МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
СВЕТИ НИКОЛЕ
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА:
КЛИНИЧКА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКА РАБОТА

ВЛИЈАНИЕ НА ПРЕЦЕПЦИЈАТА НА СТРЕС ВРЗ ПОЈАВАТА НА АНКСИОЗНОСТ ВО СРЕДНАТА ДОБА

СТУДЕНТ: ЈЕЛЕНА ВАСЕЛИЧ МИЛОСАВЉЕВИЧ
БРОЈ НА ИНДЕКС: M213001
МЕНТОР: Д-Р СЛАЃАНА АНЃЕЛКОСКА

Апстракт

Овој труд ја истражува поврзаноста помеѓу перцепцијата на стрес и појавата на анксиозност и депресија кај лицата во средна доба. Периодот на средно доба претставува значаен преоден период од животот, обележан со низа психолошки, социјални и биолошки промени кои често предизвикуваат зголемено чувство на стрес. Начинот на кој поединците ги доживуваат и толкуваат животните предизвици, односно нивната перцепција на стресот, игра клучна улога во одржувањето на психичката стабилност и во превенцијата од појава на негативни емоционални состојби.

Истражувањето тргнува од претпоставката дека различното ниво на перцепција на стрес влијае врз степенот на анксиозност и депресија. Лицата кои се соочуваат со долготраен или интензивен стрес, а не поседуваат соодветни стратегии за справување, имаат поголема веројатност да развијат анксиозни или депресивни симптоми. Напротив, оние кои имаат позитивна перцепција, висока самодоверба и чувство на контрола врз ситуациите, полесно се адаптираат и покажуваат психолошка отпорност. Ваквиот пристап укажува дека не е секојдневниот стрес тој што директно го нарушува менталното здравје, туку начинот на кој личноста го доживува и интерпретира.

Резултатите и теоретските согледувања потврдуваат дека средната доба е критичен период во кој се испреплетуваат личните, семејните и професионалните фактори кои го оформуваат психолошкиот одговор на стресот. Разбирањето на врската меѓу перцепцијата на стрес, анксиозноста и депресијата овозможува подобра превенција и развој на стратегии за ментално здравје кај возрасната популација. Овој труд има за цел да придонесе кон подлабоко разбирање на психолошките механизми на справување со стресот во средната доба и нивната улога во одржување на емоционалната рамнотежа и животното задоволство.

Клучни зборови: ***анксиозност, депресија, перцепција на стрес и средно доба***.

Abstract

This paper explores the relationship between the perception of stress and the occurrence of anxiety and depression among individuals in middle adulthood. The period of middle age represents a significant transitional stage in life, characterized by numerous psychological, social, and biological changes that often lead to an increased sense of stress. The way individuals experience and interpret life challenges — that is, their perception of stress — plays a crucial role in maintaining psychological stability and preventing the development of negative emotional states.

The research is based on the assumption that different levels of stress perception influence the degree of anxiety and depression. Individuals exposed to prolonged or intense stress, who lack adequate coping strategies, are more likely to develop anxiety or depressive symptoms. In contrast, those with a positive perception, high self-confidence, and a strong sense of control over situations adapt more easily and demonstrate greater psychological resilience. This perspective highlights that it is not everyday stress itself that directly impairs mental health, but rather the way a person perceives and interprets it.

The findings and theoretical insights confirm that middle adulthood is a critical period in which personal, family, and professional factors intertwine to shape the psychological response to stress. Understanding the connection between stress perception, anxiety, and depression allows for better prevention and the development of strategies to promote mental health among adults. The purpose of this paper is to contribute to a deeper understanding of the psychological mechanisms of coping with stress during middle adulthood and their role in maintaining emotional balance and overall life satisfaction.

Keywords: ***anxiety, depression, middle adulthood, perception of stress***

Содржина

Содржина 4
Вовед 6
1. Дефиниција на средна возраст 7
1.2. Теоретски рамки на средната возраст 9
1.2.1. Психосоцијалната теорија на Ериксен 9
1.2.1.1. Фази на психосоцијален развој по Ерик Ериксон 9
1.2.1.2. Критики на Ериксоновата теорија 15
1.2.2. Левинсоновата теорија 17
1.3. Предизвици на средната доба 21
1.3.1. Постои ли криза на средната доба кај секоја личност 25
1.3.2. Когниција во средната зрелост 28
1.3.3. Субјективно стареење 31
1.3.4. Задоволство од работата 32
1.3.5. Рамнотежа помеѓу работата и семејството 34
1.3.6. Среќата во средните години 36
1.4. Врска помеѓу анксиозноста и депресијата 38
1.4.1. Идентификување на знаци на анксиозност и депресија 40
1.5. Анксиозност 43
1.5.1. Влијание на анксиозноста врз нас 45
1.5.2. Анксиозни нарушувања 46
1.5.3. Предизвикување на анксиозни растројства 47
1.5.4. Видови на анксиозни нарушувања 50
1.5.5. Фактори 51
1.5.5.1. Биолошки фактори 51
1.5.5.2. Генетски фактори 51
1.5.5.3. Медицински фактори 52
1.5.5.4. Општествени фкатори 52
1.5..6. Закрепнување и спречување на рецидив 53
1.6. Знаци на депресија 54
1.6.1. Блага депресија 56
1.6.2. Умерена депресија 57
1.6.3. Тешка депресија 58

1.6.4. Како изгледа и се чувствува депресијата 59
1.6.5. Без разлика на видот, депресијата се лекува 60
2. Методолошки дел 63
2.1. Проблем на истражување 63
2.2. Цели и задачи 65
2.3. Истражувачки хипотези 66
2.4. Дефинирање на варијабли 67
2.5. Метод на истражување 68
2.6. Техники и мерни инструменти 69
2.7. Популација и примерок на истражување 70
2.8. Обработка на податоците 71
2.9. Организација и спроведување на истражувањето 73
3. Резултати 75
3.1. Дескриптивна статистика 75
3.2. Тестирање на хипотези 78
Дискусија 84
Користена литература 89

Вовед

Периодот на средна доба претставува една од најкомплексните фази во животниот циклус на човекот, во која поединецот се соочува со бројни животни предизвици и трансформации. Во оваа возраст, личноста се наоѓа помеѓу стабилизираноста на зрелоста и неминовните промени што ги носи стареењето. Справувањето со различните предизвици – професионални, семејни, здравствени и лични – бара голема психолошка флексибилност и способност за адаптација. Луѓето во овој период најчесто користат комбинација од рационални стратегии, насочени кон решавање на конкретни проблеми, и емоционални стратегии кои помагаат во регулирање на внатрешната напнатост. Начинот на кој ќе се справат со животните ситуации зависи од нивната личност, животното искуство, како и од поддршката што ја добиваат од околината.

Луѓето во средна доба се наоѓаат во чувствителен, но и суштински важен период од животот, кога нивната способност за справување со стресот е од пресудно значење за нивната психолошка благосостојба. Начинот на кој го перципираат стресот директно влијае на појавата или намалувањето на анксиозноста и депресијата. Развивањето на ефективни стратегии за справување, заедно со поддршка од семејството и општеството, претставува клучен услов за одржување на рамнотежата меѓу внатрешните потреби и надворешните барања на животот во оваа фаза.

Силната поврзаност помеѓу стресот, анксиозноста и депресијата укажува дека психолошката рамнотежа во средната доба е резултат на сложен процес на прилагодување. Непроцесираниот или игнориран стрес може постепено да прерасне во анксиозност, која пак води кон чувство на безнадежност и губење на енергија, карактеристично за депресивните состојби. Од друга страна, успешното справување со стресот може да биде фактор на личен раст, зголемена самодоверба и чувство на животна смисла. Затоа, промовирањето на здрави начини на справување со стресот – како што се физичка активност, психолошка поддршка, позитивно размислување и одржување на квалитетни односи – има огромно значење за менталното здравје на возрасните лица.

Перцепцијата за справување со стресот има клучна улога во зачувувањето на менталното здравје. Доколку личноста верува дека може да влијае на ситуацијата и дека поседува ресурси за да се справи со неа, се намалува веројатноста за појава на анксиозност и депресија. Напротив, доколку доминира чувство на беспомошност и уверување дека исходот е надвор од нејзина контрола, се зголемува ризикот од појава на негативни емоционални реакции. Оваа перцепција не зависи само од личните карактеристики, туку и од социјалните фактори – образованието, работниот статус, семејната структура и квалитетот на меѓучовечките односи.

Стресот претставува постојан придружник на современиот живот, а во средната доба неговото влијание станува особено изразено. Во оваа фаза, поединецот често се наоѓа под зголемен притисок — професионален, финансиски, семеен или здравствен. Долготрајната изложеност на стрес може да предизвика нарушувања во емоционалната рамнотежа, појава

на хроничен замор и физички симптоми, но и намалена мотивација и задоволство од секојдневието. Перцепцијата на стресот е индивидуална, и токму таа одредува дали лицето ќе го доживее стресот како предизвик или како закана. Лица кои имаат поголема контрола врз своите мисли и емоции, кои имаат развиено механизми за справување и стабилна социјална поддршка, покажуваат поголема отпорност и психолошка стабилност.

1. Дефиниција на средна возраст

Средна возраст, период на човековата зрелост што непосредно претходи на почетокот на староста . Иако возрасниот период што ја дефинира средната возраст е донекаде произволен, значително се разликува од личност до личност, генерално се дефинира како период помеѓу 40 и 60 години. Физиолошките и психолошките промени што ги доживува лице на средна возраст се фокусираат на постепеното опаѓање на физичките способности и свеста за смртноста. Во средната возраст, релативните потенцијали на минатото, сегашноста и иднината се менуваат бидејќи поединецот сè повеќе насочува напори кон процесот на сеќавање и потсетување на минатото, наместо кон предвидување на иднината. Доколку се пристапи конструктивно, средната возраст може да го подготви поединецот за задоволителна и продуктивна старост.

Средната возраст е период на оптимално ментално функционирање кога интелектуалните , емоционалните и социјалните способности на поединецот се на врвот за да ги задоволат барањата на кариерата, бракот и децата. Некои психолози разграничуваат различни периоди и транзиции во раната до средната зрелост кои вклучуваат кризи или преиспитувања на животот и резултираат со одлуки во врска со нови обврски или цели. Во текот на средината на 30-тите години, луѓето развиваат чувство на временско ограничување, а претходните модели на однесување или верувања може да се напуштат во корист на нови.

Средната возраст е период на прилагодување помеѓу потенцијалите на минатото и ограничувањата на иднината. Кај некои лица е забележан емоционален бунт, понекогаш нареченкриза на средниот век, предизвикана од сфаќањето дека останува помалку време за живеење отколку што веќе е живеено. Кај жените, драматичните промени во

производството на хормони доведуваат до појава наменопауза . Честопати жените чии деца пораснале или го напуштиле домот го доживуваат „синдромот на празно гнездо“ - чувство на непосакуваност или непотребност. Во доцната средна возраст, поединците стануваат посвесни за лошото здравје и на тој начин можат свесно или несвесно да ги променат обрасците на својот живот. Поединците ги прифаќаат границите на своите достигнувања и или наоѓаат задоволство во нив или очајуваат и стануваат вознемирени поради неостварени цели или неостварени аспирации . За време настароста , сензорните и перцептивните вештини, мускулната сила и меморијата имаат тенденција да се намалуваат, иако интелигенцијата не. Овие промени, заедно со пензионирањето од активно вработување, имаат тенденција да ги направат постарите лица позависни од своите деца или други помлади луѓе, и емоционално и физички.

Средната зрелост е златното доба на зрелоста бидејќи тоа е интервал на релативна стабилност карактеризиран (за повеќето) со физичко здравје, емоционална зрелост, јасно дефинирано чувство за себе, компетентност и моќ во работната ситуација и задоволувачки односи со сопружникот, децата, родителите, пријателите и колегите.

