

<https://doi.org/10.16926/eat.2026.15.03.pl>

eLocator/Article ID: eat-2026-rb-02

Katarzyna ZWOLSKA-PŁUSA

<https://orcid.org/0000-0002-4832-7104>

Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

e-mail: k.zwolska-plusa@ujd.edu.pl

Integracja analizy transakcyjnej i monodramy w psychoterapii dorosłych kobiet autystycznych: narracyjne studium przypadku procesu terapeutycznego

Jak cytować [how to cite]: Zwolska-Płusa K. (2026). Integracja analizy transakcyjnej i monodramy w psychoterapii dorosłych kobiet autystycznych: narracyjne studium przypadku procesu terapeutycznego. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 15, Article eat-2026-rb-02. <https://doi.org/10.16926/eat.2026.15.03.pl>

Streszczenie

Kobiety autystyczne często otrzymują diagnozę dopiero w wieku dorosłym, po wielu latach funkcjonowania w warunkach intensywnego maskowania, nadmiernego przystosowania oraz wtórnej traumy relacyjnej. W praktyce klinicznej wiąże się to z wysokim poziomem lęku i depresji, trudnościami w regulacji emocji oraz fragmentacją poczucia własnego „ja”. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie monodramy i analizy transakcyjnej jako poznawczo dostępnego i klinicznie użytecznego podejścia terapeutycznego w pracy z dorosłymi kobietami autystycznymi. Artykuł ma charakter narracyjno-kliniczny i opiera się na szczegółowym opisie procesu terapeutycznego pacjentki autystycznej z historią traumy relacyjnej. Monodrama i analiza transakcyjna zostały przedstawione jako komplementarne ramy służące organizacji doświadczeń wewnętrznych pacjentki, integrujące pracę z częściami osobowości oraz regulację somatyczną.

W trakcie terapii zaobserwowano klinicznie istotną poprawę funkcjonowania. Pacjentka zgłaszała znaczną redukcję objawów lękowych, szczególnie w zatłoczonych miejscach, oraz większą zdolność do samoregulacji emocjonalnej w obrębie swojego „okna tolerancji”. Zachowania związane z jedzeniem stały się bardziej uporządkowane i zrównoważone, przyjmując formę wspierającą zdrowie i adekwatną do potrzeb dorosłej, pracującej kobiety. Pacjentka uzyskała również głębszy wgląd w relacje z obojgiem rodziców i zaczęła podważać wcześniej sztywne oraz uogólnione negatywne przekonania na temat mężczyzn, które stały się wyraźnie mniej intensywne. Istotne jest, że postęp terapeutyczny przejawiał się nie tylko w redukcji objawów, lecz także w rosnącej sprawczości – pacjentka stopniowo rozwijała zdolność troszczenia się o siebie i coraz mniej polegała wyłącznie na zewnętrznych źródłach wsparcia. Wyniki te sugerują, że podejścia akcentujące doświadczeniowe przetwarzanie przeżyć, nadawanie znaczeń w relacji oraz dostępne symbolicznie formy pracy, mogą wspierać integrację psychiczną i rozwój autonomii u kobiet autystycznych z doświadczeniem traumy relacyjnej.

Słowa kluczowe: autyzm, kobiety autystyczne, analiza transakcyjna, monodrama, psychodrama, psychoterapia, maskowanie.

Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się rosnące zainteresowanie specyfiką funkcjonowania kobiet autystycznych, co stanowi odpowiedź na ich wieloletnią niedostateczną reprezentację zarówno w badaniach naukowych, jak i praktyce klinicznej. Przez dziesięciolecia badania nad autyzmem opierały się przede

wszystkim na próbach męskich, pozostawiając wiele kluczowych pytań dotyczących różnic związanych z płcią biologiczną i kulturową bez wystarczającego wyjaśnienia (Lai i in., 2015).

W rezultacie wiele kobiet autystycznych otrzymuje diagnozę dopiero w wieku dorosłym, często po latach nieskutecznych oddziaływań terapeutycznych oraz błędnych rozpoznań, takich jak zaburzenia lękowe, depresyjne czy zaburzenia osobowości.

Doświadczenie autyzmu u kobiet charakteryzuje się szeregiem cech, które mogą maskować trudności rozwojowe w dzieciństwie i okresie dorastania. Literatura wskazuje, że kobiety autystyczne częściej przejawiają wysoki poziom refleksyjności, zdolność obserwowania i naśladowania zachowań społecznych oraz silną potrzebę przynależności i budowania relacji (Hull i in., 2017). Jednak zaangażowanie to często nie wynika ze spontaniczności, lecz z analizy poznawczej i imitacji, wymagających znacznego wysiłku psychicznego i prowadzących do chronicznego przeciążenia.

Jednym z kluczowych pojęć opisujących kobiece doświadczenie autyzmu jest maskowanie społeczne rozumiane jako zbiór strategii służących ukrywaniu cech autystycznych i dostosowywaniu się do norm społecznych. Strategie te mogą obejmować kontrolowanie ekspresji emocjonalnej, tłumienie zachowań autostymulacyjnych, przygotowywanie „scenariuszy” rozmów oraz nadmierne monitorowanie reakcji innych osób (Hull i in., 2017). Choć strategie te mogą ułatwiać krótkoterminowe funkcjonowanie społeczne, badania wskazują, że w dłuższej perspektywie wiążą się z gorszym zdrowiem psychicznym, nasileniem objawów lękowych i depresyjnych oraz utratą poczucia autentyczności (Cage i Troxell-Whitman, 2019).

Kolejnym istotnym aspektem autyzmu u kobiet jest wysoka częstość współwystępowania problemów psychicznych. Badania empiryczne wskazują, że kobiety autystyczne są bardziej narażone na trudności internalizacyjne, szczególnie zaburzenia lękowe i depresyjne, a także częściej niż autystyczni mężczyźni otrzymują liczne diagnozy psychiatryczne (Belcher i in., 2022; Rødgaard i in., 2019). Coraz więcej danych sugeruje również podwyższone ryzyko zaburzeń odżywiania oraz objawów związanych z traumą w tej grupie, choć siła tych zależności może różnić się w zależności od badanej próby i zastosowanej metodologii (Hull i in., 2017; Westwood i Tchanturia, 2017).

