МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ

Свети Николе

Факултет за психологија – Свети Николе

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

НА ТЕМА:

Телесно ориентирана психотерапија - работа со анксиозност и панични напади

Ментор: Кандидат:

Доц. д-р. Елена Златева Хелен Суњич

2025

АПСТРАКТ

Овој магистерски труд е структуриран во пет главни поглавја за сеопфатно да ја анализира темата за телесно ориентирана психотерапија во справувањето со анксиозност и напади на паника.

Теоретската рамка детално ги објаснува клиничката и секојдневната анксиозност, причините и формите на анксиозни нарушувања (вклучувајќи биолошки, психолошки и социјални фактори), нивната класификација според DSM-5 и ICD-11, и ги дефинира нападите на паника, нивната клиничка слика и дијагностички критериуми. Исто така, презентира соматски и когнитивни манифестации и преглед на различни пристапи кон психотерапијата, вклучувајќи когнитивно-бихевиорална терапија (КБТ), психодинамични, егзистенцијални и хуманистички пристапи, со акцент на интегративните методи и телесно ориентираната психотерапија.

Второто поглавје е посветено на историјата и развојот на телесно ориентираната психотерапија, почнувајќи од Вилхелм Рајх и неговите концепти за „оклоп на карактерот“ и „вегетотерапија“, преку биоенергетскиот пристап на Александар Ловен до современите методи како што се пристапот на Хакоми, соматското доживување и основната енергетика. Опфатени се основните концепти на телесна меморија, соматизација на емоциите, врската помеѓу телото и автономниот нервен систем и регулирањето на возбудата преку работа со телото.

Глава 3 се фокусира на соматските обрасци на анксиозност и паника. Реакциите на телото на стрес и страв се анализирани од еволутивна перспектива (борба, бегство, замрзнување), соматска дисоцијација и блокирани афекти. Посебно внимание се посветува на работата со напади на паника, вклучувајќи интервенции за време на самиот напад и долгорочна стабилизација преку развој на ресурси и техники за враќање на контролата преку телото. Се нагласува важноста на свеста за телото и саморегулацијата.

Емпирискиот дел ја презентира методологијата на истражување, учесниците и користените алатки (прашалник и полуструктурирано интервју), а потоа ги презентира резултатите со демографски податоци, терапевтски искуства, резултати од скала (GAD-7, PDSS), самопроценки и перцепција за терапевтскиот однос. Резултатите се толкуваат преку поврзување на теоретските рамки и емпириските

наоди и размислување за успешните и предизвикувачките аспекти на терапијата, со критички осврт на ограничувањата на истражувањето.

Дискусијата ги сумира клучните наоди и ја потврдува ефикасноста на пристапот базиран на телото во работата со напади на паника. Се дискутираат теоретските и практичните импликации на телесно ориентираната психотерапија., како и нејзиниот придонес кон интегративната психотерапија. Врз основа на резултатите, се презентираат препораки за идни истражувања со акцент на поголема квантитативна споредливост и стандардизација.

Заклучок: Како заклучок, резултатите од истражувањето ја потврдуваат важноста на телесно ориентираната психотерапија во третманот на анксиозност и напади на паника и укажуваат на нејзиниот потенцијал во рамките на интегративната психотерапија. Трудот завршува со препораки за понатамошни истражувања и можности за поширока примена на овој пристап.

Клучни зборови: Напади на паника, соматски пристап, саморегулација, телесна меморија, автономен нервен систем, терапевтски однос, заземјување, когнитивно-бихевиорална терапија.

ABSTRACT

This thesis is structured into five main chapters in order to comprehensively address the topic of body-oriented psychotherapy in the treatment of anxiety and panic attacks.

Theoretical framework provides a detailed overview of clinical and everyday anxiety, its causes and forms (including biological, psychological, and social factors), its classification according to DSM-5 and ICD-11, and defines panic attacks, their clinical presentation, and diagnostic criteria. Somatic and cognitive manifestations are explained, as well as an overview of different psychotherapeutic approaches, including cognitive-behavioral therapy (CBT), psychodynamic, existential, and humanistic approaches, with emphasis on integrative methods and body-oriented therapy.

The second chapter presents the history and development of body psychotherapy, from Wilhelm Reich and his concepts of "character armor" and "vegetotherapy," through Alexander Lowen's bioenergetic approach, to contemporary methods such as Hakomi, Somatic Experiencing, and Core Energetics. Core concepts such as body memory, somatization of emotions, the connection between the body and the autonomic nervous system, and the regulation of arousal through body work are discussed.

The third chapter focuses on somatic patterns of anxiety and panic. It analyzes bodily responses to stress and fear from an evolutionary perspective (fight, flight, freeze), somatic dissociation, and blocked affects. Particular attention is given to working with panic attacks, including interventions during the attack itself and long-term stabilization through resource development and techniques for regaining control through the body. The importance of body awareness and self-regulation is emphasized.

The empirical section describes the research methodology, participants, and tools (questionnaire and semi-structured interview), followed by results including demographic data, therapy experiences, standardized scales (GAD-7, PDSS), self-assessments, and perceptions of the therapeutic relationship. Results are interpreted in light of theoretical frameworks and empirical findings, with reflections on successful and challenging aspects of therapy, and a critical review of study limitations.

Discussion summarize the key findings and highlight the effectiveness of body-oriented approaches in working with panic attacks. Theoretical and practical implications

are discussed, as well as the contribution of body-oriented psychotherapy to integrative psychotherapy. Based on the results, recommendations for future research are presented, with emphasis on larger-scale studies, quantitative comparisons, and further standardization.

Conclusion: The findings confirm the effectiveness of body-oriented psychotherapy in reducing symptoms of anxiety and panic. The study also emphasizes the need for further research and standardization of this therapeutic approach.

Keywords: Panic attacks, somatic approach, self-regulation, body memory, autonomic nervous system, therapeutic relationship, grounding, cognitive-behavioral therapy

СОДРЖИНА

1 ВОВЕД 8

1.1 Претставување на темата и нејзината релевантност во современиот контекст на психотерапија 8

1.2 Цел на трудот 9

1.3 Главно истражувачко прашање и хипотези 11

1.4 Презентација на темата и нејзината релевантност во современиот контекст на психотерапија 14

1.5 Очекувани резултати 17

2 ТЕОРЕТСКА РАМКА 19

2.1 Анксиозност: дефиниции, причини и форми 19

2.2 Панични напади - Клиничка слика и дијагностички критериуми 26

2.3 Психотерапевтски пристапи во работата со анксиозност 33

3 Психотерапија ориентирана кон телото 41

3.1 Историја и развој 41

3.2 Основни концепти на телесно ориентираната психотерапија. 49

3.3 Техники на телесно ориентираната психотерапија. 53

4 АНКСИОЗНОСТ И ПАНИКА ОД ПЕРСПЕКТИВА НА телесната ТЕРАПИЈА 56

4.1 Соматски модели на анксиозност 56

4.2 Справување со напади на паника 59

5 ЕМПИРИСКИ ДЕЛ 64

5.1 Цел и методологија на истражувањето 64

5.2 Презентација на случаи или резултати 66

5.2.1 Демографски податоци 66

5.2.2 Резултати од стандардизирани скали 68

5.2.3 Самопроценка на ефектот од терапијата. 68

5.2.4 Перцепција на терапевтскиот однос. 69

5.2.5 Резултати од полуструктурираното интервју 69

5.3 Анализа и интерпретација.....70

6 ДИСКУСИЈА.....75

6.1 Резиме на клучните наоди 75

6.1.1 Ефективност на физичкиот пристап 75

6.1.2 Особености на работата со напади на паника во овој контекст.....76

6.2 Теоретски и практични импликации.....78

6.2.1 Придонес кон развојот на интегративната психотерапија 78

6.2.2 Потенцијал за превенција и третман кај поширокаta популација. 79

6.3 Ограничувања и препораки.....81

6.3.1 Мали студии на случај, субјективност во анализата (Ограничувања). 81

6.3.2 Препораки за идни истражувања. 82

7 ЗАКЛУЧОК 84

ЛИТЕРАТУРА.....86

1 ВОВЕД

1.1 Претставување на темата и нејзината релевантност во современиот контекст на психотерапија

Анксиозните нарушувања и паничните напади се сè почести и клучни предизвици во современото ментално здравје, а нивната сеприсутност ја поттикнува потребата од подлабоко разбирање и иновативни терапевтски пристапи . Во секојдневната пракса, клиентите често се збунети околу разликата помеѓу анксиозноста и паничните напади. Во исто време, општествениот притисок за постигнување постојано задоволство и среќа води до тоа многумина да се чувствуваат несоодветни кога се справуваат со емоционални предизвици, потиснувајќи го сфаќањето дека „негативните емоции“ се неопходен дел од емоционалниот спектар, неопходни за созревање и целосно искуство во животот.

„Нормалната анксиозност“ често се нагласува во делото - здрава, природна напнатост што нè движи, нè штити и нè насочува. На пример, нервозата пред испит или стравот од отфрлање нè потсетуваат колку нешто ни е важно и колку сме ранливи во нашите аспирации за припадност и самопотврдување. Нивото на анксиозност често зависи од нашата способност да се самоприфатиме и развиената внатрешна стабилност . Љубовта кон себе, како што се подразбира овде, не значи игнорирање на недостатоците, туку храброст да ги препознаеме, разбереме и прифатиме. Справувањето со „темните делови“ од сопствената личност, како што е потребата за контрола или емоционално затворање, бара длабока работа на себе, сочувство и способност да се биде со ранетите делови од нашата психа. Токму овој процес отвора простор за трансформација, каде што нашиот идентитет повеќе не зависи од надворешна валидација, туку од внатрешна врска со самите себе и чувство на цел. Клучната идеја е дека „ на спротивната страна од стравот е Љубовта “, каде што внатрешната љубов кон сопственото битие, прифатена во целост, претставува основа на психолошка стабилност и можност за длабока промена.

Телесно ориентираната психотерапија , за разлика од пристапите што се фокусираат исклучиво на когнитивна или вербална содржина, го поканува клиентот да најде пристап до сопственото емоционално искуство преку телото . Таа овозможува поврзување со сопствените импулси, чувства и сеќавања кои често се потиснати, но

длабоко влијаат на моделите на однесување. Оваа насока не само што има за цел да ги ублажи симптомите, туку и да ја врати врската со себе. Таа, исто така, има за цел да го пронајде сопственото значење во искуствата што нè обликуваат. Ако ја прифатиме идејата дека исполнетиот живот зависи од способноста на една личност да го препознае подлабокото значење на сопственото страдање и да го трансформира во внатрешен раст, тогаш телесно ориентираната психотерапија се појавува како вредна и ветувачка насока , не само во контекст на терапијата, туку и во контекст на личен развој и самоактуализација.

Во современиот свет, обележан со урбанизација, технолошки напредок и постојани барања на современиот живот, менталните нарушувања (особено анксиозноста) се сè повеќе во центарот на вниманието на јавното здравство. Иако може да биде минлива, анксиозноста кај многумина се развива во хронична и сериозна состојба која бара систематски и професионален терапевтски пристап. Третманот на анксиозност и напади на паника најчесто вклучува комбинација од психотерапија и фармаколошка терапија . Психотерапевтската работа се базира на подигање на свеста за поврзаноста помеѓу мислите, емоциите и однесувањето. Телесно ориентираната психотерапија овде носи единствена компонента на работа со имплицитни (телесни) сеќавања кои не се достапни во когнитивната работа, психотерапевтските разговори или класичните техники за обработка на емоции. Исклучително е важно луѓето кои доживуваат симптоми на анксиозност или паника да побараат стручна помош навремено, бидејќи нелекуваните нарушувања можат негативно да влијаат на секојдневното функционирање, работниот капацитет и блиските односи.

1.2 Цел на трудот

Овој труд има за цел да ја истражи ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија во третманот на анксиозност и напади на паника. Поради зголемениот број на луѓе кои страдаат од овие нарушувања и потребата од подобро разбирање и посеопфатна грижа, посебен акцент се става на опциите за превенција, важноста на

едукацијата за овие состојби и нивната поврзаност со ритмите и притисоците на современото општество.

Главните цели на ова истражување се :

- Да се испитаат ефектите од телесно ориентираната психотерапија. врз намалувањето на симптомите на анксиозност и напади на паника .

- Проценете ја улогата на поддржувачкиот терапевтски однос во создавањето чувство на безбедност и доверба кај клиентите.

- Да се процени колку соматската работа придонесува за развој на саморегулаторни капацитети кај луѓе со анксиозни нарушувања.

- Да се испита ефектот од воведувањето здрави животни навики (вежбање, регулиран ритам, исхрана) врз субјективното чувство на виталност и лична моќ.

- Разберете ја синергијата помеѓу психотерапевтската дисциплина и физичката пракса во процесот на закрепнување.

Секундарните цели вклучуваат анализа на промените во субјективниот квалитет на живот на учесниците (чувство на контрола, емоционална стабилност, внатрешен мир) и истражување на врската помеѓу физичката виталност и психолошката отпорност преку промени во животните навики кои спонтано се усвојуваат за време на терапевтскиот процес. Работата, исто така, се стреми да придонесе за научно разбирање и валоризација на телесно ориентираната психотерапија како терапевтска насока. Особено затоа што оваа насока опфаќа холистички пристап психолошки, соматски и релационално. Во овој случај во третманот на анксиозни нарушувања.

Значењето на истражувањето лежи во неговиот придонес за подобро разбирање на ефикасноста на соматските пристапи во областа на менталното здравје. Иако когнитивно-бихевиоралните и психоаналитичките методи се широко применети, постојат сè повеќе докази дека интегрирањето на телото во терапевтската работа нуди дополнителни придобивки. Особено за пациенти со изразена физичка симптоматологија или историја на рана траума. Истражувањето се фокусира на двонасочната врска помеѓу физичката виталност и психолошката стабилност. Ова

може да отвори нови пристапи кон превенција и третман на анксиозност и да ја подобри квалитативната пракса на телесно ориентираната психотерапија.

1.3 Главно истражувачко прашање и хипотези

Главното истражувачко прашање на овој труд е да се истражи како примената на телесно ориентираната психотерапија влијае врз намалувањето на симптомите на анксиозност и нападите на паника, како и врз подобрувањето на квалитетот на живот на пациентите.

Главната хипотеза што се истражува е дека употребата на телесно ориентираната психотерапија во третманот на анксиозни нарушувања и напади на паника ќе резултира со статистички значајно намалување на симптомите на анксиозност и подобрување на квалитетот на животот на пациентите .

Исто така, се предвидува дека:

- Учесниците кои редовно практикуваат соматско дишење, сензомоторна свест и техники за регулирање на стресот развиваат поголема отпорност на стимули што предизвикуваат анксиозност и покажуваат помала фреквенција на епизоди на паника .

- Интегрирањето на телото во терапевтскиот процес придонесува за подлабок увид, емоционална стабилност и подобар капацитет за секојдневно функционирање .

Теоретската почетна точка на работата е претпоставката дека телесно ориентираната психотерапија , особено земајќи ја предвид раната емоционална приврзаност, може да има значително влијание врз ублажувањето на симптомите на анксиозност и напади на паника и врз подобрувањето на целокупната психофизичка благосостојба. Се очекува дека таков терапевтски пристап ќе понуди подлабоки и подолготрајни ефекти во споредба со традиционалните методи, бидејќи покрај когнитивната и емоционалната работа, тој вклучува и директна работа со телото, што може да им помогне на клиентите поефикасно да се справат со сопствените симптоми. Телесно ориентираната психотерапија обезбедува интегративна рамка што комбинира работа

на телото, емоциите, менталните процеси и духовните аспекти на личноста. Се претпоставува дека имплементацијата на таков пристап ќе резултира со намалување на интензитетот и фреквенцијата на симптомите на анксиозност и нападите на паника, а истовремено ќе го подобри квалитетот на секојдневното функционирање и субјективната благосостојба.

Овој терапевтски метод се базира на идејата дека поврзувањето со сопственото тело и свеста за внатрешните состојби овозможуваат подлабоко разбирање на емоционалните обрасци и подобро справување со стресни ситуации. Терапевтските интервенции како што се свесно дишење, работа на сензомоторно искуство и ослободување на телесната напнатост имаат потенцијал да предизвикаат емоционално ослободување и на тој начин да придонесат за психолошка стабилност и отпорност на стрес. Трудот понатаму истражува како квалитетот на односот помеѓу терапевтот и клиентот може да посредува во терапевтскиот ефект, особено во контекст на намалување на симптомите на агорафобија, хипохондрија и други манифестации на анксиозност. Холистичкиот пристап на оваа терапија овозможува подлабок контакт со телото, препознавање и разбирање на емоционалните обрасци и развој на ефикасни механизми за справување со стрес и анксиозност. Терапевтскиот сојуз помеѓу клиентот и терапевтот дополнително го зајакнува чувството на безбедност и прифаќање, создавајќи простор во кој лицето може да зборува за своите тешкотии, стравови и ранливости без страв. Се верува дека преку овој процес, пациентите можат да постигнат намалување на симптомите на анксиозност и зголемување на нивниот целокупен квалитет на живот.

Оваа хипотеза истражува како меѓусебната динамика во терапијата - помеѓу користените техники и развиениот однос - го поттикнува процесот на емоционално лекување. Со градење на безбеден однос во кој клиентот се чувствува виден и автентично поддржан, се зголемува капацитетот за емоционална стабилност и саморегулација, што директно придонесува за намалување на симптомите на анксиозност. Покрај психотерапевтските интервенции, значаен придонес се дава и со негување на дневни навики кои ја поддржуваат рамнотежата - како што се редовен ритам на активност и одмор, навики во исхраната и целокупен начин на живот. Промената на начинот на живот кон поздраво и поурамнотежено функционирање, исто така, води до промена во доживувањето на сопственото тело и самодовербата.

Физичката сила, кондицијата и виталноста сами по себе можат да резултираат со значително олеснување на симптомите. Се проценува дека до 50% .

Очекуваните резултати од истражувањето, врз основа на претходни истражувања, клиничка пракса и теоретски претпоставки за физикална терапија, се:

- Значително намалување на симптомите на анксиозност кај испитаниците
- Намалување на фреквенцијата и интензитетот на паничните напади , со подобра способност за препознавање и справување со раните знаци на анксиозност.
- Зголемена способност за саморегулација преку учење и примена на соматски техники на дишење, заземјување, движење и свесност за телесните сензации.
- Подобрување на субјективниот квалитет на живот , изразено преку повисоко ниво на секојдневно функционирање, емоционална стабилност и поголемо чувство на смисла и внатрешна сигурност.
- Зајакнување на односот со сопственото тело , преку развивање на подлабоко чувство за телесните сигнали и способност за препознавање на емоционални состојби во порана фаза.
- Позитивното влијание на поддржувачкиот однос со терапевт , особено кај луѓе со историја на несигурна приврзаност или рана развојна траума.
- Секундарни придобивки , како што се подобри навики за здрав начин на живот, кои клиентите спонтано ги усвојуваат.

Се очекува дека ова истражување ќе обезбеди важни сознанија за ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија во справувањето со анксиозност и напади на паника и дополнително ќе ја промовира нејзината афирмација како легитимен и вреден пристап кон психотерапијата.

1.4 Презентација на темата и нејзината релевантност во современиот контекст на психотерапија

Анксиозните нарушувања и нападите на паника сè повеќе се појавуваат како клучни предизвици во современото ментално здравје, а нивната сеприсутност ја поттикнува потребата за подлабоко разбирање и иновативни терапевтски пристапи. Целта на овој труд е да се истражи ефикасноста на телесно ориентираната психитерапија како метод што не само што ги третира симптомите, туку и пристапува кон целата психофизичка реалност на една личност преку телото.

Во мојата секојдневна пракса, честопати сум сведок на збунетоста на клиентите кога станува збор за разликување помеѓу анксиозност и напади на паника. Покрај тоа, постои зголемен општествен притисок за постигнување постојано задоволство, среќа и лично исполнување, што доведува до тоа многумина да се чувствуваат несоодветни штом ќе се соочат со емоционални предизвици. Како колективно да сме заборавиле дека таканаречените „негативни емоции“ не се грешки во системот, туку неопходен дел од нашиот емоционален спектар што е клучен за созревање и холистичко искуство на животот.

Затоа во мојата работа често го нагласувам концептот на „нормална анксиозност“. Таа здрава, природна тензија што нè движи, нè штити и нè насочува. Без разлика дали станува збор за неизвесност пред испит, нервоза пред јавен настап или страв од отфрлање во близок контакт, вознемиреноста нè потсетува колку нешто ни е важно и колку сме длабоко ранливи, и покрај сè, во нашите човечки аспирации за припадност, прифаќање и самопотврдување.

Сепак, нивото на анксиозност често зависи од нашата способност да се прифатиме себеси и да развиеме внатрешна стабилност. Во овој контекст, често се поставува прашањето што значи да се „сакаме себеси“. Дали е тоа идеализирано, нарцисоидно обожавање на сопствениот лик или искрено прифаќање на сите аспекти на нашата личност - вклучувајќи ги и оние што сме научиле да ги сметаме за

„непожелни“ преку нашето воспитување? Љубовта кон себе, како што ја доживувам, не вклучува игнорирање на сопствените недостатоци, туку храброст да ги препознаеме, разбереме и на крајот да ги прифатиме.