Не постои остра физичка или психолошка димаркација помеѓу младата и средната зрелост. Процесот на физичка регресија, започнат во младата зрелост, се забрзува и станува моќно организациско влијание врз интрапсихичкиот живот; но промената е бавна, за разлика од на пример, ненадејниот биолошки пресврт на пубертетот кој го иницира адолесцентниот процес. Психолошки, средната возраст е време на значителна промена - умот на 50-годишникот е квалитативно различен од оној на 30-годишникот - но, како и со процесот на стареење во телото, трансформацијата е постепена и не се доживува како нарушување. Стивенс-Лонг (1990) ја опиша транзицијата во социјална терминологија. Развојот во младата зрелост се чини дека е вграден во блиските односи. Интимноста, љубовта, посветеноста и анализата на односите во рамките на конечен систем - сите се чини дека се поврзани со совладувањето на тие односи кои се најнепосредни за личното искуство. Транзицијата од младата зрелост во средната возраст подразбира проширување на загриженоста за поширокиот општествен систем. Појавата на интрасистемското размислување подразбира диференцијација на сопствениот „социјален, политички и историски систем“ од другите, разбирање на неговите силни страни и слабости и

способност за идентификување со, а со тоа и чувство на сочувство, за друг човечки систем. Во младоста учиме да разбираме и да се идентификуваме со друг човечки систем.

1.2. Теоретски рамки на средната возраст

1.2.1. Психосоцијалната теорија на Ериксен

Ериксон, психоаналитичар и професор на Харвард, ја создаде она што подоцна стана најпопуларната и највлијателна теорија за човековиот развој во психологијата. Неговиот модел - кој вклучува осум фази на психосоцијален раст - ја замени контроверзната теорија на Фројд центрирана за психосексуалниот развој.

Можеби најважно од сè, секоја фаза – под влијание на биолошки, психолошки и социјални фактори – била последователна, од раѓање до детство, од детство до зрелост, од средна возраст до, конечно, старост. И, за разлика од другите теории, трансформацијата на личноста не завршила со адолесценцијата, туку, произлезена од конфликт, продолжила сè до конечноста.

1.2.1.1. Фази на психосоцијален развој по Ерик Ериксон

Теоријата за психосоцијален развој на Ерик Ериксон (1958, 1963) предлага дека нашата личност се развива низ осум фази, од детство до старост. Тој тврдеше дека социјалното искуство е вредно во текот на целиот живот, при што секоја фаза е препознатлива по специфичниот конфликт со кој се соочуваме помеѓу нашите психолошки потреби и околната социјална средина. За да станеме целосно функционални, самоуверени членови на општеството, мора успешно да ја завршиме секоја фаза и да решиме две спротивставени состојби; на пример, оние на доверба наспроти недоверба и автономија наспроти срам .

Кога сме успешни, стекнуваме основни човечки доблести и здрава личност; стануваме добро прилагодени и подобро подготвени за предизвиците подоцна во животот.

Од друга страна, неуспехот води до тешкотии во насочувањето кон нашата иднина и длабоко влијание врз нашето чувство за себе, нашата личност. Остануваме да се чувствуваме несоодветни.

Во првата фаза од психосоцијалниот модел на Ериксон, детството е клучно за нашиот психосоцијален развој. Во текот на нашите први 18 месеци, сме несигурни за светот во кој се наоѓаме и мора да развиеме основна доверба. На крајот на краиштата, ние сме целосно зависни од нашите старатели за топлина, љубов, стабилност и грижа. Ако сме сигурни и предвидливи, стекнуваме самодоверба, чувство на сигурност и сигурност во светот (Syed & McLean, 2018).

Ако грижата е недоследна и несигурна, тогаш довербата ќе пропадне. На пример, кога лицата што се грижат за нас нè отфрлаат, не ги задоволуваат нашите потреби или се емоционално одвоени , може да заклучиме дека не можеме да се потпреме на возрасните. Неуспехот во првата фаза резултира со развој на страв, недоверба, сомневање, вознемиреност и, на крајот, верување дека светот е непредвидлив. Може да станеме вознемирени, верувајќи дека немаме контрола или влијание врз нашата околина.

Добрата рамнотежа помеѓу довербата и недовербата значи дека остануваме отворени за искуства, а сепак свесни за потенцијалната опасност. На крајот на краиштата, малку е веројатно и не е препорачливо детето да стане целосно доверливо или целосно да нема доверба. Успехот во првата фаза води до доблеста на надежта - чувството дека каква и да е кризата со која ќе се соочиме, ќе има некој околу нас да ни пружи поддршка и помош.

Втората фаза се фокусира на раното детство – од 18 месеци до три години – кога стекнуваме независност и зголемена перцепција за контрола врз нашите физички вештини (Ериксон, 1958, 1963). Иако е во рана фаза од развојот, почнуваме да развиваме зголемено чувство за лична контрола и стекнуваме чувство на независност. Обично околу ова време, родителите, наставниците и старателите почнуваат да им даваат на децата одреден степен на избор, дозволувајќи им сами да извршуваат дејства. Затоа, стануваме сè помобилни и се развиваме физички, потврдувајќи ја нашата независност, облекувајќи се и играјќи со други деца и играчки.

Според Ериксон, обуката за користење тоалет е клучна за учење физичка контрола и, на крајот, за развој на автономија. Успехот над телесните функции и преземањето контрола врз едноставните избори води до чувство на лична моќ, чувство на автономија, зголемена независност и поголемо чувство за способност за преживување во светот. Во текот на втората фаза, родителите треба да очекуваат и да го охрабрат своето дете да ги истражува границите, нежно растегнувајќи ги, а воедно избегнувајќи критики кога ќе не успеат. Резултирачкото чувство на сигурност и самодоверба се клучни за нашиот напредок во последователните фази и водат кон доблеста на волјата.

Меѓутоа, ако сме претерано критикувани и контролирани, или ако ни е спречено да се наметнеме, може да се чувствуваме неспособни да преживееме, да ни недостасува самодоверба и претерано зависни од другите. Всушност, чувството на срам поради несреќи во тоалет може да влијае на нашето чувство за лична контрола и да го зголеми нивото на сомнеж. Соодветна рамнотежа помеѓу срамот, сомнежот и автономијата е од суштинско значење за доблеста на волјата - детето верува дека може да дејствува со намера, наместо да доживее чувство на несоодветност и сомнеж.

Третата фаза на психосоцијален развој на Ериксон се јавува во предучилишна возраст, на возраст помеѓу три и пет години. Во овој момент од нашиот психосоцијален развој – кога се јавува конфликт помеѓу иницијативата и вината – учиме да се наметнеме и обично почнуваме да ги насочуваме играта и социјалните интеракции.

За нашите родители, нашето однесување може да изгледа енергично, претерано наметливо, па дури и агресивно, а сепак ние ги истражуваме нашите меѓучовечки вештини. Ако сме премногу ограничени од такво истражување – или преку родителска контрола или преку зголемена критика – можеме да развиеме чувство на вина. Слично на тоа, иако постојаното испрашување во оваа фаза понекогаш може да биде заморно, ако е скратено од страна на старателите, може да се сметаме себеси за досада, спречувајќи ги нашите интеракции со другите. И сепак, ако сме успешни во третата фаза, учиме да се чувствуваме способни, сигурни и способни да ја користиме нашата иницијатива. Ако не успееме, може да страдаме од чувство на вина и сомнеж во себе и да станеме помалку склони да водиме.

Успехот во третата фаза е од витално значење за градење на доблеста на целта, а не на чувството на вина. Сепак, рамнотежата помеѓу иницијативата и вината останува клучна за развивање на здрав начин на размислување .

Во четвртата фаза од психосоцијалната теорија на Ериксон – на возраст од 5 до 12 години – ние сме потопени во свет на образование, учиме да читаме, пишуваме и решаваме математички загатки (Ериксон, 1958, 1963). Наставниците играат суштинска улога во нашиот континуиран раст во оваа фаза. Во исто време, врсничките групи и социјалните интеракции се сè повеќе релевантни во развојот на нашата самодоверба, а чувствата на гордост се појавуваат кога успешно ги извршуваме или завршуваме задачите.

Всушност, добивањето одобрение е мотивирачки фактор и наскоро учиме да го поврзуваме со покажување специфични компетенции што ги ценат нашите врсници и возрасни. Во текот на овие години, барањата од нас значително се зголемуваат; станува неопходно за нас да научиме како да се справиме со многуте социјални и академски очекувања (Syed & McLean, 2018). Доколку е успешен, развојот води кон доблеста на компетентноста, додека неуспехот може да резултира со чувство на инфериорност, каде што се чувствуваме неспособни да извршуваме специфични вештини.

Рамнотежата во четвртата фаза води до чувство на исполнетост и компетентност, и почнуваме да веруваме во нашата способност да се справиме со постојните и новите ситуации. Всушност, учењето да се падне може да биде клучен елемент во нашето созревање - што води до развој на скромност - додека успехот ја задоволува нашата основна психолошка потреба за чувство на компетентност.

Тинејџерските години можат да бидат застрашувачки, и за адолесцентите и за родителите. Новите можности, искуства и промени во телото и умот во петтата фаза се клучни за нашето чувство за тоа кои сме и имаат значително влијание врз нашите возрасни години. Овие години на формирање – на возраст од 12 до 18 години – овозможуваат вредно и длабинско истражување на верувањата, целите и вредностите, додека се бара личен идентитет и чувство за себе. Преминот помеѓу детството и зрелоста е клучен. Стануваме сè понезависни и почнуваме да размислуваме за кариерата, семејството, пријателите и нашето место во општеството.

Според Ериксон (1963), петтата фаза од психосоцијалниот развој постои „ помеѓу моралот што го учи детето и етиката што треба да ја развие возрасниот “ . Затоа, од витално значење е младите возрасни да ги научат улогите што можеме да ги усвоиме откако ќе созрееме - вклучително и сексуалното - како што се трансформира нашата слика за телото . Успехот води до верувањето дека останuваме верни на тоа кои сме, изразено преку верност. Ериксон тврди дека растеме во нашите тела и почнуваме да го формираме нашиот идентитет како резултат на нашите постојани истражувања. И, со соодветно охрабрување и засилување, се движиме кон зголемена независност и посилно чувство за контрола и себе (Марсија, 2010).

Инаку, нашата неспособност да создадеме чувство на идентитет во општеството („ Кој сум јас? Не знам што сакам да правам кога ќе бидам постар “) резултира со конфузија и лошо чувство за себе. Овој неуспех може да доведе само до несигурност и несигурност за себе, за нашата иднина и каде се вклопуваме. Успехот во петтата фаза, според Ериксон, води до верност - усогласување со стандардите и очекувањата на општествената група на која ѝ припаѓаме. На крајот на краиштата, нашето свесно чувство за себе е резултат на оваа општествена интеракција и е клучно во нашата рамнотежа помеѓу идентитетот и конфузијата.

На крајот на краиштата, идентитетот ни обезбедува интегрирано чувство за себе – избегнување на криза на идентитет – што ќе трае во текот на целиот наш живот, водејќи нè какоКако млади возрасни, ние сме мотивирани да истражуваме лични односи и нашата желба да формираме интимни односи.

Во шестата фаза од теоријата за психосоцијален развој на Ериксон, младоста се одвива на возраст помеѓу 18 и 40 години. Во овој период, може да се појави голем конфликт додека се обидуваме да формираме долгорочни обврски надвор од нашето семејство, со различен степен на успех. И сепак, позитивните исходи резултираат со здрави, среќни врски кои се безбедни и трајни, развивајќи ја доблеста на љубовта . Ериксон (1963) смета дека способноста за љубов го означува крајниот успех на шестата фаза - кога врските се значајни и трајни.

Неуспехот – без разлика дали е надвор од или под наша контрола – да се формираат соодветни врски или да се избегне интимност може да резултира со осаменост, чувство на

изолација и депресија. Оние со слабо чувство за себе се обично емоционално изолирани и помалку посветени на врските. Фазата на интимност наспроти изолација се гради врз основа на успехот или неуспехот од петтата фаза. На крајот на краиштата, силното чувство за личен идентитет е клучно за развивање на интимни и силни врски. се однесуваме и во што веруваме.

