники

Каматна оценка	Број на учесници	Процент (%)
1 = Воопшто не сум заинтересиран/а	0	0,0
2 = Не сум многу заинтересиран/а	4	4.3
3 = Умерено заинтересиран	23	25,0
4 = Доста заинтересиран	56	60,9
5 = Целосно заинтересиран/а	9	9,8
Вкупно	92	100,0

3. Претходно искуство со телесно ориентираната психотерапија

Одговор	Број на учесници	Процент (%)
Да	12	13,0
Не	80	87,0
Не сум сигурен.	0	0,0
Вкупно	92	100,0

Степен на отвореност за индивидуални методи

4.1.1. Ниво на отвореност за вежби за дишење и свесно дишење

Повеќето испитаници покажаа високо ниво на отвореност кон вежбите за дишење и свесното дишење. Поголемиот дел од учесниците (56) ја оценија својата отвореност со оценка **4** , додека 16 испитаници дадоа највисока оценка **од 5** , што укажува на многу позитивен став кон оваа техника. Помал број испитаници изразија неутрален став (17 испитаници оценија со **3**), додека ниските оценки беа речиси занемарливи - тројца испитаници избраа оценка од **2** , а ниту еден не означи **1.** Овие резултати сугерираат дека вежбите за дишење беа перцепирани како корисни и прифатливи од страна на мнозинството учесници .

Табела 1. Ниво на отвореност за вежби за дишење

Евалуација	Број на испитаници
1 – Воопшто не сум отворен/а	0
2 – Генерално не сум отворен/а.	3
3 – Неутрален	17
4 – Претежно отворено	56
5 – Целосно отворено	16
Вкупно	**92**

Ниво на отвореност кон водени соматски вежби

Овие резултати покажуваат високо ниво на отвореност на испитаниците кон водени соматски вежби, како што се заземјување, истегнување и движење. Најголемиот број учесници, 67, се изјаснија како претежно отворени за учество во овие вежби, додека 8 беа целосно отворени. 12 учесници имаа неутрален став, додека само 5 учесници покажаа ниска отвореност (3 испитаници беа претежно неотворени, а 2 испитаници воопшто не беа отворени). Овие резултати сугерираат дека мнозинството учесници ги перцепираат соматските вежби позитивно и се подготвени да ги вклучат во работниот процес.

Табела 2. Отвореност кон водени соматски вежби

Ниво на отвореност	Број на испитаници
1 – Воопшто не сум отворен/а	2
2 – Генерално не сум отворен/а.	3
3 – Неутрален	12
4 – Претежно отворено	67
5 – Целосно отворено	8
ВКУПНО:	92

4.1.2. Отвореност кон физичко истегнување и вежби за движење фокусирани на свесност за телото

Поголемиот дел од испитаниците во оваа студија покажаа високо ниво на отвореност кон физичко истегнување и вежби за движење насочени кон свесност за телото. Најголемиот број учесници ја оценија својата отвореност со 4 (53 учесници) или 5 (24 учесници), што е вкупно 77 од 92 испитаници. Умерена отвореност (оценка 3) изразија 13 учесници, додека само 2 испитаници дадоа оценка 2, а никој не посочи целосно затворање (оценка 1). Овие резултати уште еднаш укажуваат на силната подготвеност на учесниците да прифатат соматски вежби за истегнување и движење за терапевтски цели

Табела 3. Отвореност кон физички вежби за истегнување и движење фокусирани на свесност за телото

Евалуација	Број на испитаници
1 – Воопшто не сум отворен/а	0
2 – Генерално не сум отворен/а.	2
3 – Неутрален	13
4 – Претежно отворено	53
5 – Целосно отворено	24
Вкупно	**92**

Свест за телото

Резултатите од истражувањето во овој дел покажуваат дека испитаниците се умерено отворени за методи насочени кон развивање на свест за телото. Најголем број учесници го избраа одговорот **3** (неутрален) - 45 од нив (48,9%), додека 32 учесници (34,8%) изразија релативна подготвеност со избирање на оценка **4.** Само 11 учесници (12%) покажаа висока отвореност со избирање на оценка **5** , додека само 4 учесници (4,3%) изразија ниска подготвеност (оценка **2**), а ниту еден учесник не избра оценка **1** (воопшто не се подготвени). Овие резултати укажуваат дека мнозинството учесници имаат умерена до позитивна отвореност кон методите што развиваат свест за телото, со мал процент на оние кои се исклучително заинтересирани.

Перцепција за корисност

Во однос **на перцепцијата за корисноста** на овие методи, распределбата на одговорите исто така се наклонува кон средните и повисоките вредности. Најголемиот број учесници ја оцениле корисноста на свеста за телото со **4** (43 учесници; 46,7%), додека **3** го избрале 31 (33,7%). 9 учесници (9,8%) ги сметаат овие методи за исклучително корисни (оценка **5**), а помал број ги сметаат за помалку корисни - 5 учесници (5,4%) избрале **2** , а 4 (4,3%) **1** .

Како заклучок, податоците покажуваат дека учесниците ги сметаат методите за свесност за телото како претежно корисни и потенцијално применливи, иако поголемиот дел од населението има неутрален или умерено позитивен став. Помал број испитаници се исклучително ентузијастични за нивната употреба.

Табела 5: Отвореност и перцепција за корисноста на методите за свесност за телото

Евалуација	Број на испитаници – Отвореност	%	Број на испитаници – Корисност	%
1	0	0,0%	4	4,3%
2	4	4,3%	5	5,4%
3	45	48,9%	31	33,7%
4	32	34,8%	43	46,7%
5	11	12,0%	9	9,8%
Вкупно	**92**	100%	**92**	100%

4.1.3. Истегнување на телото

Тука, резултатите од студијата покажуваат дека учесниците се во голема мера отворени за методи на истегнување на телото. Најголем број испитаници, 51 (55,4%), избрале оценка 4, што укажува на голема подготвеност за вклучување во овој метод. Оценка 3 (неутрален) избрале 23 учесници (25%), додека многу ниско ниво на отвореност (оценка 5) покажале 13 учесници (14,1%). Од друга страна, многу мал број испитаници изразиле ниско ниво на подготвеност - 4 учесници (4,3%) избрале оценка 2, а само 1 учесник (1,1%) избрал оценка 1. Овие податоци сугерираат дека мнозинството учесници го перцепираат истегнувањето на телото како достапен и прифатлив метод на работа на кој со задоволство се препуштаат.

Табела 6. Отвореност за истегнување на телото

Евалуација	Број на испитаници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум отворен/а	1	1.1
2 – Генерално не сум отворен/а.	4	4.3
3 – Неутрален	23	25,0
4 – Претежно отворено	51	55,4
5 – Целосно отворено	13	14.1
Вкупно	92	100

4.1.4. Перцепција за придобивките од истегнување на телото

Резултатите покажуваат дека испитаниците најчесто го перцепираат истегнувањето како корисен метод, иако постои и одреден процент од оние кои се неутрални или помалку убедени во неговата вредност. Најголем број учесници, 34 (37,0%), ја оцениле корисноста од истегнувањето со оценка 4, додека 28 учесници (30,4%) избрале оценка 3 (неутрален). 12 учесници (13,0%) ја препознале екстремната корисност (оценка 5). Од друга страна, помал број учесници го оцениле овој метод како помалку корисен - 14 испитаници (15,2%) избрале оценка 2, а 4 испитаници (4,3%) избрале оценка 1.

Овие податоци укажуваат дека мнозинството учесници го сметаат истегнувањето за корисно, иако процентот на оние кои го сметаат за исклучително корисно е нешто помал во однос на степенот на отвореност кон овој метод.

Табела 7. **Перцепција за корисноста од истегнувањето на телото**

Евалуација	Број на испитаници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум отворен/а	4	4.3
2 – Генерално не сум отворен/а.	14	15.2
3 – Неутрален	28	30,4
4 – Претежно отворено	34	37,0
5 – Целосно отворено	12	13,0

Вкупно	92	100

4.1.5. Релаксација на телото (релаксација)

Резултатите од студијата покажуваат дека учесниците генерално се позитивни во однос на методите за релаксација на телото. Најголем број испитаници дале оценка 4, што изнесува 55 учесници (60,9%), додека 23 учесници (25%) зазеле неутрален став со оценка 3. Висока подготвеност, оценка 5, ја избрале 10 учесници (10,9%), додека многу мал број изразиле пониска подготвеност - 3 учесници (3,3%) со оценка 2, а само 1 учесник (1,1%) со оценка 1.

Овие резултати укажуваат дека мнозинството испитаници ги прифаќаат методите за релаксација како пожелни и корисни, при што преовладува умерена до висока отвореност, додека екстремно ниската подготвеност е речиси занемарлива.

Табела 8. Степен на отвореност според методите за релаксација на телото

Проценка на подготвеноста	**Број на учесници**	**Процент (%)**
1 – Воопшто не сум подготвен/а	1	1,1%
2 – Малку подготвено	3	3,3%
3 – Неутрален	23	25,0%
4 – Подготвено	55	60,9%
5 – Многу подготвено	10	10,9%
Вкупно	92	100%

4.1.6. Перцепција за корисноста на методите за релаксација на телото

Тука, резултатите покажуваат дека мнозинството учесници ги оцениле методите за релаксација на телото како **умерено корисни** . Најголемиот број испитаници дале оценка 3 - вкупно 53 учесници (66,3%), додека 12 учесници (13,0%) ја оцениле корисноста со оценка 4. Вкупно 10 учесници (10,9%) ги сметале овие методи за **многу корисни** (оценка 5). Од друга страна, помал број учесници ги сметале методите за помалку корисни - 14 учесници (15,2%) избрале оценка 2, а 3 учесници (3,3%) оценка 1.