Podwyższonemu poziomowi lęku często towarzyszą dolegliwości somatyczne, w tym problemy żołądkowo-jelitowe oraz zaburzenia snu, które dodatkowo zwiększają złożoność obrazu klinicznego (Croen i in., 2015).

Coraz więcej badań podkreśla, że podwyższone ryzyko problemów ze zdrowiem psychicznym u kobiet autystycznych wynika nie tylko z samej neuroróżnorodności, lecz także z jej interakcji z czynnikami środowiskowymi i relacyjnymi. Kobiety autystyczne wydają się być bardziej narażone na przemoc interpersonalną oraz wykorzystanie seksualne niż kobiety nieautystyczne, co może przyczyniać się do częstszego występowania objawów związanych z traumą (Weiss i Fardella, 2018). Jednocześnie maskowanie społeczne, w połączeniu z kulturowymi oczekiwaniami dotyczącymi kobiecości, empatii i opiekuńczości, może prowadzić do systematycznego zaniedbywania własnych granic i potrzeb (Hull i in., 2017).

Badania jakościowe dotyczące dobrostanu psychicznego kobiet autystycznych wskazują, że ich doświadczenie często wiąże się z poczuciem bycia pomijanymi, niezrozumianymi oraz z nieustanną presją spełniania oczekiwań innych osób (Yau i in., 2023). Jednocześnie takie czynniki, jak wzajemna akceptacja, poczucie przynależności oraz relacje oparte na bezpieczeństwie i przewidywalności pełnią funkcję ochronną i wspierają zdrowie psychiczne.

Wyniki te podkreślają potrzebę rozwijania podejść terapeutycznych uwzględniających specyfikę kobiecego fenotypu autyzmu, w tym potrzeby związane z regulacją, doświadczenia maskowania oraz wysoką częstość występowania traumy relacyjnej. Psychoterapia tej grupy wymaga nie tylko wiedzy na temat autyzmu, ale również elastyczności, przejrzystości procesu terapeutycznego oraz języka, który pomaga organizować doświadczenia bez ich patologizowania.

W tym kontekście analiza transakcyjna – dzięki swojemu strukturalnemu i relacyjnemu modelowi rozumienia funkcjonowania psychicznego – stanowi obiecujące ramy pracy z dorosłymi kobietami autystycznymi.

Kluczowym założeniem podejścia terapeutycznego przedstawionego w niniejszym artykule była integracja analizy transakcyjnej z doświadczeniową pracą z częściami osobowości prowadzoną w formie monodramy. Integracja ta wynikała zarówno ze specyfiki funkcjonowania kobiet autystycznych, jak i z klinicznej potrzeby ograniczenia poziomu abstrakcji oraz zwiększenia poczucia bezpieczeństwa w procesie terapeutycznym.

Podstawy teoretyczne: analiza transakcyjna i monodramy

Analiza transakcyjna (AT) jest humanistyczno-egzystencjalną teorią osobowości i komunikacji stworzoną przez Erica Berne'a (1961). Konceptualizuje ona funkcjonowanie człowieka poprzez strukturę stanów Ja (Rodzic, Dorosły, Dziecko), transakcji interpersonalnych oraz skryptów życiowych – wczesnych, często nieświadomych decyzji dotyczących siebie i relacji z innymi.

Analiza transakcyjna zakłada, że ludzie są zdolni do myślenia i zmiany, a wzorce ukształtowane w dzieciństwie mogą zostać zmodyfikowane w ramach bezpiecznej relacji terapeutycznej. W praktyce klinicznej podejście to umożliwia organizowanie doświadczeń wewnętrznych, identyfikowanie zinternalizowanych krytycznych przekazów, wzmacnianie stanu Ja-Dorosły jako centrum refleksji i regulacji oraz modyfikowanie nieadaptacyjnych skryptów życiowych.

Monodrama jest indywidualną formą psychodramy wywodzącą się z prac Jacoba L. Moreno. Ma charakter doświadczeniowy i opiera się na pracy z rolami oraz częściami Ja w przestrzeni terapeutycznej. W przeciwieństwie do klasycznej psychodramy grupowej wszystkie role odgrywane są przez jedną osobę, natomiast terapeuta pełni funkcję reżysera – organizuje proces i dba o bezpieczeństwo emocjonalne pacjenta.

Monodrama umożliwia zobaczenie i ucieleśnienie konfliktów wewnętrznych, a poprzez działanie i zmianę perspektywy sprzyja integracji rozszczepionych lub spolaryzowanych aspektów doświadczenia (Moreno, 1946).

W pracy monodramatycznej można wyróżnić trzy główne typy ról. Pierwszym są role somatyczne, wyrażane poprzez ciało (np. „Zamrożona”, „Czuźna”, „Zapadająca się”), które stanowią punkt wejścia do doświadczeń przednarracyjnych. Drugim typem są role psychodramatyczne (wewnętrzne), reprezentujące części Ja i stany afektywne (np. Wewnętrzny Krytyk, Zranione Dziecko, Część Maskująca). Trzecim typem są role społeczne, odnoszące się do sposobów funkcjonowania w relacjach i systemach społecznych (np. „Grzeczna dziewczynka”, „Niewidzialna uczennica”, „Ekspertka”), współtworzone w kontekstach rodzinnych i kulturowych.

Proces monodramy przebiega etapowo. Rozpoczyna się od wejścia poprzez ciało – obserwowania i nazywania doznań somatycznych bez ich interpretowania. Następnie identyfikowana jest konkretna rola lub część, która zostaje oddzielona od „całego Ja” i nazwana. Kolejnym krokiem jest umieszczenie jej w przestrzeni (np. przy użyciu krzesła lub przedmiotu), co sprzyja konkretyzacji i mentalizacji doświadczenia.

Następnie dochodzi do kontrolowanego odegrania roli oraz krótkiego dialogu między rolami, co pozwala rozpoznać zarówno ich funkcje ochronne, jak i koszty związane z ich działaniem. Ostatnie etapy obejmują integrację uzyskanych wglądów, przeniesienie ich do rzeczywistych ról społecznych oraz zamknięcie procesu poprzez regulację i ugruntowanie w chwili obecnej.