Седмата фаза од психосоцијалниот развој се јавува помеѓу 40 и 65 години. За време на средната зрелост , ја покажуваме нашата потреба за долговечност, не нужно во физичка смисла, туку како продолжение на животот кај нашите деца или како долгорочно влијание што го имаме врз другите. Целта ни е да оставиме трага во светот, да негуваме работи што ќе нè надживеат. Можеби ќе бараме начини да бидеме попродуктивни и повредни за нашето општество, со цел да ја гледаме поширокатa слика.

Успехот е пример за доблеста на грижата - чувството дека сме корисни во животот, дека постигнуваме нешто и дека придонесуваме за општеството. Горди сме на тоа кои сме, што сме постигнале, на нашите деца и кои тие станале, како и на силната врска што ја имаме со нашиот партнер.

Неуспехот изгледа сосема поинаку. Чувствуваме дека сме имале мало влијание врз светот, не успевајќи да направиме таков впечаток во универзумот како што го опиша покојниот Стив Џобс. Ако е така, се чувствуваме непродуктивни, незаинтересирани, разочарани и исклучени од светот во кој живееме.

За разлика од претходните теории, моделот на Ериксон го опфаќал целиот живот „ од лулка до гроб “. Нашата последна фаза од психосоцијалниот развој нè води од 65-годишна возраст до смрт - позната како зрелост . Оваа фаза е фаза на размислување. Забавуваме, сме помалку продуктивни и поминуваме време разгледувајќи ги нашите достигнувања во текот на животот.

Успехот е во верувањето дека сме ги постигнале нашите цели и сме ја пронашле среќата, што води до чувство на интегритет , „чувство на кохерентност и целовитост“ (Ериксон, 1982). Чувствуваме дека сме постигнале многу и сме подготвени да го дочекаме нашиот крај со чувство на мир. Успехот води до доблеста на мудроста - чувство на комплетност.

Од друга страна, неуспехот може да се доживее како очај и жалење за работите што не се направени, завршени или направени грешки. Ние сме огорчени поради минатото и сегашноста, исплашени што ќе дојде крајот на нашиот живот без чувство дека сме живееле добро.

1.2.1.2. Критики на Ериксоновата теорија

Иако теоријата на Ериксон за психосоцијален развој беше неверојатно влијателна, таа се соочи со неколку предизвици, вклучувајќи ги (Марсија, 2010; Мекреј и Коста, 1997; Браун и Ловис, 2003; Оренштајн, 2020): Етапите кои може да не бидат последователни или да не се одвиваат по опишаниот редослед.

Возрасниот опсег за секоја фаза може да не е точен. Осмата фаза сугерира премин од активност кон пасивност, но многу луѓе се високо продуктивни, активни членови на заедницата во подоцнежните години. Потрагата по идентитет може да се случи многу пати во текот на нашите животи, не само за време на адолесценцијата. Развојните процеси вклучени во секоја фаза се нејасни.

Како поединецот ги решава конфликтите и преминува во следната фаза? Еден единствен, универзален механизам се чини неверојатен.

Како навистина го дефинираме успехот? На крајот на краиштата, идејата за рамнотежа ќе варира меѓу поединците, културите и, со текот на времето, во самите нас самите.

Како да ги решиме ваквите конфликти подоцна во животот? Во „Увид и одговорност“ , самиот Ериксон (1964) ги признава некои од горенаведените точки. Тој сугерира дека теоријата нуди описен преглед на психосоцијалниот развој и не се обидува да ги дефинира деталните механизми или чекори што се вклучени.

Психосоцијалниот модел на Ериксон ја проширува идејата за личен развој низ целиот наш живот, од нашите рани години како бебе, па сè до старост. Неговата работа беше револуционерна. Теоријата за психосоцијална анализа доведе до реконцептуализација на

тоа како се развиваме како луѓе и свест дека продолжуваме да растеме во текот на целиот живот, не само во нашите рани години.

Сепак, мора да бидеме свесни дека моделот е корисна алатка, а не теорија што може да се провери; тој ни обезбедува призма преку која можеме да ја разгледаме нашата доживотна трансформација, наместо преку пропишан сет чекори. И сепак, најголемата сила на моделот е неговата способност да ја поврзе нашата психолошка трансформација од физичко раѓање до смрт, надминувајќи ги конфликтите по патот. Иако може да се прашуваме дали фазите се соодветни за нас лично, ние ги препознаваме фазите, напредокот на нашиот развој и како ги пренесуваме учењата во подоцнежниот живот.

Од друга страна, ставовите на Ериксон (1950) за зрелоста станаа прифатена мудрост во сите нивни детали. Ериксон припаѓа на групата психолози на егото (заедно со Ерих Фром, Карен Хорни, Дејвид Рапапорт и Ана Фројд) кои започнаа со класичната психоаналитичка теорија и во поголема или помала мера ја модифицираа за да ги земат предвид карактеристиките за кои веруваа дека биле занемарени од Фројд. Класичната психоаналитичка теорија е фундаментално биолошка по тон и остава малку простор за влијанијата на културата или сопствените напори на поединецот за раст и промена. Решението на Ериксон за проблемот со објаснување на социјалните и влијанијата на животната средина врз личноста беше да се тврди дека традиционалните психосексуални фази кои го формираа 'рбетот на развојот на личноста на Фројд беа паралелни со психосоцијалните фази. Покрај оралните конфликти, новороденчето се соочуваше со решавање на прашањето на основна доверба наспроти недоверба, а решавањето на овој конфликт на секоја личност беше во голема мера обликувано од културните традиции кои ги диктираа методите на воспитување на децата. Соодветни социјални прашања беа постулирани за аналната, фалусната, латентната и гениталната фаза.

Откако го направи преминот од сексуалната во социјалната фаза, Ериксон откри дека е слободен да ги продолжи социјалните фази надвор од границата на сексуалниот развој. Тој претпостави дека на младиот возрасен му е потребно не само генитално задоволство, туку и психолошка интимност за да формира трајни врски потребни за воспоставување семеен живот. Од него или таа се бараше да ја реши кризата на интимност или да остане со сеприсутно чувство на изолација. Во периодот на одгледување деца и кариери како

возрасни, ново прашање - генеративноста - стана истакнато. Поединците кои не усвојуваат ориентација што го поттикнува растот кај нивните деца и заедницата подлегнуваат на чувство на стагнација и бесмисленост. Конечно, во староста, приближувањето на смртта и завршувањето на животните задачи го остават поединецот со сознание дека неговиот или нејзиниот живот е завршен и дека нема да има втори шанси. Лошо решена, оваа криза води до горчина и очај; добро решена, таа носи чувство на интегритет на егото и прифаќање и на животот и на смртта.

Ериксоновиот модел на развој е епигенетски, што делумно значи дека решавањето на секоја криза зависи од исходот на претходните решенија. Најдобрата подготовка за интегритетот на егото е живот обележан со интимност и генеративност (како и пожелни исходи од кризите на детството). Но, Ериксон, исто така, признава значителен елемент на променливост: Во секоја криза постои можност за нов успех или неуспех. Можноста да се искупи пропуштениот живот на која било возраст е еден од попривлечните аспекти на оваа теорија.

1.2.2. Левинсоновата теорија

Фокусот на раната зрелост често е насочен кон иднината. Многу аспекти од животот се на чекање додека луѓето одат на училиште, на работа и се подготвуваат за посветла иднина. Може да постои верување дека забрзаниот живот што сега го живеат ќе се подобри „штом ќе завршам училиште“ или „штом ќе добијам унапредување“ или „штом децата малку ќе пораснат“. Како резултат на тоа, времето може да изгледа дека минува доста брзо. Денот се состои од исполнување на многу барања што ги носат овие задачи. Поттикот за толку напорна работа е тоа што сето тоа ќе резултира со подобра иднина.

Во 1970-тите, две главни теории за развој на возрасните беа генерирани приближно во исто време. (Пассажите на Шихи беа засновани на нивните рани формулации.) Даниел Левинсон и неговите колеги (1978) пишуваа за „Годините на животот на човекот“, додека Роџер Гулд (1978) ја нарече својата работа студија за трансформациите. И двајцата сметаат

дека постојат различни „фази на развој на личноста во младата и средната зрелост, но“ разликите меѓу двете теории се исто толку значајни колку и сличностите.

Левинсон и неговите колеги дадоа интензивни интервјуа со 40 мажи - 10 раководители, 10 работници, 10 биолози и 10 романописци (неговата работа за жените, објавена постхумно [Д. Ј. Левинсон и Ј. Д. Левинсон, 1996], тврдеше дека пронашла слични модели на развој). Во соработка со овие субјекти, истражувачите напишаа биографија за секој маж што се фокусираше на промените во она што Левинсон го нарече животна структура. Животната структура вклучува личност, но исто така вклучува и кариера, брак, други врски, вредности и така натаму. Според шемата што ја разработиле овие писатели, возрасниот живот е поделен на фиксни и фази поврзани со возраста. По раните почетоци во кариерата доаѓа период на преиспитување на транзицијата на 30 години. Многу поистративна преиспитување доаѓа на транзицијата на средниот век на 40 години. Во овој период, често карактеризиран како криза на средниот век, постои период на внатрешни превирања што, според Левинсон, честопати изгледа дека личи на невроза. Соништата и аспирациите што младиот човек ги потиснувал во справувањето со реалноста на започнување кариера сега доаѓаат до израз, и често се започнува нова кариера што подобро ги задоволува долго негираните потреби.

Теоријата ги објаснува фазите на развој опишани преку структурни животни промени што се случуваат во текот на животот на една личност и растечка когнитивна структура. Левинсоновите фази се испрекинати со преодни периоди на стабилност што траат околу 7 години.

Транзицијата во раната зрелост трае од 17 до 22 години, кога поединецот го напушта својот дом и семејство и ја воспоставува својата независност. Во овој период, луѓето почнуваат да донесуваат одлуки за својата кариера и образование. Оваа фаза се смета за преодна од адолесценција во зрелост.

Влегувањето во светот на возрасните се случува на возраст од 22 до 28 години. Во овој период, луѓето почнуваат да ги зацврстуваат своите цели и да одлучуваат за кариера. Луѓето можат да почнат да се состануваат и да создаваат интимни врски што водат до брак.

Транзицијата на 30-годишна возраст се случува од 28 до 33 години и е дефинирана како период на размислување и преиспитување. Луѓето ќе ги преиспитаат своите избори и ќе донесат одлуки водени од нивните ставови и перцепции кон своите врски и кариери.

Смирувањето се случува на возраст од 33 до 40 години, кога луѓето стануваат повеќе вклучени во заедницата. Луѓето ќе реинвестираат во своите семејства и ќе се посветат повеќе на своите кариери.

Транзицијата во средниот век трае од 40 до 45 години и е обележана со период на преиспитување на семејството и кариерата. Понекогаш, луѓето прават ненадејни промени и ги искажуваат минатите жалења за остварувањето на интересите и талентите. Овој период е обележан со ненадејна свест за сопствената смртност и резултира со когнитивна промена каде што се оценуваат значењето и целта на животот. Ова често се нарекува криза во средниот век каде што постои желба да се постигнат или добијат работите што претходно биле посакувани.

Влегувањето во средната зрелост се случува на возраст од 45 до 50 години. Во овој период, луѓето се обврзуваат на одлуки и дејствуваат врз основа на изборите направени врз основа на периодот на рефлективност во претходната фаза.

Доцната зрелост се јавува на возраст од 60 до 85 години и е поделена на два периода, стабилен период и транзициски период.

Објаснувајќи ги овие транзиции, Левинсон се фокусирал на концептот на животна структура. Животната структура е начинот на кој поединците комуницираат со нивната социјална и културна средина, како и како се гледаат себеси во рамките на оваа структура во текот на целиот свој живот. Теоријата на Левинсон се заснова на идејата дека поединците минуваат низ периоди на стабилност и транзиција во текот на секоја фаза од животот.