Справувањето со сопствените „темни делови“, како што се потребата за контрола, самодоволност или емоционално затворање, бара длабока работа врз себе со сочувство и способност да бидеме со оние делови од нас што можеби биле повредени или отфрлени во текот на нашите животи. Токму овој процес преку терапија отвора простор за трансформација. Тој момент кога нашиот идентитет повеќе не зависи од надворешна валидација, туку од внатрешна врска со себеси и чувство на цел.

Во мојата книга „Неподносливата леснотија на стравот“, ја искористив премисата што сакам да ја нагласам овде како водечки принцип: „Од другата страна на стравот е љубовта“. Токму оваа внатрешна љубов кон сопственото битие, прифатена во целост во моето лично и професионално искуство, претставува основа на психолошка стабилност и можност за длабока промена.

За разлика од другите терапевтски пристапи кои се фокусираат исклучиво на когнитивна или вербална содржина, телесно ориентираната психотерапија го поканува клиентот да најде пристап до сопственото емоционално искуство преку телото. Исто така, ни овозможува да се поврземе со сопствените импулси, чувства и сеќавања кои често се потиснати, но кои длабоко влијаат на нашите модели на однесување. На овој начин, телесно ориентираната терапија не се стреми во својата работа само кон ублажување на симптомите. Овој пристап работи на повторно воспоставување врска со себеси, како и на барање на сопственото значење во искуствата што нè обликуваат.

Ако во одреден момент од животот почнеме да ја прифаќаме идејата дека исполнетиот живот зависи од способноста на човекот да го препознае подлабокото значење на сопственото страдање и да го трансформира во внатрешен раст, доаѓаме до заклучок дека се наметнува како вредна и ветувачка насока. И не само во контекст на терапијата, туку и во контекст на личниот развој и самоактуализација. Во современиот свет, карактеризиран со забрзување на технолошкиот напредок и

постојаните барања на современиот начин на живот, не е изненадувачки што менталните нарушувања сè повеќе доаѓаат во центарот на вниманието на јавното здравје. Меѓу нив, ја издвојуваме анксиозноста како еден од најраспространетите проблеми со менталното здравје денес. Иако анксиозноста како таква може да има минлив карактер, факт е дека кај многу луѓе таа се развива во хронична и сериозна состојба која бара систематски и професионален терапевтски пристап.

Анксиозноста најчесто се јавува како реакција на силни стресни настани, како што е губењето на сакана личност, што предизвикува чувство на несигурност, тага и страв. Ова ги прави овие најчести предизвикувачи за појава на анксиозност или панично растројство.

Лекувањето на анксиозноста и нападите на паника најчесто вклучува комбинација од психотерапија и фармаколошка терапија, а психотерапевтската работа се базира на свесност за поврзаноста помеѓу мислите, емоциите и однесувањето - ова му помага на пациентот да развие поздрави модели на одговор. Антидепресивите и другите лекови што се користат во третманот на овој проблем, иако првенствено се насочени кон лекување на депресија, често се користат кај анксиозни нарушувања.

Телесно ориентираната психотерапија во работата со анксиозност и напади на паника носи компонента на работа со имплицитни (телесни) сеќавања што не се достапни во когнитивната работа што користи психотерапевтски разговори или во класичните техники за обработка на емоции.

Важно е да се нагласи овде колку е клучно луѓето што доживуваат симптоми на анксиозност или паника да побараат стручна помош навремено, бидејќи нелекуваните нарушувања негативно влијаат врз секојдневното функционирање, работната способност и одржувањето блиски односи. Поради зголемениот број на луѓе кои страдаат од овие нарушувања, како и потребата од подобро разбирање и посеопфатна грижа, овој труд има за цел да ги презентира основните карактеристики на анксиозноста и паничните напади и терапевтските пристапи што се користат во третманот на овие состојби. Исто така, ставаме посебен акцент на можностите за превенција, како и важноста на едукацијата за овие состојби.

1.5 Очекувани резултати

Врз основа на претходни истражувања, клиничка пракса и теоретски претпоставки за психотерапија ориентирана кон телото, очекуваме дека резултатите од оваа студија ќе ја потврдат хипотезата дека таков терапевтски пристап има позитивен ефект врз намалувањето на симптомите на анксиозност и нападите на паника.

Очекуваните резултати од истражувањето, врз основа на претходни истражувања, клиничка пракса и теоретски претпоставки се следните:

Значително намалување на симптомите на анксиозност кај испитаниците кои учествувале во телесно ориентираната психотерапија , што ќе биде видливо преку пониски резултати на стандардизирани прашалници (на пр. GAD-7, BAI) по завршениот циклус на терапија.

Намалување на фреквенцијата и интензитетот на нападите на паника, со подобра способност за препознавање и управување со раните знаци на анксиозност.

Зголемена способност за саморегулација, т.е. подобра контрола врз реакциите на стрес преку учење, примена на техники на соматско дишење, заземјување, движење и свест за телесните сензации.

Подобрување на субјективниот квалитет на живот, изразен преку повисоко ниво на секојдневно функционирање, емоционална стабилност, како и поголемо присуство на чувство на значење и внатрешна безбедност.

Зајакнување на односот со сопственото тело, преку развој на подлабоко чувство за телесни сигнали, како и зголемување на способноста за препознавање на емоционални состојби во порана фаза, што треба да придонесе за навремен одговор на стресни стимули.

Позитивното влијание на поддржувачкиот однос со терапевтот, што дополнително ќе го зајакне чувството на сигурност, прифаќање и емоционална

достапност, што може да игра клучна улога во процесот на лекување. Особено кај луѓе со историја на несигурна приврзаност или рана развојна траума.

Секундарни придобивки, како што се подобри навики поврзани со здрав начин на живот, вклучувајќи: движење, исхрана, ритам на спиење и дневни активности (кои клиентите почнуваат спонтано да ги усвојуваат како дел од процесот на враќање на чувството за контрола и моќ врз сопствениот живот).

Врз основа на горенаведените очекувања, верувам дека ова истражување ќе обезбеди важни сознанија за ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија во работата со анксиозност и напади на паника и дополнително ќе ја поттикне нејзината афирмација како легитимен и вреден психотерапевтски пристап во рамките на клиничката пракса и психолошката поддршка.

2 ТЕОРЕТСКА РАМКА

2.1 Анксиозност: дефиниции, причини и форми

Клиничка и секојдневна анксиозност

Клучни забелешки важни за разликување на „нормална“ од невротична анксиозност:

- Во одредени ситуации, анксиозноста може да биде нормален, па дури и здрав одговор на животните стресори.

- Ако чувството на загриженост се меша во секојдневното функционирање, можеме да го сметаме за клиничко анксиозно растројство кое бара стручна помош.

- Професионална поддршка, вежби за дишење и други стратегии за справување можат да помогнат и со „нормалната“ и со клиничката анксиозност.

Многу луѓе се прашуваат дали нивната анксиозност е нормална или се претворила во нешто што им го загрозува здравјето и секојдневниот живот. Разликувањето помеѓу здрава, адаптивна анксиозност наспроти клиничко анксиозно растројство е клучно за избор на соодветни стратегии за справување, како и за проценка на потребата од стручна помош.

Што значи да се биде вознемирен?

Иако анксиозноста е често непријатно чувство, таа е во основа природен и здрав одговор на одредени стимули, односно животни ситуации.

Примери за секојдневна анксиозност може да вклучуваат грижа за преминување на прометна улица или чувство на непријатност поради долготрајна забоболка. Исто така е нормално да се чувствуваме вознемирено во ситуации кои се предизвикувачки и кои на некој начин го загрозуваат нашиот физички или психолошки интегритет. На пример, пред важен испит, интервју за работа, средба со некој што ни се допаѓа за прв пат или средба со диво животно во шумата. Овој вид анксиозност ни помага да бидеме претпазливи и безбедни и е природен одговор на стресорите. Доколку не чувствувавме вознемиреност во ситуации кои вклучуваат лична загуба или ризик од неуспех, тоа би значело дека нешто не е во ред со нас.

„Нормалната“ анксиозност е обично пропорционална на реалната ситуација и трае само онолку долго колку што трае предизвикот што ја предизвикал. На пример, сосема е нормално да се чувствуваме нервозно пред јавно говорење или важен рок на работа. Меѓутоа, ако го чувствуваме тоа без очигледна причина, можно е да страдаме од клиничко анксиозно растројство кое бара третман и наше внимание.

Како се чувствува анксиозноста?

Искуството со анксиозност (во смисла на анксиозно растројство) може да варира од личност до личност, но многу често влијае на целото функционирање - психолошко, физичко и бихејвиорално, и секако често може да стане исклучително оптоварувачко.

- Психолошки , анксиозноста вклучува чувства на нелагодност, страв и грижа.

- Физички , може да се манифестира како забрзано чукање на срцето, мускулна напнатост, сува уста, потење или лошо варење. Лицето може да доживее и голем број други физички симптоми како што се чувство на слабост, вртоглавица, зашеметеност и „слабост“. Може да бидат присутни и симптоми како што се треска, наизменични топли или ладни бранови, брзо дишење или хипервентилација.

- Од бихејвиорална гледна точка , тоа може да доведе до избегнување на секојдневните ситуации, повлекување од социјалните контакти или тешкотии при донесување одлуки.

Во екстремни случаи, анксиозноста може да предизвика чувство на одвоеност од себеси (деперсонализација), чувство дека околината е нереална (дереализација), страв од смрт или впечаток дека лицето размислува ирационално.

Што значи да се има анксиозно растројство?

Професионалец за ментално здравје дијагностицира анксиозно растројство врз основа на јасно дефинирани критериуми од Американската психијатриска асоцијација (Американска психијатриска асоцијација, 2022). Општо земено, анксиозноста се смета за растројство ако опстојува надвор од развојно соодветните периоди, е непропорционална на фактичката ситуација и значително се меша во секојдневното функционирање (Американска психијатриска асоцијација, 2022).

Друга клучна разлика е што анксиозноста во нарушувањето трае долго време, дури и откако ќе се реши специфичниот проблем. Луѓето со анксиозни нарушувања честопати се чувствуваат неспособни да ги контролираат или намалат своите грижи. Ова може да доведе до избегнување на луѓе, ситуации или предмети за кои веруваат дека ќе ги активираат нивните симптоми (Американска психијатриска асоцијација, 2023). На пример, лице со страв од висина може да развие такво ниво на анксиозност што повеќе не може воопшто да преминува мостови.

Понекогаш анксиозноста се јавува ненадејно и без очигледна причина. Луѓето со анксиозни нарушувања чувствуваат грижа и страв речиси постојано, а овие чувства можат да бидат целосно исцрпувачки (Merck Manual, 2023).

Најчестите анксиозни нарушувања вклучуваат:

- Агорафобија - страв од ситуации од кои бегството би било тешко или непријатно во случај на напад на паника.

- Генерализирано анксиозно растројство (ГАР) – постојана и прекумерна грижа за различни аспекти од животот што го нарушува секојдневното функционирање.

- Панично растројство – повторливи напади на паника кои водат до интензивен страв и избегнување.

- Анксиозно растројство од разделба – прекумерен страв од разделба од сакана личност.

- Специфични фобии – изразени стравови од предмети, активности или ситуации кои објективно не се опасни.

(Извор: van IJzendoorn, MH, Belsky, J., & Bakermans-Kranenburg, MJ (2012). Генотипот 5HTTLPR на транспортерот на серотонин како маркер на диференцијална подложност? Мета-анализа на студии за ген-по-околина кај деца и адолесценти . Translational Psychiatry, 2, e147.)

Хипоталамично-хипофизно-надбубрежната (HPA) оска се смета за главен биолошки пат на стресниот систем, а промените во нејзиното функционирање може да бидат поврзани со генетска подложност. Иако е широко прифатено дека дисфункцијата на

HPA оската може да предизвика разни психијатриски нарушувања, вклучително и анксиозни нарушувања, сè уште нема јасен одговор на прашањето како таа прецизно се регулира. Еден типичен пример за генетска ранливост кон анксиозност се мајките кои страдаат од анксиозни нарушувања за време на бременоста, бидејќи нивната анксиозност е поврзана со поголема веројатност нивното дете подоцна да развие анксиозно нарушување.

Дисрегулацијата на HPA оската кај бремени жени со анксиозни нарушувања е поврзана со покачени нивоа на кортизол, што може да доведе до зголемена реактивност на стрес, страв, анксиозно однесување и негативни емоционални и бихејвиорални последици кај детето. Сепак, некои студии известуваат за спротивставени резултати - на пример, не е пронајдена јасна поврзаност помеѓу нивоата на кортизол и анксиозноста за време на бременоста, а некои студии дури и укажуваат на спротивен модел, како што се пониски утрински и повисоки вечерни нивоа на кортизол. Ваквата недоследност сугерира дека врската помеѓу кортизолот, стресот и анксиозноста за време на бременоста бара понатамошно истражување.(Кејн, ХС, Данкел Шетер, К., Глин, ЛМ. PMC, 2014)

Покрај неговите ефекти врз оската HPA, пренаталниот стрес може да влијае и на други биолошки механизми поврзани со подоцнежниот развој на анксиозност кај децата. Пример за ова е плацентарниот ензим HSD11B2, кој нормално го штити фетусот од прекумерна изложеност на глукокортикоиди. Кога нивоата на кортизол се високи, функцијата на овој ензим може да биде инхибирана, што дополнително го зголемува ризикот од развој на анксиозни обрасци. Овие наоди укажуваат на комплексна интеракција на хормонални и генетски фактори во развојот на анксиозни нарушувања, со честопати неконзистентни истражувачки резултати.

Од друга страна, истражувањата покажуваат дека ризикот од анксиозни нарушувања и промени во развојот на мозокот може да се ублажи со пренатални интервенции, како што се когнитивно-бихевиоралната терапија и пристапите на внимателност, кои даваат ветувачки резултати.(Seth, S., et al. (2015).

Пренатално ментално здравје на мајката и плацентален 11β-HSD2. Студија за човечка популација со мерења на симптоми на анксиозност/депресија и експресија на HSD11B2.)

Развојот на анксиозни растројства произлегува и од биолошки и од психолошки фактори, при што средината во која расте поединецот, вклучувајќи ги семејните односи и животните искуства, игра важна улога. Клучното прашање е до кој степен семејната средина придонесува за развој на анксиозност. Поради оваа причина, истражувањата често се фокусираат на стиловите на родителство, при што особено се истакнуваат два фактора: недостаток на топлина и родителско отфрлање и прекумерна контрола.

Недостатокот на емоционална топлина и отфрлањето можат да создадат перцепција кај детето дека светот е непријателско и небезбедно место. Од друга страна, прекумерната контрола го ограничува развојот на независноста и способноста на детето да се справи со предизвиците, намалувајќи го нивното чувство на ефикасност и самодоверба. Доказите покажуваат дека прекумерната родителска контрола е посилно поврзана со развојот на анксиозни нарушувања отколку само родителската студенило или отфрлањето. Имено, кога детето е постојано под надзор и нема можност да стекне социјални вештини, веројатноста за развој на социјална анксиозност и модели на избегнувачко однесување е поголема.

Од друга страна, недостатокот на топлина и отфрлањето почесто се поврзуваат со депресивни симптоми во детството, бидејќи водат до ниска самодоверба и сомнежи во сопствените способности. Сепак, теоретските модели и бројните студии нагласуваат дека прекумерната родителска заштита е клучен фактор во развојот на анксиозност, особено социјална анксиозност. Возрасните кај кои е дијагностицирана социјална анксиозност често ги опишуваат своите родители како премногу контролирани и рестриктивни во детството.

Квалитетот на приврзаноста помеѓу детето и родителот, исто така, игра важна улога во развојот на анксиозноста. Теоријата на приврзаност нагласува дека отфрлачките или прекумерно контролирачките стилови на родителство водат до несигурни форми на приврзаност. Децата со неорганизиран стил на приврзаност, во кој родителот е исто така извор на страв, често покажуваат зголемено ниво на анксиозност и тешкотии во социјалните интеракции во подоцнежното детство. Растењето во несигурна средина со емоционално недостапни или непредвидливи старатели ја зголемува тенденцијата за развој на интернализирачки проблеми, вклучително и анксиозни нарушувања.

Покрај семејните влијанија, негативните или трауматските животни искуства како што се разводот на родителите, смртта на близок, природните катастрофи или големите животни промени исто така играат значајна улога. Истражувањата покажуваат дека децата кои развиваат анксиозни нарушувања честопати доживеале поголем број стресни настани во годината пред дијагнозата. Слично на тоа, раното губење на стабилноста во семејството, како што е промената на партнерот на еден од родителите во раното детство, е поврзано со зголемен ризик од анксиозност во адолесценцијата.

Исто така, децата со висока анксиозност имаат поголема веројатност да бидат цел на задевање и отфрлање од врсниците, што дополнително ги влошува нивните симптоми. Оваа двонасочна врска покажува дека анксиозните деца можат да предизвикаат негативни реакции од нивната околина преку нивното однесување, а овие реакции пак ја продлабочуваат нивната анксиозност.

Трауматските настани, како што се физичкото или сексуалното злоставување, се особено силно поврзани со развојот на анксиозни нарушувања, вклучувајќи го и посттрауматското стресно нарушување. Сепак, не секој што доживува траума развива анксиозни нарушувања, што укажува дека улогата на генетиката и ранливоста мора да се земе предвид во комбинација со искуствата од животната средина. Некои поединци се биолошки почувствителни на стрес, а комбинацијата на генетска ранливост и трауматски настани значително го зголемува ризикот од развој на анксиозно нарушување.

Анксиозни нарушувања според DSM-5 и ICD-11

Според Светската здравствена организација, во светот има приближно 264 милиони случаи на анксиозни нарушувања. Во Латинска Америка, депресијата е второ најчесто ментално нарушување и, во својата најтешка форма, може да доведе до самоубиство. Зрелоста е период во кој се случуваат значајни животни промени и во кој се бара поголема автономија. Иако разни психолошки третмани покажале ефикасност кај возрасни со афективни нарушувања, резултатите не секогаш се одржуваат на долг рок, а бројот на случаи продолжува да се зголемува.

Од тие причини постои растечки интерес за испитување на достапните докази за компонентите и техниките на терапиите од трета генерација кај оваа популација. Поради оваа причина, беше спроведена наративна анализа фокусирана на интервенциите базирани на контекстуални терапии (терапија за прифаќање и посветеност, свесност, активирање на однесувањето, дијалектичка бихејвиорална терапија, функционална аналитичка терапија) за да се испита нивната ефикасност во лекувањето на анксиозност и депресија кај возрасни.

Табела 1. Анксиозни нарушувања според DSM-5 и ICD-11

Анксиозни нарушувања според DSM-5	Нарушувања на стравот и анксиозноста според МКБ-11
– Анксиозно растројство од разделба	– Генерализирано анксиозно растројство
– Селективен мутизам	– Панично растројство
– Специфична фобија	– Агорафобија
– Социјално анксиозно растројство	– Специфична фобија
– Панично растројство	– Социјално анксиозно растројство
– Агорафобија	– Анксиозно растројство од разделба
– Генерализирано анксиозно растројство	– Селективен мутизам
– Анксиозно растројство предизвикано од супстанции/лекови	– Други специфицирани нарушувања на стравот и анксиозноста
– Анксиозно растројство предизвикано од друга медицинска состојба	– Неспецифицирани нарушувања на страв и анксиозност
– Друго специфично анксиозно	–

Анксиозни нарушувања според DSM-5	Нарушувања на стравот и анксиозноста според МКБ-11
растројство	
– Неспецифицирано анксиозно растројство	–

Симптомите на депресија и анксиозност може да варираат во интензитет и фреквенција. Тие се јавуваат кај широк спектар на психијатриски нарушувања, како и кај лица кои се недијагностицирани.

Социјалното анксиозно растројство често се јавува заедно со други анксиозни нарушувања, големо депресивно растројство и нарушувања поврзани со употреба на супстанции (Којунџу и др., 2019). Генерализираното анксиозно растројство е поверојатно да се појави заедно со други униполарни анксиозни и депресивни нарушувања (Голдштајн-Пиекарски и др., 2016). Поголема генетска ранливост е забележана кај паничното растројство, опсесивно-компулсивното растројство и социјалната фобија (Генетски и еколошки влијанија врз анксиозните нарушувања, 2023). Дополнително, злоупотребата во детството и неволјите се значајни фактори на ризик за развој на социјално анксиозно растројство (Психосоцијални и биолошки фактори на ризик на анксиозни нарушувања, 2021).

2.2 Панични напади - Клиничка слика и дијагностички критериуми

Доживувањето на паничен напад може да биде исклучително застрашувачко искуство. Се проценува дека околу 13% од луѓето доживуваат барем еден паничен напад во животот, но тоа не мора да значи дека имаат панично растројство. Од оние кои имале панични напади, околу две третини ги доживуваат повторно, но само малцинство од нив ги исполнуваат дијагностичките критериуми за панично растројство.

Паничното растројство е група на анксиозни растројства што се карактеризираат со повторливи, ненадејни напади на паника. За време на напад на паника, лицето може да доживее интензивен страв, палпитации, стегање во градите, отежнато дишење и треперење. Сепак, паничното растројство не значи автоматски дека лицето има панично растројство. За да се дијагностицира, нападите мора да бидат чести, неочекувани и да не се должат на физичка состојба, употреба на супстанции или друго ментално нарушување (DSM-5 критериуми).