Monodrama umożliwia indywidualną pracę z wykorzystaniem ról, przestrzeni i symboliki bez konieczności spontanicznej interakcji społecznej, co czyni ją szczególnie dostępną dla osób autystycznych. W połączeniu z analizą transakcyjną pozwala na ucieleśnione i konkretne doświadczanie stanów Ja, skryptów oraz konfliktów wewnętrznych, zamiast opierania się wyłącznie na analizie werbalnej.

W praktyce klinicznej monodrama była wykorzystywana jako narzędzie wspierające kontakt z częściami somatycznymi, psychodramatycznymi i społecznymi przy jednoczesnym zachowaniu struktury oraz ram regulacyjnych dostarczanych przez analizę transakcyjną. Opisywane w AT stany Ja mogły być dzięki temu nie tylko nazwane, ale również „zobaczone” i przeżyte w przestrzeni terapeutycznej, wspierając zarówno proces mentalizacji, jak i integracji.

Ma to szczególne znaczenie w pracy z kobietami autystycznymi, u których wysoki poziom maskowania, aleksytymia (Bird i Cook, 2013) oraz doświadczenia traumy relacyjnej często ograniczają dostęp do narracyjnych opisów stanów wewnętrznych. Monodrama pozwala rozpocząć proces na poziomie ciała i roli, stopniowo prowadząc do refleksji i wglądu.

Taka integracja analizy transakcyjnej z pracą z częściami w monodramie umożliwia jednocześnie porządkowanie doświadczenia, wzmacnianie stanu Ja-Dorosły jako centrum regulacji oraz bezpieczne eksplorowanie skryptów i gier psychologicznych – bez ryzyka retraumatyzacji lub nasilenia maskowania. Podejście to wpisuje się w nurt psychoterapii integracyjnej dostosowanej do kobiecego fenotypu autyzmu.

Decyzja o połączeniu analizy transakcyjnej i monodramy wynikała zarówno z obserwacji klinicznych, jak i ze specyfiki funkcjonowania pacjentki. Prezentowała ona wysoki poziom aleksytymii, przewlekłe maskowanie, trudności w identyfikowaniu emocji oraz tendencję do intelektualizacji i reakcji dysocjacyjnych pod wpływem stresu. Cechy te ograniczały skuteczność interwencji opartych wyłącznie na wglądzie lub pracy werbalnej.

Analiza transakcyjna została wybrana ze względu na jej uporządkowany i poznawczo dostępny język, który wspierał organizację doświadczeń wewnętrznych poprzez jasno zróżnicowane stany Ja, skrypty oraz wzorce relacyjne. Model ten uznano za szczególnie odpowiedni ze względu na preferencję pacjentki do wyraźnych struktur i ram psychoedukacyjnych.

Monodramę wprowadzono natomiast dlatego, że oferowała bardziej konkretny i ucieleśniony sposób pracy z doświadczeniem wewnętrznym. Wykorzystanie reprezentacji symbolicznej, organizacji przestrzennej i różnicowania ról zmniejszało poziom abstrakcji zwykle wymagany w psychoterapii oraz stwarzało możliwość dotarcia do doświadczeń trudnych do bezpośredniego zwerbalizowania. Co istotne, interwencje monodramatyczne zostały wprowadzone dopiero po osiągnięciu odpowiedniego poziomu stabilizacji i przez cały czas były osadzone w ramach regulacyjnych ukierunkowanych na utrzymanie pracy w obrębie okna tolerancji pacjentki.

Opis przypadku i konceptualizacja

Pacjentką opisaną w niniejszym artykule była 27-letnia kobieta, która rozpoczęła psychoterapię krótko po otrzymaniu diagnozy zaburzenia ze spektrum autyzmu wymagającego wsparcia. Pracowała w branży gastronomicznej, w środowisku charakteryzującym się wysokimi wymaganiami sensorycznymi, szybkim tempem pracy, koniecznością wielozadaniowości oraz presją czasu.

Wcześniej uczestniczyła w różnych formach psychoterapii, podczas których rozpoznawano u niej zaburzenia lękowe i depresyjne, a także zaburzenie osobowości borderline, które zostało później wykluczone w procesie diagnozy różnicowej.

Diagnoza autyzmu miała charakter kompleksowy i uwzględniała rozwojowy charakter objawów obecnych od wczesnego dzieciństwa. Już w wieku przedszkolnym obserwowano u pacjentki ograniczony kontakt wzrokowy, trudności w spontanicznym inicjowaniu relacji oraz wyraźną selektywność pokarmową, wskazującą na wczesne różnice w przetwarzaniu sensorycznym.

Pacjentka wykazywała znaczną nadwrażliwość sensoryczną, szczególnie na bodźce słuchowe. Hałas, nagłe dźwięki oraz środowiska bogate w wiele jednoczesnych bodźców prowadziły do przeciążenia i wycofania. W obszarze komunikacji społecznej doświadczała trudności w rozumieniu języka niedosłownego, ironii i pośrednich komunikatów, co skutkowało częstymi nieporozumieniami interpersonalnymi.

Jednocześnie od najmłodszych lat rozwijała intensywne i bardzo szczegółowe zainteresowania, obejmujące między innymi rysunek oraz kulturę japońską, które pełniły zarówno funkcję pasji, jak i strategii samoregulacyjnych.

Proces diagnostyczny obejmował szczegółowy wywiad rozwojowy (ADI-R), obserwację kliniczną z wykorzystaniem narzędzia ADOS-2, kwestionariusze ukierunkowane na kobiecy fenotyp autyzmu (np. Girls Questionnaire; Attwood i Garnett, b.d.), a także diagnostykę różnicową z zaburzeniami osobowo-

ści i zaburzeniami związanymi z traumą przy użyciu Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) oraz standaryzowanych narzędzi do oceny traumy.

Obraz kliniczny wskazywał na całościowe zaburzenie neurorozwojowe współwystępujące z istotnymi obciążeniami relacyjnymi.