Овие резултати покажуваат дека мнозинството учесници препознаваат **умерена до позитивна корисност** од методите за релаксација на телото, додека помал дел од испитаниците изразуваат или екстремна корисност или екстремна незаинтересираност.

Табела 9. Перцепција за корисноста на методите за релаксација на телото

Евалуација	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум отворен/а	3	3,3%
2 – Генерално не сум отворен/а.	14	15,2%
3 – Неутрален	53	66,3%
4 – Претежно отворено	12	13,0%
5 – Целосно отворено	10	10,9%
Вкупно	**92**	**100%**

4.1.7. Описна презентација на резултатите - Методи на дишење и регулација на дишењето

Резултатите од студијата покажуваат дека учесниците се претежно отворени за методи што вклучуваат дишење и регулирање на дишењето. Најголем број испитаници, **58 (63%)** , избраа оценка **4** , што укажува на висока подготвеност. Следната најчеста е неутралната оценка **3** , избрана од **15 испитаници (16,3%)** . Помал број учесници покажаа ниска подготвеност - **6 учесници (6,5%)** ја оценија отвореноста со оценка 2, додека само **2 учесници (2,2%)** избраа 1 (воопшто не се подготвени). Најмалиот, но значаен, дел од испитаниците, **11 лица (12%)** , изразија целосна отвореност со оценка 5.

Овие податоци покажуваат дека мнозинството учесници имаат позитивен став кон методите на дишење, при што многу мал број испитаници имаат спротивставување кон нив.

Табела 10. Отвореност кон методите на дишење и регулација на дишењето

Евалуација	Број на учесници	Процент
1 – Воопшто не сум подготвен/а	2	2,2%

2 – Малку подготвено	6	6,5%
3 – Неутрален	15	16,3%
4 – Подготвено	58	63%
5 – Целосно подготвен	11	12%
Вкупно	**92**	**100%**

4.1.8. Перцепција за корисноста на методите на дишење и регулирање на дишењето – Описен преглед

Резултатите покажуваат дека мнозинството испитаници ги сметаат методите за дишење и регулација на дишењето за корисни, со акцент на средните и повисоките вредности на скалата. Најголемиот број учесници, 37 **(40,2%)** , ја оцениле корисноста на овие методи со резултат од **4** , додека **24 учесници (37%)** избрале **3** , што укажува на претежно умерено позитивен став. Помал број испитаници, **21 (22,8%)** , изразиле пониска перцепција за корисност со избирање на резултат од **2** , додека **4 лица (4,3%)** ги оцениле методите како најмалку корисни (оценка 1). Останатите учесници, **6 (6,5%)** , ги сметаат методите за дишење како исклучително корисни и избрале резултат од **5** .

Генерално, резултатите покажуваат дека мнозинството учесници ја препознаваат важноста на методите на дишење во поддршката на регулирањето на емоциите и намалувањето на стресот, при што преовладува неутрално до позитивно мислење, додека помал процент е исклучително ентузијастичен.

Табела 11. Перцепција за корисноста на методите за дишење и регулирање на дишењето

Евалуација	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не е корисно	4	4,3%
2 – Малку корисно	21	22,8%
3 – Неутрален	24	37,0%
4 – Корисно	37	40,2%

5 – Многу корисно	6	6,5%
Вкупно	92	100%

4.1.9. Методи на движење и ритам (танц, ритмичко движење)

Резултатите покажуваат дека подготвеноста на испитаниците да учествуваат во методи на движење и ритам е претежно умерена, со тенденција кон пониски вредности. Најголемиот број учесници избраа оценка од 3 (неутрални) - 47 од нив (51,1%), додека 19 учесници (20,7%) изразија релативно ниска подготвеност (оценка 2). Девет учесници (9,8%) воопшто не беа подготвени за овој облик на работа (оценка 1). Од друга страна, 12 учесници (13%) покажаа поголема отвореност (оценка 4), додека висока подготвеност (оценка 5) изразија 5 од нив (5,4%).

Овие резултати укажуваат дека мнозинството учесници имаат неутрален или малку резервиран став кон методите што вклучуваат ритмичко движење и танц, додека помал дел од популацијата е исклучително отворен или целосно затворен кон овој вид активност ориентирана кон телото.

Табела 12. Подготвеност за движење и ритмички методи

Проценка на подготвеноста	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум подготвен/а	9	9,8%
2 – ниска подготвеност	19	20,7%
3 – неутрален	47	51,1%
4 – висока подготвеност	12	13,0%
5 – целосно подготвено	5	5,4%
Вкупно	92	100%

4.1.10. Перцепција за корисноста на методите на движење и ритам

Резултатите за перцепцијата на корисноста на методите за движење и ритам покажуваат дека мнозинството испитаници ги сметаат овие методи за неутрални или малку корисни. Најголемиот број учесници избраа оценка од 3 (неутрални) - 48 од нив (52,2%), додека 12 учесници (13%) ги оценија методите како помалку корисни (оценка 2). Девет учесници (9,8%) сметаат дека овие методи воопшто не се корисни (оценка 1).

Од друга страна, 11 учесници (12%) ги оценија методите како корисни (оценка 4), додека 12 (13%) изразија став дека методите се исклучително корисни (оценка 5).

Оваа дистрибуција покажува дека методите на движење и ритам се доживуваат првенствено како неутрални, при што помал дел од популацијата ги смета за многу корисни, а значителен број учесници ги сметаат за помалку релевантни за нивниот развој.

Табела 13. Перцепција за корисноста на методите на движење и ритам

Оцена за комунални услуги	Број на учесници	Процент (%)
1 – воопшто не е корисно	9	9,8%
2 – помалку корисно	12	13,0%
3 – неутрален	48	52,2%
4 – корисно	11	12,0%
5 – исклучително корисно	12	13,0%
Вкупно	92	100%

4.1.11. Соматска релаксација и релаксација на телото

Резултатите покажуваат дека испитаниците се претежно позитивно ориентирани кон соматска релаксација и методи за релаксација на телото. Најголемиот број учесници избрале оценка од 4 – 57 од нив (62%), што укажува на силна подготвеност за примена на овие техники. Неутрална оценка од 3 избрале 23 учесници (25%), додека многу мал број испитаници покажале ниска отвореност: 3 учесници (3,3%) избрале оценка од 2, а 2

учесници (2,2%) оценка од 1. Останатите испитаници, 7 од нив (7,6%), изразиле висока отвореност со оценка од 5.

Овие податоци јасно укажуваат дека мнозинството учесници покажуваат подготвеност да вклучат техники на соматска релаксација, со исклучително мал дел од оние кои не се заинтересирани или го отфрлаат овој пристап.

Табела 14. Соматска релаксација и релаксација на телото (Отвореност)

Евалуација	Број на испитаници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум отворен/а	2	2.2
2 – Генерално не сум отворен/а.	3	3.3
3 – Неутрален	23	25,0
4 – Претежно отворено	57	62,0
5 – Целосно отворено	7	7.6
Вкупно	**92**	**100**

4.1.12. Перцепција за корисноста од соматската релаксација и телесната релаксација

Резултатите покажуваат дека испитаниците ги перцепираат методите на соматска релаксација и телесна релаксација како претежно корисни. Најголем број учесници, 57 (62%), ја оцениле корисноста со оценка 4, додека 23 учесници (25%) избрале неутрална оценка 3. Многу висока корисност (оценка 5) ја препознале 7 учесници (7,6%), додека ниска корисност изразиле само 3 испитаници (3,3%) со оценка 2, и 2 испитаници (2,2%) со оценка 1. Овие податоци укажуваат дека мнозинството учесници ја сметаат соматската релаксација

за практичен и корисен метод, со акцент на средна до висока перцепирана вредност, додека процентот на оние кои ја сметаат за помалку корисна е занемарлив.

Табела 15. Перцепција за корисноста од соматската релаксација и телесната релаксација

Евалуација	Број на испитаници	Процент (%)
1 – воопшто не е корисно	2	2.2
2 – помалку корисно	3	3.3
3 – неутрален	23	25,0
4 – корисно	57	62,0
5 – исклучително корисно	7	7.6
Вкупно	**92**	**100**

4.1.13. Вежби за дишење

Резултатите од студијата покажуваат дека испитаниците се исклучително отворени за вежби за дишење. Најголемиот број учесници, 72 (84,8%), избраа оценка 4, што укажува на високо ниво на подготвеност за вклучување на овие техники. Дополнителни 15 учесници (16,3%) покажаа максимална отвореност со оценка 5. Само тројца испитаници (3,3%) избраа оценка 3 (неутрален), додека само 2 учесници (2,2%) ја оценија својата подготвеност со 2. Ниту еден учесник не избра најниска оценка од 1.

Овие податоци укажуваат дека вежбите за дишење се многу прифатливи и дека учесниците имаат многу позитивен став кон нивната примена во терапевтски контекст.