Дијагностички критериуми за панично растројство според DSM-5

За да се постави дијагноза за панично растројство, потребно е лицето да доживее повторливи и неочекувани напади на паника. Покрај тоа, барем еден од овие напади мора да биде придружен со времетраење од најмалку еден месец обележано со страв од понатамошни напади или значајни промени во однесувањето, како што е избегнување ситуации за кои лицето верува дека можат да предизвикаат напад.

Пред да се постави дијагноза, потребно е да се исклучат други можни причини, како што се:

• физиолошки ефекти на лекови, лекови или медицински состојби

• симптоми на други психолошки нарушувања (социјална анксиозност, специфични фобии, опсесивно-компулсивно растројство, посттрауматско стресно растројство или анксиозност на одвојување).

Паничен напад - клиничка дефиниција

Паничниот напад се дефинира како ненадеен бран на интензивен страв или непријатност, кој достигнува врв во рок од неколку минути. Според DSM-5, паничниот напад вклучува најмалку четири од следниве симптоми (Американска психијатриска асоцијација, 2013):

• Забрзано или силно чукање на срцето

• Потење

• Треперење или треперење

• Отежнато дишење или чувство на задушување

• Чувство на притисок или болка во градите

• Гадење или стомачни тегоби

• Вртоглавица, нестабилност или чувство на слабост

• Чувство на одвојување од себеси (деперсонализација)

• Страв од губење на контрола или „полудување“

• Страв од смрт

• Вкочанетост или пецкање во телото

• Ненадејни бранови на топлина или студ.

Паничните напади може да се очекуваат кога се јавуваат во ситуации што лицето ги препознава како заканувачки (на пр. летање со авион) или неочекувани, кога се појавуваат без јасна причина (Merck Manuals, 2023).

Панично растројство и агорафобија

Во претходните дијагностички класификации, агорафобијата беше поврзана со панично растројство, додека во DSM-5 беше воведена како посебна дијагноза (Американска психијатриска асоцијација, 2013). Агорафобијата вклучува интензивен страв и избегнување на најмалку две ситуации, како што се толпи, отворени простори или јавен превоз, каде што бегството би било тешко или тешко би се добила помош во случај на напад на паника (Клиника Мајо, 2023).

Дијагноза

Бидејќи симптомите на панично растројство можат да личат на други анксиозни нарушувања или физички болести, важно е лекар или професионалец за ментално здравје да постави дијагноза по темелна евалуација. Раното препознавање и соодветниот третман се клучни за подобрување на квалитетот на животот и спречување на развој на дополнителни компликации (Cleveland Clinic, 2022).

Разлики помеѓу напад на паника и панично растројство

Што е напад на паника?

Паничниот напад е ненадејна и кратка епизода на интензивен страв придружена со силни физички реакции, иако ситуацијата во која се наоѓа лицето не е објективно заканувачка. За време на напад на паника, може да се појави прекумерно потење, брзо дишење и чувство дека срцето чука брзо, а многу луѓе го опишуваат искуството како слично на срцев удар (Merck Manuals, 2023).

Паничните напади се главен симптом на панично растројство, но можат да се појават и со други состојби, како што се анксиозни и депресивни нарушувања, фобии, психотични нарушувања, нарушувања поврзани со употреба на супстанции, траума и стресни настани и одредени физички болести (Cleveland Clinic, 2022). Иако сами по себе не се опасни, честите напади можат значително да го нарушат квалитетот на животот.

Разликата помеѓу напад на паника и напад на анксиозност

Нападите на анксиозност обично се јавуваат како одговор на препознатливи стресори и се развиваат постепено, додека паничните напади се јавуваат ненадејно и неочекувано. Анксиозноста може да предизвика физички симптоми како што се забрзано чукање на срцето или чувство на стегање во стомакот, но тие обично се поблаги и подолготрајни во споредба со кратките, но многу интензивни симптоми на паничен напад (Merck Manuals, 2023).

Панично растројство

Паничното растројство е група на анксиозни растројства кои се карактеризираат со повторувачки, неочекувани напади на паника. Клучно е овие напади да не се должат на други ментални нарушувања, физички болести или ефекти на психоактивни супстанции, и тие често се јавуваат без јасен предизвикувач. Не секој што доживува напад на паника нужно развива панично растројство.

Фреквенција на напади на паника и нарушувања

Се проценува дека значителен дел од населението доживува напад на паника секоја година, додека околу 2–3% од луѓето развиваат панично растројство. Жените имаат двојно поголема веројатност да го развијат ова растројство отколку мажите.

Емоционалните и когнитивните симптоми на напад на паника може да вклучуваат:

- интензивно чувство на страв и претстојна пропаст
- чувство на задушување или гушење во грлото
- страв од губење на контрола
- чувство дека лицето ќе умре
- дереализација (чувство на нереалност) и деперсонализација (чувство на одвоеност од себеси)

Паничните напади се исклучително непријатни и застрашувачки, и важно е да се посети специјалист за да се исклучат физички причини.

Времетраење на нападот на паника

Повеќето напади на паника траат помеѓу 5 и 20 минути, иако некои можат да траат и до еден час.

Причини за напади на паника

Точната причина не е целосно разбрана, но мозокот и нервниот систем, особено начинот на кој тие го обработуваат стравот и стресот, играат значајна улога. Дисфункциите во амигдалата, како и нерамнотежата во невротрансмитерите како што се серотонинот, ГАБА и кортизолот, се сметаат за клучни фактори.

Ризикот од развој на панично растројство се зголемува кај луѓе кои имаат:

- семејна предиспозиција за анксиозни нарушувања
- постоечки проблеми со менталното здравје , како што се депресија или други анксиозни нарушувања
- негативни искуства од детството , особено трауматски настани

Нападите понекогаш се јавуваат поради специфични фобии, но често се случуваат без јасен предизвикувач.

Дијагнотички критериуми на паничното растројство според ДСМ 5

Дијагнозата ја поставува лекар или психолог откако ќе се исклучат физички причини, како што се срцеви, ендокрини или респираторни заболувања. Паничното растројство се дијагностицира според критериуми што вклучуваат повторувачки, неочекувани напади и постојана загриженост за можноста за нови напади или промени во однесувањето за да се избегнат.

Третман

Паничките напади и паничното растројство најчесто успешно се лекуваат со комбинација од психотерапија и лекови.

- Психотерапија
- Когнитивно-бихејвиоралната терапија (КБТ) помага да се идентификуваат и променат обрасците на размислување и однесување кои предизвикуваат напади.
- Експозициската терапија постепено го изложува лицето на ситуации што предизвикуваат страв, додека учи техники за релаксација и ја намалува чувствителноста на предизвикувачи.
- Фармакотерапија
- Антидепресивите (SSRI и SNRI) ја намалуваат фреквенцијата и интензитетот на нападите.
- Анксиолитиците (бензодиазепините) делуваат брзо, но се користат кратко време поради ризикот од зависност.

Прогноза и превенција

Со третман, повеќето луѓе со панично растројство доживуваат значителни подобрувања во квалитетот на нивниот живот. Нелекуваното панично растројство го зголемува ризикот од депресија и самоубиствени мисли и го ограничува социјалното функционирање.

Превенцијата вклучува идентификување и справување со предизвикувачите, редовна физичка активност, здрава исхрана, избегнување на кофеин, алкохол и никотин, како и учење техники за релаксација и внимателност.

Резиме на теории што ја објаснуваат етиологијата на паничното растројство

Теорија - Просторија

Неврохемиска теорија

Неправилното функционирање на неврохемикалиите, како што се недостатокот или вишокот на серотонин, може да биде причина за панично растројство. Абнормалната реактивност на хеморецепторите може да го наруши балансот на инхибиторите и ексцитаторите во регулирањето на паниката.

Хормонална теорија

Жените се посклони кон напади на паника. Паничните напади ретко започнуваат пред пубертетот или по менопаузата. Хормоните за време на бременоста делуваат како заштитен фактор против напади на паника кај жените.

Метаболни теории

Аденозинските рецептори, дистрибуирани низ целиот мозок, го регулираат ослободувањето на невротрансмитери и невромодулаторната активност, вклучувајќи ги инхибиторните и ексцитаторните функции. Истражувањата сугерираат можна врска помеѓу симптомите на аденозин и супстанциите што предизвикуваат паника и анксиозност. Луѓето со панично растројство се почувствителни на супстанции како што се млечна киселина, покачен CO2, кофеин, никотин и алкохол.

Невроанатомски теории и животински модели Хипоактивацијата на префронталниот кортекс во состојби на интензивен страв, забележана кај паничното растројство, ја намалува инхибицијата на амигдалата. Различни подрегиони на дорзалното јадро на рафе се активираат кај паничното растројство во споредба со другите нарушувања.

Генетски теории

Луѓето со панично растројство може да имаат наследна генетска предиспозиција. Роднините од прв степен на пациенти со панично растројство имаат зголемен ризик од развој на нарушувањето, а веројатноста за појава на нарушувањето е поголема кај идентичните отколку кај двојадците близнаци.

Респираторни теории

Дисфункционалниот респираторен систем може да предизвика напади на паника, главно поради нерамнотежа помеѓу вдишаниот кислород и издишаниот CO2 за време на хипервентилација. Ова ги намалува нивоата на CO2 во телото и предизвикува чувство на задушување, при што диспнеата е главен симптом.

Когнитивни теории

Катастрофалните мисли и погрешните толкувања на телесните и другите сензации по првиот напад на паника одржуваат маѓепсан круг. Ниската самоефикасност во справувањето со нападите дополнително придонесува за одржување на овој циклус.

2.3 Психотерапевтски пристапи во работата со анксиозност

Когнитивно-бихевиорална терапија (КБТ) во работата со анксиозни нарушувања

Анксиозните нарушувања се меѓу најчестите ментални нарушувања и носат значителен социјален товар. Еден од најефикасните и добро истражени третмани за овие нарушувања е когнитивната бихевиорална терапија (КБТ) (Bhattacharya et al., 2022). Во својата суштина, КБТ опфаќа збир на различни интервенции и техники кои поттикнуваат усвојување на поадаптивни начини на размислување и однесување, со цел намалување на интензитетот на непријатните емоционални состојби.

За разлика од многу други терапевтски пристапи, КБТ е високо структурирана и често следи однапред дефиниран прирачник. Терапевтските сесии обично се

одржуваат еднаш неделно во ограничен временски период, како што се од дванаесет до шеснаесет недели. Понекогаш, по завршувањето на основниот циклус, се вклучуваат повремени дополнителни сесии за да се зајакне независната примена на стекнатите вештини (Pegg et al., 2022).

Когнитивно-бихевиоралниот пристап кон анксиозните нарушувања се базира на препознавање на нефункционални обрасци на размислување, непријатни емоционални и физички реакции и неефикасни обрасци на однесување. Кога овие елементи се надополнуваат и се зајакнуваат едни со други, нивоата на анксиозност можат трајно да останат покачени и да го нарушат секојдневното функционирање. Иако постојат неколку специфични КБТ протоколи за различни форми на анксиозност, сите тие делат заеднички техники и цели што ја формираат основната филозофија на овој терапевтски пристап (Bhattacharya et al., 2022; Pegg et al., 2022).

Когнитивни интервенции

Една од основните стратегии на когнитивната бихејвиорална терапија (КБТ) се когнитивните интервенции. Во својата суштина, КБТ се базира на премисата дека нашите емоционални искуства зависат од тоа како ги толкуваме настаните и околностите што ни се случуваат (Чанд, 2023). Анксиозните нарушувања се поврзани со негативно искривени обрасци на размислување, на пример, мисли како што се: „Сигурен сум дека ќе ја изгубам работата и никој никогаш повеќе нема да ме вработи“ (Healthline Staff, 2020).

Целта на когнитивните интервенции е да се поттикне развојот на поадаптивно размислување, што се постигнува преку техники на когнитивно реструктуирање и експерименти во однесувањето. Когнитивното реструктуирање се фокусира на идентификување и корекција на таканаречените мисловни стапици - искривени модели на размислување што водат до премногу негативни проценки (Ezawa et al., 2023). На пример, „црно-бело размислување“ се однесува на оценување на ситуациите како целосно добри или целосно лоши, без да се видат нијансите помеѓу овие крајности, додека „прекумерна генерализација“ се однесува на извлекување широки заклучоци врз основа на ограничено искуство.

Со препознавање на овие обрасци, клиентот се охрабрува да развие поизбалансирани и пореални толкувања на ситуациите, на пример: „Можеби

претерувам кога мислам дека е 100% сигурно дека ќе ја изгубам работата. Дури и ако тоа се случи, не е вистина дека никогаш нема да најдам нова работа“ (Healthline Staff, 2020).

Експериментите со однесувањето дополнително помагаат во промената на верувањата бидејќи вклучуваат активно тестирање на сопствените стравови во ситуации од реалниот живот. На пример, лице кое верува дека е романтично непривлечно и дека потенцијалниот партнер ќе реагира со гадење ако го покани на состанок, се охрабрува да го проба токму тоа и да види дали неговите верувања се навистина точни (Chand, 2023).

Во пракса, комбинацијата од когнитивно реструктуирање и експерименти со однесувањето ја формира основата на пристапот на КБТ и се применува кај сите анксиозни нарушувања (Ezawa et al., 2023)

Фармакотерапија во комбинација со КБТ

Постои значителен интерес за испитување на комбинираните ефекти од КБТ и фармакотерапијата во споредба со единечните пристапи. Бројни студии покажаа дека комбинацијата од фармакотерапија и КБТ може да обезбеди краткорочни придобивки, но подобрувањата често се намалуваат по шест месеци (Gomez et al., 2018; DeGeorge et al., 2022). Оваа комбинација покажа поголема ефикасност кај паничното растројство и ГАР отколку кај другите анксиозни растројства (Würz et al., 2009; Gomez et al., 2018).

Овие студии, исто така, покажаа дека комбинацијата на КБТ со бензодиазепини била поефикасна од комбинацијата со SSRI антидепресиви или трициклични антидепресиви (Würz et al., 2009). Важен аспект на фармакотерапијата е внимателното дозирање на анксиолитици во контекст на експозиција терапија. Лековите кои ја намалуваат анксиозноста во моментот може да влијаат на квалитетот на изложеноста со тоа што спречуваат учење дека стравот може да се толерира без избегнување (DeGeorge et al., 2022). Затоа, иако фармакотерапијата може да ги подобри резултатите кога се комбинира со КБТ, потребни се понатамошни истражувања за да се процени трајноста на ефектите (Gomez et al., 2018).

Психодинамски пристапи

Психодинамичката психотерапија најчесто се наведува во современата психијатриска литература како секундарна форма на третман за панично растројство, поради ограниченият број систематски студии што ја потврдуваат нејзината ефикасност (Busch, Milrod, & Singer, 1999; Keefe et al., 2014). Сепак, бројни клинички набљудувања потврдуваат дека психодинамичките пристапи можат да бидат значително корисни во работата со луѓе кои страдаат од напади на паника (Milrod et al., 2007).

Една од главните причини за недостатокот на истражувања е тоа што не постои јасно дефинирана терапија насочена кон паничното растројство. Класичните психоаналитички методи главно се применуваат за пошироки дијагнози на карактерни неврози, без прецизно прилагодување на техниките на индивидуалните нарушувања (Busch, Milrod, & Singer, 1999).

(Мој клинички пример од пракса)

Работев со пациентка која страдаше од панично растројство чие психолошко функционирање беше доминирано од постојана, несвесна фантазија дека ако самата се разболи, стане слаба или немоќна, ќе може да постигне подлабока врска со своите најблиски, особено со нејзиниот емоционално далечен брат кој имаше физички хендикеп.

Преку работата, пациентката свесно препознала силни, „ирационални“ чувства на љубов и потреба да го заштити својот брат, и покрај фактот дека тој честопати бил груб и отфрлувачки кон неа. Во текот на терапијата, таа постепено открила дека имала речиси целосно потиснати сеќавања на неговата долгорочна хронична болест од детството, што во голема мера го обележало и нејзиното детство и начинот на кој била одредена нејзината позиција и улога во примарното семејство.

Влошување на нејзините симптоми на паника се случи кога беше примена на постдипломски студии, што изненадувачки ја направи длабоко несреќна. Преку терапевтскиот процес, стана јасно дека успехот го активирал несвесниот страв од губење на нејзината фантазија за сопствената ранливост и беспомошност, преку која таа беше емоционално поврзана со својот брат. Нападите на паника се интензивираа како начин да се „одржи“ оваа слика за себе како кревка, ранлива и оштетена личност.

Само кога свесно ги препознала овие потиснати емоционални динамики во терапијата и ги поврзала со детска фантазија, симптомите на паника постепено се намалиле, а пациентката била во можност да развие поздрави модели на односи и сопствено искуство за себе, како и нов, поздрав однос со својот брат и остатокот од семејството.

Психодинамичко разбирање на паниката

Психодинамичката перспектива нагласува дека симптомите на паника често одразуваат конфликти поврзани со одвојување и независност (Busch, Milrod, & Singer, 1999; Milrod et al., 2007). Бројни епидемиолошки студии даваат индиректна потврда за овие набљудувања (Keefe et al., 2014).

Клиничкото искуство дополнително покажува дека пациентите со панично растројство имаат значителни тешкотии во справувањето и регулирањето на чувствата на лутина и сопствените мисли (Busch, Milrod, & Singer, 1999). Кај некои пациенти, нападите на паника можат да добијат и возбудлива димензија, одејќи подалеку од вообичаените свесни мисли за болест, смрт или „лудило“ (Milrod et al., 2007).

Некои пациенти опишуваат застрашувачки, но исто така и провокативни чувства поврзани со нападите, понекогаш тесно поврзани со садомазохистички сексуални фантазии. Во такви случаи, паничните напади може да имаат несвесна самоказнувачка функција, служејќи како начин лицето да се „искупи“ за своите скриени, полни со вина импулси (Busch, Milrod, & Singer, 1999).

Несвесни конфликти кај панично растројство

Луѓето со панично растројство често се преплавени од анксиозност. Во такви случаи, нивното сигнализирање на анксиозност може да биде нарушено или, и покрај присуството на внатрешни предупредувања, одбранбените механизми не се активираат доволно ефикасно (Shear, Cooper, Klerman, Busch, & Shapiro, 1993). Од психодинамичка перспектива, симптомите на паника одразуваат специфични, интензивни несвесни конфликти кои имаат важна психолошка функција. Разбирањето на овие несвесни процеси ја формира основата на психодинамичкиот пристап кон третманот на паничното растројство (Shear et al., 1993).

Клиничките набљудувања покажуваат дека стравот од одвојување и потиснатиот гнев се клучни фактори во појавата и одржувањето на нападите на паника. Од раното детство, лицата склони кон паника се борат со чувство на несигурност и зависност од старателите за чувство на сигурност (Shear et al., 1993). Оваа зависност може да произлегува од вродена преосетливост кон непознатото или од трауматски развојни искуства, како што се загуба или закана од напуштање.

Потоа детето го перцепира родителот како недоволно заштитнички настроен и развива потиснат гнев кон неговото (вистинско или перцепирано) одбивачко однесување. Овој гнев потоа ја активира анксиозноста, бидејќи постои страв дека изразувањето гнев може дополнително да го оштети односот со родителот, со што се зголемуваат чувствата на зависност и несигурност (Shear et al., 1993).

Во зрелоста, овој маѓепсан круг се реактивира кога се случуваат искуства или фантазии за раскинување на важни емоционални врски, честопати предизвикани од значајни животни настани. Одбранбените механизми како што се реактивното формирање и поништувањето се обидуваат да го негираат гневот и да ја зголемат привржаноста преку претерани позитивни чувства. Сепак, поради постојаното присуство на несвесен гнев, одбраната на крајот не успева, што доведува до зголемена закана од приврзаност и појава на напад на паника (Shear et al., 1993).

Егзистенцијална и хуманистичка психотерапија

Егзистенцијализмот, а особено егзистенцијалната психотерапија, ја става анксиозноста во центарот на својот интерес како противтежа на животот. Стравот како спротивност на постоењето. Но подеднакво и како неразделни целини што се испреплетуваат една со друга. И покрај различните пристапи и повремените противречности меѓу егзистенцијалните терапевти, сите тие делат заедничко разбирање: анксиозноста е фундаментално искуство на човековото постоење. За разлика од традиционалниот психотерапевтски поглед, кој често ја смета анксиозноста за исклучиво непожелна и бескорисна, егзистенцијалната перспектива верува дека токму преку искуството на анксиозноста е можно да се постигне подлабоко разбирање на тоа што значи да се биде човек.

Егзистенцијалните терапевти прават разлика помеѓу „нормална“ и „невротична“ анксиозност, при што нормалната анксиозност не се потиснува, туку се

прифаќа и истражува, бидејќи може да го отвори патот кон поавтентичен живот. Додека во другите насоки на терапијата најмногу можеме да ја забележиме работата на отстранување на симптомите, егзистенцијалната терапија, од друга страна, гледа вредност во соочувањето со сопствените егзистенцијални стравови.

Овој вид психотерапија има длабоки филозофски корени и произлезе од феноменологијата, филозофски пристап кој нагласува директно искуство и се стреми да ги опише искуствата на една личност без однапред замислени претпоставки и категоризации. Феноменолошкиот пристап кон психотерапијата е развиен бидејќи традиционалните клинички класификации не биле доволни за разбирање на субјективното искуство на пациентот. Терапевтот се стреми да се „потопи“ во внатрешниот свет на клиентот и да ја доживее неговата реалност како што ја доживува.