Pacjentka wychowywała się w rodzinie pełnej, jednak w okresie dzieciństwa i dorastania doświadczała znaczących obciążeń środowiskowych. Ojciec nadużywał alkoholu i stosował przemoc wobec członków rodziny. Matka była w dużej mierze skoncentrowana na opiece nad młodszym bratem pacjentki, który cierpiał na chorobę serca i wymagał zwiększonej uwagi oraz wsparcia.

Od wczesnych lat życia pacjentka była angażowana w opiekę nad bratem, co skutkowało przedwczesnym przyjęciem ról opiekuńczych i ograniczonym dostępem do adekwatnego wsparcia emocjonalnego dla własnych potrzeb. W okresie szkoły średniej rozwinęła anoreksję. Pomimo znacznego wyniszczenia organizmu nie otrzymała odpowiedniej pomocy ani wsparcia ze strony rodziny. Choroba przebiegała w kontekście samotności i braku ochrony ze strony dorosłych.

W obszarze relacji interpersonalnych pacjentka wcześniej angażowała się w związki przemocowe, odzwierciedlające wzorzec nierównowagi relacyjnej i braku bezpieczeństwa. W momencie rozpoczęcia terapii pozostawała w związku małżeńskim.

Aktualne trudności emocjonalne i relacyjne należy rozumieć w kontekście długotrwałych obciążeń rozwojowych, doświadczeń przemocy, parentyfikacji oraz braku adekwatnego wsparcia na kluczowych etapach życia.

Obraz kliniczny obejmował wysoką reaktywność sensoryczną, trudności w rozpoznawaniu i nazywaniu stanów emocjonalnych, częste przechodzenie w tryby ochronne, takie jak zamrożenie, nadmierna kontrola i dysocjacja, a także somatyzację napięcia.

Jednym z kluczowych obszarów trudności była relacja z jedzeniem, które pełniło zarówno funkcję regulacyjną, jak i kontrolującą. Pacjentka odmawiała jedzenia, jeśli posiłek nie został przygotowany przez inną osobę. Doświadczała oporu przed samodzielnym przygotowywaniem posiłków i często sięgała po słodycze, które nie wymagały żadnego przygotowania.

Dostęp do stabilnego stanu Ja-Dorosły – rozumianego zarówno w kategoriach analizy transakcyjnej, jak i koncepcji Self w pracy z częściami – był niestabilny i łatwo ulegał zaburzeniu w sytuacjach przeciążenia.

Podsumowując, konceptualizacja przypadku obejmowała współdziałanie trzech głównych czynników: (1) neurorozwojowych różnic związanych z autyzmem, (2) doświadczeń traumy relacyjnej oraz (3) niewystarczającej regulacji zewnętrznej w okresie rozwoju.

Wewnętrzny system pacjentki był zdominowany przez strategie ochronne, które umożliwiały funkcjonowanie kosztem kontaktu z własnymi potrzebami i emocjami.

Z perspektywy analizy transakcyjnej jej funkcjonowanie psychiczne można rozumieć jako system zorganizowany wokół strategii przetrwania wykształconych w odpowiedzi na wczesne doświadczenia przeciążenia oraz brak wystarczająco regulującej relacji opiekuńczej.

Istotną cechą struktury jej Ja był silny Krytyczny Rodzic, zinternalizowany poprzez doświadczenia przemocy, zaniedbania emocjonalnego i przedwczesnej odpowiedzialności za innych. Część ta komunikowała się poprzez presję samokontroli, minimalizowanie własnych potrzeb oraz przekonanie, że okazywanie bezradności lub zależności jest niebezpieczne.

W odpowiedzi dominującą pozycję zajął stan Dziecka Przystosowanego, organizujący funkcjonowanie wokół strategii nadmiernej kontroli, wycofania i zamrożenia.

W sytuacjach przeciążenia sensorycznego lub relacyjnego dostęp do stanu Ja-Dorosły – rozumianego jako zdolność refleksyjnego monitorowania siebie i adekwatnej regulacji emocjonalnej – ulegał szybkiemu dezorganizowaniu. Dorosły był obecny, jednak niestabilny i łatwo „przejmowany” przez strategie ochronne.

Z perspektywy skryptowej można przypuszczać, że wczesne decyzje życiowe koncentrowały się wokół konieczności samowystarczalności, ograniczania własnych potrzeb oraz utrzymywania kontroli jako warunku bezpieczeństwa.

Z perspektywy monodramatycznej system ten można rozumieć jako wewnętrzną strukturę złożoną z części pełniących określone funkcje ochronne. Szczególnie wyraźne były role, takie jak Kontroler (odpowiedzialny za utrzymywanie porządku i ograniczanie potrzeb), Zamrożone Dziecko (związane z bezradnością i przeciążeniem) oraz Opiekun (powiązany z parentyfikacją i odpowiedzialnością za innych).

Role te tworzyły dynamiczny system, w którym spontaniczne i żywotne aspekty Ja miały ograniczoną przestrzeń do wyrażania się. Wewnętrzna „scena” była zdominowana przez role ochronne organizujące funkcjonowanie wokół unikania zagrożenia, a nie eksplorowania potrzeb i emocji.

W rezultacie dostęp do roli obserwatora – odpowiadającej refleksyjnemu stanowi Ja-Dorosły w analizie transakcyjnej – pozostawał ograniczony i łatwo ulegał destabilizacji.

Przebieg procesu terapeutycznego

Proces terapeutyczny trwał około dwóch lat i obejmował około 100 indywidualnych sesji prowadzonych w cyklu cotygodniowym. Leczenie miało charakter etapowy i integracyjny, a cele terapeutyczne ewoluowały w czasie zgodnie z możliwościami regulacyjnymi pacjentki oraz jej potrzebami klinicznymi.

Początkowa faza terapii koncentrowała się na stabilizacji, regulacji sensorycznej, wzmacnianiu poczucia bezpieczeństwa w relacji terapeutycznej oraz zwiększaniu świadomości sygnałów płynących z ciała związanych z przeciążeniem i dysocjacją. Drugorzędnym celem było rozwijanie dostępu do stanu Ja-Dorosły jako podstawy refleksyjnego funkcjonowania.