Левинсон открил дека мажите и жените што ги интервјуирал понекогаш имале тешкотии да го помират „сонот“ што го имале за иднината со реалноста што ја доживувале во моментов. „Што навистина добивам од и што им давам на мојата сопруга, децата, пријателите, работата, заедницата и себеси?“ би можел да праша еден маж (Левинсон, 1978, стр. 192). Задачите на транзицијата во средниот век вклучуваат:

- завршување на раната зрелост;
- преиспитување на животот во сегашноста и правење измени доколку е потребно; и
- усогласување на „поларностите“ или противречностите во сопственото чувство за себе.

Можеби раната зрелост завршува кога лицето повеќе не бара статус на возрасен, туку се чувствува како целосен возрасен во очите на другите. Оваа „дозвола“ може да доведе до различни избори во животот - избори што се прават за самоостварување, наместо за општествено прифаќање. Додека луѓето во своите 20-ти години може да нагласат колку години имаат (за да добијат почит, за да бидат сметани за искусни), додека луѓето наполнат 40 години, тие имаат тенденција да нагласат колку се млади.

Оваа нова перспектива за времето носи ново чувство на итност во животот. Лицето станува повеќе фокусирано на сегашноста отколку на иднината или минатото. Лицето станува нетрпеливо кога се наоѓа во „чекалната на животот“, одложувајќи ги работите што отсекогаш сакало да ги направи. „Ако некогаш ќе се случи, подобро е да се случи сега“. Претходниот фокус на иднината отстапува место на акцент на сегашноста. Нојгартен (1968) забележува дека во средните години, луѓето повеќе не размислуваат за своите животи во однос на тоа колку долго живееле. Наместо тоа, животот се гледа во однос на тоа колку години им остануваат. Ако возрасен не е задоволен во средните години, постои ново чувство на итност да се направат промени.

Промените може да вклучуваат прекинување на врска или модифицирање на очекувањата од партнерот. Овие модификации се полесни од менувањето на себеси (Левинсон, 1978). Средната возраст е период на транзиција во кој лицето ги задржува претходните слики за себе, додека формира нови идеи за себе за иднината. Поголемата свест за стареењето ги придружува чувствата на младост, а штетата што можеби е направена претходно во врските ги прогонува новите соништа за придонес кон благосостојбата на другите. Овие поларитети се потивките борби што продолжуваат откако ќе исчезнат надворешните знаци на „криза“.

Левинсон ја окарактеризирал средната возраст како време на развојна криза. Сепак, како и секој труд, и таа била предмет на критики. Прво, големината на примерокот на популациите врз кои ги базирал своите примарни наоди е премногу мала. Со кое право ги генерализираме наодите од интервјуа со 40 мажи и 45 жени, колку и да се внимателни и добро спроведени? Второ, Чирибога (1989) не можел да најде никакви суштински докази за криза на средната возраст, и може да се тврди дека ова и понатамошните неуспешни обиди за репликација укажуваат на кохортно дејство. Наодите од популацијата на Левинсон укажуваат на заедничка историска и културна ситуализација, а не на меѓукултурна универзалност што ја доживуваат сите или дури и повеќето поединци. Средната возраст е време на преиспитување и промена, кое може да избегне прецизно определување и во времето и во географскиот простор, но луѓето излегуваат од тоа и се чини дека уживаат во период на задоволство, помирување и прифаќање на себеси.

1.3. Предизвици на средната доба

Оваа фаза од животот е навистина разновидна како и секоја друга. Тоа е период на преговори и повторно преговарање низ трите главни аспекти на човековото постоење: физички, психолошки и социјален. Нашата концепција за себе можеби не е целосно наша за обликување или контрола само по себе. Како другите нè гледаат и нивните очекувања од нас, исто така, се чувствителни на возраста.

Од развојна перспектива, средната зрелост (или средниот животен век) се однесува на периодот на животниот век помеѓу младата зрелост и староста. Овој период трае од 20 до 40 години, во зависност од тоа како овие фази, возрасти и задачи се културно дефинирани. Најчестата дефиниција според хронолошката возраст за средната зрелост е од 40 до 65 години, но може да има опсег до 10 години (возраст 30-75 години) од двете страни на овие параметри. Истражувањата за овој период од животот се релативно ретки, а многу аспекти на средниот живот се сè уште релативно неистражени; всушност, тоа може да биде најмалку проучениот период од животниот век. Ова не е толку изненадувачки како што може да изгледа на почетокот. Средната возраст најдобро се дефинира со балансирање на повеќе улоги, животни транзиции, можности и предизвици. Овие дефинирачки

карактеристики на средната возраст се манифестираат низ типично дефинираните возрасни периоди на зрелоста (т.е. млада зрелост, средна возраст и старост). Додека обично се одговорни за помладите и постарите во семејството и се справуваат со зголемената преваленца на хронични болести, инвалидитет, дебелина и проблеми со менталното здравје. Предизвиците на средната возраст се компензираат со можности, како што се развој на кариерата, врв на заработката, зголемување на благосостојбата, контролни верувања и премостување на повеќе генерации. Како што популацијата во средните години се зголемува и околностите се менуваат, потребно е вниманието да се фокусира на клучните можности и предизвици со кои се соочуваат возрасните на средна возраст сега и во блиска иднина. Некои од предизвиците не се нови или ограничени само на средните години, туку се појавиле порано во животот и продолжуваат да бидат очигледни и се зголемуваат во средните години. Клучната поента е дека нивниот интензитет, големина или самиот товар се зголемуваат бидејќи возрасните на средна возраст честопати се соочуваат со безброј од нив истовремено, додека обично имаат одговорност за помладите и постарите во семејството. Исто така, треба да се напомене дека товарот доаѓа во точка од животот кога почнуваат да се појавуваат ранливости (на пр., појава на хронични заболувања, когнитивни опаѓања). Како последица на тоа, манифестацијата на овие предизвици може да биде различна во средните години во споредба со младата зрелост, во начините на кои луѓето ги доживуваат или ги спроведуваат. На пример, возрасните на средна возраст честопати истовремено балансираат помеѓу должностите поврзани со грижата за старите родители, повторното започнување на нивните возрасни деца и одржувањето на сопствената кариера.

Ериксон изјавил дека примарната психосоцијална задача на средната зрелост - на возраст од 45 до 65 години - е да се развие генеративност, или желбата за проширување на сопственото влијание и посветеност кон семејството, општеството и идните генерации. Со други зборови, средниот возрасен е загрижен за формирање и водење на следната генерација. Средниот возрасен кој не успева да развие генеративност доживува стагнација, или самоапсорпција, со поврзаното самозадоволување и инвалидитет.

Можеби средната зрелост е најпозната по својата озлогласена криза на средните години: време на преиспитување што води до преиспитување на долгогодишните верувања и вредности. Кризата на средните години може да резултира и со развод на лицето од својот

сопружник, промена на работата или преселба од градот во предградието. Типично почнувајќи во раните или средните 40-ти години, кризата често се јавува како одговор на чувство на смртност, бидејќи средните возрасни сфаќаат дека нивната младост е ограничена и дека не ги постигнале сите посакувани цели во животот. Се разбира, не секој доживува стрес или вознемиреност за време на средната возраст; наместо тоа, тие едноставно може да поминат низ транзиција или промена на средните години , наместо емоционален пресврт од кризата на средните години.

Кризата на средниот век често се дефинира како период на саморефлексија и емоционални турбуленции што ги доживуваат некои возрасни на средна возраст. Се верува дека е преодна фаза што се јавува кога стареечкото лице го преиспитува својот идентитет и животните избори.

„Средниот живот“ се одвива приближно на возраст помеѓу 40 и 60 години, плус-минус неколку години. Едно вообичаено верување за оваа фаза од животот е дека треба да очекувате да се соочите со внатрешни превирања околу вашиот идентитет, животните избори и смртноста - со други зборови, криза на средниот живот.

Психоаналитичарот Елиот Жак го измислил терминот „криза на средни години“ во 1960-тите. Жак забележал дека пациентите во нивните средни до доцни 30-ти години изгледа поминувале низ депресивен период и ненадејни промени во животниот стил додека се соочувале со идејата за сопствената смртност.

Не сите експерти по психологија го делеле ова гледиште за средната возраст. Пред Жак, познатиот психијатар Карл Јунг ја идентификувал средната возраст како време за преиспитување и прилагодување на приоритетите. Тој ја нарекувал „попладнето на животот“, а не криза.

Сепак, идејата дека кризата на средните години е биолошка сигурност се прошири. Денес, таа најчесто се поврзува со стереотипите за мажи на средна возраст кои купуваат скапи автомобили или раскинуваат бракови за да го вратат чувството на младост.

Точно е дека некои студии покажуваат пад на задоволството од животот и среќата како што луѓето достигнуваат средна возраст. Но, важно е да се напомене дека падот на среќата не е секогаш голем. И, во некои студии, задоволството на луѓето од животот се чини

дека се зголемува како што влегуваат во средна возраст, а потоа се намалува како што влегуваат во подоцнежните години. Значи, за многу луѓе, „криза“ не е соодветен термин за да се опише нивното искуство во средна возраст. Во студиите, само околу 10 до 20 проценти од возрасните тврдат дека доживеале криза во средна возраст.

Иако идејата дека кризата на средните години е неизбежна реалност нема голема тежина, некои од нас се соочуваат со нови стресори како што влегуваме во овие години. Можеби ќе почнете да жалите за вашиот кариерен пат и да се чувствувате заробени од вашите финансиски одлуки, да се грижите за падот на вашите физички способности или да се грижите за целите што сте ги пропуштиле. Некои луѓе, исто така, забележуваат промена или зголемување на одговорностите како што достигнуваат средна возраст. На пример, можеби ќе почнете да се грижите за родител кој старее или ќе мора да прифатите дека вашите деца стануваат понезависни.

Во зависност од вашите околности и перспектива, тоа може да биде стресно и збунувачко време. Но, средните години од животот може да бидат и време на раст, стабилност и радост. Учењето на знаците и причините за кризата на средните години може да ви помогне да идентификувате начини за справување со вообичаените стресори што доаѓаат со овој период од вашиот живот и да пронајдете начини да се движите напред и да напредувате.

Почнувајќи од околу 40-тите години, и мажите и жените откриваат дека нивните примарни улоги во врските се менуваат: Нивните родители стареат и сега треба да се грижат за нив, додека нивните деца се возрасни и не им е потребна иста помош. Средната возраст е период на среќен стрес на работа и дома, а повеќето луѓе на средна возраст не сакаат да им се кажува како да се чувствуваат во врска со тоа.

1.3.1. Постои ли криза на средната доба кај секоја личност

Поимот „криза на средните години“ честопати се фокусира на големи животни нарушувања што се сметаат за типични за оваа фаза од животот, како што се губење на работата, развод , смрт на родителите или заминување на децата од домот. Острото чувство на сопствено стареење и потребните напори за компензација на тоа, исто така, обично се вклучени во перцепциите за анксиозноста на средните години. Но, дали кризата на средните години е навистина нормален дел од животниот век, нешто што скоро секој треба да очекува да го доживее? Истражувањата сугерираат спротивно.

Некои луѓе несомнено минуваат низ кризи или тешки периоди по нивните 30-ти години, а истражувачите изградија случај дека, во просек, задоволството од животот се намалува донекаде во текот на средните години од животот - пред повторно да се зголеми во постарите години. Сепак, постојат големи варијации меѓу поединците и многу луѓе постигнуваат нови височини на работа или во други области во текот на овие години.

Средната возраст е време кога луѓето го преиспитуваат својот живот, се соочуваат со своите ограничувања и се соочуваат со жалењето за минатото. Некој на средна возраст може да се соочи со болести, финансиски проблеми, промени во кариерата , брачни проблеми, развод, смрт и раните фази на ментално или физичко пропаѓање. Ова го отежнува градењето на средна возраст вредна за живеење , а не е невообичаено да се доживее емоционална или средна криза како резултат на тоа.