Во егзистенцијалната психотерапија, феноменологијата станува алатка која се стреми да го истражи искуството на анксиозност, чувствата на загуба, стравот од смртта, осаменоста, како и слободата/одговорноста. Целта на овој терапевтски пристап не е да се елиминира анксиозноста по секоја цена, туку да се препознае како составен дел од човековото постоење и да се научи да се живее во поголема автентичност, наместо да се бега од сопствените егзистенцијални вистини.

Егзистенцијализмот е филозофска традиција со многу извори, а неговата централна задача е да го разбере човечкото постоење - односно она што го разликува човечкото постоење од сите други форми на живот. Современата егзистенцијална психотерапија најмногу се потпира на идеите на Кјеркегор и Хајдегер, иако нивните ставови за самиот концепт на егзистенцијализам беа исто така различни. Хајдегер ја отфрли етикетата, додека Кјеркегор често се смета за негов претходник. Сартр, иако најпознатиот јавен егзистенцијалист, имаше големо влијание врз психологијата, но неговата работа беше помалку прифатена меѓу егзистенцијалните терапевти бидејќи се сметаше за премногу субјективна и песимистичка.

Егзистенцијалните терапевти не ги усвојуваат целосно филозофските системи на овие мислители, но во нив наоѓаат фундаментални сознанија за разбирање на искуството на човековото постоење.

Целта на психотерапијата

Целта на психотерапијата е да се ослободи лицето од невротична анксиозност , за да може свесно да се соочи со нормалната анксиозност . Растот се состои од следново:

1 Справување со анксиозност

2 Напредување низ напуштање на старите вредности и нивна трансформација во поширoки (Maj, 1967, стр. 80)

3 Развивање на решителен став кон сопственото постоење , не мора преку драматични одлуки, туку преку внатрешен ангажман (Maj, 1958б, стр. 86-88)

Интегративни методи – вовед во телесно ориентираната психотерапија

Телесно ориентираната психотерапија е психотераписки пристап кој се базира на интеграција на умот и телото. Таа претпоставува дека психолошката траума, емоционалните состојби и животните искуства не се складираат исклучиво во когнитивниот дел од психата, туку се изразуваат и задржуваат во соматската структура на телото (GoodTherapy, 2018; BPS-Explore, nd). Класичните школи како што се делото на Вилхелм Рајх, подоцна развиениот биоенергетски пристап на Александар Ловен и современите сензомоторни и соматски пристапи (Огден, Левин, Ротшилд, ван дер Колк) ја нагласуваат важноста на телото како клуч за разбирање и лекување на емоционалните состојби (Пејн, Левин и Крејн-Годро, 2015).

Овој тип на терапија користи техники како што се внимание фокусирано на телото (интероцепција), вежби за дишење, работа со држење на телото и движење, вокализација, работа со границите на телото и заземјување. Целта е да се зголеми капацитетот за емоционална регулација, да се интегрираат трауматските искуства и да се зајакне чувството за сопствено присуство и безбедност (Kuhfuß, Maldei, Hetmanek, Baumann, & sur., 2021).

Телесно ориентираната психотерапија опфаќа различни психотераписки пристапи кои се базираат на директна работа со телото за продлабочување на разбирањето на внатрешните процеси и зајакнување на врската помеѓу клиентот и

терапевтот. Во овие пристапи, телото не се гледа само како пасивен носител на симптоми, туку како активен комуникациски канал преку кој се изразуваат емоции, сеќавања и несвесна содржина (GoodTherapy, 2018). Терапијата вклучува техники на телото како што се дишење, движење, свесност за телото и работа со телесни тензии, што отвора простор за подлабока емоционална обработка и трансформација на искуствата (Payne et al., 2015).

Оваа терапевтска практика се заснова на верувањето дека нашиот идентитет, односите и искуството со светот не се вкоренети само во менталната содржина, туку подеднакво силно и во физичкото искуство на самите себе. Телото и умот се неразделно поврзани и токму преку работа на оваа врска овој пристап покажува дека е можно подлабоко лекување (Еволуцијата на соматската терапија, ид).

3 ПСИХОТЕРАПИЈА ОРИЕНТИРАНА КОН ТЕЛОТО

3.1 Историја и развој

Вилхелм Рајх и почетоците на телесната психотерапија

Врз основа на психоанализата, телесно ориентираната психотерапија ја развил психоаналитичарот Вилхелм Рајх (Јанг, 2010). Рајх бил долгогодишен студент на Зигмунд Фројд. Рајх го фокусирал својот интерес за интеракцијата на телото и умот врз воспоставувањето на низа концепти и техники на психотерапија ориентирани кон телото (Јанг, 2010). Тој забележал дека одредени животни искуства се манифестираат на карактеристични начини и, користејќи го терминот „карактеристичен оклоп“ за овие физички и емоционални манифестации, развил низа техники кои истовремено се однесуваат на телото и умот со цел лекување (Рајх, 1933). Ова дело, кое Рајх го нарекол анализа на карактерот, ги поставило темелите за практиката на „вегетотерапија“ (Рајх, 1933). Гранката што сега генерално се нарекува телесно ориентирана психотерапија. Пристапот на Рајх кон вегетотерапијата бил отфрлен од психоаналитичката заедница, додека неговиот концепт на терапевтски допир долго

време се сметал за многу контроверзен (Јанг, 2010). Во 1933 година, тој ја објавил „Масовната психологија на фашизмот“ , а во 1936 година бил исклучен од Меѓународното психоаналитичко друштво (Pajx, 1933). Можеме да кажеме дека тој бил уникатен човек и научник кој, со своите понекогаш контроверзни и провокативни мисли и методи (особено за времето во кое работел), сериозно ја потресол претходната парадигма за одвоеноста на умот и телото (GoodTherapy, 2018). Сепак, и покрај стигматизацијата на методите и отфрлањето на професијата, неговите идеи го поттикнале развојот на неколку насоки на телесно ориентираната психотерапија, вклучувајќи биоенергетска анализа, биосинтеза и, меѓу другите, методот Хакоми (Јанг, 2010). Денес, телесно ориентираната психотерапија се практикува во различни форми низ целиот свет. Здруженија како што се Европската асоцијација за телесно ориентираната психотерапија (EABP) и Американската асоцијација за телесно ориентираната психотерапија (USABP) го надгледуваат ова поле и нудат обука за заинтересирани професионалци (USABP, nd).

Како функционира телесно ориентираната психотерапија?

Телесно ориентираната психотерапија, која се смета за дел од соматската психологија, се базира на концептот дека луѓето го доживуваат светот не само преку мисли и емоции, туку и преку телото. Оваа форма на терапија се смета за поискуствена од традиционалните терапии. Таа е под влијание и е развиена од Гешталт психологијата, танцовата терапија, арт-терапијата, семејните системи, биологијата, невронауката и источните филозофии. Фундаменталниот концепт на телесно ориентираната психотерапија е Телото-ум (bodymind) : основен концепт што означува отелотворена интеграција на мислите, чувствата и телесните сензации. При практикување на овој метод, сите делови од личноста можат да се адресираат во различни фази од терапијата со цел да се пристапи кон проблемот на холистички начин.

Во телесно ориентираната психотерапија енергијата се смета за еден од клучните аспекти на овој пристап. Се верува дека енергијата складирана во телото и нејзиното ослободување играат важна улога во начинот на кој луѓето живеат, чувствуваат болка, лекуваат и се поврзуваат со светот. Телесните терапевти го набљудуваат протокот на енергија преку мускулни контракции и релаксации. На овој

начин, тие го охрабруваат телото да се ослободи од сите импулси и енергија складирана во него. Ова води до подлабока релаксација и предавање на животот.

Во телесно ориентираната психотерапија, контроверзниот концепт на имплицитна (телесна) меморија е дека сеќавањата можат да се складираат во телото. Поради оваа причина, некои трауматски сеќавања не можат да се обработуваат преку разговор, туку можат да се ослободат преку работа со телото и други физички техники, токму со ослободување на енергијата задржана во блокадите во мускулите.

Во согласност со концептот на телесна меморија, телесната психотерапија верува дека траумата создава енергетски блокади кои предизвикуваат физички и психолошки нарушувања.

Александар Ловен и биоенергетика

Неодамнешните истражувања го истакнуваат растечкото значење на телесната психотерапија, особено во контекст на нарушувања поврзани со траума (Invitto & Moselli, 2024). Досегашната литература ретко систематски ги поврзува теоретските претпоставки со неодамнешните сознанија за отелотворената симулација и сензорните теории, интегрирајќи ја биоенергетската анализа, отелотворената когниција и олфакторната меморија во работата со анксиозност и напади на паника (Invitto & Moselli, 2024).

Теоретска рамка што ги поврзува биоенергетската анализа, отелотворената когниција и олфакторната меморија ја нагласува важноста на соматските искуства во терапијата на траума (Invitto & Moselli, 2024). Отелотворената меморија, која произлегува од сензомоторните искуства, се чини дека ги обликува нашите когнитивни функции и емоционални реакции (Invitto & Moselli, 2024). Траумата што е вкоренета во телесното искуство може да ги наруши овие процеси и да доведе до хронична болка и дисоцијација (Invitto & Moselli, 2024).

Биоенергетската анализа, развиена во 1950-тите од Александар Ловен врз основа на идеите на Рајх, се фокусираше првенствено на телесните сензации, перцепции и телесна експресија (GoodTherapy Staff). Таа претпоставува дека несвесното не е само симболична репрезентација во мозокот, туку се изразува низ целото тело (Europsyche). Клучните концепти на биоенергетиката, како што е

„заземјувањето“, се силно поврзани со неодамнешните невронаучни теории, како и со отелотворената симулација и „заземјеното“ сознание (Invitto & Moselli, 2024).

Отелотворената когницијa како теорија започнува од идејата дека умот и телото не се одвоени, туку заедно ги обликуваат нашите мисловни и емоционални процеси (Invitto & Moselli, 2024). Биоенергетиката на Ловен нагласува дека телото го обликува умот и дека нашите телесни дејства во интеракција со околината директно ги менуваат нашите емоции, размислување и однесување (GoodTherapy Staff). На епигенетско ниво, телесните искуства можат дури и да влијаат на изразувањето на одредени генетски потенцијали, додека истражувањата врз животни покажаа дека стимулирачката средина и социјалната интеракција можат да го ублажат појавувањето на негативни фенотипски особини, особено оние поврзани со невродегенеративни процеси (Invitto & Moselli, 2024).

Целта на овој пристап е да се врати единството на телото и психата, а исто така и да се ублажат симптомите на нарушувања поврзани со траума преку отелотворени терапевтски методи (GoodTherapy Staff). Индивидуалната личност, исто така, влијае на нашата интеракција со околината, а според современите теории, таа се формира со комбинација од наследни и фактори на животната средина (Invitto & Moselli, 2024). Биоенергетскиот модел на личноста претпоставува дека животните искуства и емоционално значајните ставови се втиснати на телото, исто како што начинот на кој вообичаено го користиме нашето тело ги обликува нашите ментални ставови и основните емоционални тонови (Europsyche). Затоа, телото обезбедува важни информации за личноста, не само за моменталната емоционална состојба или подготвеност за дејствување, туку и за стабилните обрасци на размислување, чувство и однесување (GoodTherapy Staff). Когнитивните и соматските процеси во оваа смисла еволуираат паралелно (Invitto & Moselli, 2024).

Важен аспект на овој концепт е тоа што сеќавањата можат, барем делумно, да се активираат и да се повикаат на свесно ниво преку емоционални, моторни или сензорни стимули (Invitto & Moselli, 2024). Нашето искуство со интеракција со околината предизвикува когнитивни и психосоматски стратегии за справување или одбрана (Europsyche).

Од почетокот на психотерапијата, врската со сопственото тело играла важна улога (GoodTherapy Staff). Основачите на психоаналитичката терапија ги сметале телесните тензии како одраз на внатрешните конфликти (Europsyche). Така, телото се сметало за сцена на која се развивале психолошките нарушувања (Invitto & Moselli, 2024). Слично на тоа, повеќето луѓе со психијатриски нарушувања во примарната здравствена заштита покажуваат и физички симптоми (GoodTherapy Staff). Од друга страна, телото е предуслов за процесот на психотерапија токму затоа што пациентот и терапевтот комуницираат и вербално и преку телесен дијалог (Europsyche).

Човечкото тело делува во овој случај и се смета за „склад“ за сите животни искуства, што доведува до потиснати и заробени емоции во различни делови од телото, што предизвикува мускулна напнатост (GoodTherapy Staff). Една од главните причини за оваа напнатост е траумата (Invitto & Moselli, 2024). Кога едно лице доживува трауматско искуство и не го обработува свесно, тие задржуваат страв и стрес. Ако станат хронични, тие можат да ја формираат структурата на ПТСН (Invitto & Moselli, 2024). Сето ова се депонира во телото, предизвикувајќи мускулна напнатост што придонесува за разни други заболувања, како што се хронична болка, фибромијалгија, дигестивни нарушувања и хипертензија, како и други физички нарушувања и нарушувања во функционирањето (Invitto & Moselli, 2024).

Во овој контекст, зборуваме за „мускулна меморија на телото“, што се однесува на трагите што минатото ги врежало во телото на поединецот (Europsyche). Постојат различни видови на телесна меморија. На пример, имаме меморија што се состои од основен мускулен тонус, кој може да се промени под влијание на траума (GoodTherapy Staff). Потоа, тука е меморијата создадена од вообичаени пози што ја ограничуваат флексибилноста на односите и претставуваат несвесен извор на непријатност (Invitto & Moselli, 2024). Покрај овие, ја знаеме и меморијата на движењата, кои, кога се повторуваат во исти околности, стануваат препознатлив модел на личноста (Europsyche). И конечно, меморијата на здивот, која кога е нарушена, негативно влијае на благосостојбата на поединецот (GoodTherapy Staff). Траумата, според тоа, фундаментално го менува начинот на кој умот и мозокот ги организираат перцепциите и формираат мисли, како и способноста за размислување и физичките и хормоналните реакции (Invitto & Moselli, 2024). Во исто време, на умот му е потребна поддршка во реструктуирањето на процесите на значење поврзани со траумата (Europsyche). Од

друга страна, телото мора да научи дека опасноста поминала и дека може повторно да живее во сегашноста (GoodTherapy Staff).

Понови насоки на телесно ориентираната психотерапија. : Хакоми, соматско искуство, основна енергетика

Соматската терапија добива сè поголемо внимание во последниве години. Ова делумно се должи на ограничувањата на класичната разговорна терапија, но и на популаризацијата на терминот на социјалните мрежи и медиумите (Саламон, 2023). Сепак, за лаикот може да биде збунувачко да се снајде низ мноштвото термини и пристапи и да ги разбере нивните сличности и разлики.

Во овој труд, би истакнал шест основни пристапи кон соматската терапија: Соматско доживување (СИ), Забрзана искуствена динамична психотерапија (AEDP), Сензоримоторна психотерапија, Десензитизација и репроцесирање со движење на очите (EMDR), Гешталт терапија и методот Хакоми.

Сите овие пристапи делат заеднички фокус на отелотворената свест и начинот на кој клиентот забележува, препознава и реагира на телесните сензации што се јавуваат за време на сесијата (Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015). Притоа, терапевтот работи на создавање промена, користејќи го ова како лост за лекување. Како што истакнува Мелани Берковиц, терапевт во Downtown Somatic Therapy, сите овие пристапи ја интегрираат работата со телото во процесот на психотерапија на различни начини (Salamon, 2023).

Една од првите разлики меѓу нив лежи во примарната област на дејствување:

• AEDP, Сензоримоторната психотерапија и Хакоми се создадени со цел лекување на траумата од приврзаност, односно психолошките отпечатоци создадени од раните врски со родителите или фигурите на приврзаност (Altman, 1990–1994; Weiss, Johanson, & Monda, nd; „Забрзана искуствена динамична психотерапија (AEDP)“, nd).

• SE и EMDR се фокусираат повеќе на специфични трауматски настани (на пр., сообраќајна несреќа) и регулирањето на нервниот систем (Kuhfuß et al., 2021; Brom et al., 2017).

• Гешталт терапијата не се занимава директно со траумата, туку се фокусира на релациски и егзистенцијални прашања, како што е наоѓање смисла и цел во животот (Salamon, 2023).

1. Соматско доживување (СИ)

Соматското доживување е развиено од Питер Левин. Тој забележал дека дивите животни, кога се загрозени од предатори, брзо се враќаат во состојба на мирување со тресење и треперење, со што ослободуваат „наелектризирана“ енергија (Payne, Levine, & Crane-Godreau, 2015).

2. Забрзана искуствено динамична психотерапија (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy)

AEDP се базира на идејата дека нашите основни емоции (како што се тага, лутина, страв, радост, гадење и возбуда) се природно здрави и водат до исцелување кога се целосно искусени („Забрзана искуствено динамична психотерапија (AEDP)“, инд).

Основачот на AEDP, Дијана Фоша, нагласува дека траумата често се јавува преку неподнослива осаменост во услови на преголема емоција. AEDP терапијата ги третира овие рани приврзаности со „деконструкција“ на чувството на осаменост во безбеден и поддржувачки однос со терапевтот.

Специфичноста на AEDP е што односот терапевт-клиент станува главно средство за исцелување. Терапевтот активно учествува, ги потврдува и ги споделува сопствените чувства, што му помага на клиентот да се чувствува виден и поддржан. AEDP, исто така, го користи следењето на телесните сензации. Ова го поттикнува ослободувањето преку доверба за да се олесни длабоката емоционална обработка и да се стимулираат невропластичните промени (Саламон, 2023).

3. Сензомоторна психотерапија

Овој пристап, развиен од Пет Огден, се фокусира на тоа како раните приврзаности и трауматските искуства се складираат во телото преку ставови, движења и телесни сензации.

Во овој пристап, целта е да се стане свесен за тоа како ограничувачките верувања (на пр. „Јас не сум достоен за љубов“) живеат во телото и како физичкото искуство се менува кога се усвојува позитивно верување. Ова е терапија која користи свесно следење на движењата, како и гестовите, импулсите. Како и нивниот однос со емоционалните и релациски потреби (Саламон, 2023).

4. Десензитизација и репроцесирање со движење на очите (**Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

EMDR е структуриран терапевтски пристап кој се фокусира на специфични трауматски сеќавања и како тие се складираат во мозокот (Brom et al., 2017).

Клучната техника е билатерална стимулација, која се практикува со ритмичко активирање на обете страни на мозокот (на пр., брзо движење на очите лево и десно или наизменично удирање на колената) додека се фокусира на специфично сеќавање.

EMDR има стандардизирани протоколи и е поригорозно структуриран од другите соматски терапии. Ова го прави исклучително ефикасен во реорганизирањето на начинот на кој мозокот ги складира трауматските искуства (Kuhfuß et al., 2021).

5. Гешталт терапија

Гешталт терапијата е холистички, процесно ориентиран пристап. Овој вид терапија го нагласува сегашниот момент и им овозможува на клиентите да се ослободат одбранбени обрасци што ја инхибираат нивната виталност.

Се заснова на парадоксалната теорија на промена, која тврди дека луѓето се трансформираат само кога целосно ќе сфатат кои се. И го прифаќаат ова на подлабоко ниво, наместо да се обидуваат да станат некој друг. Гешталт терапијата не е директно насочена кон траумата од приврзаност, туку кон создавање значење, автентичност и поврзаност со себеси и другите (Саламон, 2023).

Терапевтите користат спонтаност и таканаречени експерименти. На пример, тие го охрабруваат клиентот да интензивира движење, израз или звук за да доживее потисната емоција подлабоко и свесно.

6. Метод Хакоми

Хакоми е пристап кон терапијата ориентиран кон телото, искуствен, развиен од Рон Курц. Се базира на внимателност и ненасилно истражување на внатрешните искуства (Алтман, 1990–1994).

Методот Хакоми ја комбинира внимателноста со соматската свест за да им помогне на клиентите да откријат несвесни верувања и обрасци на однесување. Често се формираат преку рани врски и искуства на приврзаност (Bajc, Јохансон и Монда, инд).

Терапевтот го води клиентот во внимателно набљудување на телесните сензации, микродвижења и емоционални реакции. Интервенциите се нежни и фокусирани на безбедно истражување.

За разлика од структурираните методи како што е EMDR, Хакоми е спонтан, процесно управуван пристап кој нагласува трансформација преку внимателно искуство и сочувствителен однос терапевт-клиент (Bajc, Јохансон и Монда, инд).

3.2 Основни концепти на телесно ориентираната психотерапија.

„Телесна меморија“ или соматизација на емоциите

Телесно сеќавање и улогата на телото во траумата

Телесната меморија се однесува на начинот на кој нашите тела складираат траги од минати трауми и стрес. За разлика од свесните, когнитивни сеќавања на кои можеме јасно да се сетиме, телесните сеќавања се имплицитни и се појавуваат преку телесни сензации и мускулна напнатост или автоматски физиолошки реакции. Тие функционираат преку нашите тела, како и преку мислите за кои сме свесни. Терапевтските пристапи како што е соматското доживување се фокусираат на работа со овие сеќавања. Тие често се манифестираат како хронична непријатност или физичка болка по трауматски искуства.

Поврзување на умот и телото:

- Телесните сеќавања покажуваат длабока врска помеѓу емоционалните искуства и физичките симптоми, потврдувајќи ја реалноста на врската ум-тело.

- Кога трауматските настани не се целосно обработени, тие можат да останат „заробени“ во телото како телесни сензации или процедурална меморија.