Środkowa faza terapii skupiała się na identyfikowaniu zinternalizowanych wzorców relacyjnych, różnicowaniu stanów Ja i części ochronnych, wzmacnianiu umiejętności samoregulacji oraz poprawie rozpoznawania stanów emocjonalnych i sensorycznych. W tym okresie praca terapeutyczna obejmowała również trudności związane z jedzeniem, granice interpersonalne oraz ograniczanie zachowań maskujących.

Późniejsza faza była ukierunkowana przede wszystkim na integrację, obejmującą eksplorację traumatycznych doświadczeń relacyjnych, wzmacnianie sprawczości, rozwijanie zdolności do samoopieki oraz budowanie bardziej elastycznych wzorców relacyjnych. Interwencje monodramatyczne wprowadzono stopniowo po osiągnięciu odpowiedniego poziomu stabilizacji.

Efekty terapii obejmowały znaczną redukcję objawów lękowych, poprawę funkcjonowania w załoczonych i wymagających sensorycznie środowiskach, zwiększenie zdolności do pozostawania w obrębie okna tolerancji, większą świadomość emocjonalną, poprawę zachowań związanych z odżywianiem, pogłębienie rozumienia relacji rodzinnych oraz mniejsze uzależnienie od zewnętrznych źródeł regulacji.

Początkowy etap terapii, po zbudowaniu bezpiecznego przymierza terapeutycznego, koncentrował się na regulacji i stabilizacji układu nerwowego, rozumianych jako warunek konieczny dalszej pracy opartej na wglądzie. Regulacja nie była pojmowana jako tłumienie emocji, lecz jako rozwijanie zdolności do rozpoznawania sygnałów płynących z ciała, utrzymywania pobudzenia w tolerowalnym zakresie oraz powrotu do względnej równowagi po aktywacji systemu zagrożenia.

W pracy z pacjentką autystyczną z historią traumy relacyjnej przyjęto założenie, że proces regulacji rozpoczyna się w ciele, stabilizuje się w relacji terapeutycznej, a dopiero później może być wspierany refleksją poznawczą. Kluczową ramę teoretyczną stanowiła koncepcja okna tolerancji (Ogden i Fisher, 2015), rozumianego jako zakres pobudzenia, w którym możliwe jest jednoczesne przeżywanie emocji, zachowanie orientacji w czasie i przestrzeni oraz dostęp do refleksyjnego myślenia i zaangażowania relacyjnego.

Po przekroczeniu tego zakresu pacjentka doświadczała hiperaktywacji (np. lęku i napięcia) lub hipoaktywacji (np. zamrożenia, wyłączenia czy derealizacji). W związku z tym tempo pracy terapeutycznej było stale dostosowywane do aktualnego poziomu pobudzenia. Gdy ciało sygnalizowało przeciążenie, proces był spowalniany, a uwaga wracała do ugruntowania somatycznego.

Interwencje obejmowały mapowanie stresorów sensorycznych – szczególnie związanych ze środowiskiem pracy – rozpoznawanie wczesnych sygnałów przechodzenia w tryby ochronne, pracę z oddechem i rytmem oraz normalizowanie potrzeby stymulacji sensorycznej jako formy samoregulacji.

Regulacja pełniła również funkcję warunku koniecznego dla wzmacniania dostępu do stanu Ja-Dorosły jako centrum refleksyjnego zarządzania wewnętrznym systemem. Bez odpowiedniej stabilizacji próby pogłębiania wglądu mogłyby nasilać maskowanie, wstyd lub dysocjację. Faza stabilizacji nie była więc jedynie przygotowaniem do „właściwej” terapii traumy, lecz stanowiła jej fundament – przestrzeń, w której pacjentka stopniowo uczyła się doświadczać emocji w sposób możliwy do udźwignięcia, odzyskując poczucie sprawczości i elastyczności w obrębie własnego okna tolerancji.

W kolejnych miesiącach, gdy terapia weszła w bardziej stabilną fazę, interwencje miały głównie charakter somatyczno-refleksyjny i były ściśle dostosowywane do bieżącego monitorowania okna tolerancji. Sesje często rozpoczynały się od krótkiego skanu ciała, podczas którego pacjentka była zachęcana do nazywania jakości doznań, takich jak nacisk, ciężar, drżenie czy odrętwienie, bez natychmiastowej interpretacji.

Wprowadzono skalę pobudzenia (0–10), która wspierała stan Ja-Dorosły w rozpoznawaniu momentów zbliżania się do progu przeciążenia i podejmowaniu decyzji dotyczących adekwatnych reakcji, takich jak przerwa, zmiana pozycji ciała, rytmiczny ruch czy ograniczenie ilości bodźców.

W sytuacjach wzrastającej aktywacji stosowano mikroruchy, świadome wydłużanie wydechu oraz krótkie ćwiczenia ugruntowujące, pomagające organizmowi wrócić do tolerowalnego zakresu pobudzenia, zanim dojdzie do automatycznego przejścia w tryby ochronne, takie jak zamrożenie, nadmierna kontrola czy dysocjacja.

Równocześnie wzmacniano stan Ja-Dorosły jako instancję monitorującą i organizującą doświadczenie. Wykorzystywano uporządkowane refleksje w formie trzech kolumn: fakt – reakcja – wybór, co pomagało odróżniać dane sensoryczne od interpretacji.

Terapeuta modelował język Dorosłego, zatrzymując proces i zadając pytania, takie jak: „Jaki jest teraz obserwowalny fakt?”, „Jaki jest twój aktualny poziom pobudzenia?” czy „Czego w tej chwili potrzebuje twoje ciało?”.

W ramach analizy transakcyjnej szczególną uwagę poświęcano odróżnianiu komunikatów Krytycznego Rodzica (np. „przesadzasz”, „inni sobie radzą”) od rzeczywistych sygnałów przeciążenia fizjologicznego.

Krytyczny głos był eksternalizowany, nadawano mu nazwę, eksplorowano jego funkcję ochronną, a następnie stan Ja-Dorosły wyznaczał mu granice. W miejsce komunikatów krytycznych rozwijano bardziej wspierający dialog wewnętrzny: „Masz prawo być zmęczona”, „To bardzo dużo bodźców”, „Skupmy się teraz na regulacji”.