Табела 16. Ниво на отвореност според вежбите за дишење

Проценка на подготвеноста	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум подготвен/а	0	0,0%
2 – Малку подготвено	2	2,2%
3 – Неутрален	3	3,3%
4 – Подготвено	72	84,8%
5 – Многу подготвено	15	16,3%

Вкупно	92	100%

4.1.14. Описна презентација на резултатите

Резултатите од студијата покажуваат дека испитаниците се исклучително отворени за примена на вежби за дишење како соматски метод. Најголемиот број учесници (78; 84,8%) избрале оценка 4, што укажува на висока подготвеност, додека уште 9 учесници (9,8%) изразиле максимална отвореност со оценка 5. Само тројца учесници (3,3%) ја оцениле својата подготвеност со оценка 3, додека оценките 1 и 2 биле избрани исклучително ретко (0 и 2 учесници; вкупно 2,2%). Овие резултати јасно укажуваат дека мнозинството испитаници ги сметаат вежбите за дишење за многу прифатливи и лесни за примена во нивниот живот.

Табела 17. Отвореност и перцепција за корисноста од вежбите за дишење

Евалуација	Отвореност (фреквенција)	Отвореност (%)	Корисност (фреквенција)	Корисност (%)
1	0	0,0%	3	3,3%
2	2	2,2%	4	4,3%
3	3	3,3%	34	37,0%
4	78	84,8%	51	55,4%
5	9	9,8%	0	0,0%
Вкупно	**92**	**100%**	**92**	**100%**

4.1.15. Вокализација / работа со звук

Резултатите покажуваат дека испитаниците имаат претежно умерена или помала отвореност кон вокализација и методи на работа со звук. Најголемиот број учесници избраа оценка 3 (неутрални) - 41 од нив (44,6%), додека 24 учесници (26,1%) изразија ниска отвореност со оценка 2. Најниска отвореност (оценка 1) покажаа 12 учесници (13%), додека 6 учесници

(6,5%) избраа оценка 4. Само 9 учесници (9,8%) изразија висока отвореност кон овие методи (оценка 5).

Овие резултати покажуваат дека мнозинството учесници имаат неутрален или благо негативен став кон методите на вокализација, додека помал број се високо мотивирани да ги користат.

Табела 19. Отвореност кон вокализација / работа со звук

Евалуација	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум отворен/а	12	13,0%
2 – Генерално не сум отворен/а.	24	26,1%
3 – Неутрален	41	44,6%
4 – Претежно отворено	6	6,5%
5 – Целосно отворено	9	9,8%
Вкупно	**92**	**100%**

4.1.16. Работа со звук – Перцепција за корисност

Резултатите од студијата покажуваат дека мнозинството испитаници ги сметаат методите на вокализација и работа со звук за **умерено корисни** , со релативно мал број од оние кои ги сметаат за исклучително вредни. Најголем број учесници ја оцениле корисноста на овие методи со оценка 3 - вкупно 46 учесници (60,9%), додека 11 испитаници (12%) дале оценка 4, што укажува на малку позитивен став. Висока корисност (оценка 5) изразиле 9 испитаници (9,8%). Од друга страна, 14 учесници (15,2%) ги сметаат овие методи за помалку корисни (оценка 2), додека 12 (13%) ги сметаат за целосно бескорисни (оценка 1).

Овие резултати укажуваат дека ставовите кон корисноста на вокализацијата се поделени, со акцент на неутрална перцепција и помала тенденција кон ентузијастичко прифаќање.

Табела 20. Перцепција за корисноста на методите на вокализација / работа со звук

Евалуација	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не е корисно	12	13,0
2 – Малку корисно	14	15.2
3 – Неутрален	46	60,9
4 – Корисно	11	12,0
5 – Многу корисно	9	9,8
Вкупно	**92**	**100**

4.1.17. Работа со допир и проприоцепција (отвореност)

Резултатите покажуваат дека мнозинството испитаници имаат ниско ниво на отвореност кон методите на работа со допир и проприоцепција. Најголемиот број учесници, 45 (48,9%), избраа оценка 1, што укажува на целосна неподготвеност за овој вид активност. Потоа следат 24 испитаници (26,1%) кои се изјаснија со оценка 2, додека 12 учесници (13%) заседоа неутрален став со избирање оценка 3. Само 2 испитаници (2,2%) покажаа повисоко ниво на отвореност со оценка 4, додека преостанатите 9 учесници (9,8%) избраа оценка 5, изразувајќи целосна подготвеност.

Овие податоци укажуваат на исклучително ниско ниво на подготвеност кај повеќето учесници да учествуваат во методи што вклучуваат допир и проприоцептивна работа, со многу мал процент на оние кои се исклучително отворени за вакви пристапи.

Табела 20. Отвореност за работа со допир и проприоцепција

Евалуација	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум подготвен/а	45	48,9%
2 – Малку подготвено	24	26,1%
3 – Неутрален став	12	13,0%

4 – Претежно подготвено	2	2,2%
5 – Целосно подготвен	9	9,8%
Вкупно	92	100%

4.1.18. Перцепција за корисноста на методите на работа со допир и проприоцепција

Резултатите покажуваат дека учесниците генерално имаат **ниска до умерена перцепција за корисноста** на овие методи. Поголемиот дел од учесниците избрале оценка 2 (29 учесници; 37%), додека малку помал број избрале оценка 3 (27 учесници; 34,8%). Оценка од 1, што укажува дека ги сметаат методите за целосно бескорисни, дале 23 учесници (25%). Помал број испитаници ги сметаат овие методи за корисни - 12 учесници (13%) избрале оценка 4, додека само 1 учесник (1,1%) изразил многу висока перцепција за корисноста со оценка 5.

Овие податоци сугерираат дека методите на работа со допир и проприоцепција се чини дека се **од ограничена корист за повеќето учесници** , при што преовладуваат неутрални или пониски ставови, додека силно позитивниот впечаток е многу редок.

Табела 21. Перцепција за корисноста на методите на работа со допир и проприоцепција

Евалуација	Број на учесници	Процент
1 – Воопшто не е корисно	23	25,0%
2 – Малку корисно	29	37,0%
3 – Неутрален	27	34,8%
4 – Корисно	12	13,0%
5 – Многу корисно	1	1,1%
Вкупно	**92**	**100%**

Подготвеност за комбинирани соматски техники

Резултатите од студијата покажуваат дека учесниците се исклучително отворени за употреба на комбинирани соматски техники. Најголемиот број испитаници, 66 (72,8%), ја оцениле

својата подготвеност со оценка 4, додека 23 учесници (25%) избрале оценка 3 (неутрален). Само 2 испитаници (2,2%) изразиле ниска подготвеност со оценка 2, а никој не избрал оценка 1. Еден учесник (1%) изразил максимална подготвеност со оценка 5.

Овие резултати јасно укажуваат на многу позитивен став на мнозинството испитаници кон примената на комбинирани соматски техники, при што доминира изразената подготвеност, а многу мал број учесници покажуваат резервираност.

Табела 22. Подготвеност за комбинирани соматски техники

Проценка на подготвеноста	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не сум подготвен/а	0	0,0
2 – Најчесто не сум подготвен/а	2	2.2
3 – Неутрален	23	25,0
4 – Претежно подготвено	66	72,8
5 – Целосно подготвен	1	1.0
Вкупно	92	100

Перцепција за корисноста на комбинираните соматски техники

Резултатите покажуваат дека учесниците во голема мера ги сметаат комбинираните соматски техники за корисни. Најголем број испитаници, 66 (71,7%), ја оцениле корисноста со оценка 4, додека 22 учесници (23,9%) избрале неутрален резултат од 3. Тројца учесници (3,3%) ги сметаат методите за помалку корисни (оценка 2), додека никој не избрал оценка од 1. 1 учесник (1,1%) ги оценил методите како максимално корисни со оценка 5.

Оваа распределба јасно покажува дека испитаниците генерално ја препознаваат вредноста на комбинираните соматски техники, при што преовладува умерено до високо позитивна перцепција за корисноста.

Табела 23. Перцепција за корисноста на комбинираните соматски техники

Оцена за комунални услуги	Број на учесници	Процент (%)
1 – Воопшто не е корисно	0	0,0
2 – Малку корисно	3	3.3
3 – Неутрален	22	23,9
4 – Претежно корисно	66	71,7
5 – Исклучително корисно	1	1.1
Вкупно	92	100

4.2. Анализа и интерпретација

Резултатите од студијата покажуваат дека возрасните аутистични лица генерално имаат високо ниво на отвореност и доверба во корисноста на соматските техники за регулирање на сопствената состојба. Ова откритие се совпаѓа со претпоставката дека аутистичните лица ќе ја препознаат вредноста на вклучувањето на телото во терапевтскиот процес и дека доживуваат дека работата со телото е од суштинско значење за општата психофизичка благосостојба. Резултатите ги покажуваат очекуваните варијации во прифаќањето и перцепцијата на корисноста на индивидуалните методи во согласност со општите специфичности на аутистичните лица.

Атипичното сензорно процесирање се смета за една од основните карактеристики на аутистичниот спектар. Зголемената чувствителност на социјални и сензорни стимули, како што се физичкиот допир или контактот со очите, често се присутни кај овие лица и овие карактеристики се рефлектираат во резултатите од истражувањата.