- Необјаснетата болка, напнатост или непријатност може да бидат изрази на огромни искуства кои никогаш не се целосно интегрирани.

- Соматските терапии, вклучувајќи го и соматското доживување, обезбедуваат безбедна и поддржувачка средина за репроцесирање на овие сеќавања.

- Овој тип на работа го поттикнува ослободувањето на „заробената“ трауматска енергија и му овозможува на телото да ги заврши стресните реакции кои претходно биле прекинати.

- Работата на телесната меморија може значително да ги намали симптомите на ПТСН и други состојби поврзани со траума.

- Терапевтскиот процес им овозможува на телесните искуства да станат дел од свесната перцепција, трансформирајќи ги наметливите и фрагментирани сеќавања во кохерентен личен наратив.

Вклучувањето на работата со телесната меморија во психотерапевтската пракса потврдува колку длабоко траумата и стресот влијаат на умот и телото. Овој пристап помага повторно да се поврзат овие слоеви на искуство, поттикнувајќи длабоко заздравување, отпорност и обновено чувство на сигурност во сопственото тело.

Врската помеѓу телото и автономниот нервен систем

Автономниот нервен систем е мрежа од нерви низ целото тело што ги контролира несвесните процеси што се случуваат без размислување (како што се дишењето и отчукувањата на срцето) (Bear, Connors, & Paradiso, 2016). Тој се активира

континуирано, дури и додека спиеме, и е од суштинско значење за нашиот опстанок (Porges, 2011).

Овој систем го поврзува мозокот со внатрешните органи и автоматски ги регулира функциите неопходни за живот (Guyton & Hall, 2021). Се состои од три главни гранки:

- Симпатичен нервен систем – го активира телото во ситуации на стрес или опасност, познато по реакцијата „бори се или бегај“ (Bear et al., 2016).

- Парасимпатичен нервен систем – делува спротивно на симпатичкиот нервен систем, одговорен за процесите на релаксација, регенерација и „одмор и варење“ (Porges, 2011).

- Ентеричен нервен систем – го контролира варењето и функцијата на цревата, честопати наречен „втор мозок“ бидејќи работи речиси независно (Мајер, 2011).

Автономниот нервен систем ја регулира работата на повеќето внатрешни органи и функции на телото, вклучувајќи:

- Очи – ширење и стеснување на зениците и фокусирање на видот (Bear et al., 2016).

- Жлезди – солзење на очите, влажнење на носот и лачење на плунка (Гајтон и Хол, 2021).

- Кожа – потење и појава на „остарени испакнатини“ на кожата (Bear et al., 2016).

- Срце и крвни садови – срцев ритам и крвен притисок (Гајтон и Хол, 2021).

- Бели дробови – проширување и стеснување на дишните патишта (Bear et al., 2016).

- Дигестивен систем – функционирањето на желудникот, цревата и дебелото црево, вклучувајќи ја и контролата на мускулите што ја држат столицата сè додека не одлучиме да ги испразниме цревата (Мајер, 2011).

- Црн дроб и панкреас – ослободуваат хормони, како што е инсулинот, и ги претвораат складираните молекули во гликоза (Guyton & Hall, 2021).

• Уринарен и репродуктивен систем – контрола на мокрењето и сексуалната функција, вклучувајќи возбуда и оргазам (Bear et al., 2016).

Симпатичкиот и парасимпатичкиот систем постојано работат во рамнотежа, како клацкалка. Едниот ги активира процесите, другиот ги смирува. Оваа рамнотежа е неопходна за здравјето и преживувањето (Porges, 2011).

Автономниот нервен систем функционира преку мрежа од нерви што излегуваат од мозокот и 'рбетниот мозок. На овој начин, го поврзува мозокот со речиси секој орган во телото (Bear et al., 2016). Мозокот, особено хипоталамусот, ги координира овие функции, иако самиот хипоталамус не е дел од автономниот нервен систем (Guyton & Hall, 2021).

Функционирањето на овој систем покажува колку се меѓусебно поврзани телото и умот, а емоционалните состојби, стресот или траумата можат брзо да влијаат на функцијата на срцето, дишењето, варењето или имунолошкиот одговор (Porges, 2011; Mayer, 2011). Интегриран и избалансиран автономен нервен систем е основа на физичкото и менталното здравје (Bear et al., 2016).

Регулирање на возбудата преку работа на телото

Интервенциите ум-тело се сè попопуларни во третманот на симптомите на анксиозност (Varvogli & Darviri, 2011). Нивната улога во третманот на анксиозни нарушувања (како што се генерализирано анксиозно растројство, панично растројство и социјална анксиозност) сè уште не е целосно разбрана, но се покажа дека се ефикасни (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010).

Иако се достапни фармаколошки и психотерапевтски методи на лекување, пристапите што вклучуваат работа со телото и свесност честопати носат помалку стигма и затоа можат да претставуваат ефикасно дополнување или алтернатива на класичните третмани (Streeter et al., 2012).

Прегледот на достапните истражувања сугерира дека најсилните докази се за јогата, интервенциите засновани на внимателност и водената релаксација за анксиозни нарушувања (Khoury et al., 2013; Varvogli & Darviri, 2011). Сепак, резултатите не биле секогаш конзистентни. Некои студии имале ограничувања како

што се мал број учесници, нејасни процедури за рандомизација и слаби споредбени групи (Hofmann et al., 2010).

Иако во моментов нема доволно докази за да се препорачаат овие пристапи како примарен третман, поради нивниот низок ризик, тие може да се земат предвид како дел од поширок план за лекување (Streeter et al., 2012). Идните истражувања треба да вклучуваат висококвалитетни контролирани испитувања, споредби со постојните третмани и следење на долгорочните ефекти од овие интервенции (Khoury et al., 2013).

3.3 Техники на телесно ориентираната психотерапија.

Телесно ориентираната психотерапија. е интегративен пристап кој ги гледа телото, умот, емоциите и духовноста како неразделна целина (Ogden, Minton, & Pain, 2006). Во третманот на анксиозност и напади на паника, целта е да се пристапи кон целата психофизичка реалност на една личност преку телото, без да се третираат само симптомите. Овозможува поврзување со сопствените импулси, чувства и сеќавања кои често се потиснати. Сепак, тие длабоко влијаат врз моделите на однесување (van der Kolk, 2014). Преку работа со телото, можно е да се постигне подлабоко лекување, токму затоа што телото и умот се неразделно поврзани (Levine, 2010).

Движење и контакт со телото

Телесно ориентираната психотерапија.го препознава телото како носител на вредни информации за емоционалните состојби. Движењето се користи како алатка за изразување и ослободување на емоции (Ловен, 1975).

Преку танцова терапија, психомоторни техники и соматско искуство, пациентите истражуваат емоционална содржина преку телото. Ова резултира со ослободување на напнатост и ослободување на емоционална енергија (Ротшилд, 2000).

Терапевтскиот допир се користи за подигање на свеста за напнатоста, промовирање на релаксација и развивање на чувство на безбеден допир. Ова може да вклучува масажа, лесен допир и танцови движења (Хелер, 2012).

Сензоримоторната свест се однесува на врската помеѓу телесните сензации, движењата и емоционалните состојби. Преку водени техники, клиентот учи да ги препознава телесните реакции на емоционалните стимули и да ги користи како ресурси за емоционална регулација (Огден и др., 2006). Терапевтот набљудува како телото комуницира важни информации преку движење и држење на телото.

Работа со напнатост и изразување на емоции

Траумата често се „всадува“ во телото и се манифестира преку хронична напнатост и ограничено движење. Рајх го развил концептот на „оклоп на карактерот“ во форма на напнатост и вкочанетост во мускулите - оклоп што служи како заштита од болка и придонесува за развој на карактерот (Рајх, 1933/1949).

Терапевтскиот процес во терапијата базирана на телото е фокусиран на идентификување и постепено ослободување на физичките блокади поврзани со траумата. На пример, кога се чувствува недостаток на воздух или стегање во градите по напад на паника, терапевтот често му помага на клиентот да ги истражи овие области на напнатост користејќи техники како што се водено дишење, мануелна манипулација и движење за да се олесни протокот на енергија (Левин, 2010; Ротшилд, 2000).

Клиентите се охрабруваат да изразат потиснати или потиснати емоции преку движење, звук и гест. Ова ослободува хронична напнатост и ослободува емоционална енергија. Телесната психотерапија работи директно со имплицитни (телесни) сеќавања кои не се достапни преку когнитивна работа или вербални техники (ван дер Колк, 2014). Овој пристап „од долу нагоре“ се фокусира на физичките сензации, движењата и автономните одговори на процесите на искуства складирани во телото (Огден и др., 2006).

Заземјување, граници, центрирање

Овие техники им помагаат на клиентите да развијат поголема отпорност на стимули што предизвикуваат анксиозност и покажуваат помала фреквенција на епизоди на паника (Levine, 2010).

- Заземјување: вклучува поврзување со телото и земјата преку вежби за дишење, истегнување и вибрации. Ова создава чувство на поврзаност и стабилност. Ова помага да се врати чувството на контрола и сила (Ловен, 1975).

- Центрирање: вклучува насочување на вниманието навнатре, така што лицето ќе чувствува стабилност одвнатре кон надвор (Огден и др., 2006).

- Работа со граници и простор: се постигнува подобра ориентација и се работи на препознавање и поставување физички и емоционални граници. Ова е особено важно за луѓето со анксиозност кои често имаат нарушена перцепција за безбедност и личен простор (Хелер, 2012).

Преку редовно практикување на овие методи, клиентите постепено стануваат повешти во препознавањето на сигналите од сопственото тело, што им овозможува навремено да реагираат и да ги користат научените техники за спречување и ублажување на нападите на паника. Ова гради поголемо чувство на контрола, внатрешна безбедност и целокупна психофизичка стабилност (ван дер Колк, 2014).

4 АНКСИОЗНОСТ И ПАНИКА ОД ПЕРСПЕКТИВА НА ТЕЛЕСНАТА ТЕРАПИЈА

Во телесно ориентираната психотерапија. , соматските обрасци на анксиозност се сметаат за клучни аспекти на менталното здравје. Бидејќи телото и умот дејствуваат како неразделна целина, овој пристап не само што ги третира симптомите, туку се приближува кон целата психофизичка реалност на личноста преку телото.

4.1 Соматски модели на анксиозност

Реакцијата на телото на стрес, страв, вознемиреност и напади на паника остава физиолошки траги во телото. Ова може да биде особено забележливо во автономниот нервен систем, што е потврдено со современите невронаучни истражувања. Начинот на кој лицето дише е тесно поврзан со неговата емоционална состојба, а кога е исплашено или напнато, неговото дишење станува брзо и плитко. За разлика од бавното и длабоко дишење во состојба на смиреност. Симптомите на напад на паника често вклучуваат брзо дишење, срцеви палпитации, болка во градите, треперење, потење и вртоглавица. Тие се придружени и со страв од губење на контрола или смрт. За време на напад на паника, автономниот нервен систем е прекумерно активиран, односно симпатичкиот систем е прекумерно стимулиран и се лачат катехоламини. Во овие ситуации, хипервентилацијата (дишење побрзо и/или подлабоко од метаболичките потреби) резултира со прекумерно издишување на јаглерод диоксид и пад на неговото ниво во крвта (респираторна алкалоза). Ова предизвикува симптоми како што се вртоглавица, трнење во прстите и околу усните (парестезија), чувство на нестабилност и зголемено потење. Овие телесни сензации можат дополнително да ја зголемат вознемиреноста и да придонесат за ескалација на нападите на паника. Луѓето со анксиозни нарушувања често имаат зголемена, но не доволно прецизно интероцепција (способност за препознавање на внатрешни телесни сигнали). Ова дефинитивно ја зголемува паниката и неизвесноста. На пример, чувството на чукање на срцето автоматски се толкува како срцев удар, што доведува до поголема

анксиозност. Телесно ориентираната психотерапија помага да се развие поголема свест за телесните сензации, движења и држење на телото, користејќи ги како почетна точка за разбирање и трансформирање на емоционалните тешкотии.

Еволутивна перспектива „Борба, бегство или замрзнување“

Брзото и плитко дишење, како и другите физички промени во состојбите на страв, може да се сметаат како дел од автоматски физиолошки одговор познат како одговор на борба-бегство-замрзнување (Cannon, 1932; LeDoux, 2015). Овој одговор се активира по откривање на закана преку автономниот нервен систем (Bear, Connors, & Paradiso, 2016). Така, во ситуации на опасност во реалниот живот, овој одговор се смета за адаптивен бидејќи му овозможува на телото брзо да снабдува кислород и да ја зголеми достапноста на енергија на мускулите за справување со заканата (Sapolsky, 2004).

Реакцијата на траума е природен одговор на телото на значителен стрес и настани кои се опасни по живот (ван дер Колк, 2014). Во овој одговор на нервниот систем, можеме да видиме како во дел од секундата, телото и мозокот ја проценуваат потенцијалната опасност и ги активираат механизмите за преживување (ЛеДу, 2015). Срцевиот ритам и крвниот притисок се зголемуваат, видот се стеснува, додека функциите како што е варењето се потиснуваат (Беар и др., 2016).

Сепак, кај нападите на паника, оваа физиолошка подготовка станува контрапродуктивна. Перцепцијата на закана не произлегува од објективна опасност, туку од погрешно толкување на телесните сензации (Barlow, 2002). Понекогаш мозокот продолжува да ја перцепира заканата дури и откако ќе помине опасноста. Ова резултира со континуирано активирање на невротрансмитери како што е адреналинот, како и на мозочни структури (како што се амигдалата и префронталниот кортекс), што доведува до развој на симптоми на ПТСН и други емоционални и физички тешкотии (LeDoux, 2015; van der Kolk, 2014).

Поливагалната теорија нуди научна перспектива за разбирање на чувството на безбедност. Таа идентификува невронски кола кои ги намалуваат реакциите на закани и ги неутрализираат одбранбените стратегии преку сигнали за безбедност (Porges, 2011). Кога луѓето се чувствуваат безбедно, нивниот нервен систем ги поддржува хомеостатските функции на здравјето, растот и поправката (Porges, 2017).

Соматска дисоцијација и блокирани афекти

Како што споменавме претходно во овој труд, психотерапијата базирана на тело работи со имплицитни (телесни) сеќавања до кои не се достапни преку когнитивна работа или вербални техники. Траумите често се „всадуваат“ во телото и се манифестираат преку хронична напнатост и ограничено движење . Телесната меморија е концепт кој тврди дека сеќавањата можат да се складираат во телото. На овој начин, трауматските сеќавања кои не можат да се обработат преку разговор можат да се ослободат преку работа со тело и други физички техники. Раните искуства, особено оние од првите три години од животот, се складираат во телото бидејќи детето сè уште нема лингвистички и когнитивни капацитети за свесна меморија. Вилхелм Рајх го развил концептот на „карактеристичен оклоп“ за да ги објасни системите на телесни напнатини и вкочанетост во мускулите кои служат како заштита од болка и придонесуваат за развој на карактерот. Телесно ориентираната психотерапија верува дека траумата создава енергетски блокади кои предизвикуваат физички и психолошки нарушувања. Луѓето со анксиозност и напади на паника често имаат тенденција да останат во состојба на зголемена возбуда (хипервозбуденост) или одеднаш да се префрлат во состојба на преоптовареност и „замрзнување“ (хиповозбуденост). Ваквите манифестации во нервниот систем ја нарушуваат нивната способност соодветно да одговорат на стресни стимули. Потиснатите афекти се соматизираат преку мускулна напнатост, што особено можеме да го забележиме во пределот на градниот кош. Оваа блокада се меша во природниот ритам на дишење. Ротшилд (Телото се сеќава: Психофизиологија на траумата и третман на траума . Њујорк: WW Norton & Company) го опишува феноменот на „живите мртви“, каде што афектите не исчезнуваат, туку остануваат заробени во телото поради губење на мускулниот тонус. Телесно ориентираната терапија, користејќи пристап „од долу нагоре“ , се фокусира на физичките сензации, движењата, како и на автономните реакции на обработка на искуствата складирани во телото. Целта е да се ослободи енергијата на траумата складирана во телото и да се поттикне саморегулацијата.

Телесно ориентираната психотерапија нуди специфични пристапи за работа со напади на паника. Таа го прави тоа со фокусирање првенствено на акутни интервенции, долгорочна стабилизација и техники за враќање на контролата преку телото.

4.2 Справување со напади на паника

Интервенции во моментот на нападот

Паничките напади се ненадејни и екстремно интензивни епизоди на страв кои често вклучуваат брзо дишење, палпитации на срцето, болка во градите, треперење, потење и вртоглавица. Тие се придружени со страв од губење на контрола или умирање. Во овие моменти, постои прекумерна активација на автономниот нервен систем, а со тоа и зголемен тонус на симпатичкиот систем. Исто така, постои зголемено лачење на катехоламини. Хипервентилацијата (дишење побрзо и/или подлабоко од метаболичките потреби) е честа реакција што доведува до прекумерно издишување на јаглерод диоксид и пад на неговото ниво во крвта. Ова предизвикува симптоми како што се вртоглавица, трнење во прстите и околу усните (парестезија), чувство на нестабилност и зголемено потење. Овие телесни сензации можат дополнително да ја зголемат анксиозноста и да придонесат за ескалација на паничниот напад.

Во телесно ориентираната психотерапија., интервенциите во акутните моменти вклучуваат:

- Свесна регулација на дишењето за ублажување на симптомите и прекинување на циклусот на анксиозност. Бавното и ритмичко дишење може да влијае на автономниот систем и да го прекине маѓепсаниот круг на паника.

- Дијафрагматското дишење ги учи клиентите да ја користат дијафрагмата за длабоко, мирно дишење, што го поттикнува активирањето на парасимпатичкиот нервен систем и ја намалува напнатоста.

- Терапевтот му помага на клиентот да ги истражи областите на напнатост, како што се градите или дијафрагмата. Овие напрегања често се поврзуваат со чувство на отежнато дишење или притисок по напад на паника. Користејќи техники како што се водено дишење или мануелна манипулација за да се олесни протокот на енергија и да се намали напнатоста, терапевтот го учи клиентот како да го смири нервниот систем и да го прекине циклусот на страв и паника.

- Визуелизацијата се користи за создавање ментални слики од безбедни и релаксирачки ситуации. Со визуелизацијата, ја намалуваме внатрешната напнатост со

поместување на фокусот од вознемирени мисли кон чувства на безбедност. Ова е корисно за подготовка за стресни ситуации или за смирување по напад на паника.

- Исто така е клучно да се нормализираат физиолошките симптоми на анксиозност (на пр. палпитации, вртоглавица, напнатост) со цел да се намали стравот од самите симптоми.

Долгорочна стабилизација преку работа со ресурси

Целта на телесно ориентираната психотерапија. не е само да се ублажат симптомите, туку и да се постигне подлабоко и подолготрајно лекување . Преку работа со телото, можно е да се постигне подлабоко лекување бидејќи телото и умот се неразделно поврзани. Тоа придонесува за развој на саморегулаторни капацитети и им овозможува на клиентите да развијат поголем отпор кон стимулите што предизвикуваат анксиозност. Ова резултира со помала фреквенција на епизоди на паника.

Долгорочната стабилизација се постигнува преку:

- Развивање чувство на сигурност и внатрешни ресурси(обезбедување ресурси). На овој начин, му помагаме на клиентот полесно да се справи со емоционалната болка и да одржи рамнотежа.

- Титрација , или постепена, внимателна работа со трауматска содржина во мали дози, за да се спречи повторна трауматизација.

- Пендулација , процес на „нишање“ помеѓу непријатно чувство и регулирана состојба. Ова гради толеранција кон непријатни емоции и го учи телото како да се врати во рамнотежа.

- Интеграција на искуството преку рефлексија и вербална обработка по физички интервенции. На овој начин, им помагаме на клиентите да станат свесни за значењето на физичкото искуство и да го поврзат со психолошката содржина.

- Редовно практикување на научените методи. Ова им овозможува на клиентите да станат повешти во препознавањето на сигналите од сопственото тело и навремено реагирање, со што ќе изградат поголемо чувство на контрола и внатрешна сигурност.

- Воведување на здрави животни навики (вежбање, регулиран ритам, исхрана). Овие навики спонтано се усвојуваат за време на терапевтскиот процес и значително придонесуваат за субјективното чувство на виталност, лична моќ, како и општо олеснување на симптомите (проценето на до 50%).

- Развивање на самоприфаќање, зголемување на самодовербата и самопочитувањето , што влијае на подобро поставување граници во секојдневниот живот и врските.

- Повторно воспоставување врска со самите себе и наоѓање на сопственото значење во искуствата што нè обликуваат.

Развивање на свест за сензации

- Интероцепцијата е способност за чувствување, препознавање и толкување на внатрешните телесни сигнали. Ова вклучува отчукување на срцето, дишење, мускулна напнатост или дигестивни импулси. Истражувањата покажуваат дека луѓето со анксиозни нарушувања често имаат засилена, но недоволно прецизно протолкувана интероцепција. Ова ја интензивира паниката и несигурноста кај пациентите (на пр. палпитациите автоматски се толкуваат како срцев удар).

- Преку сензомоторна свест , клиентите се охрабруваат да обрнат внимание на сензации како што се напнатост, релаксација или нагон за движење. Тие се охрабруваат и да истражат како овие телесни искуства ги одразуваат нивните внатрешни емоционални процеси. На пример, терапевтот може да му насочи на клиентот со анксиозност да обрне внимание на подигнати рамена или плитко дишење. Ова им помага да препознаат физички знаци на анксиозност.