Stopniowo rozwijana była wewnętrzna struktura, w której Dorosły potrafił rozpoznawać aktywację, odróżniać ocenę od potrzeby i świadomie wybierać strategie regulacyjne zamiast automatycznie uruchamiać reakcje ochronne.

W miarę postępów terapii możliwe stało się pogłębianie pracy ze zranionymi częściami oraz doświadczeniami traumatycznymi. Proces ten miał charakter etapowy i pozostawał ściśle zgodny z zasadami regulacji emocjonalnej oraz pracy w obrębie okna tolerancji.

Analiza transakcyjna pełniła funkcję porządkującą i normalizującą, umożliwiając pacjentce rozumienie swoich reakcji jako aktywizacji określonych stanów Ja, a nie jako „braku kontroli” czy „wady osobowości”. Wprowadzała także perspektywę relacyjną, pozwalając postrzegać doświadczenia nie tylko jako konflikty wewnętrzne, ale również jako wzorce kształtowane w ważnych relacjach życiowych.

Z tej perspektywy trudności emocjonalne i impulsywne reakcje były rozumiane jako odpowiedzi pojawiające się w określonych kontekstach interpersonalnych – szczególnie związanych z brakiem bezpieczeństwa, nadmierną odpowiedzialnością lub doświadczeniami przemocy.

Praca terapeutyczna koncentrowała się na stopniowym wzmacnianiu stanu Ja-Dorosły, umożliwiając bardziej świadomą regulację reakcji, rozpoznawanie własnych granic oraz wybór bardziej adaptacyjnych form kontaktu interpersonalnego.

W tym kontekście asertywność była rozumiana jako zdolność komunikowania potrzeb i granic z poziomu Dorosłego, natomiast praca nad impulsywnością obejmowała rozpoznawanie momentów aktywizacji Dziecka oraz wprowadzanie krótkiej pauzy refleksyjnej wspierającej bardziej regulowane reakcje.

Na późniejszym etapie terapii, gdy udało się osiągnąć wystarczające poczucie bezpieczeństwa, wprowadzono elementy pracy monodramatycznej. Praca ta była prowadzona przy aktywnym udziale stanu Ja-Dorosły, który pełnił funkcję obserwującą i regulującą, zapewniając ugruntowanie w terażniejszości oraz zapobiegając zalaniu emocjonalnemu.

Interwencje monodramatyczne obejmowały nazywanie i różnicowanie części wewnętrznych oraz ich symboliczną reprezentację – na przykład za pomocą rysunków przedstawiających wewnętrzny krajobraz pacjentki i relacje pomiędzy poszczególnymi częściami.

Pacjentka stopniowo nadawała głos różnym częściom siebie, co ułatwiało ich ekspresję, a jednocześnie wspierało procesy mentalizacji i integracji. Pozwalało to na głębsze rozumienie konfliktów wewnętrznych przy jednoczesnym zachowaniu stabilności regulacyjnej i spójności Ja.

Istotnym obszarem pracy terapeutycznej była relacja pacjentki z jedzeniem, konceptualizowana nie tylko jako problematyczne zachowanie, lecz także jako element systemu regulacyjnego powiązanego z wczesnymi doświadczeniami deprywacji opiekuńczej.

W historii pacjentki jedzenie było silnie związane z relacjami. W okresie anoreksji nie otrzymała od matki symbolicznego „odżywienia emocjonalnego”, ponieważ matka nie była w stanie adekwatnie odpowiadać na jej potrzeby. Jednocześnie jedno z nielicznych pozytywnych wspomnień z dzieciństwa dotyczyło ojca przynoszącego jej po pracy słodycze – gestu, który na krótko dawał poczucie troski i bycia zauważoną.

W konsekwencji w dorosłości jedzenie pozostało silnie związane z obecnością drugiej osoby i było przeżywane bardziej jako coś „otrzymywanego” od innych niż jako akt troski o siebie. Pacjentka miała trudności z samodzielnym przygotowywaniem posiłków i często oczekiwała, że „figura opiekuńcza” – najczęściej mąż – zapewni jej jedzenie.

W terapii celowo unikano konfrontacyjnego podejścia do zachowań związanych z jedzeniem. Zamiast tego relacja z jedzeniem była eksplorowana jako przejaw działania części ochronnych, które historycznie pomagały pacjentce radzić sobie z deprywacją emocjonalną, brakiem troski oraz poczuciem bezradności.

Z perspektywy analizy transakcyjnej trudność w „karmieniu samej siebie” była rozumiana jako ograniczony dostęp do opiekuńczego Dorosłego oraz brak uwewnętrznionego Opiekuńczego Rodzica.

Dlatego praca terapeutyczna koncentrowała się na rozwijaniu bardziej współczującej relacji pomiędzy Dorosłym a częściami reprezentującymi głód, zależność i bezradność.

W pracy monodramatycznej doświadczenia te były eksplorowane poprzez symboliczne role wprowadzane na wewnętrzną „scenę”, takie jak Głodna część (reprezentująca potrzebę troski i regulacji), Bezradna część (związana z doświadczeniem opuszczenia i braku wsparcia) oraz Opiekuńcza część (zdolna do udzielania wsparcia).

Pracę monodramatyczną wprowadzano stopniowo po kilku miesiącach działań stabilizujących, gdy pacjentka wykazywała bardziej stały dostęp do stanu Ja-Dorosły oraz większą zdolność pozostawiania w obrębie okna tolerancji podczas kontaktu z emocjonalnie aktywizującym materiałem.

Podstawową funkcją monodramy nie była katharsis ani ekspozycja emocjonalna, lecz konkretyzacja i różnicowanie doświadczeń wewnętrznych oraz wzmacnianie funkcji refleksyjnych. Sesje zazwyczaj przebiegały według uporządkowanego schematu: ugruntowanie, identyfikacja aktywacji, różnicowanie ról, krótka praca doświadczeniowa, refleksja oraz regulacja przed zakończeniem spotkania.