Поливагалната теорија на Стивен Поргес е важна основа за разбирање на ваквите реакции и работа со телото. Таа објаснува дека нервниот систем има три гранки, од кои секоја регулира различни физиолошки и бихејвиорални реакции. Луѓето со аутизам и ADHD често имаат „поригиден нервен систем“ од невротипичните луѓе, што резултира со потесен прозорец на толеранција и послаб вагален тонус, што значи дека дисрегулацијата се јавува побрзо и почесто. Во овој контекст, методите што се изучуваат и кои ја поддржуваат регулацијата на нервниот систем можат да играат клучна улога во секојдневното функционирање и целокупната благосостојба.

Резултатите од студијата се во согласност со овие теоретски претпоставки. Испитаниците покажаа високо ниво на отвореност кон методите на дишење и ги сметаа за многу корисни. Тие, исто така, изразија сличен став кон водени соматски вежби како што се заземјување, истегнување, движење и релаксација на телото. Тие беа особено заинтересирани за методи кои не бараат директен меѓучовечки контакт. Ова ја потврдува претходната претпоставка дека ваквите методи (дишење, движење, свесност за телото) би биле попосакувани од оние што вклучуваат физички допир или контакт со очите.

Спротивно на тоа, подготвеноста за работа со допир и проприоцепција беше многу ниска. Перцепцијата за корисноста на овие методи беше исто така оценета како ниска до умерена. Ова директно корелира со клиничките карактеристики на аутизмот, каде што тешкотиите во социјалната комуникација се изразуваат преку тешкотии во препознавањето и користењето на невербални сигнали, вклучувајќи гестови, изрази на лицето, говор на телото и контакт со очите.

Студијата забележа јасни шеми во преференциите и перцепциите за корисноста на различните соматски техники кај возрасните со аутизам.

4.2.1. Критички преглед на ограничувањата

Истражувањето има голем број ограничувања што треба да се земат предвид при толкување на резултатите.

Субјективност на самооценувањето

Истражувањето преку самооценување во онлајн прашалник има ограничување поврзано со субјективноста на испитаниците и нема објективно мерливи варијабли. Поради оваа причина, од ова истражување може да се извлечат заклучоци за перцепцијата, но не и за реалните резултати при примена на овие методи. Резултатите во случај на реална примена на овие методи би можеле да бидат значително различни и можно е тие да зависат од различни фактори кои не биле земени предвид во истражувањето.

Карактеристики на примерокот.

- *Распределба по возраст.* Најголемиот број учесници припаѓал на возрасната група од 36 до 45 години (53 испитаници, 57,6%). Најмалиот број бил во најмладата група, од 18 до 25 години (2 испитаници, 2,2%). Оваа распределба укажува дека примерокот е претежно составен од возрасни на средна возраст, што треба да се има предвид при толкување на резултатите за подготвеноста за методи ориентирани кон телото. Ова ја ограничува можноста за генерализација на помлади или постари возрасни лица со аутизам.
- *Распределба по пол.* Во примерокот доминираа жени – 72 учеснички (78,3%) наспроти 20 машки учесници (21,7%). Треба да се напомене дека жените често се дијагностицираат подоцна или воопшто не се дијагностицираат. Ова може да се должи на верувањето дека аутизмот е првенствено машко нарушување или на фактот дека жените имаат поголема веројатност да ги маскираат симптомите преку социјални вештини. Таквата нерамнотежа во примерокот може да влијае на применливоста на резултатите кај машката популација.
- *Дијагностички статус и функционирање.* Значителен дел од примерокот се состоел од лица со самодијагностициран аутизам (25 учесници, 27,2%). Сите учесници изјавиле дека немаат интелектуални попреченост и дека имаат ниски до умерени потреби за поддршка. Самозастапниците на лицата со аутизам често се многу вербални и живеат во различни околности во споредба со лицата кои исто така имаат интелектуални попреченост. Ова значи дека наодите од оваа студија не можат лесно

да се пренесат на лица со потешки форми на аутизам или со повисоки нивоа на потреби за поддршка.

Недостаток на контролни групи.

Во литературата за ефикасноста на терапиите ум-тело за аутизам, често се забележува дека повеќето студии не вклучувале контролни групи. Иако ова се однесува на поширокиот контекст на истражувањето, тоа е методолошки предизвик кој исто така ја обликува рамката во која се разгледува прифаќањето на новите методи.

Комплексноста на проценката на сензорната обработка

Сензорните разлики се клучни за разбирање на аутизмот, но проценката на SOR останува предизвикувачка. Недостатокот на стандардизирани инструменти прилагодени за адолесценти и возрасни ја попречува точноста на проценките.

5. ДИСКУСИЈА И ЗАКЛУЧОК

5.1. Резиме на клучните наоди

• Кои соматски методи се најприфатливи и зошто?

Резултатите од истражувањата покажуваат дека возрасните лица со аутизам покажуваат **високо ниво на отвореност и верувања во помошта на соматските техники за регулирање на сопствената состојба** [4.3]. **Вежбите за дишење** покажуваат исклучително високо ниво на отвореност кај испитаниците; мнозинството учесници (84,8%) избрале оценка од 4, а дополнителни 9,8% оценка од 5. Перцепцијата за корисноста на вежбите за дишење беше исто така исклучително висока, при што 55,4% од учесниците ја оцениле со 4. Овој резултат е очекуван со оглед на тоа што дишењето може многу директно да влијае на состојбата на автономниот нервен систем и дека свеста за важноста на дишењето е веќе доста распространета кај општата популација. Затоа, аутистичните лица полесно можат да препознаат дека вежбите за дишење можат да бидат корисни во помагањето со нивните тешкотии. Покрај тоа, вежбите за дишење не бараат директен или интензивен меѓучовечки

контакт и клиентите можат да ги изведуваат самостојно, што ги прави полесни за аутистичните клиенти и може да бидат подобри од методите што бараат повеќе контакт.

Водените соматски вежби како што се заземјување, истегнување и движење, исто така, покажаа висока отвореност (67 учесници претежно отворени, 8 целосно отворени). Слично, за вежби за истегнување и движење за свесност за телото, 53 учесници ја оценија својата отвореност со 4, а 24 со 5. Перцепциите за корисноста од истегнувањето на телото беа исто така претежно позитивни, при што 37,0% од учесниците оценија со 4. Заземјувањето помага при анксиозност и чувство на „лебдење".

Ова е исто така метод кој првенствено не бара интензивен контакт помеѓу терапевтот и клиентот, и му дава на клиентот многу директен канал за влијание врз сопствената состојба. Ова е можно објаснување за високата отвореност и позитивната перцепција за корисноста кај аутистичните лица.

Методите **за релаксација** беа позитивно перцепирани од учесниците, при што 60,9% ги оценија со 4 за отвореност и 66,3% ги оценија со 3 за корисност. Исто така, **комбинираните соматски техники** покажаа високо ниво на отвореност (72,8% ги оценија со 4) и висока перцепција за корисност (71,7% ги оценија со 4).

Генерално, овие методи не бараат директен меѓучовечки контакт, што е во согласност со претходно наведената претпоставка дека **методите што вклучуваат меѓучовечки контакт (на пр., допир или контакт со очи) ќе бидат помалку пожелни од методите што не бараат директен контакт** (на пр., движење, вежби за дишење, развивање на свест за телото) за аутистичните лица. За релаксација и комбинирани методи, можеме да претпоставиме истите причини како и за заземјувањето и движењето како причини за висок степен на отвореност и прифаќање.

Спротивно на тоа, **подготвеноста за работа со допир и проприоцепција е многу ниска** ; мнозинството испитаници (48,9%) избрале оценка од 1, а 26,1% оценка од 2. Перцепцијата за корисноста на овие методи е исто така ниска до умерена (37% со оценка од 2; 34,8% со оценка од 3). Ова е во директна корелација со клиничките карактеристики на аутизмот, кои

вклучуваат **тешкотии во социјалната комуникација, поради што се очекува методите што бараат физички контакт да бидат помалку пожелни, а перцепцијата за корисноста да биде помала.** Зголемената чувствителност на социјалните и сензорните стимули, како што се физичкиот контакт и контактот со очите, исто така придонесува за ниската отвореност кон овие методи.

Работата со вокализација/звучење, исто така, покажа претежно умерена или помала отвореност (44,6% оценија со 3; 26,1% оценија со 2), а перцепцијата за корисност беше умерена (60,9% оценија со 3). Овој резултат укажува на помала свест за влијанието на гласот и вокализацијата врз регулацијата на автономниот нервен систем. Покрај тоа, можеме да претпоставиме дека аутистичните лица имаат релативно често претходно искуство со вокализација, со оглед на тоа дека тоа е однесување кое е општествено очигледно и слабо прифатено ако не се вклопува во очекуваните општествени норми. Луѓето кои користат *вокално стимулирање* честопати доживеале неприфатливи реакции од нивната околина поврзани со овој вид регулација, па затоа срамот и потиснувањето на таквите импулси се вообичаени.