Кризата на средните години често вклучува неправилности во расположението (особено зголемен гнев или раздразливост, анксиозност или тага), губење или зголемување на телесната тежина, нарушување на спиењето и повлекување од вообичаената рутина и врски. Луѓето кои го доживуваат падот на средните години генерално имаат итна желба да направат некоја драстична промена.

Средната возраст честопати носи загриженост за здравјето, стагнација во долг брак, физичко стареење, постари родители, премногу пари за плаќање на школарината на детето за факултет, хипотекарни такси или слаби пензиски фондови. Овие грижи се плодна почва

за збунувачки начин на размислување кој вика: Нормално е да се чувствувате ужасно во оваа фаза.

Средновечните лица може да се потпрат на ова негативно размислување и да прифатат самоостварувачки пророштва. Вака завршува омиленото хоби или занимање - сега сум премногу стар . Всушност, ова е вистинската фаза во животот за истражување нови искуства и можности. Колената можеби нема да работат добро на скијачките патеки, но можеби ќе бидат добри ако научат нова забава, како што е таи чи. Иако овој период може да биде добар интервал за преиспитување на сопствениот живот, кризата на средниот век што го менува животот , всушност, е далеку од неизбежна.

Постојат едноставни физиолошки промени што го придружуваат средниот зрелост. Тие се донекаде неизбежни, но важноста на физичката активност во овој возрасен опсег би било тешко да се прецени гледајќи ги доказите. Вежбањето не мора да значи трчање маратони, туку едноставно може да значи посветеност на брзо користење на нозете триесет минути. „Користете го или изгубете го“ е добра мантра за оваа фаза на развој - техничкиот термин за губење на мускулното ткиво и функција како што стареме е саркопенија. Од 30-годишна возраст, телото губи 3-8% од својата мускулна маса по деценија, а ова се забрзува по 60-годишна возраст (Volpi et al., 2010). Исхраната и вежбањето можат да го ублажат обемот и последиците од животниот стил на овие процеси.

Постојат неколку примарни биолошки физички промени во средните години. Постојат промени во видот, слухот, повеќе болки во зглобовите и зголемување на телесната тежина (Lachman, 2004). Зголемувањето на телесната тежина, понекогаш наречено ширење на средна возраст или акумулација на маснотии во абдоменот, е честа поплака кај возрасните во средните години. Мажите имаат тенденција да се здебелат на горниот дел од стомакот и грбот, додека жените имаат тенденција да се здебелат на половината и горниот дел од рацете. Многу возрасни се изненадени од ова зголемување на телесната тежина бидејќи нивната исхрана не се променила. Сепак, метаболизмот се забавува за околу една третина во средните години (Berger, 2005). Следствено, возрасните во средните години мора да го зголемат нивото на вежбање, да јадат помалку и да внимаваат на исхраната за да ја одржат својата постара фигура.

Многу од промените што се случуваат во средните години можат лесно да се компензираат (на пример, со купување очила, вежбање и внимавање што се јаде). Повеќето возрасни лица во средните години генерално имаат добро здравје. Сепак, процентот на возрасни кои имаат попреченост се зголемува во текот на средните години; додека 7 проценти од луѓето во раните 40-ти години имаат попреченост, стапката скокнува на 30 проценти до раните 60-ти години. Ова зголемување е најголемо кај оние со понизок социоекономски статус (Bumpass & Aquilino, 1995).

Повторно, начинот на живот силно влијае на здравствената состојба на возрасните на средна возраст. Пушењето тутун, пиењето алкохол, лошата исхрана, стресот, физичката неактивност и хроничните болести како што се дијабетесот или артритисот го намалуваат целокупното здравје. Станува важно возрасните на средна возраст да преземат превентивни мерки за подобрување на физичката благосостојба. Оние возрасни на средна возраст со силно чувство на владеење и контрола врз своите животи, кои се занимаваат со предизвикувачка физичка и ментална активност, кои се занимаваат со вежби со тегови, ја следат својата исхрана и користат социјални ресурси, најверојатно ќе уживаат во плато на добро здравје во текот на овие години. Не само тоа, туку оние кои започнуваат режим на вежбање во своите 40-ти години можат да уживаат во споредливи придобивки со оние кои започнале во своите 20-ти години, според Сен-Морис и др. (2019), кои исто така откриле дека иако никогаш не е предоцна да се започне, продолжувањето да правите колку што е можно повеќе е исто толку важно.

Вежбањето е моќен начин за борба против промените што ги поврзуваме со стареењето. Вежбањето гради мускули, го забрзува метаболизмот, помага во контролата на шеќерот во крвта, ја зголемува густината на коските и го ублажува стресот. За жал, помалку од половина од возрасните на средна возраст вежбаат, а само околу 20 проценти вежбаат често и доволно напорно за да постигнат здравствени придобивки. Многумина престануваат да вежбаат веднаш откако ќе започнат програма за вежбање - особено оние кои имаат многу прекумерна тежина. Најдобрите програми за вежбање се оние во кои се ангажирани редовно - без оглед на активноста, но добро заокружена програма што е лесна за следење вклучува одење и тренинг со тегови. Имањето безбедно, пријатно место за прошетка може да направи разлика во тоа дали некој оди редовно или не. Кревање тегови и

вежби за истегнување дома, исто така, можат да бидат дел од ефикасна програма. Вежбањето е особено корисно за намалување на стресот во средна возраст. Одењето, џогирањето, возењето велосипед или пливањето можат да ја ослободат тензијата предизвикана од стресори, а учењето техники за релаксација може да има здравствени придобивки. Вежбањето може да се смета за превентивна здравствена заштита; промовирањето вежбање за 78-те милиони „бејби-бумери“ може да биде еден од најдобрите начини за намалување на трошоците за здравствена заштита и подобрување на квалитетот на животот (Shure & Cahan, 1998).

1.3.2. Когниција во средната зрелост

Иако понекогаш го поврзуваме стареењето со когнитивниот пад (честопати поради начинот на кој е прикажано во медиумите), стареењето не мора да значи намалување на когнитивната функција. Всушност, премолченото знаење, вербалната меморија, вокабуларот, индуктивното расудување и другите видови практични вештини за размислување се зголемуваат со возраста.

Истражувачите идентификувале области на губење и добивка во когницијата во постара возраст. Когнитивните способности и интелигенцијата често се мерат со користење на стандардизирани тестови и валидирани мерки. Психометрискиот пристап идентификувал две категории на интелигенција кои покажуваат различни стапки на промена во текот на животниот век (Schaie & Willis, 1996). Флуидната и кристализираната интелигенција првпат ги идентификувал Кател во 1971 година. Флуидната интелигенција се однесува на способности за обработка на информации, како што се логичко расудување, помнење листи, просторна способност и време на реакција. Кристализираната интелигенција опфаќа способности кои се потпираат на искуство и знаење. Мерките за кристализирана интелигенција вклучуваат тестови за вокабулар, решавање проблеми со броеви и разбирање текстови. Постои општо прифатено мислење дека флуидната интелигенција постојано се намалува од 20-тите години, но дека кристализираната интелигенција продолжува да се акумулира. Може да се очекува побрзо да се реши

крстозборот на Њујорк Тајмс на 48 години отколку на 22 години, но капацитетот за справување со нови информации се намалува.

Со возраста, се забележуваат систематски падови кај когнитивните задачи што бараат самоиницијативна, напорна обработка, без помош на поддржувачки мемориски знаци (Park, 2000). Постарите возрасни лица имаат тенденција да имаат полоши резултати од младите возрасни лица кај мемориските задачи што вклучуваат потсетување на информации, каде што поединците мора да ги повратат информациите што ги научиле претходно без помош на список на можни избори. На пример, постарите возрасни лица може да имаат поголеми тешкотии при потсетувањето на факти како што се имиња или контекстуални детали за тоа каде или кога се случило нешто (Craik, 2000). Што би можело да ги објасни овие дефицити како што стареме?

Како што стареме, работната меморија, или нашата способност истовремено да складираме и користиме информации, станува помалку ефикасна (Craik & Bialystok, 2006). Способноста за брза обработка на информации, исто така, се намалува со возраста. Ова забавување на брзината на обработка може да ги објасни разликите во возраста кај многу различни когнитивни задачи (Salthouse, 2004). Некои истражувачи тврдат дека инхибиторното функционирање, или способноста да се фокусираме на одредени информации, додека се потиснува вниманието на помалку релевантни информации, се намалува со возраста и може да ги објасни разликите во возраста во перформансите на когнитивните задачи (Hasher & Zacks, 1988).

Помали разлики во возраста се забележуваат кога се достапни мемориски знаци, како на пример за задачи за препознавање на меморијата, или кога поединците можат да се потпрат на стекнатото знаење или искуство. На пример, постарите возрасни лица честопати се покажуваат исто толку добро, ако не и подобро, од младите возрасни лица на тестови за познавање на зборови или вокабулар. Со возраста често доаѓа и експертизата, а истражувањата посочија области каде што експертите за стареење се покажуваат исто толку добро или подобро од помладите лица. На пример, се покажа дека постарите дактилографи го компензираат падот на брзината поврзан со возраста со гледање подалеку напред во печатениот текст (Salthouse, 1984). Во споредба со помладите играчи, постарите шаховски експерти се способни да се фокусираат на помал сет на можни движења, што доведува до

поголема когнитивна ефикасност (Charness, 1981). Насобраното знаење за секојдневните задачи, како што се цените на намирниците, може да им помогне на постарите возрасни лица да донесуваат подобри одлуки од младите возрасни лица (Tentori, Osheron, Hasher, & May, 2001).

Истражувањата за решавање на меѓучовечки проблеми сугерираат дека постарите возрасни лица користат поефикасни стратегии од помладите возрасни лица за справување со социјалните и емоционалните проблеми (Blanchard-Fields, 2007). Во контекст на работата, истражувачите ретко откриваат дека постарите лица имаат полоши резултати на работното место (Park & Gutchess, 2000). Слично на секојдневното решавање проблеми, постарите работници можат да развијат поефикасни стратегии и да се потпираат на експертиза за да го компензираат когнитивниот пад.

Емпириските студии за когнитивното стареење се често тешки и доста технички, со оглед на нивната природа. Слично на тоа, експериментите фокусирани на една задача може да ви кажат многу малку за општите капацитети. Меморијата и вниманието како психолошки конструкции сега се поделени на многу специфични подгрупи кои можат да бидат збунувачки и тешки за споредување.

Карл Јунг верувал дека нашата личност всушност созрева како што стареме. Здравата личност е избалансирана. Луѓето страдаат од напнатост и вознемиреност кога не успеваат да ги изразат сите свои вродени квалитети. Јунг верувал дека секој од нас поседува „сенчеста страна“. На пример, оние кои се типично интровертни, исто така, имаат и екстровертна страна која ретко наоѓа израз освен ако не сме опуштени и неинхибирани. Секој од нас има и машка и женска страна, но во помладите години чувствуваме општествен притисок да дадеме израз само на едната. Како што стареме, може да станеме послободни да ги изразиме сите наши особини како што се појавува ситуацијата. Кај постарите возрасни лица откриваме конвергенција на половите. Мажите стануваат позаинтересирани за интимност и семејни врски. Жените може да станат поасертивни. Оваа конвергенција на половите е исто така под влијание на промените во очекувањата на општеството за мажите и жените. Со секоја нова генерација, откриваме дека улогите на мажите и жените се помалку стереотипни, што исто така овозможува промена.