- Преку оваа работа, клиентот учи да ја препознава разликата помеѓу реална закана и погрешно протолкувани телесни сензации. Ова го намалува интензитетот на одговорот на страв и создава поголемо чувство на внатрешна контрола. Преку техники на водено дишење и релаксација, клиентот учи како подлабокото дишење може да ја намали напнатоста во градите и како да ги примени научените стратегии во моменти на зголемена анксиозност.

• Терапијата, исто така, вклучува развивање на свест за внатрешните телесни сензации, напнатост, дишење и држење на телото. Ова им помага на клиентите да препознаат рани сигнали на вознемиреност и да развијат капацитет за саморегулација.

Прекинување на маќепсаниот круг на паника низ телото

• За време на напад на паника, хипервентилацијата (дишење побрзо и/или подлабоко од метаболичките потреби) е речиси рефлексна реакција на чувство на опасност. За време на хипервентилација, нивото на јаглерод диоксид во крвта опаѓа и pH вредноста на крвта привремено се менува (респираторна алкалоза). Ова може да предизвика симптоми како што се вртоглавица, пецкање, чувство на нестабилност и потење. Овие сензации дополнително ја зголемуваат анксиозноста и го ескалираат нападот.

• Кај нападите на паника, перцепцијата на опасност честопати не произлегува од објективна опасност, туку од погрешно толкување на телесните сензации. Таквата искривена перцепција води до непотребно активирање на одбранбениот одговор и претерано брзо дишење.

• Свесното регулирање на дишењето може да ги ублажи симптомите и да го прекине овој маќепсан круг на анксиозност. Вежбањето контролирано, опуштено дишење го намалува целокупното ниво на физиолошка возбуда и ја намалува веројатноста за напад.

• Телесно ориентираната психотерапија користи техники како што е дијафрагматското дишење за длабоко, мирно дишење, што го поттикнува активирањето на парасимпатичкиот нервен систем и ја намалува напнатоста. Исто така, преку скенирање на телото , клиентите учат да идентификуваат области на напнатост или непријатност и свесно да ги релаксираат.

Физичко присуство како основа на безбедноста

Целта на психотерапијата ориентирана кон телото не е само ублажување на симптомите, туку и повторно воспоставување врска со себеси и наоѓање смисла во искуствата што нè обликуваат. Таа, исто така, има за цел да ја прифати реалноста и ситуацијата какви што се, и да нè прифати како луѓе кои имаат одредени проблеми што не нè одделуваат од вреден дел од општеството.

Нивото на анксиозност често зависи од нашата способност да се прифатиме себеси и да развиеме внатрешна стабилност . Љубовта кон себе не значи игнорирање на недостатоците, туку храброст да ги препознаеме, разбереме и прифатиме. Соочувањето со сопствените „темни делови“ бара длабока работа врз себе, сочувство и способност да бидеме со повредените делови. Во овој случај, телесно ориентираната психотерапија., со својот интегративен пристап, во голема мера му помага на клиентот да стане свесен и да се прифати себеси како целина на сите нивоа.

Овој процес отвора простор за трансформација каде што идентитетот повеќе не зависи од надворешна валидација, туку од внатрешна врска со себеси и чувство на цел. Внатрешната љубов кон сопственото битие, прифатена во целост, е основа на психолошката стабилност и можноста за длабока промена .

Работата ориентирана кон телото им овозможува на клиентите директно да пристапат до својот систем за преживување, што е особено важно за оние кои доживеале развојна траума или рана несигурност. Соматските техники служат како алатки за повторно поврзување со себеси. Преку дишење, кое станува пат кон внатрешно присуство, и движење за чувство на капацитет, граници и идентитет.

Вклучувањето на телото во терапевтскиот процес придонесува за подлабок увид, емоционална стабилност и подобар капацитет за секојдневно функционирање . Преку редовна практика на овие методи, клиентите постепено стануваат повешти во препознавањето на сигналите од сопственото тело, што им овозможува да реагираат навремено. Со користење на научените техники за спречување или ублажување на нападите на паника, луѓето доаѓаат до подлабоко чувство на контрола и внатрешна безбедност.

Квалитетот на терапевтскиот однос е клучен , бидејќи терапевтот создава безбедна средина и делува како „помошен нервен систем“ преку својот глас, тон, држење на телото и емоционална регулација. Ова корегулаторно искуство му овозможува на клиентот да истражува и обработува длабоки емоционални слоеви без повторна трауматизација. Така, овој вид терапија нуди не само решенија за симптомите, туку и длабока и трансформативна промена во начинот на постоење во телото и светот.

5 ЕМПИРИСКИ ДЕЛ

5.1 Цел и методологија на истражувањето

Истражувањето беше спроведено со користење на пристап со мешан метод. Ова комбинира квантитативни и квалитативни методи . Овој дизајн овозможува посеопфатно разбирање на ефектите од телесно ориентираната психотерапија врз анксиозноста и нападите на паника. Ова е затоа што вклучува и мерење на симптомите со користење на стандардизирани скали и подлабок увид во субјективните искуства на учесниците.

Квантитативен дел

Во квантитативниот дел беше користен анонимен прашалник, кој го пополнија вкупно 83 учесници. Прашалникот содржеше:

- Демографски податоци (возраст, пол, образование, статус на вработеност),
- Податоци за терапијата (времетраење, фреквенција, употреба на фармакотерапија, паралелни форми на терапија),
- Стандардизирани скали :
- GAD-7 (Генерализирано анксиозно растројство – проценка на сериозноста на анксиозноста),
- PDSS (Скала за сериозност на панично растројство - проценка на сериозноста на симптомите на панично растројство),
- WAI – Инвентар на работни сојузи (кратка форма, проценка на квалитетот на терапевтскиот однос),
- Скала за самооценување на промените (специјално креирана за ова истражување, Ликертов тип, 1–5),
- Отворени прашања фокусирани на искуството на учесникот во терапијата.

Квалитативен дел

полуструктурирано интервју со 11 учесници, што е во рамките на однапред планираниот опсег (10–12). Интервјуто се базираше на однапред подготвени прашања од отворен тип (на пр. „Кои соматски техники ви беа најкорисни и зошто?“), а на учесниците им беше дадена можност слободно да ги искажат своите искуства. Ова овозможи подлабоко разбирање на терапевтското искуство , надвор од опсегот на нумерички податоци.

Анализа на податоци

- Квантитативните податоци беа анализирани со употреба на дескриптивна статистика (фреквенции, проценти, просечни вредности).

- Квалитативните податоци беа анализирани со помош на методот на тематска анализа , кој извлече клучни категории и модели на искуства од отворените одговори на учесниците.

Опис на учесникот

Целна група на истражувањето се возрасни лица со потврдена дијагноза на анксиозно растројство или панично растројство. Истражувањето ќе опфати лица кои се во континуирана пракса на телесно ориентираната психотерапија. најмалку шест месеци (најмалку еднаш неделно).

Критериуми за вклучување се: возраст од 18 години или постари, официјално дијагностицирано анксиозно или панично растројство (според критериумите на DSM-5 или ICD-10), завршено најмалку 6 месеци редовна телесно ориентирана психотерапија, подготвеност за учество во прашалник и/или интервју и информирана согласност.

Очекуваниот број на учесници за полуструктурирани интервјуа е помеѓу 10 и 12 лица.

Алатки

Следните инструменти беа користени за собирање податоци:

- Прашалник

Структуриран прашалник со делови за демографски податоци, податоци за психотерапија (времетраење, фреквенција, вид на терапија, земање психотропни лекови), стандардизирани скали (GAD-7, Скала за сериозност на панично растројство - PDSS, скала за самооценување на квалитетот на животот), евалуација на ефектот од терапијата (самооценување на промените во симптомите, поврзаност со себе и тело, саморегулација, чувство на безбедност) и перцепција за односот со терапевтот (Инвентар на работната алијанса - WAI). Прашалникот содржи и отворени прашања за искуството со соматска работа, перципираните придобивки и предизвици.

- Полуструктурирано интервју

Се фокусира на длабинско истражување на личните искуства на учесниците со анксиозноста, терапијата и нејзиното влијание врз животот.

Критериуми за исклучување:

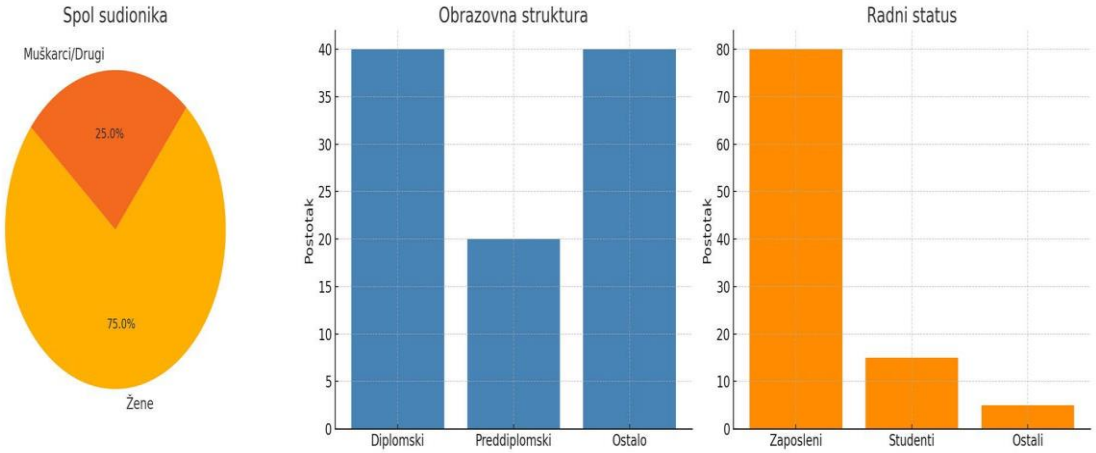
• активна психотична епизода или тешко когнитивно оштетување што спречува сигурно учество

• паралелно учество во друго психотерапевтско истражување

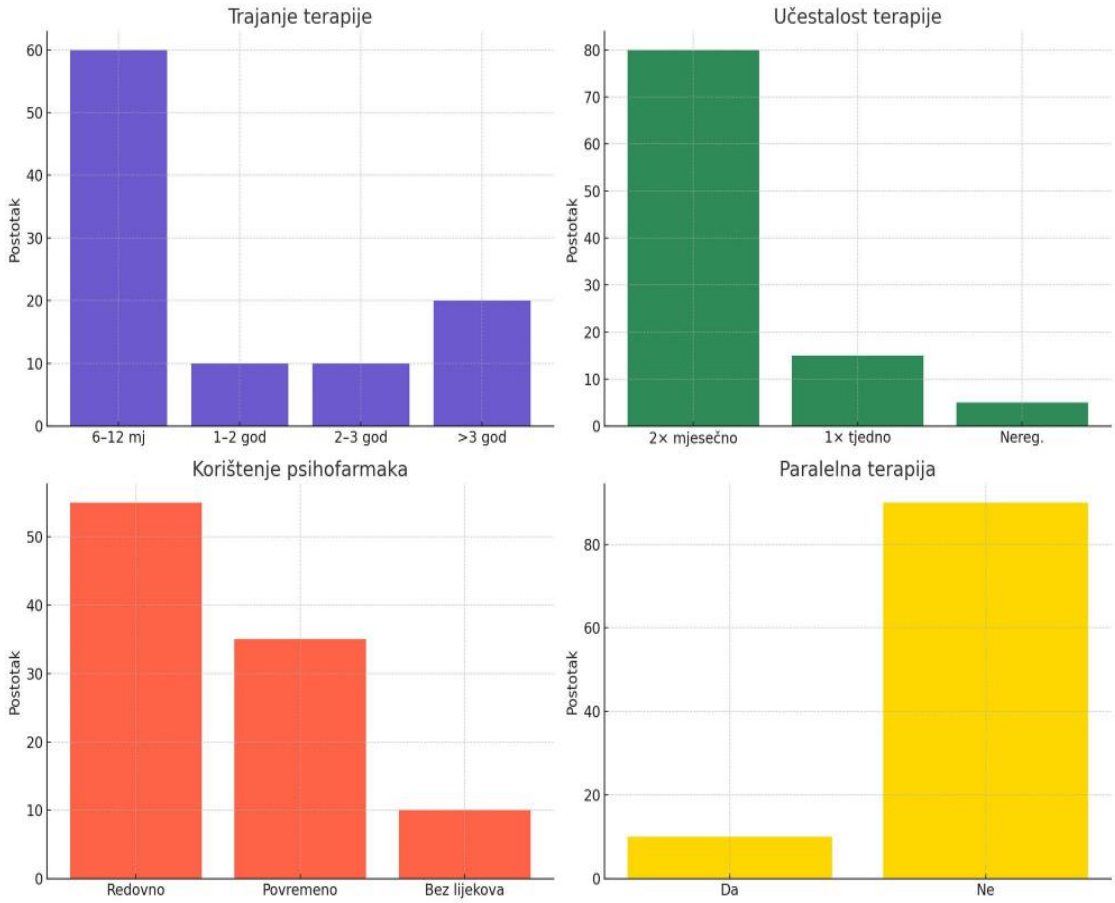
5.2 Презентација на случаи или резултати

РЕЗУЛТАТИ ОД ПОЛУСТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЈУ

5.2.1 Демографски податоци

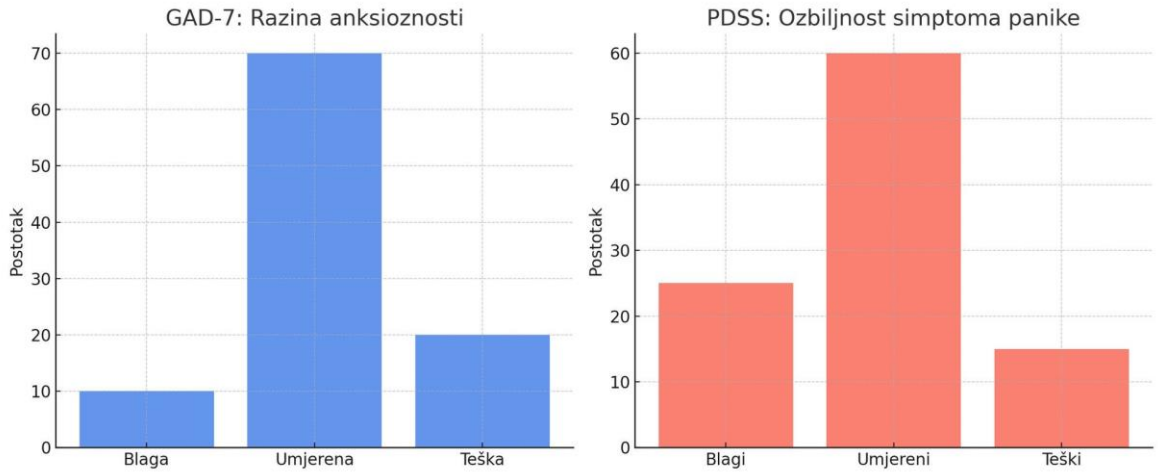


Во студијата учествуваа вкупно 83 испитаници со просечна возраст од 37 години. Поголемиот дел од испитаниците беа жени (75%). Во однос на образованието, 40% од учесниците имаат завршено постдипломски студии, 20% имаат завршено додипломски студии, додека останатите имаат средно или високо образование. Вработениот статус покажува дека 80% од испитаниците се вработени, 15% се студенти.



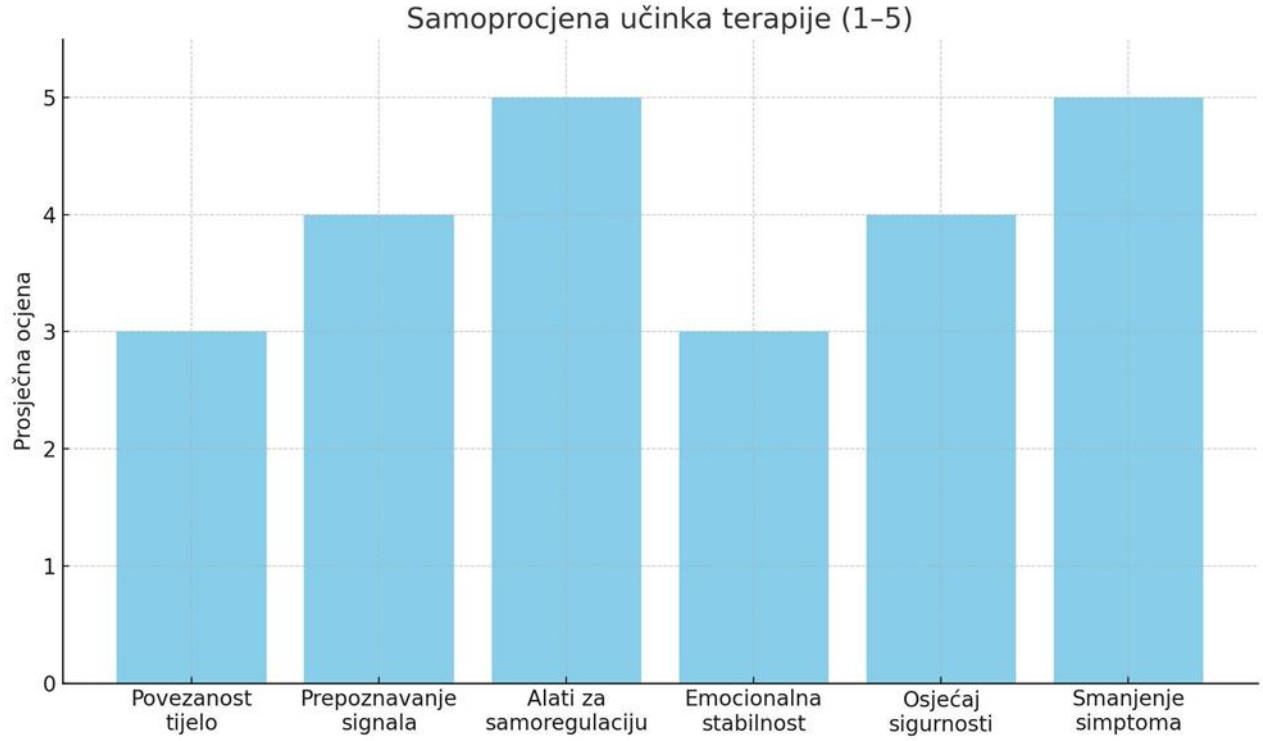
Повеќето од испитаниците (60%) биле вклучени во телесно ориентираната психотерапија помеѓу 6 и 12 месеци, додека 20% биле на терапија повеќе од 3 години. Терапијата се спроведувала во повеќето случаи двапати месечно (80%). 55% од учесниците редовно користеле психотропни лекови, 35% повремено, додека 10% не користеле никакви лекови. Само 10% паралелно учествувале во други форми на терапија.

5.2.2 Резултати од стандардизирани скали



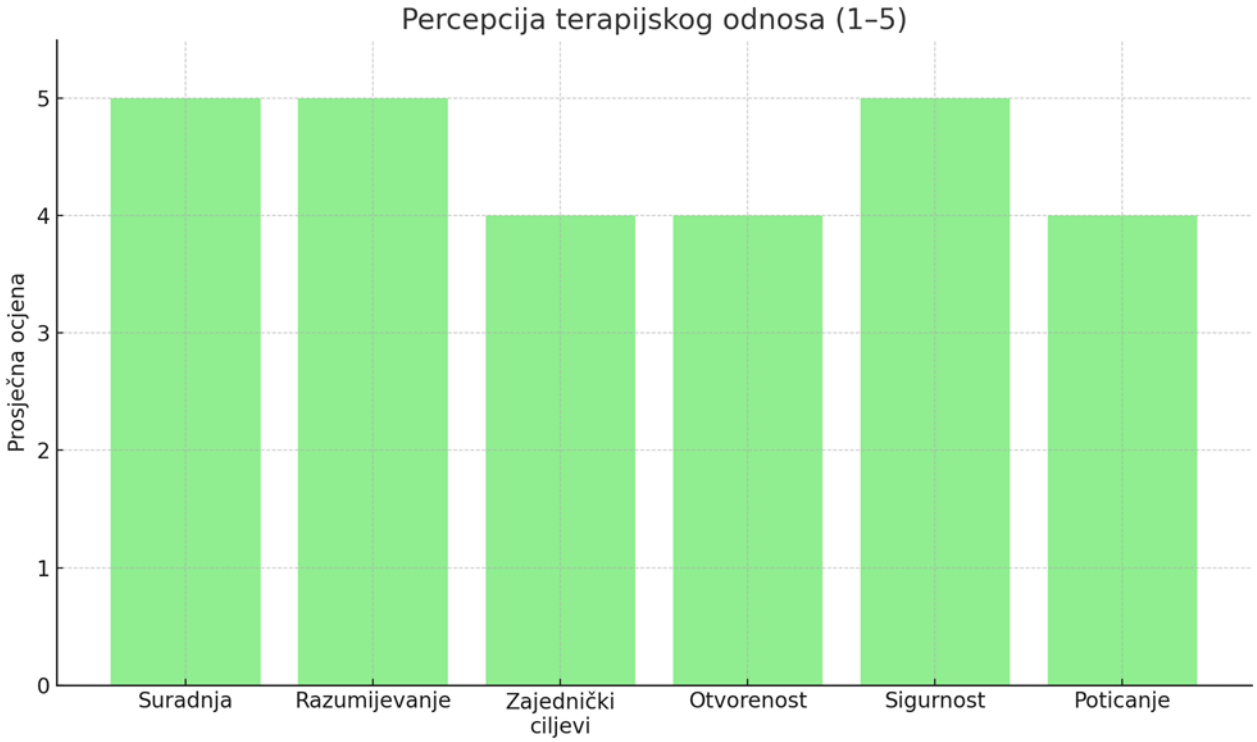
На скалата GAD-7, 20% од учесниците имале тешка анксиозност, 70% умерена и 10% блага. На PDSS скалата, 15% од учесниците имале тешки симптоми, 60% умерени и 25% благи симптоми на панично растројство.