Przykładowo, podczas pracy nad trudnościami związanymi z jedzeniem pacjentka zidentyfikowała trzy wspomniane wcześniej symboliczne role: Głodną część, Bezradną część i Opiekuńczą część. Role te zostały rozmieszczone w przestrzeni przy użyciu krzesła ustawionych w różnych odległościach od siebie. Pacjentka była zachęcana do przemieszczania się pomiędzy nimi i opisywania doznań cielesnych, myśli oraz impulsów pojawiających się w każdej z ról. Początkowo Głodna część była przeżywana jako roszczeniowa i zawstydzająca, natomiast Bezradna część wyrażała przekonanie, że troska powinna

pochodzić wyłącznie od innych ludzi. Poprzez dialog prowadzony z perspektywy Dorosłego pacjentka stopniowo eksplorowała alternatywne sposoby reagowania i eksperymentowała z perspektywą Opiekuńczej części, która z czasem została zintegrowana z codziennymi praktykami samoopieki.

Terapeutka przez cały czas utrzymywała aktywną rolę reżysera procesu, monitorując poziom pobudzenia, spowalniając aktywację, gdy było to konieczne, oraz regularnie kierując uwagę pacjentki na doznania płynące z ciała i poczucie bezpieczeństwa w chwili obecnej. Praca doświadczeniowa była celowo krótka i następowała po niej refleksyjna integracja, aby zminimalizować ryzyko przeciążenia oraz reakcji dysocjacyjnych.

Z czasem pacjentka rozwinęła zdolność przyjmowania roli gospodarza własnej przestrzeni wewnętrznej. Metafora domu stała się centralnym elementem procesu terapeutycznego – zaczęła postrzegać siebie jako osobę zdolną do tworzenia bezpiecznego miejsca dla własnych potrzeb i emocji.

W tych ramach „karmienie siebie” przestało być wyłącznie zachowaniem związanym z jedzeniem, a stało się symbolicznym wyrazem troski o siebie oraz odpowiedzialności za własny dobrostan.

Stopniowo możliwe stało się zbudowanie wewnętrznego doświadczenia, w którym Dorosły – jako gospodarz wewnętrznego domu – potrafił zauważyć głodną część, „zaprosić ją do stołu” i odpowiedzieć na jej potrzeby w sposób regulujący i wspierający.

Dyskusja

Przedstawiony opis procesu terapeutycznego potwierdza zasadność wykorzystania analizy transakcyjnej i monodramy jako ram konceptualnych w psychoterapii dorosłych kobiet autystycznych, szczególnie w kontekście współwystępującej traumy relacyjnej oraz długotrwałego maskowania.

Analiza transakcyjna okazała się użyteczna nie tylko jako model służący rozumieniu relacji i komunikacji, lecz przede wszystkim jako strukturalny język organizowania doświadczeń wewnętrznych pacjentki, umożliwiający jej stopniowe odzyskiwanie poczucia sprawczości w obszarze funkcjonowania emocjonalnego i relacyjnego.

Monodrama, jako forma pracy z częściami osobowości, pogłębiała proces terapeutyczny poprzez umożliwienie przejścia od poziomu narracyjnego do poziomu doświadczeniowego. Miało to szczególne znaczenie w pracy z pacjentką prezentującą wysoki poziom aleksytymii oraz tendencję do intelektualizacji.

Ucieleśniona reprezentacja stanów Ja, części ochronnych oraz ról społecznych umożliwiała ich mentalizowanie i integrowanie bez konieczności natychmiastowego werbalizowania emocji. W tym sensie monodrama pełniła funkcję pomostu pomiędzy regulacją somatyczną a refleksyjnym funkcjonowaniem stanu Ja-Dorosły.

Z perspektywy klinicznej istotne jest również podkreślenie znaczenia odpowiedniego tempa pracy oraz wydłużonego etapu stabilizacji w terapii kobiet autystycznych. Opisany proces potwierdza obserwacje wskazujące, że nacisk na szybkie uzyskiwanie wglądu lub intensywną eksplorację doświadczeń traumatycznych może zwiększać przeciążenie i wtórnie wzmacniać strategie maskowania.

Analiza transakcyjna, dzięki swojej strukturalnej naturze i koncentracji na „tu i teraz”, wspierała utrzymywanie procesu terapeutycznego w obrębie okna tolerancji oraz pozwalała pacjentce zachować poczucie kontroli nad przebiegiem terapii.

Ograniczeniem niniejszego badania jest fakt, że opiera się ono na pojedynczym przypadku, co uniemożliwia formułowanie uogólnionych wniosków. Niemniej jednak szczegółowy, narracyjny opis procesu terapeutycznego wnosi istotny wkład do rozwijającego się obszaru badań nad psychoterapią dorosłych kobiet autystycznych, zwłaszcza w kontekście analizy transakcyjnej i monodramy – podejść nadal słabo reprezentowanych w tej populacji.

Pomimo swojej użyteczności klinicznej integracja analizy transakcyjnej i monodramy wiązała się z określonymi wyzwaniem i ograniczeniami. Praca monodramatyczna, nawet w formie indywidualnej, może zwiększać poziom aktywacji emocjonalnej i wymaga starannego dostosowywania tempa, szczególnie u osób autystycznych z historią traumy oraz trudnościami w zakresie świadomości interocep-

tywnej. Symboliczne i doświadczeniowe elementy monodramy mogą być również odbierane przez niektórych pacjentów autystycznych jako dezorientujące, zbyt abstrakcyjne lub emocjonalnie przytłaczające, zwłaszcza w okresach przeciążenia sensorycznego lub dysocjacji.

Kolejne ograniczenie dotyczy wysokiego stopnia indywidualizacji procesu terapeutycznego. Interwencje były stale dostosowywane do profilu sensorycznego pacjentki, poziomu pobudzenia oraz jej możliwości regulacyjnych, co ogranicza możliwość bezpośredniego przeniesienia tego modelu pracy na inne kobiety autystyczne. Ponadto, ponieważ prezentowane podejście łączy wiele modalności terapeutycznych – w tym regulację somatyczną, pracę z częściami, analizę transakcyjną i monodramę – trudno jednoznacznie określić, które z komponentów miały największy wpływ na uzyskaną zmianę terapeutyczną.