1.3.3. Субјективно стареење

Еден аспект на себеси што особено ги интересира психолозите кои се занимаваат со животниот век и текот на животот е перцепцијата и евалуацијата на поединецот за сопственото стареење и идентификацијата со возрасна група. Субјективната возраст е повеќедимензионален конструкт што покажува колку старо (или младо) се чувствува лицето и во која возрасна група се категоризира. По раната зрелост, повеќето луѓе велат дека се чувствуваат помладо од нивната хронолошка возраст, а јазот помеѓу субјективната и вистинската возраст генерално се зголемува. Во просек, по 40-годишна возраст луѓето пријавуваат дека се чувствуваат 20% помладо од нивната вистинска возраст (на пр., Rubin & Berntsen, 2006). Прашањето на луѓето колку се задоволни од сопственото стареење проценува евалуативна компонента на идентитетот на возраста. Додека некои аспекти на идентитетот на возраста се позитивно вреднувани (на пр., стекнување стаж во професијата или станување баба/дедо), други може да бидат помалку вреднувани, во зависност од општествениот контекст. Перципираната физичка возраст (т.е. возраста кога се гледа во огледало) е еден аспект што бара значителна адаптација поврзана со себе во социјални и културни контексти кои ги вреднуваат младите тела. Чувството на помладост и задоволството од сопственото стареење се изрази на позитивни самоперцепции за стареењето. Тие го одразуваат функционирањето на процесите поврзани со себе кои ја подобруваат благосостојбата. Леви (2009) открил дека постарите лица кои можат да се прилагодат и да ги прифатат промените во својот изглед и физички капацитет на позитивен начин пријавуваат поголема благосостојба, имаат подобро здравје и живеат подолго.

Сега во развојната психологија се повеќе се прифаќа ставот дека некритичкото потпирање на хронолошката возраст може да биде несоодветно. Луѓето имаат одредени очекувања за стареењето, свои сопствени идиосинкратични ставови и интернализирани општествени верувања. Земени заедно, тие претставуваат премолчено знаење за процесот на стареење. Негативната перцепција за тоа како стареме може да има реални резултати во однос на очекуваното траење на животот и лошото здравје. Леви и сор. (2002) проценија дека оние со позитивни чувства за стареењето живееле 7,5 години подолго од оние кои не. Субјективното стареење опфаќа широк спектар на психолошки перспективи и емпириски истражувања. Сепак, сега постои растечки обем на работа центриран околу конструкт

наречен Свесност за промените поврзани со возраста (AARC) (Diehl et al., 2015), кој ги испитува ефектите од нашите субјективни перцепции за возраста и нивните последователни и многу реални ефекти. Нојпорт и Белингтиер (2017) известуваат дека оваа субјективна свест може да се менува секојдневно и дека негативните настани или коментари можат непропорционално да влијаат на оние со најпозитивен поглед на стареењето.

1.3.4. Задоволство од работата

Средната зрелост се карактеризира со време на транзиција, промени и обнова. Според тоа, ставовите за работата и задоволството од работата имаат тенденција да претрпат трансформација или преориентација во текот на овој период. Возраста е позитивно поврзана со задоволството од работата - колку што стареме, толку повеќе добиваме задоволство од работата (Ng & Feldman, 2010). Сепак, тоа е далеку од целата приказна и повторно ја повторува парадоксалната природа на истражувачките наоди од овој период од животниот тек. Доброу, Газах и Лиу (2018) откриле дека задоволството од работата кај лицата на возраст од 43-51 година е во корелација со напредувањето на возраста, но дека имало зголемено незадоволство колку подолго некој останувал на истата работа. Повторно, како што би предвидела теоријата на социо-емоционална селективност, постои изразена неподготвеност да се толерира работна ситуација што се смета за несоодветна или незадоволителна. Годините што остануваат, за разлика од годините што се поминале, бараат чувство на цел во сите дневни активности и интеракции, вклучително и работата.

Некои луѓе ја сакаат својата работа, некои луѓе ја толерираат, а некои луѓе не можат да ја поднесат. Задоволството од работата го опишува степенот до кој поединците уживаат во својата работа. Едвин Лок (1976) го опиша како состојба на чувство што произлегува од проценката на сопствените работни искуства. Иако задоволството од работата произлегува и од тоа како размислуваме за нашата работа (нашата когниција) и од тоа како се чувствуваме во врска со нашата работа (нашиот афект) (Saari & Judge, 2004), тоа е опишано во смисла на ефект. Задоволството од работата е под влијание на самата работа, нашата личност и културата од која доаѓаме и во која живееме (Saari & Judge, 2004).

Задоволството од работата обично се мери по промена во организацијата, како што е промена во моделот на управување, за да се процени како промената влијае врз вработените. Исто така, може рутински да се мери од страна на организацијата за да се процени еден од многуте фактори за кои се очекува да влијаат врз перформансите на организацијата. Покрај тоа, компаниите за анкети како „Галуп“ редовно го мерат задоволството од работата на национално ниво за да соберат широки информации за состојбата на економијата и работната сила (Саад, 2012).

Истражувањата сугерираат дека факторот содржина на работата, кој вклучува разновидност, ниво на тежина и јасност на улогата на работното место, е најсилниот предикативен фактор за целокупното задоволство од работата (Saari & Judge, 2004). Спротивно на тоа, постои само слаба корелација помеѓу нивото на плата и задоволството од работата (Judge et al., 2010). Се сугерира дека поединците треба да се прилагодат на повисоките нивоа на плати: Повисоката плата повеќе не го обезбедува задоволството што поединецот можеби првично го чувствувал кога нејзината плата се зголемила.

Зошто треба да ни е грижа за задоволството од работата? Или поконкретно, зошто работодавачот треба да се грижи за задоволството од работата? Мерките за задоволство од работата се донекаде поврзани со перформансите на работата; особено, тие се чини дека се поврзани со организациското граѓанство или дискреционите однесувања од страна на вработениот што ги унапредуваат целите на организацијата (Judge & Kammeyer-Mueller, 2012). Задоволството од работата е поврзано со општото задоволство од животот, иако има ограничено истражување за тоа како двете влијаат едни на други или дали факторите на личноста и културата влијаат и на задоволството од работата и на општото задоволство од животот. Една внимателно контролирана студија сугерираше дека врската е реципрочна: Задоволството од работата позитивно влијае на задоволството од животот и обратно (Judge & Watanabe, 1993). Секако, организациите не можат да го контролираат влијанието на задоволството од животот врз задоволството од работата. Задоволството од работата, особено ниското задоволство од работата, е исто така поврзано со однесувања на повлекување, како што се напуштање на работа или отсуство од работа (Judge & Kammeyer-Mueller, 2012). Сепак, врската со самата отстапка е слаба (Judge & Kammeyer-Mueller, 2012). Конечно, се чини дека задоволството од работата е поврзано со организациските

перформанси, што укажува дека спроведувањето на организациски промени за подобрување на задоволството од работата на вработените ќе ги подобри организациските перформанси (Judge & Kammeyer-Mueller, 2012).

1.3.5. Рамнотежа помеѓу работата и семејството

Многу луѓе жонглираат помеѓу барањата на работниот и приватниот живот и барањата на нивниот домашен живот, без разлика дали станува збор за грижа за деца или грижа за постар родител; ова е познато како рамнотежа помеѓу работата и семејството . Можеби вообичаено мислиме дека работата се меша во семејството, но исто така е случај семејните одговорности да можат да бидат во конфликт со работните обврски (Карлсон, Какмар и Вилијамс, 2000). Гринхаус и Ботел (1985) први идентификуваа три извори на конфликти помеѓу работата и семејството:

- времето посветено на работа го отежнува исполнувањето на семејните барања или обратно,
- напрегањето од учеството во работата го отежнува исполнувањето на семејните барања или обратно, и
- специфичните однесувања што ги бара работата го отежнуваат исполнувањето на барањата на семејството или обратно.

Жените честопати имаат поголема одговорност за семејните барања, вклучувајќи ја домашната грижа, грижата за децата и грижата за старите родители, но мажите во Соединетите Американски Држави сè повеќе преземаат поголем дел од домашните одговорности. Сепак, истражувањата документираат дека жените пријавуваат поголеми нивоа на стрес од конфликтот помеѓу работата и семејството (Gyllensten & Palmer, 2005).

Постојат многу начини за намалување на конфликтот помеѓу работата и семејството и подобрување на задоволството од работата на луѓето (Позиг и Кикул, 2004). Тие вклучуваат поддршка дома, која може да има различни форми: емоционална (слушање), практична (помош со домашните работи). Поддршката на работното место може да вклучува разбирање на супервизорите, флексибилно работно време, платено отсуство и

работа од дома. Флексибилното работно време обично бара основни часови поминати на работното место околу кои вработениот може да го закаже своето пристигнување и заминување за да ги задоволи семејните барања. Работата од дома вклучува вработени кои работат од дома и ги одредуваат своите часови, што им овозможува да работат во различни делови од денот и да поминат дел од денот со своето семејство; ова може да биде познато и како е-патување, работа од далечина, флексибилен работен простор или едноставно работа од дома.

Понекогаш, кога паровите влегуваат во средна возраст, тие може да се соочат со неочекуван стресор во нивниот брак: криза на средни години. Ако еден член од бракот чувствува дека го изгубил чувството за цел во животот, тоа може сериозно да ја оптовари врската. Кризата на средни години може да предизвика депресивни симптоми, да го намали вашиот сексуален нагон и да доведе до постојано занемарување на должностите.

Општо земено, не постои фиксна дефиниција за „криза на средниот век“, бидејќи може да се смета за повеќе како жив феномен, а не за нарушување на менталното здравје или психолошка состојба. Се верува дека фразата ја измислил социологот Елиот Жакес во 1965 година и оттогаш означува период во средната возраст (обично помеѓу 40 и 60 години) кога некој обично се справува со изборите во минатите животи и може да биде инспириран да направи драматични промени.

Доживувањето криза на средните години може да биде предизвикано од потсетник за сопствената смртност, како што е смртта на родител од старост. Може да биде предизвикана и од значаен животен настан, како што е прослава на значаен роденден или иселување на возрасни деца од дома. Без оглед на причината, кризата на средните години може да доведе до тоа некој да ги преиспита своите животни избори и потенцијално да посака да „започне одново“ со нов живот. Како што можете да замислите, таквата драматична промена во размислувањето може значително да влијае на односот на една личност со својот сопружник. Без разлика дали вие или вашиот сопружник доживувате криза на средните години (или ако двајцата доживувате криза на средните години во исто време!), секоја лична транзиција или емоционална турбуленција во вашиот живот веројатно ќе влијае на вашата врска. Кризата на средните години не мора да биде крај на вашиот брак. Можете да преземете неколку чекори за да ги обработите емоциите и стресорите што може

да се појават за време на кризата на средните години и потенцијално да излезете од времето на турбуленциите со вашиот брак посилен од кога било.

1.3.6. Среќата во средните години

Не е изненадувачки што стареењето влијае на задоволството од животот. Повеќето мажи и жени на средна возраст ќе доживеат пад некаде во текот на нивните 40-ти или 50-ти години пред нивното задоволство повторно да почне да расте (генерално во нивните 60-ти години). Иако можеби е невозможно целосно да се избегне падот на среќата во средниот век, разбирањето зошто се случува може да помогне во ублажување на неговите негативни ефекти. Исто така, избегнувањето на штетни споредби со други кои изгледаат побогати, помоќни и посреќни во своите врски од вас.

Некои од овие знаци може лесно да се помешаат со симптоми на депресија . Идејата за криза на средниот век може делумно или претежно да биде обликувана од културните погледи. Вреди да се има предвид дека не сите култури се придржуваат кон концептот на криза на средниот век, па дури ни кон средината на животот.

Западното општество, сепак, има тенденција да го прикажува физичкото стареење во негативно светло, додека ја величи младоста. Преголемото нагласување на сенилноста и намалените физички способности може да го направи стареењето да изгледа како застрашувачка перспектива. И не е тешко да се најдат производи што ветуваат дека ќе ги намалат „грдите“ брчки и седата коса, што имплицира дека станувате помалку привлечни со возраста.

Негативноста околу стареењето може да ве натера да почувствувате очај или пад на самодовербата кога ќе стигнете до средните години. Можеби ќе се чувствувате принудени да го преиспитате вашиот напредок во животот или да го гледате овој временски период едноставно како премин во старост.