Особености на работа со возрасни со нарушувања од аутистичниот спектар во контекст на физичка психотерапија

Специфичноста на работата со аутистични лица е во тоа што бара висок степен на адаптација кон индивидуалните и многу разновидни потреби на клиентите. Аутизмот се манифестира преку широк спектар на когнитивни, емоционални, сензорни и бихејвиорални симптоми, што значи дека секоја индивидуа има уникатни потреби кои можат да варираат помеѓу екстреми во одредени области. Додека еден клиент ќе има потреба од многу нестимулативна сензорна средина, друг ќе има потреба од силни сензорни стимули, и обете состојби спаѓаат во спектарот на аутизам. Возрасните кои дури подоцна бараат дијагноза генерално немаат интелектуални попречености, но често имаат придружни психијатриски нарушувања. Самозастапниците обично се многу вербални и живеат во околности кои се значително различни од оние на лицата со аутизам и интелектуални попречености. Затоа, стандардните психолошки третмани бараат индивидуални адаптации за навистина да ги задоволат нивните потреби.

Дополнителна сложеност создава опсегот на сензорни чувствителности. Покрај звукот, светлината и допирот, аутистичните лица обично имаат сензорни специфичности поврзани со мирис, вкус и текстура, а секоја од овие сензации може да предизвика силна и брза реакција од нервниот систем. Комбинацијата на сензорни чувствителности, која е единствена за секоја личност, е предизвик и бара дополнителен напор од терапевтот. Затоа, потребно е да се обрне внимание на овој аспект и да се создаде сензорно-пријателска средина специфична за секој клиент.

Дисоцијацијата и траумата се почести кај аутистичните лица како резултат на тоа што околината не се прилагодува на нивните специфични потреби и фактот дека аутистичните лица имаат тешкотии во препознавањето, вербализирањето и обезбедувањето контекст за разбирање на трауматските настани. Затоа инциденцата на складирани трауматски настани во форма на имплицитна меморија е висока, и постои голема потреба од терапевтски пристапи кои можат да пристапат до имплицитната меморија и ефикасно да влијаат врз обработката и завршувањето на трауматските настани. За разлика од традиционалните вербални терапии, телесно ориентираната психотерапија има алатки кои можат да бидат ефикасни во овој поглед за аутистичните лица.

Аутистичните лица, како и оние со ADHD, често имаат поригиден нервен систем и потесен прозорец на толеранција, што ги прави поподложни на дисрегулација. При работа со телото, ова бара дополнителна чувствителност и разбирање на разликите, како и многу повеќе внимание кон потребите на индивидуалниот клиент. Техниките на телесно ориентираната психотерапија можат да бидат ефикасни само ако се исполнети овие претпоставки. Само на овој начин може да се воспостави доволна доверба и сигурност во терапевтскиот однос, кои се неопходни за клиентот да може да го прошири прозорецот на толеранција и да изгради капацитет за саморегулација и корегулација.

Поради тешкотии во социјалната комуникација, вклучувајќи ги и невербалните сигнали како што се изрази на лицето, гестови, говор на телото и контакт со очите, терапевтите честопати треба да најдат различни начини на комуникација и ангажирање со клиентите што ќе бидат прифатливи и разбирливи за клиентите.

5.2 Теоретски и практични импликации

Придонес во развојот на интегративната психотерапија

Опсегот на ова истражување е ограничен од самиот почеток и не може да даде конкретни препораки за терапевтите во однос на практичните начини на работа со клиентите. Спектарот на аутизмот е толку разновиден што е невозможно да се идентификува која било техника или пристап што ќе биде универзален за сите клиенти.

Оваа студија се обиде да даде општ преглед на отвореноста и перцепцијата на неколку пристапи кон телесно ориентираната психотерапија со клиенти со аутизам, со цел да им помогне на терапевтите подобро да ги разберат клиентите и нивните специфични потреби. Резултатите се охрабрувачки бидејќи покажуваат дека соматските техники, кои сега се широко прифатени и познати на општата популација на клиенти и се повеќе се користат во различни терапевтски пристапи, се исто така во голема или доволна мера пожелни за аутистичните клиенти. Студијата е секако придонес во однос на тоа да се покаже кои методи полесно се прифаќаат и се перцепираат како покорисни од страна на аутистичните лица, а кои се помалку пожелни за нив. Овие резултати треба да се земат и со резерва, т.е. не исклучиво. Некои методи, како што е гласовната работа, кои во оваа студија се покажаа како помалку пожелни за поединечен аутистичен клиент, може да бидат многу прифатливи и терапевтите треба да го земат ова предвид кога пристапуваат кон нов клиент.

Под претпоставка дека телесно ориентираните терапевти се запознаени со функционирањето на автономниот нервен систем, поливагалната теорија, невробиологијата на траумата и друго релевантно теоретско знаење, исклучително е важно тие темелно да се запознаат со спецификите на аутистичната популација и аутистичкото функционирање. Само со разбирање на овие разлики ќе можат да ги применат методите наведени во овој труд и другите на начин што ќе биде поддржувачки и корисен за аутистичните клиенти.

5.1.1. Насоки за прилагодување на работата со аутистични клиенти

Работата со возрасни лица со аутизам во рамките на телесно ориентираната психотерапија бара индивидуални адаптации бидејќи аутизмот е хетерогена и доживотна состојба. Клучните упатства се:

1. **Сензорно-пријателска средина:** Просторот за терапија треба да биде сензорно-пријателски за клиентот врз основа на неговите специфични потреби. Ова може да значи контролирање на осветлувањето (природни или помеки светла), намалување на бучавата (изолација или слушалки) и отстранување на визуелниот неред. Тивките зони или сензомоторните соби со смирувачки елементи се исто така корисни. За други клиенти, ова може да значи постимулативна средина. Важно е да се запомни дека секој клиент ќе има различни потреби.

2. **Прилагодување на комуникацијата и инструкциите: Аутистичните клиенти имаат потреба од јасна и директна комуникација.** Писмени и визуелни материјали и јасни и структурирани инструкции може да се користат по потреба. Треба да се избегнува фигуративен или двосмислен јазик.

3. **Почитување на преференциите на методите:** Истражувањата покажуваат дека вежбите за дишење се многу прифатливи и се сметаат за корисни. Истото важи и за водени соматски вежби како што се заземјување, истегнување и движење. Спротивно на тоа, работата со допир, проприоцепција и звук наидува на пониско ниво на отвореност. Се препорачува да се даде приоритет на методите без директен меѓучовечки контакт и да се воведат методи со поголем меѓучовечки контакт според подготвеноста на клиентот.

4. **Работа на интероцепција и проприоцепција:** Развивањето на свест за внатрешните сигнали на телото (интероцепција) и позицијата во просторот (проприоцепција) е важно за емоционална регулација и самоуправување. Терапевтот може да користи прашања како „Како знаеш дека ти е жешко?“ наместо „Дали знаеш кога ти е жешко?“. Надворешните алатки како паметни часовници исто така можат да помогнат, дозволувајќи му на клиентот да добие информации за своите внатрешни процеси.

5. **Проширување на прозорецот на толеранција:** Аутистичните лица често имаат поригиден нервен систем и потесен прозорец на толеранција. Техниките на дишење, внимателноста и сензорните вежби можат да го прошират овој капацитет.
6. **Признавање на траума и дисоцијација:** Високата инциденца на траума и дисоцијација ја прави психотерапијата базирана на телото особено релевантна за работа со аутизам. Работата преку пристап „од долу нагоре“ овозможува ослободување на имплицитно складирани искуства. Титрацијата и пендулацијата можат да бидат многу корисни пристапи за проширување на прозорецот на толеранција.
7. **Флексибилност и паузи:** Потребно е да се прилагоди темпото, да се овозможат планирани паузи и да се продолжи времетраењето на процесот доколку е потребно. Не создавајте очекувања за клиентот.
8. **Поттикнување на самозастапување:** Аутистичните лица треба да бидат охрабрени да ги разберат сопствените сензорни потреби и активно да се залагаат за нив, со што ќе развијат отпорност во социјалните средини.

Овие упатства им помагаат на терапевтите да создадат безбедна, предвидлива и поддржувачка средина во која аутистичните клиенти можат постепено да развијат емоционална регулација и подлабока свест за телото.

5.2. Ограничувања и препораки

Контрола со мал примерок, субјективност на самооценување

5.2.1. Методолошки ограничувања

Спроведеното истражување, како и многу други во областа на психолошките интервенции, се соочува со одредени методолошки ограничувања кои влијаат на веродостојноста и генерализацијата на наодите. Едно од клучните ограничувања е малата големина на примерокот. Студијата опфати 92 учесници, што може да се смета за релативно скромен број.

Примерокот вклучуваше и самодијагностицирани и формално дијагностицирани аутистични лица. Ова ја зголемува хетерогеноста и може да влијае на конзистентноста на резултатите. Сепак, сите учесници немаа интелектуални попреченост и имаа ниски до умерени потреби за поддршка.

Друго важно ограничување се однесува на субјективноста на самопријавувањата. Студијата се потпираше на онлајн прашалник со комбинација од затворени и отворени прашања. Ваквите прашалници даваат увид во искуствата на самите лица со аутизам, но остануваат субјективни. Кратките скали за самопријавување како оние во овој прашалник немаат доволна специфичност. Ова го отежнува споредувањето на резултатите и извлекувањето цврсти заклучоци за ефикасноста, особено затоа што постојните студии користат многу различни методи и мерења.