5.2.3 Самопроценка на ефектот од терапијата.



Учесниците го оценија сопственото искуство со промена на скала од 1 до 5. Највисок просечен резултат беше даден на тврдењето дека имаат повеќе алатки за саморегулација (5/5) и дека терапијата ги намалила нивните симптоми на анксиозност и напади на паника (5/5). Најниски резултати беа дадени на чувството на емоционална стабилност (3/5) и поврзаност со телото (3/5).

5.2.4 Перцепција на терапевтскиот однос.



Учесниците пријавија многу високо чувство на соработка и разбирање од страна на терапевтот (5/5), додека пак, заедничкото поставување цели (4/5) и отвореноста во изразувањето важни теми (4/5) ги оценија малку пониско.

5.2.5 Резултати од полуструктурираното интервју .

11 испитаници (во рамките на планираниот опсег од 10–12) учествуваа во полуструктурирани интервјуа. За разлика од прашалникот, кој го пополнија 83 учесници, овој дел од истражувањето овозможи подлабок увид во личните искуства на учесниците и субјективното искуство со телесно ориентираната психотерапија.

Анализата на содржината идентификуваше пет главни тематски категории:

1. Корисни соматски техники (дишење, заземјување, работа со граници).

2. Промени во односот со телото (поголема свест, поврзаност, безбедност).

3. Влијание врз секојдневниот живот и односите (повеќе алатки за саморегулација, подобри граници).

4. Предизвикувачки аспекти на терапијата (емоционални барања, непријатност при физички вежби).

5. Препораки и пораки до другите (општ позитивен став, охрабрување да се проба).

Учесниците забележаа дека терапијата им помогнала да ги намалат симптомите на паника и да развијат нови начини за справување со стресот . Во исто време, тие нагласија дека процесот може да биде предизвикувачки , бидејќи вклучува справување со интензивни емоции и телесни сензации.

5.3 Анализа и интерпретација

Поврзување на теоретските рамки со емпириските дел

Истражувањето за телесно ориентираната психотерапија во третманот на анксиозност и напади на паника ја потврдува тесната врска помеѓу теоретските претпоставки и емпириските наоди. Ова истражување покажува колку длабоко вкоренетите концепти наоѓаат потврда во искуствата на клиентите. Основната хипотеза на работата, дека примената на телесно ориентираната психотерапија во комбинација со поддржувачки терапевтски однос ќе резултира со значително намалување на симптомите на анксиозност и подобрување на квалитетот на животот , е емпириски потврдена. Учесниците го оценија намалувањето на симптомите на анксиозност и напади на паника со највисок резултат (5/5), како и развојот на повеќе алатки за саморегулација. Ова директно ја поддржува целта на работата да се пристапи кон целата психофизичка реалност на една личност преку телото и не само да се третираат симптомите, туку и да се работи на прифаќање на корегулацијата во безбедна средина.

Теоријата за приврзаност на Џон Боулби , која ја нагласува улогата на раните врски во емоционалниот развој и чувството на сигурност, е силно поврзана со емпириските наоди за важноста на терапевтската врска . Теоретски, се нагласува дека квалитетна терапевтска врска, како што е „срединатa на задржување“ на Виникот, може да ги поправи раните обрасци на несигурна приврзаност. Според тоа, учесниците во студијата пријавиле многу високо чувство на соработка и разбирање од терапевтот (5/5) , што укажува на успех во воспоставувањето безбедна и поддржувачка средина. Позитивното влијание на поддржувачката врска со терапевтот врз чувствата на сигурност и прифаќање е потврдено со оваа студија и резултатите. Ова е особено точно за луѓе со историја на несигурна приврзаност.

Концептот на интероцепција и свесност за телото е централен за овој терапевтски пристап. Главната цел е клиентите да научат да препознаваат и толкуваат внатрешни телесни сигнали со цел да се намали анксиозноста. Иако резултатите за емоционална стабилност и телесна поврзаност беа нешто пониски (3/5), учесниците во квалитативната анализа истакнаа дека се чувствуваат „поживи и потечни во телото“ и дека подобро ги разбираат сопствените сензации . Ова покажува дека работењето на свеста за телото и интероцепцијата, иако може да биде долгорочен процес, се перцепира како корисно и трансформативно. Исто така, се очекуваше зголемена способност за саморегулација преку употреба на техники на соматско дишење, заземјување и свесност за телесните сензации. Ова беше потврдено со највисоките резултати за алатките за саморегулација.

Понатаму, интеграцијата на здравите навики во начинот на живот во теоретската рамка (што подразбира редовен ритам на активност и одмор) и навиките во исхраната за зајакнување на физичката виталност и психолошката стабилност, исто така, се преклопува со емпириските очекувања . Истражувањето предвидува дека клиентите спонтано ќе усвојат подобри навики како секундарна придобивка од терапевтскиот процес. Со ова би се постигнало враќање на чувството на контрола и моќ врз сопствениот живот. Целта на истражувањето беше да се испита и ефектот од воведувањето здрави навики во начинот на живот врз субјективното чувство на виталност и лична моќ.

Генерално, резултатите од истражувањето потврдуваат дека телесно ориентираната психотерапија, потпирајќи се на претходно споменатите теоретски рамки, обезбедува

конкретни и мерливи придобивки во работата со анксиозност и напади на паника, со посебен акцент на физичките и релациски аспекти.

Размислување за успешните и предизвикувачките аспекти

Успешните аспекти на истражувачкиот и терапевтскиот процес се повеќекратни:

- Висока ефикасност во намалувањето на симптомите и саморегулацијата. Учесниците ја оценија терапијата највисоко како средство за намалување на симптомите на анксиозност и напади на паника и како средство за поседување повеќе алатки за саморегулација (просечен резултат 5/5). Ова е клучен индикатор за успехот на овој тип на терапевтска интервенција.

- Предности на соматските техники. Техниките на дишење и заземјување најчесто се споменуваат како исклучително корисни за регулирање на паниката и враќање во телото. Ова ја истакнува специфичната вредност на физичката работа.

- Подобрен однос со телото. Клиентите изјавија дека се чувствуваат „поживо и потечно во телото“ и дека имаат подобро разбирање на сопствените сензации, што е фундаментална цел на телесно ориентираната психотерапија .

- Позитивно влијание врз секојдневниот живот и односите. Терапијата придонесе за подобро поставување граници, зголемено самоприфаќање, самодоверба и самопочит . Учесниците ја доживеаа терапијата како поддршка во секојдневниот живот, а не само како алатка за ублажување на симптомите.

- Силен терапевтски однос. Перцепцијата за терапевтскиот однос е исклучително позитивна, со многу високи оценки за соработка и разбирање од страна на терапевтот (5/5) . Ова ја потврдува клучната улога на терапевтот како регулаторен „нервен систем“ и безбедна база.

- Препорачана терапија. Сите испитаници препорачуваат телесно ориентираната психотерапија . Ова зборува за силно позитивно искуство.

Исто така, беа идентификувани предизвикувачки аспекти :

- Пониски резултати за емоционална стабилност и поврзаност со телото. Иако имаше подобрување во саморегулацијата, резултатите за емоционална стабилност и

поврзаност со телото беа малку пониски (3/5). Ова сугерира дека овие димензии може да бидат посложени за интегрирање или да бараат подолг терапевтски процес за да се постигне подлабока промена. Претпоставката е дека чувството на поголема поврзаност со телото би барало подолга, одржлива работа.

• Предизвици во работата со телесни сигнали и емоции. Квалитативната анализа покажа дека емоционалната активација, отпорот во работата со телото и тешкотиите во разбирањето на телесните сигнали беа предизвикувачки аспекти на терапијата за некои клиенти. Ова е очекувано со оглед на тоа што телесно ориентираната психотерапија функционира со често потиснати имплицитни телесни спомени.

• Контроверзност околу допирот и ризикот од повторна трауматизација. И покрај неговите придобивки, терапевтскиот допир останува контроверзна тема. Со ризикот од повторна трауматизација доколку не се поставени јасни граници или доколку терапевтот го користи допирот за сопствени потреби, се нагласува важноста на јасна комуникација и почитување на границите на клиентот. Се нагласува потребата од работа со искусни и сертифицирани терапевти поради можноста за регресија или повторна трауматизација.

Критички осврт на ограничувањата

Иако истражувањето дава вредни сознанија, потребно е да се земат предвид и неговите ограничувања, како што се:

Недостаток на контролна група: Дизајнот на студијата користеше мешани методи (квантитативни и квалитативни) за собирање податоци. Сепак, недостатокот на контролна група спречува да се извлечат дефинитивни причинско-последични заклучоци за ефикасноста само на телесно ориентираната психотерапија во споредба со други терапии или без терапија. Иако се споменува потребата од поконтролирани студии, самата оваа студија не вклучува таква споредба.

Потпирање на самоизвештај: Значителен дел од квантитативните податоци се собираат преку самоизвештај (на пр., GAD-7, PDSS, скали за самоизвестување за ефикасност на третманот). Самоизвештаите може да бидат предмет на субјективни пристрасности , што може да влијае на објективноста на резултатите.

Коморбидитет и истовремени третмани: Фактот дека 55% од учесниците редовно користат психотропни лекови, а 10% учествуваат во други форми на терапија, го отежнува изолирањето на специфичниот ефект од телесно ориентираната психотерапија. Резултатите може да бидат резултат на комбинираните ефекти од различни интервенции.

Големина на примерокот за квалитативна анализа: Иако за прашалникот беа собрани 83 испитаници, за полуструктурираните интервјуа беше предвиден помал примерок од 10 до 12 лица. Помалиот број учесници во квалитативниот дел може да ја ограничи можноста за генерализирање на подлабоки сознанија за поширокатa популација.

Ограничувања во временското следење: Студијата се фокусира на учесници кои биле на терапија најмалку шест месеци, но не е долгорочна лонгитудинална студија. Потребни се понатамошни лонгитудинални истражувања за да се проценат долгорочните ефекти и одржливоста на промените .

Потребата од стандардизација и дополнителни докази во областа на ТОР: И покрај растечката популарност, телесно ориентираната психотерапија сè уште бара повеќе научни докази за нејзина целосна афирмација и развој на стандардизирани протоколи. Сложеноста на дефинирањето на свеста за телото, исто така, претставува предизвик во научното објаснување на овој феномен.

Овие ограничувања не го намалуваат значењето на придонесите на овој труд, но тие укажуваат на насоки за идни истражувања кои би можеле да обезбедат уште поцврсти докази и подетално разбирање на ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија .

6 ДИСКУСИЈА

6.1 Резиме на клучните наоди

6.1.1 Ефективност на физичкиот пристап .

Резултатите од студијата даваат силни докази за ефикасноста на телесно ориентираната психотерапија (BOPT) во третманот на анксиозни нарушувања и напади на паника, истакнувајќи го нејзиниот холистички пристап кој оди подалеку од ублажување на симптомите. Клиентите забележале значително подобрување во неколку клучни области, што укажува на широк спектар на придобивки од овој терапевтски метод.

• Намалување на симптомите и развој на алатки за саморегулација: Учесниците ѝ дадоа на терапијата највисока просечна оценка (5/5) за намалување на симптомите на анксиозност и напади на паника , како и за развој на повеќе алатки за саморегулација . Ова директно ја потврдува основната хипотеза на работата. Клиентите изјавија дека терапијата им помогнала подобро да постават граници, да го зголемат самоприфаќањето, самодовербата и самопочитта. Целта на работата, да се пристапи кон целата психофизичка реалност на една личност преку телото, а не само да се третираат симптомите, беше потврдена.

• Подобрена слика за телото: Иако резултатите за целокупната емоционална стабилност и поврзаност со телото беа малку пониски (3/5), квалитативната анализа покажува дека учесниците почнале да се чувствуваат „поживи и потечни во телото“ и дека подобро ги разбирале сопствените сензации . Ова сугерира дека станува збор за длабоки, веројатно долгорочни процеси на промена, но дека насоката кон подобра свест за телото и интеграција е јасно препознаена. Телесно ориентираната психотерапија овозможува поврзување со сопствените импулси, чувства и сеќавања кои често се потиснати и длабоко влијаат на моделите на однесување.

• Клучната улога на терапевтскиот однос: Истражувањата потврдија дека квалитетот на терапевтскиот однос е исклучително важен , со оценка 5/5 за чувството на соработка и разбирање од страна на терапевтот . Ова е во согласност со теоретските претпоставки кои нагласуваат дека терапевтот делува како „помошен нервен систем“

и сигурна основа за корегулација, што е особено важно за луѓе со историја на несигурна приврзаност.

• Интеграција на здрави животни навики: Исто така, се препознаваат и очекуваните секундарни придобивки, како што е спонтаното усвојување на подобри навики (вежбање, исхрана, ритам на спиење) , кои придонесуваат за чувство на контрола и сила. Физичката виталност и психолошката стабилност се меѓусебно поврзани.

• Вкупно задоволство и препорака: Сите учесници препорачуваат телесно ориентираната психотерапија , што укажува на исклучително позитивно искуство и доверба во методот.

Генерално, резултатите покажуваат дека телесно ориентираната психотерапија обезбедува конкретни и мерливи придобивки. Докажано е дека со дејствување на физичко, емоционално и релациско ниво, се постигнува не само намалување на симптомите, туку и подлабока трансформација и зголемена отпорност.

6.1.2 Особености на работата со напади на паника во овој контекст.

Телесно ориентираната психотерапија. се покажа како особено ефикасна во работата со напади на паника поради нејзината способност да интервенира на ниво на имплицитни, телесни сеќавања кои не се достапни за класичните когнитивни и вербални пристапи. Фокусот на телото овозможува разбирање и обработка на искуства кои често се длабоко вкоренети во физиолошките реакции.

• Регулирање на физиолошки симптоми: Паничните напади се карактеризираат со интензивни физички симптоми како што се брзо дишење, палпитации, вртоглавица и чувство на нереалност, често придружени со хипервентилација и респираторна алкалоза. Телесно ориентираната терапија нуди специфични соматски техники за директно регулирање на овие реакции .

• Техниките на дишење и заземјување најчесто се споменуваат како исклучително корисни за регулирање на паниката и враќање на паниката во телото . Клиентите учат да користат дијафрагматско дишење за да го смират симпатичкиот нервен систем и да воспостават чувство на контрола врз сопствената физиологија.

- Работата на сензомоторната свест им помага на клиентите да ги препознаат телесните реакции на емоционални стимули, како што е стегање во градите, и да ги користат како ресурси за емоционална регулација.

- за заземјување помагаат да се воспостави чувство на стабилност и поврзаност со телото и земјата.

- Обработка на „заробена“ траума: Анксиозноста и нападите на паника често се резултат на хронична дисрегулација на автономниот нервен систем, каде што трауматските искуства се „всадуваат“ во телото како хронична напнатост и ограничувања на движењето. Пристапот центриран на телото, особено преку соматско доживување и сензомоторна психотерапија, помага да се подигне свеста и да се ослободат овие „замрзнати“ трауми складирани во телото.

- Врската помеѓу интероцепцијата и анксиозноста: Луѓето со анксиозни нарушувања често имаат зголемена, но погрешно протолкувана интероцепција (на пр., палпитациите се толкуваат како срцев удар), што ја интензивира паниката. Преку работа со телото, клиентите учат да прават разлика помеѓу реална закана и погрешно протолкувани телесни сензации, со што се намалува интензитетот на стравот и се гради поголемо чувство на внатрешна контрола.

- Проширување на „прозорецот на толеранција“: Клиентите со анксиозност и напади на паника често „скокаат“ помеѓу состојби на хипервозбуденост (борба/бегство) и хиповозбуденост (замрзнување/замрзнување), борејќи се да најдат средна основа за оптимално функционирање, позната како „прозорец на толеранција“. Целта на терапијата со работа со тело е да се прошири овој прозорец, овозможувајќи им на клиентите поефикасно да се справат со емоционалните состојби.

- Работа со отпори и емоционална активација: Иако придобивките се големи, квалитативната анализа покажа дека емоционалната активација, отпорите во работата со телото и тешкотиите во разбирањето на телесните сигнали беа предизвикувачки аспекти на терапијата за некои клиенти. Ова е очекувано, бидејќи оваа насока работи со често потиснати имплицитни телесни сеќавања, што може да доведе до силни емоционални реакции.

Како заклучок, телесно ориентираната психотерапија нуди уникатни и суштински алатки за работа со напади на паника, фокусирајќи се на физичката димензија на искуството за да се прекине циклусот на страв, да се реинтегрираат трауматските искуства и да се изгради трајна психофизичка отпорност.

6.2 Теоретски и практични импликации

6.2.1 Придонес кон развојот на интегративната психотерапија

Телесно ориентираната психотерапија (BOPT) значително придонесува за развојот на интегративната психотерапија нудејќи холистички пристап кој неразделно ги поврзува телото, умот, емоциите и духовната димензија на личноста. За разлика од пристапите кои се фокусираат исклучиво на когнитивна или вербална содржина, BOPT го поканува клиентот да најде пристап до сопственото емоционално искуство преку телото. Го препознава телото како активен комуникациски канал преку кој се изразуваат емоции, сеќавања и несвесна содржина.

Клучните придонеси за развојот на интегративната психотерапија вклучуваат:

• Интеграција на различни теоретски нишки: Делото ја проширува постојната база на знаење за регулирање на автономниот нервен систем преку соматски техники. TOP интегрира сознанија од развојната психологија, теоријата на приврзаност, соматските пристапи и современите невронаучни истражувања. Поточно, ги опфаќа поливагалната теорија, теоријата на приврзаност, теоријата на траума и интероцепцијата во кохерентен модел за работа со анксиозност. Автори како Вилхелм Рајх, Александар Ловен, Фриц Перлс, Рон Курц и Артур Јанов ја обликуваа оваа област со нагласување на соматското изразување и емоционалното ослободување. Подоцнежните теоретичари како Виникот и Анцеу ја нагласија важноста на телото како сад на границите на себе и егото, како и улогата на кожата во формирањето на идентитетот.

• Пристап од долу нагоре: TOP пристапот кон проблемот се пристапува директно преку физичките манифестации на траумата, достигнувајќи содржина што вербалната терапија честопати не може да ја достигне. Овој пристап овозможува ново искуство во сегашниот момент преку работа на држењето на телото, дишењето, мускулниот

тонус и импулсите на движење, со што постепено ги прави несвесните реакции и обрасци свесни и променливи. Иако когнитивниот („од горе надолу“) пристап е исто така корисен, честопати е поефикасно да се започне од телото со емоционално наелектризирани теми. Кај сложените трауми, интеграцијата на двата пристапа - когнитивниот и соматскиот - често е неопходна за вистинска и долготрајна промена.

• Акцент на терапевтскиот однос и корегулацијата: Истражувањата ја потврдија исклучителната важност на квалитетниот терапевтски однос , со оценка 5/5 за чувството на соработка и разбирање од страна на терапевтот . Терапевтот делува како „помошен нервен систем“ и сигурна основа за корегулација, што е особено важно за клиенти со историја на несигурна приврзаност или рана развојна траума. Преку сигурна врска, клиентот се чувствува виден и автентично поддржан, што го зајакнува капацитетот за емоционална стабилност и саморегулација.

• Подлабока трансформација над симптомите: ТОР не има за цел само да ги ублажи симптомите, туку повторно да се поврзе со себеси и да најде значење во искуствата што ја обликуваат личноста. Преку овој процес, терапијата не нуди брзи решенија, туку длабока и трансформативна промена што се потпира на капацитетот на телото да регулира, интегрира и лекува.

• Вклучување на духовноста: Терапевтскиот процес вклучува и духовна димензија, дозволувајќи им на пациентите, преку медитација, визуелизација и афирмации, да се поврзат со сопствените внатрешни ресурси и да развијат подлабоко разбирање на нивните емоционални потреби, што придонесува за внатрешна стабилност и смиреност.

Ова дело ги поставува темелите за идните истражувања што би можеле подетално да ја квантифицираат и потврдат ефикасноста на различните техники на телото и развојот на стандардизирани протоколи во соматската психотерапија.

6.2.2 Потенцијал за превенција и третман кај поширокаата популација.

Телесно ориентираната психотерапија има значаен потенцијал не само во третманот на анксиозни нарушувања и напади на паника, туку и во превенцијата и подобрувањето на менталното здравје на поширокаата популација.

Клучни аспекти на потенцијалот за превенција и третман кај поширокатa популација:

• Подобрување на општиот квалитет на живот и саморегулација: Клиентите го оценија развојот на повеќе алатки за саморегулација со највисока оценка (5/5). Способноста за саморегулација, односно подобра контрола врз реакциите на стрес преку учење и примена на соматски техники на дишење, заземјување, движење и свесност за телесните сензации, е исто така клучна за превенција.