Секако, многу конкретни стресори, неуспеси или големи животни настани во зрелоста, исто така, можат да го влошат или да го предизвикаат она што би можеле да го

сметате за криза на средниот век. Овие стресори би можеле да вклучуваат промени во вашето физичко здравје, социјални односи, кариера или финансии.

Во средните години од животот, многу родители доживуваат синдром на празно гнездо - чувство на тага поврзано со иселувањето на нивните деца од дома. Може да доживеете осаменост или чувство на празнина додека ја преиспитувате вашата улога како родител и се фокусирате на себе.

Може да доживеете и промени во вашиот однос со вашите родители. Преземањето улога на старател за стари родители може да биде физички и емоционално стресно. А смртта на родител може да биде неверојатно срцепарателна.

Разводот е уште еден настан што може да придонесе за бурна средина на животот. Разделбата од долгогодишен партнер може да доведе до спротивставени емоции како што се тага, лутина и конфузија. Ако имате деца, разводот може да ја искомплицира и семејната динамика.

Многу луѓе жонглираат со нови работни одговорности кога ќе влезат во средниот век. Ако не ја промените кариерата, може да достигнете повисоки позиции на вашата моментална работа. Дури и ако тие позиции нудат повисока плата, тие ќе дојдат со нови одговорности што ќе го зголемат вашиот стрес. Други возрасни на средна возраст сметаат дека нивните кариери се во стагнација. Повторувањето во вашите дневни задачи може да придонесе за недостаток на исполнетост на работното место.

Многу од горенаведените настани можат да влијаат на вашата финансиска стабилност . Можеби ќе треба да трошите повеќе пари бидејќи дејствувате како старател на вашите родители. Или можеби промената на кариерата бара од вас да ги намалите трошоците. Губењето на работата и ненадејните промени на пазарот на трудот, исто така, можат да предизвикаат финансиски притисок во време кога чувствувате дека треба да бидете посигурни.

Ако имате возрасни деца кои се соочуваат со финансиски тешкотии, може да се соочите со дополнителен стрес. Истражувањата покажуваат дека родителите на средна возраст имаат зголемена анксиозност и депресивно расположение кога економската иднина на нивните деца се чини дека е во опасност.

Средната возраст може да биде тежок период. Честопати носи со себе значајни промени во вашите околности, тело и самоидентитет. Како што се движите низ оваа фаза од животот, поважно е од кога било да прифатите прилагодлив начин на размислување, чувство за цел и рутина за самогрижа. Покрај тоа, преиспитувањето на сопствените ставови за стареењето може да ви даде моќ да напредувате и да постигнете личен раст за време на средната зрелост.

Многу фактори придонесуваат за проблеми со менталното здравје, како што е депресијата во средните години - физичка болест, проблеми во врската, смрт на близок пријател или член на семејството итн. Напрегнатоста на работното место може да биде особено болна точка; чувството на зголемени барања на работа и намалената контрола врз вашиот живот може да доведе до депресивни симптоми. Ребрендирањето на тоа што значи да се биде во средните години и негувањето оптимизам може да помогне во намалувањето на ризикот од депресија како што стареете.

1.4. Врска помеѓу анксиозноста и депресијата

Анксиозните и депресивните нарушувања се меѓу најчестите психијатриски болести; тие се многу коморбидни едни со други и заедно се сметаат дека припаѓаат на поширокатa категорија на интернализирачки нарушувања.

Речиси секој доживува одреден степен на анксиозност или депресија во различни периоди од животот. Во соодветни околности, анксиозноста е всушност типичен одговор на „борба или бегство“ што ви помага да се справите со несигурна или стресна ситуација со дополнителна претпазливост или грижа. Исто така, се очекува да се чувствувате осамено, тажно или незаинтересирано кога се соочувате со тешки настани што го менуваат животот. Но, кога менталните здравствени состојби како што е анксиозноста се мешаат во секојдневниот живот и чувството на огромна тага или празнина продолжува, тоа повеќе не е нешто што може да се припише на животните околности - тоа е нарушување на менталното здравје. Животот со нетретирана депресија и анксиозност може да предизвика значителни проблеми за вашето ментално и физичко здравје. Истражувачите откриле како

депресијата и анксиозноста влијаат на телото, или со влошување на постојните здравствени проблеми или со предизвикување на развој на сериозни проблеми.

Може да почнеме да развиваме симптоми на депресија или анксиозност од неколку различни причини. Може да почнеме да се чувствуваме лошо поради промена во нашите животи - можеби штотуку сме изгубиле домашно миленичe, ни е дијагностицирана нова здравствена состојба или мораме да се прилагодиме на грижата за некого. Или можеби се чувствуваме загрижени и под стрес поради нешто во нашиот секојдневен живот, како на пример дали ќе можеме да ги платиме сметките или се плашиме од настани што се случуваат на друго место во светот.

Понекогаш, може да нема јасна причина зошто се развиле овие чувства - можеби еден ден едноставно ќе забележиме дека нешто се чувствува малку неугодно и не се чувствуваме како што сме вообичаена состојба.

Без разлика на причината, борбата со нашето ментално здравје не е нормален дел од стареењето, а размислувањето за сите потенцијални причини за тоа како се чувствуваме може да ни помогне да ги разбереме нашите чувства.

Многу ситуации, можат да предизвикаат кај секого да се чувствува лошо или вознемирено, и не секој што ги доживува овие ситуации продолжува да доживува депресија или вознемиреност. Но, размислувањето за сите потенцијални причини за тоа како се чувствувате може да ви помогне да ги разберете вашите емоции и да откриете што ви е потребно за повторно да се чувствувате како себеси. Секој се чувствува тажно и загрижено од време на време, но ако не сте се чувствувале добро веќе некое време, добра идеја е да разговарате со некого - како што е вашиот матичен лекар, медицинска сестра или доверлив пријател или роднина.

Важно е да не ги криете вашите чувства под тепих и да се надевате дека сѐ ќе се среди само од себе - симптомите веројатно ќе се влошат ако не преземете мерки. Ако ја скршите ногата, нема само да се борите без помош - ќе ви биде потребна помош што е можно поскоро. Треба да се грижиме за нашето ментално здравје на ист начин и да побараме третман доколку е потребно. Исто како и многу физички здравствени состојби, така и менталните здравствени состојби како депресијата и анксиозноста можат да се лекуваат.

Анксиозните и депресивните нарушувања се умерено наследни (приближно 40%), а доказите укажуваат на заеднички генетски ризик кај интернализирачките нарушувања. Меѓу интернализирачките нарушувања, највисокото ниво на заеднички генетски ризик се чини дека е помеѓу големото депресивно нарушување и генерализираното анксиозно нарушување. Невротизмот е особина на личноста или темпераментна карактеристика што е поврзана со развојот и на анксиозност и на депресија, а генетскиот ризик за развој на невротизам се чини дека е споделен и со оној на интернализирачките нарушувања. Вообичаените негенетски фактори на ризик поврзани со развојот на анксиозност и депресија вклучуваат претходни животни неволји, како што се траума или занемарување, како и стил на родителство и моментална изложеност на стрес. На ниво на невронски кола, промените во префронтално-лимбичните патишта што посредуваат во процесите на регулирање на емоциите се вообичаени за анксиозните и депресивните нарушувања. Овие наоди се во согласност со мета-анализите што откриваат заеднички структурни и функционални промени на мозокот кај различни психијатриски болести, вклучувајќи анксиозност и голема депресија, во кола што вклучуваат регулирање на емоциите , извршна функција и когнитивна контрола.

1.4.1. Идентификување на знаци на анксиозност и депресија

Стресот може да се појави по отпуштање од работа, развод или губење на близок. Дури и стапувањето во брак, преминувањето на нова работа или раѓањето бебе може да предизвика стрес. Секој доживува стрес во еден или друг момент. Многу луѓе го дефинираат стресот како добар или лош кога не е ниту едното ниту другото. Стресот е настан што го сметате за надвор од ваша контрола и обично се случува надвор од вашите секојдневни рутини. Начинот на кој реагирате ја обликува вашата способност да се справите со овие и други слични настани во иднина. Кога луѓето се борат да се справат со стресни ситуации, депресијата и анксиозноста стануваат позабележителни.

Најчестите анксиозни нарушувања вклучуваат:

Специфични фобии - Фобиите може да бидат поврзани со животни, како пајаци, мачки или кучиња; природната средина, како што се височини, бури или престој во вода; повреда од инјекција на крв, што е страв од игли или инвазивни медицински процедури; или локации, како што се авиони, лифтови или затворени места.

Социјално анксиозно растројство - Ова е страв од престој во близина на други луѓе или во социјални ситуации.

Генерализирано анксиозно растројство - Ова е општа загриженост за многу различни работи.

Анксиозност од разделба - Ова е прекумерен страв или вознемиреност во врска со одвојување од фигури или предмети на приврзаност.

Панично растројство - Ова е ненадеен бран на интензивен страв или непријатност.

Најчестите депресивни нарушувања вклучуваат:

Големо депресивно растројство - Ова е депресивно расположение кое трае две недели. Може да се појави како единечна или повторлива епизода.

Перзистентно депресивно растројство - Ова е депресивно расположение кое се јавува речиси секој ден во текот на најмалку две години.

Вообичаено е оние кои се борат со анксиозни нарушувања да се борат и со депресија или обратно. Близу 10% од светската популација страда од анксиозност и депресија. Сепак, иако анксиозните и депресивните нарушувања се лесно лечливи, само мал процент од засегнатите луѓе добиваат третман.

- Анксиозноста и депресијата можат да бидат предизвикани од неколку работи, вклучувајќи:
  - Генетика
  - Изложеност на животната средина
  - Личност
  - Животни настани

- Ран предупредувачки знак за анксиозност или депресија се јавува кога некој почнува да ги избегнува работите во кои некогаш уживал.

- Други предупредувачки знаци за анксиозност вклучуваат:
  - Треперење
  - Зголемен срцев ритам
  - Стегање во градите
  - Брзо дишење
  - Тркачки мисли
- Во меѓувреме, предупредувачките знаци за депресија вклучуваат:
  - Изолирање на себеси
  - Често размислување за негативни мисли
  - Повторливи чувства на тага
  - Напредни знаци на анксиозност и депресија
- Напредните знаци на генерализирано анксиозно растројство вклучуваат:
  - Прекумерна грижа што се јавува повеќе денови отколку не, во текот на најмалку шест месеци
  - Чувство на немир
  - Замор или често чувство на замор
  - Тешкотии во концентрацијата
  - Раздразливост
  - Мускулна напнатост
  - Нарушувања на спиењето, како што се тешкотии при заспивање или одржување на сон
  - Дистрес или оштетување во социјалните, професионалните или други важни области на функционирање
- Напредните знаци на големо депресивно растројство вклучуваат:
  - Чувство на тага или депресија поголемиот дел од денот, речиси секој ден
  - Намален интерес за активности во кои некогаш уживавте
  - Значителни промени во вашата тежина (зголемување или намалување)

- Тешкотии со спиењето, како што се тешкотии со заспивањето, одржувањето на спиењето или премногу спиење
- Замор или често чувство на замор
- Тешкотии во концентрацијата
- Повторливи мисли за смртта
- Дистрес или оштетување во социјалните, професионалните или други важни области на функционирање

Важно е луѓето да се справат со своето ментално здравје за да живеат исполнет живот. Признавањето и лекувањето на вашето ментално здравје помага во создавање отпорност. Исто така, ве учи подобро да се справите. Потоа, кога ќе се случи слична ситуација, сте опремени да се справите со неа. Стресни ситуации ќе се случат. Начинот на кој реагирате може да одреди како овие ситуации ќе влијаат врз вас.

1.5. Анксиозност

Секој чувствува вознемиреност од време на време. Малкумина можат да поминат низ недела без некаква вознемирена напнатост или чувство дека нешто нема да оди добро. Може да чувствуваме вознемиреност кога се соочуваме со важен настан, како што е испит или интервју за работа, или кога ќе почувствуваме некоја закана или опасност, како што е будење од чудни звуци ноќе. Сепак, таквата секојдневна вознемиреност е генерално повремена, блага и кратка, додека лице со анксиозно растројство се чувствува вознемирено почесто, поинтензивно, а понекогаш и со часови или дури и со денови.