5.2.2. Препораки за идни истражувања

Врз основа на горенаведените ограничувања, може да се идентификуваат следниве насоки:

- **Зголемување на големината на примерокот и лонгитудинален пристап:** Идните истражувања треба да вклучат поголем број учесници и да ги следат во подолг временски период, особено ако учесниците се вклучени во некоја форма на телесно ориентираната психотерапија . Ова подобро би ги разбрало долгорочните резултати од интервенциите и промените во перцепциите.
- **Споредување на примерокот според когнитивните нивоа:** Идните истражувања треба да ги контролираат когнитивните разлики меѓу учесниците. Ова би овозможило попрецизно испитување на врската помеѓу сензорната преосетливост и когнитивниот развој и нејзиното влијание врз прифаќањето на соматските методи.
- **Тестирање на специфични адаптации на интервенциите:** Модифицираните и немодифицираните протоколи за третман треба да се споредат за да се утврди кои адаптации се најефикасни. Ова е особено точно за буквалното разбирање на јазикот и потребата од јасни, недвосмислени инструкции.

- **Фокус на возрасни:** Повеќето од постојните студии се занимаваат со деца, па затоа е важно да се фокусираме на ефикасноста на интервенциите кај возрасни со аутизам.
- **Вклучување на контролни групи и подолго следење:** Идните истражувања за ефикасноста на терапиите базирани на телото треба да вклучуваат контролни групи и да ги следат учесниците во подолг временски период. Ова би овозможило појасна разлика помеѓу ефектите од самата интервенција и природниот развој или други фактори, како и за проценка на ефектите од терапијата со претходна перцепција.

Со спроведување на овие препораки, идните истражувања можат да обезбедат посигурен и подлабок увид во придонесот на телесно ориентираната психотерапија кон благосостојбата на лицата со аутизам.

6. РЕФЕРЕНЦИ

1) Американско психијатриско здружение. (2013). *Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања* (5-то издание). Американско психијатриско издаваштво.
2) Ангелаки, ДЕ и Кален, КЕ (2008). Вестибуларен систем: Извонредниот дизајнер. *Весник за невронаука, 28* (44), 10549–10555.
3) Анзие, Д. (1989). *Егото на кожата* . Издавачка куќа на Универзитетот Јеил.
4) Атвуд, Т. (2007). *Целосен водич за Аспергеров синдром* . Џесика Кингсли.
5) Ayres, AJ (1972). *Сензорна интеграција и нарушувања во учењето* . Западни психолошки услуги.

6) Ayres, AJ (2005). *Сензорна интеграција и детето* (25-годишнина. издание). Западни психолошки услуги.

7) Баранек, Г.Т. (1999). Аутизам во доенчиња: Ретроспективна видео анализа на сензорно-моторни и социјални однесувања од 6 до 12 месеци. *Весник за аутизам и развојни нарушувања, 29* (3), 213–224.

8) Баранек, Г.Т. (2002). Ефикасност на сензорните и моторните интервенции кај деца со аутизам. *Весник за аутизам и развојни нарушувања, 32* (5), 441–452.

9) Баранек, Г.Т., Дејвид, Ф.Ј. и По, д-р (2006). Сензорни профили на деца со нарушувања од аутистичниот спектар. *Весник за детска психологија и психијатрија, 47* (7), 748–757.

10) Барет, ЛФ (2017). Теоријата на конструирана емоција: Активно објаснување за интероцепцијата и категоризацијата со инференција. *Социјално-когнитивна и афективна невронаука, 12* (8), 1215–1229.

11) Бетелхајм, Б. (1967). *Празната тврдина* . Слободен печат.

12) Берд, Г. и Кук, Р. (2013). Клинички импликации на алекситимијата кај нарушувањата од аутистичниот спектар. *Аутизам, 17* (2), 164–171.

13) Боадела, Д. (1997). *Животни текови: Вовед во телесна психотерапија* . Рутлиџ.

14) Богдашина, О. (2016). *Проблеми со сензорната перцепција кај аутизмот и Аспергеров синдром* . Џесика Кингсли.

15) Бруин, ЦР (2011). Природата на трауматското сеќавање. *Весник за трауматски стрес, 24* (5), 481–488.

16) Бруин, ЦР, Грегори, ЏД и Милер, ЏГ (2010). Когнитивни и емоционални процеси кај ПТСН. *Преглед на клиничка психологија, 30* (2), 220–231.

17) Браун, РП и Гербарг, ПЛ (2005). Јогичко дишење Сударшан Крија во третманот на стрес, анксиозност и депресија: Дел I - Неврофизиолошки модел. *Весник за алтернативна и комплементарна медицина, 11* (1), 189–201.*

18) Банди, А.Ц., Лејн, С.Ј. и Мареј, Е.А. (2002). *Сензорна интеграција: Теорија и пракса* (2-ро издание). Ф.А. Дејвис.

19) Кејс-Смит, Ј., Бигс, ЕЕ и Штајнхаузер, АК (2015). Систематски преглед на сензорни интервенции за деца со аутистичен спектар на нарушувања. *Американски журнал за работна терапија, 69* (1), 6901180010p1–6901180010p11.

20) Кларк, А. (2013). Што е следно? Предикативни мозоци, ситуирани агенти и иднината на когнитивната наука. *Бихевиорални и мозочни науки, 36* (3), 181–204.

21) Клауер, Л. (2011). *Телото во биоенергетската анализа* . Питер Ланг.

22) Клинтон, МЛ и ван Дален, А. (2017). *Техники на заземјување во терапијата на траума* . Routledge.

23) Крег, А.Д. (2009). Како се чувствувате - сега? Предната инсула и човечката свест. *Nature Reviews Neuroscience, 10* (1), 59–70.

24) Краста, Ц.Е., Греам, Т. и Гукијан, А.Л. (2020). Мета-анализа на сензорни интервенции за нарушувања од аутистичниот спектар. *Весник за аутизам и развојни нарушувања, 50* (9), 3144–3160.

25) де Бруин, ЕИ, Блом, Р. и Бегелс, СМ (2015). Свесно родителство и проблеми со интернализирање кај децата: Рандомизирано контролирано испитување. *Свесност, 6* (5), 1121–1132.

26) Фајнштајн, Д. (2012). Науката зад техниките за емоционална слобода (EFT). *Енергетска психологија, 4* (1), 35–45.

27) Фелденкрајс, М. (2010). *Свесност преку движење* (Оригинал 1972). HarperOne.

28) Ференци, С. (1921/1988). Активна техника во психоанализата. Во *Заклучни придонеси за проблемите и методите на психоанализата* . Основни книги.

29) Ferenczi, S. (1930/1988). *Клиничкиот дневник на Шандор Ференци* . Прес на Универзитетот Харвард.

30) Филд, Т. (2010). Допир за деца со аутизам. *Весник за развојна и бихевиорална педијатрија, 31* (7), 543–551.

31) Фурние, А., Хас, ЦЈ, Наик, СК, Лода, Н. и Коро, ЈХ (2010). Моторна координација кај нарушувања од аутистичниот спектар: Синтеза и мета-анализа. *Весник за аутизам и развојни нарушувања, 40* (10), 1227–1240.

32) Фристон, К. (2010). Принципот на слободна енергија: Груб водич за мозокот? *Трендови во когнитивните науки, 13* (7), 293–301.

33) Грандин, Т. (1992). Смирувачки ефекти од длабокиот допирен притисок кај пациенти со аутистично растројство. *Весник за детска и адолесцентна психофармакологија, 2* (1), 63–72.

34) Гродек, Г. (1923/1977). *Книгата на Издавачката куќа* „Меѓународни универзитети“.

35) Хелер, Л. (2012). *Телото се сеќава: Психофизиологијата на траумата и третманот на траумата* . ВВ Нортон.

36) Херман, ЈЛ (2015). *Траума и закрепнување* (ревидирано издание). Основни книги.

37) Хови, Ј. (2013). *Предвидливиот ум* . Оксфорд Универзити Прес.

38) Џерат, Р., Едри, ЏВ, Барнс, ВА и Џерат, В. (2006). Физиологија на долго пранајамичко дишење. *Медицински хипотези, 67* (3), 566–571.

39) Канер, Л. (1943). Аутистични нарушувања на афективниот контакт. *Nervous Child, 2* , 217–250.

40) Кап, СК, Стјуард, Р., Крејн, Л., и др. (2019). Аутистичко самозастапување: Стимулирање, сензорни потреби и саморегулација. *Аутизам во зрелоста, 1* (2), 118–127.

41) Keysers, C., Kaas, JH, & Gazzola, V. (2010). Соматосензација во социјалната перцепција. *Трендови во когнитивните науки, 14* (9), 406–414.

42) Кинаирд, Е., Стјуарт, К. и Чантурија, К. (2019). „Сакам да можам да им кажам на луѓето што чувствувам“: Група за регулирање на емоциите за возрасни лица со аутизам. *Аутизам, 23* (7), 1888–1900.

43) Клајн, М. (1959). Нашиот свет на возрасните и неговите корени во детството. *Human Relations, 12* (3), 291–305.

44) Кох, СЦ, Риге, РФФ, Тисборн, К., Биондо, Ј., Мартин, Л. и Билман, А. (2015). Психолошки интервенции ориентирани кон телото за лица со аутизам: Студија за изводливост. *Истражување и третман на аутизам, 2015* , 876932.

45) Курц, Р. (1990). *Психотерапија центрирана на телото: Методот Хакоми* . LifeRhythm.