Podejście przedstawione w niniejszym artykule różni się od wielu interwencji powszechnie stosowanych w pracy z dorosłymi osobami autystycznymi, ponieważ łączy uporządkowaną organizację poznawczą z ucieleśnioną pracą doświadczeniową, przy jednoczesnym silnym nacisku na regulację i odpowiednie tempo procesu. Zamiast opierać się przede wszystkim na werbalnym wglądzie, restrukturyzacji poznawczej czy mechanizmach ekspozycyjnych, model ten nadaje priorytet konkretyzacji doświadczeń wewnętrznych i wykorzystuje regulację uwzględniającą specyfikę sensoryczną jako warunek wstępny głębszej pracy terapeutycznej.

W porównaniu z podejściami silnie opartymi na abstrakcyjnym języku emocji, monodrama może być bardziej dostępna dla osób autystycznych z aleksytymią, wysokim poziomem maskowania lub trudnościami w identyfikowaniu stanów wewnętrznych. Analiza transakcyjna dostarcza uporządkowanych ram organizujących doświadczenia w rozpoznawalne wzorce i stany, natomiast monodrama pozwala tym doświadczeniom stać się obserwowalnymi, ucieleśnionymi i znaczącymi w kontekście relacyjnym.

Potencjalna wartość tej integracji nie wynika z jej przewagi nad innymi podejściami terapeutycznymi, lecz z jej szczególnej adekwatności do potrzeb kobiet autystycznych, których trudności obejmują współwystępowanie przeciążenia sensorycznego, traumy relacyjnej, fragmentarycznego doświadczenia siebie oraz ograniczonego dostępu do emocji za pośrednictwem samego języka.

Przyszłe badania mogłyby obejmować analizę większej liczby przypadków, porównanie różnych modalności terapeutycznych oraz badania jakościowe eksplorujące doświadczenia kobiet autystycznych uczestniczących w terapii opartej na analizie transakcyjnej i monodramie.

Wnioski

Integrację analizy transakcyjnej i monodramy można rozumieć jako komplementarne połączenie podejścia strukturalno-poznawczego z podejściem doświadczeniowym.

Analiza transakcyjna dostarcza przejrzystego modelu konceptualizacji funkcjonowania psychicznego poprzez stany Ja, skrypty życiowe oraz przekazy wewnętrzne, umożliwiając pacjentce organizowanie własnych doświadczeń i wzmacnianie refleksyjnej funkcji stanu Ja-Dorosły jako centrum regulacji.

W prezentowanym przypadku model ten pozwolił na rozpoznanie dominacji Krytycznego Rodzica oraz Dziecka Przystosowanego, przejawiającej się między innymi silnym maskowaniem, nadmierną kontrolą oraz dewaluującymi przekazami wewnętrznymi (np. „inni sobie radzą”, „nie powinnam być taka wrażliwa”).

Jednocześnie monodrama wprowadziła wymiar działania i ucieleśnienia, umożliwiając bezpośrednie doświadczanie tych części w przestrzeni terapeutycznej. Przykładowo, jedna z części ochronnych została nazwana przez pacjentkę „Częścią Maskującą”, a jej funkcja była eksplorowana poprzez symboliczne umieszczenie w przestrzeni oraz dialog prowadzony z perspektywy stanu Ja-Dorosły.

W innych momentach role somatyczne, takie jak „Zamrożona” czy „Czujna”, stanowiły punkt wyjścia do pracy terapeutycznej, szczególnie w sytuacjach przeciążenia sensorycznego w miejscu pracy. Pozwalało to przejść od przednarracyjnego doświadczenia cielesnego do mentalizacji i refleksji.

W rezultacie analiza transakcyjna pełniła funkcję ram organizujących doświadczenie, natomiast monodrama umożliwiała jego bezpośrednie przeżywanie i integrację.

Takie połączenie sprzyjało pogłębianiu wglądu przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa regulacyjnego w procesie terapeutycznym. Miało to szczególne znaczenie w pracy z pacjentką autystyczną, która początkowo prezentowała wysoki poziom aleksytymii oraz doświadczenia traumy relacyjnej. W jej przypadku doświadczeniowy charakter interwencji zwiększał zarówno dostępność, jak i skuteczność psychoterapii.

Bibliografia

Książki

- Berne, E. (1998). *What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny*. HarperCollins.
- Berne, E. (2010). *Games People Play: The Psychology of Human Relationships*. Penguin Books.
- Bielańska, A. (red.). (2009). *Psychodrama: Elementy teorii i praktyki*. Eneteia.
- Jagiela, J. (red.). (2011). *Analiza transakcyjna w edukacji*. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.
- Jagiela, J. (2012). *Słownik analizy transakcyjnej*. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.
- Kellermann, P. F. (1992). *Focus on Psychodrama: The Therapeutic Aspects of Psychodrama*. Jessica Kingsley Publishers.
- Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama* (t. 1): *Foundations of Psychotherapy*. Beacon House.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*. W. W. Norton & Company.
- Stewart, I., & Joines, V. (2009). *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. Lifespace Publishing.

Artykuły naukowe

- Belcher, H. L., Morein-Zamir, S., Stagg, S. D., & Ford, T. (2022). Sex differences in psychiatric comorbidity in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 15(2), 297–309. <https://doi.org/10.4088/PCC.21m03189>
- Bird, G., & Cook, R. (2013). Mixed emotions: The contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. *Translational Psychiatry*, 3, e285. <https://doi.org/10.1038/tp.2013.61>
- Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the reasons, contexts and costs of camouflaging for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(5), 1899–1911. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-03878-x>
- Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814–823. <https://doi.org/10.1177/1362361315577517>
- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>
- Rødgaard, E.-M., Jensen, K., Vergnes, J.-N., Soulières, I., & Mottron, L. (2019). Temporal changes in effect sizes of studies comparing individuals with and without autism: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1124–1132. <https://doi.org/10.1001/amapsychiatry.2019.1956>
- Weiss, J. A., & Fardella, M. A. (2018). Victimization and perpetration experiences of adults with autism. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 203. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00203>

- Westwood, H., & Tchanturia, K. (2017). Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
- Yau, N., Anderson, S., & Smith, I. C. (2023). How is psychological wellbeing experienced by autistic women? Challenges and protective factors: A meta-synthesis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 102, Article 102101. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2022.102101>