• Развој на отпорност на стрес: Интегрирањето на телото во терапевтскиот процес придонесува за подлабок увид, емоционална стабилност и подобар капацитет за секојдневно функционирање. Преку постепено градење на внатрешни ресурси и развој на отпорност на стрес, симптомите се намалуваат, а психофизичката стабилност се зголемува. Со проширување на „прозорецот на толеранција“, клиентите доживуваат помалку интензивни епизоди на лутина, фрустрација или чувство на исцрпеност.

• Усвојување на здрави животни навики: Очекуваните секундарни придобивки, како што се спонтано усвојување на подобри навики (вежбање, исхрана, ритам на спиење и дневни активности) , придонесуваат за чувство на контрола и моќ врз сопствениот живот. Физичката сила, кондицијата и виталноста сами по себе можат да резултираат со значително олеснување на симптомите до 50%. Оваа интеграција на физичкото здравје во психотерапијата има голем потенцијал за поширокатa популација.

• Достапност на алатки за самопомош: Клиентите развиваат алатки што можат да ги користат надвор од терапијата како дел од нивната секојдневна практика на саморегулација. Техниките за дишење и заземјување најчесто се споменуваат како исклучително корисни за регулирање на паниката и враќање на себеси во телото.

• Нормализација на физиолошките симптоми: Важно е да се нормализираат физиолошките симптоми на анксиозност (на пр. палпитации, вртоглавица, напнатост) со цел да се намали стравот од самите симптоми. Ова може да им помогне на многу луѓе кои се справуваат со вакви симптоми, дури и без формална дијагноза на нарушувањето.

• Проширување на опсегот на примена: Телесно ориентираната психотерапија е ефикасна за луѓе кои доживеале траума, злоупотреба, загуба, зависност или емоционални блокади. Истражувањата покажаа дека е ефикасна во лекувањето на анксиозност, фибромијалгија и хронична болка. Ова укажува на широка применливост надвор од специфичните анксиозни нарушувања.

• Образование и професионална одговорност: Трудот ја нагласува важноста на едукацијата за анксиозноста и нападите на паника. Резултатите можат да послужат како насоки за терапевтите и да им дадат моќ на клиентите самостојно да користат регулаторни алатки надвор од терапевтската ситуација. Ова може да доведе до поголемо вклучување на модули ориентирани кон телото во образовните и професионалните програми за психотерапевти.

• Превенција на хронични состојби: Со оглед на тоа што нелекуваните нарушувања можат негативно да влијаат на секојдневното функционирање, работната способност и одржувањето блиски односи, навремената примена на ТОР може да спречи ескалација на проблемите и да ги намали социјалните и здравствените трошоци.

Генерално, телесно ориентираната психотерапија нуди ветувачки пристап кој не само што ги третира постојните симптоми, туку и ги опремува поединците со вештини и разбирање за подобра саморегулација, зголемена отпорност и подобрена општа благосостојба во секојдневниот живот.

Подолу е даден елаборат за ограничувањата и препораките за идните истражувања за телесно ориентираната психотерапија , врз основа на придружниот труд.

6.3 Ограничувања и препораки

6.3.1 Мали студии на случај, субјективност во анализата (Ограничувања).

Телесно ориентираната психотерапија (BOPT) сè уште е недоволно истражена и систематизирана во научната литература, особено кога станува збор за нејзината примена во третманот на анксиозност и напади на паника. Иако е препознаена како валидна терапија, потребни се повеќе научни докази за нејзина целосна потврда .

Едно од клучните ограничувања на истражувањата досега е релативно малиот број контролирани студии кои конкретно се занимаваат со ефектите од соматските терапии во третманот на панично растројство и генерализирана анксиозност. Сегашната работа, која е магистерска теза, користи комбиниран (мешан) истражувачки дизајн, што значи дека вклучува и квантитативни и квалитативни методи на собирање податоци. Сепак, планираниот број на учесници за интервјуа е мал, помеѓу 10 и 12 лица . Квалитативните методи, иако обезбедуваат подлабоко разбирање на личните искуства и значења што учесниците ги припишуваат на терапевтскиот процес, по својата природа носат одредено ниво на субјективност во анализата (на пр. тематска анализа на наративите на учесниците).

Понатаму, континуираното следење на субјективно доживеаните емоции за време на терапијата е предизвикувачко поради недостаток на соодветни методи што нема да го нарушат природниот тек на интеракцијата. Иако се развиваат методи за ретроспективна самопроценка со користење на видео и статистички алатки за анализа на динамиката на емоционалните промени, мерењето на емоционалните процеси останува комплексно, што може да влијае на објективноста на наодите.

6.3.2 Препораки за идни истражувања.

Со оглед на ограниченият број на достапни студии и потребата од понатамошна афирмација на телесно ориентираната психотерапија, се предлагаат следните препораки за идни истражувања:

- Лонгитудинално истражување: Потребни се истражувања за следење на долгорочните ефекти од телесно ориентираната психотерапија кај луѓе со анксиозност.

- Квантитативни споредби со други терапевтски пристапи: Потребни се квантитативни истражувања за да се спореди ефикасноста на соматските пристапи со други воспоставени терапевтски пристапи како што се когнитивната бихејвиорална терапија (КБТ), психодинамичката терапија или АКТ. Ова би ја квантифицирало и потврдило ефикасноста на различните телесни техники подетално.

- Поголеми примероци: За статистички значајни и генерализливи резултати, потребно е истражување со поголем број учесници.

- Истражување на физиолошките индикатори на стрес: Дополнителните истражувања треба да го вклучат ефектот на терапијата врз физиолошките индикатори на стрес, како што се варијабилноста на срцевиот ритам, нивото на кортизол или мускулната напнатост.

- Анализа на специфични соматски техники: Потребно е подетално да се анализира ефективноста на поединечните соматски техники, како што се заземјување, дишење, гласовна работа, со цел да се идентификуваат најефикасните интервенции за различни клинички презентации.

- Истражување на групни форми на терапија и физички практики: Се препорачува истражување на ефектот на групните форми на физикална терапија и улогата на физичките практики (како што се танц, јога, таи чи) во терапевтски контекст.

- Фокусирајте се на субјективното искуство на промената: Важно е да се испита како самите клиенти го дефинираат „напредокот“ и кои елементи од терапијата ги сметаат за клучни во сопственото закрепнување.

- Развој на стандардизирани протоколи: Работата треба да постави основа за развој на стандардизирани протоколи во соматската психотерапија.

Ова истражување поставува основа за идни студии кои дополнително ќе придонесат за научно разбирање и валоризација на телесно ориентираната психотерапија и ќе овозможат нејзино поголемо вклучување во образовните и професионалните програми за психотерапевти, особено во работата со анксиозност и траума.

7 ЗАКЛУЧОК

Овој магистерски труд кој се одесува на телесно ориентирана психотерапија во работата со анксиозност и панични напади имаше за цел да покаже дека во работата со анксиозни нарушувања не е доволно да се третираат само симптомите, туку дека е потребно да се вклучи телото и неговата улога во процесот на психотерапија. Во овој контекст, телото се појавува не само како физиолошки организам, туку и како канал преку кој се складираат и изразуваат искуствата, чувствата и имплицитните сеќавања.

Емпириският дел од работата ја потврди основната хипотеза дека телесно ориентираната психотерапија може значително да ги намали симптомите на анксиозност и паника. Во своите одговори, учесниците нагласија не само намалување на симптомите, туку и чувството дека имаат повеќе алатки за справување со сопствените состојби, што укажува дека терапијата не обезбедува брзи лекови, туку полека го враќа чувството на лична контрола. Особено вреден елемент се покажа како работа на физиолошко ниво, преку техники како што се заземјување и дишење, каде што клиентите учат како да го прекинат маѓепсаниот круг на телесни сензации и нивните погрешни толкувања.

Едно од значајните откритија се однесува и на терапевтскиот однос. Учесниците го оценија многу високо, што ја потврдува идејата дека токму чувството на безбедност и соработка со терапевтот го создава просторот во кој се случуваат корегулација и стабилизација. Овој аспект е особено важен за луѓето кои доживеале несигурна приврзаност или претходна развојна траума.

Секако, студијата има свои ограничувања. Најважните се што немаше контролна група и што податоците во голема мера се базираа на самоизвештаи. Затоа, би било корисно за идните студии да вклучат поголеми примероци, лонгитудинален дизајн и вклучување на објективни индикатори, како што се мерење на хормоните на стрес или варијабилност на срцевиот ритам. Потребна е уште работа за стандардизирање на методите и протоколите за телесно ориентираната психотерапија.

На крајот на краиштата, овој труд покажува дека телесно ориентираната психотерапија има значаен потенцијал во превенцијата и третманот на анксиозни и панични нарушувања. Со зајакнување на капацитетите за саморегулација и

продлабочување на свеста за телото, таа придонесува за интегративен пристап кон психотерапијата и отвора простор за посеопфатен поглед на менталното здравје.

ЛИТЕРАТУРА

1) *Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP). (n.d.). U SAGE Encyclopedia of Counseling and Psychotherapy.*
2) Ainsworth, M. D. S. (1963). *The development of infant-mother attachment.*
3) Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect.
4) Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy.
5) Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.*
6) Altman, A. (1990–1994). *Body-centered depth psychotherapy: A path with heart.* Hakomi Institute.
7) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
8) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
9) American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5-TR).
10) American Psychiatric Association. (2023). DSM updates.
11) Angst, J., & Vollrath, M. (1991). The natural course of anxiety disorders: Four-year follow-up of the Zurich study.
12) Balogh, L. (2021). Crosstalk between existential phenomenological psychotherapy.
13) Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders.*
14) Barlow, D. H., et al. (1986). The nature of anxiety: Empirical investigation of generalized anxiety disorder.
15) Basch, M. V. (1976). The concept of affect.
16) Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2016). *Neuroscience: Exploring the brain* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

17) Belsky, J., & Cassidy, J. (1994). Attachment: Theory and research.

18) Belsky, J., & Fearon, R. M. (2002). Early attachment and later development.

19) Bhattacharya, S., et al. (2022). [Study on CBT and anxiety disorders].

20) Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance.

21) Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder.

22) Borkovec, T. D., Newman, M. G., & Castonguay, L. G. (2003). Common features of generalized anxiety disorder.

23) Bouchard, T. J. Jr. (2004). Genetic influences on human psychological traits.

24) Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment.*

25) Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation, anxiety and anger.*

26) Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression.*

27) Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory.*

28) BPS-Explore. (n.d.). *Body psychotherapy, or somatic psychology.* British Psychological Society.

29) Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth.

30) Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., et al. (2017). Somatic Experiencing for PTSD: A randomized controlled study. *PLoS ONE.*

31) Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., et al. (2021). Somatic Experiencing – Effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: A scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology.*

32) Buber, M. (1923/1958). *I and Thou.*

33) Busch, F. N., Milrod, B., & Singer, M. (1999). Psychodynamic treatment of panic disorder.

34) Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body.*

35) Chand, S. (2023). [Article on cognitive interventions in CBT].

36) Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice.*

37) Cleveland Clinic. (2022). [Information on panic disorder].

38) Craig, A. D. (2009). How do you feel now? The anterior insula and human awareness.

39) Damasio, A. R. (2002). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain.*

40) Dana, D. (2021). *Polyvagal exercises for safety and connection.*

41) Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals.*

42) DeGeorge, et al. (2022). [Study on CBT combined with pharmacotherapy].

43) Definition – Bioenergetic Analysis. (n.d.). *Europsyche.*

44) Downing, J. (1994). *Body and self.*

45) Duncan, B. L., et al. (2010). *The heart and soul of change.*

46) Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions.

47) Erskine, R. G. (2015). *Relational integrative psychotherapy.*

48) Ezawa, et al. (2023). [Study on cognitive restructuring].

49) Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect.*

50) Fuchs, T. (2005). The phenomenology of the body in psychiatry and psychotherapy.

51) Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied affect regulation in psychotherapy.

52) Gendlin, E. T. (1981). *Focusing.*

53) Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy.*

54) Gen. & Env. Influences on Anxiety Disorders. (2023). [Meta-analysis].

55) Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2013). *Mindfulness and psychotherapy.*

56) Goddard, A. W., et al. (2017). The neurobiology of panic: A chronic stress disorder.

57) Goldstein-Piekarski, A., et al. (2016). [Study on GAD comorbidity].

58) GoodTherapy Staff. (2018). Body psychotherapy: Benefits, techniques & how it works.

59) GoodTherapy Staff. (2019). Existential psychology.

60) GoodTherapy Staff. (n.d.). Bioenergetic analysis: Benefits, techniques & how it works.

61) Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of medical physiology* (14th ed.). Philadelphia: Elsevier.

62) Healthline Staff. (2020). [Article on cognitive distortions in anxiety].

63) Heidenreich, T. (2021). Existential approaches and cognitive behavior therapy.

64) Heller, D. P. (2012). *Crash course: A self-healing guide to auto accident trauma and recovery.* Berkeley, CA: North Atlantic Books.

65) Heller, D. P., & LaPierre, A. (2012). *Healing developmental trauma.*

66) Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders.

67) Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(2),* 169–183.

68) Invitto, S., & Moselli, P. (2024). Exploring embodied and bioenergetic approaches. *Brain Sciences, 14(4), 385.*

69) Kane, H. S., Dunkel Schetter, C., & Glynn, L. M. (2014). Pregnancy anxiety and prenatal cortisol trajectories.

70) Keefe, et al. (2014). [Study on psychodynamic therapy for panic].

71) Kierkegaard, S. (2023). In K. Aho (Ed.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy.*

72) Koch, S. C., & Fuchs, T. (2011). Embodied arts therapies.

73) Kotianova, A., et al. (2018). Autonomic nervous system regulation in panic disorder. *Frontiers in Psychiatry.*

74) Koyuncu, A., et al. (2019). [Study on social anxiety disorder].

75) Kuhfuß, M., Maldei, C., Hetmanek, M., & Baumann, I. (2021). Somatic Experiencing®. *Frontiers in Psychology, 12,* 643800.

76) Kyriakoulis, P., et al. (2023). Biological and cognitive theories explaining panic disorder. *Frontiers in Psychiatry, 14,* 957515.

77) Lee, K., Gormally, J., & Borkovec, T. (2006). Interoceptive hypersensitivity and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20(2),* 216–233.

78) LeDoux, J. (1998). *The emotional brain.*

79) LeDoux, J. (2015). *Anxious.*

80) Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness.* Berkeley, CA: North Atlantic Books.

81) Lowen, A. (1975). *Bioenergetics.*

82) Lowen, A. (1994). *Joy.*

83) Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E. B., & Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiology of anxiety disorders: Brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Biological Psychiatry, 66(2),* 102–110.

84) Mayer, E. A. (2011). Gut feelings: The biology of gut–brain communication. *Nature Reviews Neuroscience, 12(8),* 453–466.

85) May, R. (1950). The meaning of anxiety.

86) May, R. (1950). How normal and neurotic anxiety are distinguished in existential psychology.

87) Merck Manual. (2023). [Anxiety disorders].

88) Merleau-Ponty, M. (1945/1962). *Phenomenology of perception.*

89) Milrod, B., et al. (2007). [Psychodynamic treatment of panic: Clinical observations].

90) Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body.*

91) Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy.*

92) Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic Experiencing. *Frontiers in Psychology, 6,* 93.

93) Pegg, S., et al. (2022). [Study on CBT protocols].

94) Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory.*

95) Porges, S. W. (2017). [Polyvagal theory and safety].

96) Psychosocial and Biological Risk Factors of Anxiety Disorders. (2021). [Study].

97) Red Beard Somatic Therapy. (n.d.). *The evolution of somatic therapy.*

98) Reich, W. (1933). *Character analysis.*

99) Reich, W. (1949). *Character analysis* (3rd ed.). New York: Orgone Institute Press. (Original work published 1933).

100) Rothschild, B. (2000). *The body remembers.*

101) Salamon, M. (2023). What is somatic therapy? *Harvard Health Publishing.*

102) Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers.*

103) Seth, S., et al. (2015). Maternal prenatal mental health and placental 11β-HSD2.

104) Shear, M. K., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N., & Shapiro, T. (1993). Psychodynamic treatment of panic disorder.

105) Siegel, D. J. (2012). *The developing mind.*

106) Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2023). Existentialism.

107) Streeter, C. C., et al. (2012). Effects of yoga on the autonomic nervous system. *Medical Hypotheses, 78(5),* 571–579.

108) The Evolution of Somatic Therapy. (n.d.). [Timeline].

109) USABP. (n.d.). *History of body psychotherapy.*

110) van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score.*

111) van IJzendoorn, M. H., Belsky, J., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2012). Serotonin transporter genotype 5HTTLPR: A meta-analysis. *Translational Psychiatry, 2,* e147.

112) Varvogli, L., & Darviri, C. (2011). Stress management techniques. *Health Science Journal, 5(2),* 74–89.

113) Weiss, H., Johanson, G., & Monda, L. (Eds.). (n.d.). *Hakomi mindfulness-centered somatic psychotherapy*.

114) Wilkinson, D. J. C., et al. (1998). Sympathetic activity in panic disorder. *JAMA Psychiatry*.

115) Würz, A., et al. (2009). [CBT and pharmacotherapy combination study].

116) Young, C. (2010). The history and development of body psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*.

ПРИЛОГ

ПРАШАЛНИК ЗА УЧЕСНИЦИ ВО ИСТРАЖУВАЊЕТО

Телесно ориентирана психотерапија во третман на анксиозност и напади на паника

Упатства:

Овој прашалник е анонимен и е наменет само за научни истражувачки цели.

Ќе бидат потребни приближно 15-20 минути за да се пополни.

Ве молиме одговорете искрено и според вашето сопствено искуство.

1. ДЕМОГРАФСКИ ПОДАТОЦИ

1 Возраст: _____

2 Пол:

- ☐ Жена
- ☐ Маж
- ☐ Друго
- ☐ Не сакам да кажам

3 Највисоко ниво на образование:

- ☐ Основно училиште
- ☐ Средно училиште
- ☐ Додипломски студии
- ☐ Постдипломски студии
- ☐ Постдипломски студии

4 Моментален работен статус:

- ☐ Вработен
- ☐ Невработен
- ☐ Студент
- ☐ Пензиониран
- ☐ Друго: _____

2. ИНФОРМАЦИИ ЗА ТЕРАПИЈАТА

5 Колку долго се занимавате со психотерапија ориентирана кон телото?

- ☐ 6–12 месеци
- ☐ 1–2 години
- ☐ Повеќе од 2 години

6 Колку често одевте на терапија?

- ☐ Еднаш неделно
- ☐ Двапати неделно
- ☐ Поретко

7 Дали земавте психотропни лекови (лекови) во исто време?

- ☐ Да
- ☐ Не

8 Дали сте учествувале во други форми на терапија (на пр. КБТ, EMDR) во исто време?

- ☐ Да
- ☐ Не
- Доколку да, наведете кои: _____

3. СТАНДАРДИЗИРАНИ СКАЛИ

GAD-7 (Скала за генерализирано анксиозно растројство)

Во последните 2 недели, колку често ве мачел следниов проблем?

(0 – воопшто не, 1 – неколку дена, 2 – повеќе од половина од деновите, 3 – скоро секој ден)

9 Чувство на нервоза, вознемиреност или напнатост

10 Неможност да се престане со грижа

11 Прекумерна грижа за разни работи

12 Тешкотии со релаксација

13 Немир или нетрпеливост

14 Лесно се плашам или се вознемирувам.

15 Чувство дека нешто лошо ќе се случи

(Додадено на вкупниот резултат)

Скала за сериозност на панично растројство (PDSS)

Прашања за фреквенцијата, интензитетот и влијанието на нападите на паника

(може да се преземат од официјалните упатства за PDSS и да се прилагодат на онлајн формат)

4. САМОПРОЦЕНКА НА ПРОМЕНАТА

Ве молиме наведете го степенот до кој се согласувате со изјавите:

(1 – Воопшто не се согласувам, 5 – Воопшто се согласувам)

16 Се чувствувам повеќе поврзана со моето тело.

17 Полесно ги препознавам сигналите од телото

18 Во стресни ситуации, имам повеќе алатки за саморегулација

19 Се чувствувам емоционално постабилно.

20 Терапијата ми помогна да се чувствувам посигурно во секојдневните ситуации.

21 Терапијата ги намали моите симптоми на анксиозност и/или напади на паника

5. СОЗБИРАЊЕ НА ТЕРАПЕВТСКИОТ ОДНОС

(Работен инвентар на сојузи – кратка форма, 12 ставки)

Оценете го степенот до кој се согласувате со следниве тврдења:

(1 – воопшто не се согласувам, 5 – целосно се согласувам)

22 Мојот терапевт и јас добро соработуваме.

23 Чувствувам дека терапевтот ме разбира.

24 Заедно поставуваме терапевтски цели.

25 Можам отворено да зборувам за она што ми е важно.

26 Се чувствувам безбедно и прифатено во терапевтската врска.

27 Мојот терапевт ме охрабрува да ги истражувам моите внатрешни искуства.

6. ОТВОРЕНИ ПРАШАЊА

Слободно искажете го вашето мислење.

28 Кои соматски техники ви беа најкорисни и зошто?

29 Како се промени вашиот однос со вашето тело од почетокот на терапијата?

30 Како терапијата влијаела врз вашиот секојдневен живот и односи?

31 Дали има аспекти од терапијата што ви беа предизвикувачки?

32 Што би им рекле на луѓето кои размислуваат за телесно ориентираната психотерапија?

33 Дали имате нешто друго што би сакале да го споделите?