46) Лејн, СЈ и Шаф, РЦ (2010). *Испитување на сензорните разлики кај АСН* . Спрингер.

47) ЛеДу, Ј. (2000). Емоционални кола во мозокот. *Годишен преглед на невронауката, 23* , 155–184.

48) Ликам, СР, Приор, М. и Уљаревиќ, М. (2011). Повторувачки однесувања кај нарушувања од аутистичниот спектар: Преглед. *Весник за детска психологија и психијатрија, 52* (4), 405–417.

49) Левин, Пенсилванија (1997). *Будење на тигарот: Лекување на траумата* . Норт Атлантик Букс.

50) Левин, Пенсилванија (2010). *Со неизговорен глас: Како телото се ослободува од траумата и ја враќа добрината* . North Atlantic Books.

51) Леј, Р. (1999). Психофизиологија на респираторната контрола при паника и анксиозност. *Биолошка психологија, 51* (2–3), 1–35.

52) Лог, МВ, ван Роиј, СЈХ и др. (2018). Помал волумен на хипокампусот кај ПТСН: Мета-анализа. *Молекуларна психијатрија, 23* (1), 84–93.

53) Ловен, А. (1958). *Физичката динамика на структурата на карактерот* . Грун и Стратон.

54) Lowen, A. (1975/2006). *Биоенергетика* (Rev. ed.). Пингвин.

55) Ловен, А. (1994). *Радост: Предавање на телото и на животот* . Пингвин.

56) Ловен, А. и Ловен, Л. (1977). *Јазикот на телото* . Мекмилан.

57) Малер, МС (1952). За детската психоза и шизофренија: Аутистички и симбиотски инфантилни психози. *Психоаналитичка студија за детето, 7* , 286–305.

58) Малер, БИ, Харуви-Ламдан, Н. и Бен-Сасон, А. (2020). Интероцепција кај аутистичниот спектар на нарушувања: Преглед. *Frontiers in Psychology, 11* , 574765.

59) Мелинг, ВЕ, Прајс, К., Даубенмиер, Ј., и др. (2009). Прашалник за свесност за телото (BAQ): Испитување на концептот и мерките. *Весник за управување со болка и симптоми, 37* (6), 1025–1035.

60) Meuret, AE, Wilhelm, FH, Ritz, T., & Roth, WT (2010). Респираторна повратна информација кај панично растројство: Мета-анализа. *Биолошка психологија, 83* (2), 159–169.

61) Милер, ЛЈ, Анзалоне, М., Лејн, СЈ, Чермак, С. и Остен, Е. (2007). Развој на сензорниот профил. Во А.К. Банди и др. (ур.), *Сензорна интеграција: Теорија и пракса* (2-ро издание, стр. 41–58). Ф.А. Дејвис.

62) Милтон, Д. (2012). „Проблемот со двојната емпатија“. *Аутизам, 16* (5), 585–596.

63) Огден, П., Минтон, К. и Пеин, К. (2006). *Траума и телото: Сензомоторен пристап кон психотерапијата* . В.В. Нортон.

64) Огден, П. и Фишер, Ј. (2015). *Сензоримоторна психотерапија: Интервенции за траума и приврзаност* . ВВ Нортон.

65) Пејн, П., Левин, П.А. и Крејн-Годро, МА (2015). Улогата на терапиите базирани на телото во третманот на траума. *Frontiers in Psychology, 6* , 556.

66) Фајфер, Б., Кениг, К., Кинили, М., Шепард, М. и Хендерсон, Л. (2011). Ефективност на интервенциите за сензорна интеграција кај деца со аутизам. *Американски журнал за работна терапија, 65* (1), 76–85.

67) Поргес, СВ (2011). *Поливагална теорија: Неврофизиолошки основи на емоциите, приврзаноста, комуникацијата и саморегулацијата* . ВВ Нортон.

68) Прајс, Си Џеј и Хувен, Ц. (2018). Вештини за интероцептивна свест и регулирање на емоциите кај деца и адолесценти. *Весник за когнитивно-бихевиорални психотерапии, 18* (4), 11–24.

69) Рахман, А. (2007). *Шандор Ференци: Телото на ранетиот аналитичар* . Аналитички Прес.

70) Ранк, О. (1929/1989). *Траумата од раѓањето* . Слободен печат.

71) Рајх, В. (1949/1972). *Анализа на карактерот* (3-то издание). Фарар, Штраус и Жиру.

72) Рицолати, Г. и Синигалија, К. (2010). Механизмот на огледалото: Основен механизам за социјално разбирање. *Анали на Њујоршката академија на науките, 1195* (1), 22–38.

73) Ротшилд, Б. (2000). *Телото се сеќава: Психофизиологијата на траумата и третманот на траумата* . ВВ Нортон.

74) Ројен, ЦБ и Лејн, СЈ (1991). Тактилна одбранбеност: Нов поглед на една збунувачка состојба. *Американски журнал за работна терапија, 45* (4), 421–429.

75) Шаф, Р.Ц., Беневидес, Т., Мајлу, З., и др. (2014). Работна терапија со употреба на сензорна интеграција: Систематски преглед. *Весник за работна терапија, училишта и рана интервенција, 7* (1), 1–25.

76) Шаф, Р.Ц. и Најтлингер, К.М. (2007). Интервенција на ОТ за сензорни тешкотии кај АСН: Систематски преглед. *Весник за аутизам и развојни нарушувања, 37* (12), 2187–2197.

77) Schauder, KB, & Bennetto, L. (2016). Врската помеѓу сензорната обработка и регулацијата на емоциите кај деца со ASD. *Истражување на нарушувањата од аутистичниот спектар, 27* , 24–33.

78) Шееринга, МС, Зина, ЦХ, Дрел, МЈ и Ларие, ЈА (2001). Развојни размислувања за дијагноза на ПТСН кај доенчиња и мали деца. *Весник на Американската академија за детска и адолесцентна психијатрија, 40* (5), 520–531.

79) Шор, АН (2012). *Науката за уметноста на психотерапијата* . ВВ Нортон.

80) Шнидер, КЛ, Пинеда, С. и Леирд, М. (2019). Респираторна преобука кај анксиозни нарушувања: Систематски преглед. *Весник за анксиозни нарушувања, 61* , 78–88.

81) Сет, АК и Фристон, КЈ (2016). Активна интероцептивна инференција и емоционалниот мозок. *Филозофски трансакции на Кралското друштво Б, 371* (1708), 20160007.

82) Шапиро, Ф. (2018). *Терапија со десензитизација и репроцесирање со движење на очите (EMDR)* (3-то издание). Guilford Press.

83) Шараф, М. (1983). *Бес на земјата: Биографија на Вилхелм Рајх* . Издавачка куќа „Св. Мартин“.

84) Шерингтон, КС (2016). *Интегративното дејство на нервниот систем* (Оригинал 1906). Издаваштво на Универзитетот Јеил.

85) Шумвеј-Кук, А. и Вулакот, МХ (2017). *Моторна контрола: Преведување на истражувањата во клиничка пракса* (5-то издание). Волтерс Клувер.

86) Сигел, ДЈ (1999). *Развивачкиот ум* . Гилфорд Прес.

87) Спек, АА, ван Хам, НЦ и Никличек, И. (2013). Терапија базирана на внимателност за возрасни со аутизам: Пилот-студија. *Весник за аутизам и развојни нарушувања, 43* (2), 524–530.

88) Стивенс, Ј.С., Ким, Ј.Ј., Галацер-Леви, И.Р. и др. (2017). Димензиите на психопатологијата предвидуваат различни модели на активирање на хипокампусот и амигдалата за време на кодирањето на емоционалната меморија. *Биолошка психијатрија, 81* (10), 847–857.

89) Томчек, Г.Р. и Дан, В. (2007). Сензорна обработка кај деца со и без аутизам: Компаративна студија. *Американски журнал за работна терапија, 61* (2), 190–200.

90) Тотон, Н. (2003). *Телесна психотерапија: Вовед* . Отворен универзитетски прес.

91) Тастин, Ф. (1981). *Аутистични состојби кај деца* . Routledge.

92) ван ден Берг, Н., Брошот, ЈФ и Тајер, ЈФ (2017). Рамката за предикативно кодирање и етиологијата на анксиозноста: Преглед. *Биолошка психологија, 127* , 64–72.

93) ван дер Колк, БА (2014). *Телото го задржува резултатот* . Викинг.

94) Волкмар, ФР и Клин, А. (2000). Аутизам и Аспергеров синдром. *The Lancet, 355* (9211), 1227–1232.

95) Вејн, П.М. и Капчук, Т.Ј. (2008). Биологија на Таи Чи и Чигонг: Синтеза на докази. *Весник за алтернативна и комплементарна медицина, 14* (3), 279–286.

96) Вајтхаус, М. (1999). Мудроста на телото: Клинички аспекти на автентичното движење. Во П. Паларо (ур.), *Автентично движење* (стр. 33–40). Џесика Кингсли.

97) Вилис, М. (1997). Невросоматски пристап: Нова парадигма за работа со тело. *Меѓународен журнал за терапевтска масажа и работа со тело, 10* (4), 18–25.

98) Виникот, ДВ (1960/1992). Теоријата на односот родител-бебе. Во *Процесите на созревање и олеснителната средина* (стр. 37–55). Издаваштво на меѓународни универзитети.

99) Виникот, ДВ (1965). *Процесите на созревање и олеснителната средина* . Меѓународни универзитетски печат.

100) Јанг, Ј. (2010). *Историја и развој на телесната психотерапија* . Трафорд.

7. ПРИЛОЗИ

- Прашалник

Вовед во истражувањето

Почитувани учесници,

Ве поканuваме да учествувате во истражување за магистерска теза со наслов **„Телесно ориентирана психотерапија и нарушувања од аутистичниот спектар: Градење капацитет за регулација на нервниот систем со употреба на интервенции во телесната психотераписка терапија“** .

Ова истражување има за цел подобро да разбере како возрасните со аутизам доживуваат и какви се нивните преференции кон различни методи ориентирани кон телото што се користат во психотерапијата, кои можат да помогнат во регулирањето на нервниот систем и справувањето со стресот и преоптоварувањето.

Вашето учество е **целосно доброволно и анонимно** . Сите ваши одговори ќе бидат доверливи и ќе се користат исклучиво за академски цели, без можност за идентификување на лица. Можете да го прескокнете секое прашање што не ве интересира или да престанете да учествувате во кое било време без никакви последици.

Пополнувањето на прашалникот ќе трае приближно **10-15 минути** .

Ви благодариме однапред за вашето време и придонес во ова важно истражување!

Согласност за учество

Ве молиме внимателно прочитајте ги следните изјави и потврдете ја вашата согласност.

- Разбирам дека моето учество во ова истражување е целосно доброволно и анонимно.
- Разбирам дека можам да прескокнам кое било прашање или да престанам да го пополнувам прашалникот во кое било време.
- Се согласувам дека моите одговори ќе бидат користени исклучиво за целите на ова академско истражување.

[ ] Се согласувам да учествувам во истражувањето. (Со избирање на оваа опција, ја потврдувате вашата согласност и продолжувате со пополнувањето на прашалникот.)

Прашалник

Дел А: Демографски и основни податоци *Овој дел собира основни информации за вас, за да можеме да ја разбереме демографската структура на испитаниците.*

1. **Возраст:**
    - [ ] 18-24
    - [ ] 25-34
    - [ ] 35-44
    - [ ] 45-54
    - [ ] 55-64
    - [ ] 65+
2. **Пол:**
    - [ ] Машки
    - [ ] Женски
    - [ ] Не се согласувам / Друго (Ве молиме наведете, доколку сакате): _____
3. **Дијагностички статус:**
    - [ ] Имам формална дијагноза на аутистичен спектар на нарушувања (прво ниво на поддршка, немам интелектуална попреченост).
    - [ ] Јас сум самодијагностицирана аутистична личност (преку релевантни онлајн тестови, на пр. RAADS-R, и се препознавам себеси во аутистичните искуства, без интелектуална попреченост, со мала или умерена потреба за поддршка).
    - [ ] Моментално сум во процес на поставување дијагноза.
    - [ ] Не знам / Не сум сигурен.
4. **Дали некогаш сте користеле психотерапија или психолошка поддршка?**

- [ ] Да
- [ ] Не
- Доколку одговоривте со „Да“, ве молиме наведете (доколку се сеќавате) кои методи или пристапи беа користени (на пр. когнитивна бихевиорална терапија, психодинамичка терапија, разговор, итн.): _____

Дел Б: Општи ставови кон соматските техники *Во овој дел, сакаме да го знаеме вашето општо мислење и интерес за методи ориентирани кон телото (соматски).*

1. **Колку сте заинтересирани за истражување на соматски техники (методи ориентирани кон телото) за регулирање на вашата состојба (на пр., смирување, намалување на стресот, емоционална рамнотежа)?**

   - 1 = Воопшто не сум заинтересиран/а
   - 2 = Не сум многу заинтересиран/а
   - 3 = Умерено заинтересиран
   - 4 = Доста заинтересиран
   - 5 = Целосно заинтересиран/а

   [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

2. **Дали верувате дека соматските техники можат да ви помогнат да го регулирате стресот или емоциите?**

   - 1 = Воопшто не верувам
   - 2 = Имам малку вера
   - 3 = Умерено верувам
   - 4 = Многу верувам
   - 5 = Јас целосно верувам

   [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

3. **Дали некогаш сте искусиле терапија ориентирана кон телото или соматски методи (на пр. движење, вежби за дишење, свесност за телесните сензации) во терапевтски контекст?**

- [ ] Да
- [ ] Не
- [ ] Не сум сигурен.

Ако одговоривте со „Да“:

- Кои методи ги користевте? _____
- Дали вашето искуство со овие методи е претежно позитивно или негативно?
    - [ ] Претежно позитивно
    - [ ] Претежно негативно
    - [ ] Неутрално / Мешано

Дел В: Специфични техники и преференции *Подолу е листа на соматски техники што понекогаш се користат во психотерапијата. За секоја техника, ве молиме наведете колку сте спремни да ја испробате и колку корисна сметате дека би била. Исто така, ако мислите дека би била корисна или дека би сакале да ја испробате, ве молиме наведете какви прилагодувања би ви биле потребни.*

Ве молиме користете ги следните скали:

- **Подготвеност за обид:** 1 = Воопшто не сум подготвен, 2 = Не сум многу подготвен, 3 = Доста сум подготвен, 4 = Сум подготвен, 5 = Сум многу подготвен
- **Перцепција за корисност:** 1 = Воопшто не би ми било корисно, 2 = Би ми било малку корисно, 3 = Би ми било умерено корисно, 4 = Би ми било доста корисно, 5 = Би ми било многу корисно

1. Движење (на пр. лесни вежби, истегнување, танцување, слободно движење) * Подготвеност за обид: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Перципирана корисност: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Ако одговоривте со 3 или повеќе за подготвеност ИЛИ корисност, ве молиме наведете кои прилагодувања или предуслови би го направиле овој метод побезбеден или подостапен за вас (на пр. тивка музика, способност за самостојна работа, јасни инструкции): _____

2. Вежби за дишење (на пр. длабоко дишење, ритмичко дишење, свесност за дишењето) * Подготвеност за обид: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Перцепција за корисност: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Доколку одговоривте со 3 или повеќе одговори за подготвеност ИЛИ корисност, ве молиме наведете кои прилагодувања или предуслови би го направиле овој метод побезбеден или подостапен за вас: _____

3. Користење на глас (на пр. зуење, вокализации, испуштање звуци за релаксација) * Подготвеност за обид: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Перципирана корисност: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Ако одговоривте со 3 или повеќе за подготвеност ИЛИ корисност, ве молиме наведете кои прилагодувања или предуслови би го направиле овој метод побезбеден или подостапен за вас: _____

4. Употреба на контакт со терапевт (на пр. присуство на терапевт во просторот, вербален контакт, контакт со очи, физички контакт како што е допирање) * Подготвеност за обид: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Перцепција за корисност: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Доколку одговоривте со 3 или повеќе одговори за подготвеност ИЛИ корисност, ве молиме наведете кои прилагодувања или предуслови би го направиле овој метод побезбеден или подостапен за вас (на пр. јасно договорени начини за давање согласност за допир, без директен контакт со очи): _____

5. Свесност за телото (на пр. фокусирање на телесни сензации, внатрешни чувства, напнатост, релаксација) * Подготвеност за обид: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Перцепција за корисност: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 * Доколку одговоривте со 3 или повеќе одговори за подготвеност ИЛИ корисност, ве молиме наведете кои прилагодувања или предуслови би го направиле овој метод побезбеден или подостапен за вас: _____

Дел Г: Дополнителни размислувања и потреби за прилагодување *Во овој дел, можете да споделите дополнителни информации и мисли што ги сметате за важни за терапевтите и за идниот развој на пристапи ориентирани кон телото за лицата со аутизам.*

1. **Што друго би ви помогнало да се чувствувате безбедно и дека вашите потреби се почитуваат кога пробувате соматски метод во терапијата?** (На пр., влијание

врз динамиката на вежбата, можност за запирање на вежбата, сензорно-пријателска средина, јасни вербални инструкции, јасно договорени начини за давање согласност за вежбата) _____
_____
___

2. **Дали имате некои специфични сензорни чувствителности (на пр., на допир, звуци, осветлување, мириси) за кои терапевтот треба да биде свесен кога работи со вас?** _____
_____

3. **Дали веќе користите некои соматски методи надвор од терапевтската рамка (каква било активност што го вклучува телото со цел регулирање на сопствената состојба, на пр. тешко ќебе, нишање, „стимулирачки“ движења, вежби за дишење, вежбање)?**
   - [ ] Да
   - [ ] Не
   - Доколку да, опишете кои: _____

4. **Дали има уште информации што би сакале да ги споделите за тоа како вашето тело го доживува стресот, емоциите и регулацијата?** _____
_____

Завршен дел: Заклучок

Ви благодариме што учествувавте во ова истражување! Вашите одговори се исклучително вредни и ќе ни помогнат подобро да ги разбереме потребите на лицата со аутизам во контекст на психотерапија базирана на телото.

Опционално: Доколку сакате да добиете резиме на резултатите од анкетата по пополнувањето, ве молиме оставете ја вашата е-адреса овде. Вашата адреса ќе се чува

одделно од вашите одговори и нема да биде поврзана со нив на никаков начин, со што се обезбедува целосна анонимност.

Вашата е-адреса (опционално): _____