Анксиозните нарушувања се чести. Истражувањата покажуваат дека еден од тројца возрасни ќе има анксиозно растројство во текот на животот (Bandelow & Michaelis, 2015). Анксиозните нарушувања се најчестиот проблем со менталното здравје кај жените и се втори по важност по нарушувањата поврзани со употреба на супстанции кај мажите. Анксиозните нарушувања можат да им го отежнат на луѓето работата или учењето,

управувањето со секојдневните задачи и поврзувањето со другите, и често можат да предизвикаат лицето да доживее финансиски притисок и лично страдање.

Анксиозните нарушувања се лекуваат, а раната интервенција може да помогне да се обезбеди успех во третманот. Луѓето често живеат со анксиозни нарушувања со години пред да бидат дијагностицирани и третирани. Ако се сомневате дека имате анксиозно нарушување, важно е да побарате професионален третман што е можно поскоро.

Главните категории на анксиозни нарушувања се специфични фобии, панично нарушување, агорафобија, генерализирано анксиозно нарушување, социјално анксиозно нарушување, селективен мутизам и анксиозно нарушување од разделување.

Секое од овие анксиозни нарушувања е различно на некој начин, но сите ги делат следниве карактеристики:

• ирационален и прекумерен страв

• чувства на загриженост и напнатост

• тешкотии при управување со секојдневните задачи и/или вознемиреност поврзана со овие задачи.

Одредена количина на анксиозност е нормална и неопходна; таа може да ве наведе да дејствувате според вашите грижи и може да ве заштити од штета. Во некои ситуации, анксиозноста може дури и да биде неопходна за вашиот опстанок. На пример, ако стоите на работ на тротоарот и автомобил се сврти кон вас, веднаш би ја забележале опасноста, ќе почувствувате тревога и ќе скокнете назад за да го избегнете автомобилот. Оваа нормална реакција на анксиозност се нарекува реакција „бори се или бегај“. Кога чувствуваме опасност или мислиме дека опасноста е на прагот, мозокот испраќа порака до нервниот систем, кој реагира со ослободување на адреналин. Зголемениот адреналин нè предизвикува да се чувствуваме будни и енергични и ни дава наплив на сила, подготвувајќи нè за напад (борба) или бегство на безбедно (бегство). Зголемениот адреналин може исто така да има непријатни несакани ефекти. Тие може да вклучуваат чувство на нервоза, напнатост, вртоглавица, потење, треперење или отежнато дишење. Ваквите ефекти можат да бидат вознемирувачки, но не се штетни за телото и генерално не траат долго.

1.5.1. Влијание на анксиозноста врз нас

Секогаш кога реакцијата „бори се или бегај“ е активирана од опасност, вистинска или перцепирана, таа води до промени во три „системи на функционирање“: начинот на кој размислувате (когнитивен), начинот на кој вашето тело се чувствува и работи (физички) и начинот на кој дејствувате (однесување). Колку овие три системи се менуваат зависи од личноста и контекстот.

• Когнитивен: Вниманието се префрла веднаш и автоматски на потенцијалната закана. Ефектот врз размислувањето на една личност може да се движи од блага загриженост до екстремен ужас.

• Физички: Ефектите вклучуваат срцеви палпитации или зголемен срцев ритам, плитко дишење, треперење, потење, вртоглавица или зашеметеност, чувство на „слабост во колената“, замрзнување, мускулна напнатост, отежнато дишење и гадење.

• Однесување: Луѓето се вклучуваат во одредени активности и се воздржуваат од други како начин да се заштитат од анксиозност (на пр., посетување часови за самоодбрана или избегнување одредени улици по мрак).

Важно е да се препознае дека когнитивните, физичките и однесувачките системи на одговор на анксиозност често се менуваат заедно. На пример, ако сте загрижени за вашите финансии (когнитивно), веројатно ќе се чувствувате напнато и нервозно (физички) и може да поминете доста време проверувајќи го вашиот домашен буџет и инвестициите (однесување). Или ако се подготвувате за важен испит, може да се грижите дали да дадете сè од себе (когнитивно), да се чувствувате напнато и можеби дури и да имате „пеперутки“ (физички) и првично да избегнувате учење, а потоа да се преоптоварувате во последен момент (однесување).

Важно е да се запомни дека анксиозноста е:

• нормална и ја доживува секој жив организам

• неопходна за преживување и адаптација

• не е штетна или опасна

• обично краткотрајна

• понекогаш корисна за перформансите (на ниски или умерени нивоа).

Кога анксиозноста е проблем? Секој доживува симптоми на анксиозност, но тие се генерално повремени и краткотрајни и не предизвикуваат проблеми. Но, кога когнитивните, физичките и бихејвиоралните симптоми на анксиозност се постојани и сериозни, а анксиозноста предизвикува доволно вознемиреност во животот на една личност што негативно влијае на неговата или нејзината способност да работи или учи, да се дружи и да управува со секојдневните задачи, таа може да биде надвор од нормалниот ранг. Неколку фактори одредуваат дали анксиозноста заслужува внимание на професионалци за ментално здравје, вклучувајќи:

• степенот на вознемиреност предизвикан од симптомите на анксиозност

• ефектот што симптомите на анксиозност го имаат врз способноста на една личност да работи или учи, да се дружи и да управува со секојдневните задачи

• контекстот во кој се јавува анксиозноста.

1.5.2. Анксиозни нарушувања

Анксиозното нарушување може да ги натера луѓето да се чувствуваат вознемирено поголемиот дел од времето или за кратки интензивни епизоди, кои може да се појават без јасна причина. Луѓето со анксиозни нарушувања може да имаат анксиозни чувства кои се толку непријатни што ги избегнуваат дневните рутини и активностите што би можеле да ги предизвикаат овие чувства. Некои луѓе имаат повремени напади на анксиозност толку интензивни што се преплашени или не можат да се движат.

Луѓето со анксиозни нарушувања обично се свесни за ирационалната и прекумерната природа на нивните стравови. За време на третманот, многумина велат: „Знам дека моите стравови се неразумни, но едноставно не можам да ги спречам.“

Главните категории на анксиозни нарушувања се класифицирани според фокусот на анксиозноста врз основа на дијагностичките критериуми наведени во Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални нарушувања (DSM-5; APA, 2013). Иако секое анксиозно нарушување може да има многу различни симптоми, еден репрезентативен пример е избран за да ги покаже типичните когнитивни, физички и бихејвиорални симптоми на секое нарушување. Во DSM-5, анксиозното нарушување на сепарацијата и селективниот мутизам се вклучени во категоријата анксиозно нарушување, а опсесивно-компулсивното нарушување (OCD), агорафобијата без историја на панично нарушување, акутно стресно нарушување и посттрауматско стресно нарушување (PTSD) повеќе не се класифицирани како анксиозни нарушувања, како што беа во DSM-IV. OCD сега се наоѓа во категоријата опсесивно-компулсивни и сродни нарушувања, а ПТСН и акутното стресно нарушување се наоѓаат во категоријата траума и нарушувања поврзани со стрес. Иако OCD, акутното стресно нарушување и ПТСН повеќе не се класифицирани како анксиозни нарушувања во DSM-5, информациите дадени во ова упатство за когнитивно-бихејвиорална терапија, закрепнување, спречување на рецидив и размислувања за семејствата сè уште важат за овие дијагнози.

1.5.3. Предизвикување на анксиозни растројства

Нема јасни одговори за тоа зошто некои луѓе развиваат анксиозно растројство, иако истражувањата сугерираат дека може да бидат вклучени голем број фактори. Како и повеќето проблеми со менталното здравје, анксиозните растројства се чини дека се предизвикани од комбинација од психолошки фактори, биолошки фактори, општествени фактори и предизвикувачки животни искуства, вклучувајќи:

- стресни или трауматски животни настани
- семејна историја на анксиозни растројства
- проблеми со развојот во детството

• алкохол, лекови или нелегални супстанции

• други медицински или психијатриски проблеми.

Психолошки фактори - Постојат две главни теории кои ги објаснуваат психолошките влијанија врз анксиозните нарушувања: когнитивна теорија, која ја разгледува тенденцијата на една личност да го прецени потенцијалот за опасност и бихејвиорална теорија, која го разгледува односот помеѓу нечии симптоми на анксиозност и претходните искуства. Идеите изразени од овие теории ни помагаат да ја разбереме когнитивно-бихејвиоралната терапија, која ќе биде наведена во следното поглавје. Трет начин на гледање на психолошките причини за анксиозност е развојната теорија, која испитува што научила една личност како дете за да го разбере своето искуство со анксиозност како возрасен.

Когнитивна теорија - Опасноста е дел од животот. За да нè заштити, еволуцијата генетски нè подготвила да се плашиме од опасност. Знаеме да избегнуваме злобни животни и да бидеме внимателни на големи височини. Когнитивната теорија, сепак, сугерира дека луѓето со анксиозни нарушувања се склони да ја преценуваат опасноста и нејзините потенцијални последици. На пример, луѓето може да ја преценат опасноста од одредени животни, како што се пајаците или змиите, и затоа веруваат дека штетата од тоа животно е многу поголема и почеста отколку што е всушност. Размислувајќи за најлошото можно сценарио, тие може да замислат дека змија ќе ги касне и ќе ги отруе, кога всушност змијата е сосема безопасна. Ова е познато како катастрофализирање и е вообичаено кај луѓето со анксиозни нарушувања. Луѓето кои ја преценуваат опасноста имаат тенденција да избегнуваат ситуации кои можат да ги изложат на нивните стравови. На пример, лице кое се плаши од летање ќе избегнува патувања кои бараат патување со авион. Ваквите однесувања се наречени анксиозно избегнување. Безбедносните однесувања, сепак, се суптилни форми на избегнување кои накратко му овозможуваат на лицето да чувствува помалку анксиозност во тој момент. На пример, лице кое доживува анксиозност во социјални ситуации може да избегнува директен контакт со очите со некого (наместо воопшто да не зборува). Меѓутоа, кога се избегнуваат ситуациите од кои се стравува, стравовите се зајакнуваат. Когнитивната теорија сугерира дека стравовите можат да се намалат кога луѓето се способни да го доживеат она од што се плашат, дозволувајќи им да видат дека не е толку опасно како што некогаш верувале.

Теорија на бихејвиор - Теоријата на однесување сугерира дека луѓето учат да го поврзат стравот што го почувствувале за време на стресен или трауматски животен настан со одредени знаци, како што се место, звук или чувство. Кога знаците повторно ќе се појават, лицето повторно го доживува стравот. Откако ќе се научи поврзаноста помеѓу стравот и знакот, таа е автоматска, непосредна и надвор од свесна контрола. Стравот се чувствува пред да има време да се каже дали опасноста е близу.

Ваквите знаци може да бидат надворешни или внатрешни. Пример за надворешен знак е одреден мирис што се појавил во времето на стресниот настан. Кога овој мирис повторно ќе се појави, дури и во време кога нема присутна опасност, лицето се потсетува на настанот и се плаши. Внатрешните знаци, како што е забрзаниот пулс, исто така може да предизвикаат страв. Ако срцето на лицето забрзано чука за време на вистинска закана, кога срцето на лицето брзо чука за време на тренинг рутина подоцна, може да се плаши.

Луѓето со анксиозни нарушувања може да одат во екстремни должини за да ги избегнат ваквите знаци. Оригиналните знаци може дури и да се генерализираат на други слични знаци, како што е лоша средба со булдог што води до избегнување на сите кучиња. Кога луѓето ги избегнуваат таквите знаци, тие може да се чувствуваат по безбедно, но на долг рок, овие однесувања на избегнување всушност ја зголемуваат вознемиреноста поврзана со знаците. Избегнувањето го спречува лицето да ја „одучи“ асоцијацијата, што може да се направи само кога лицето е изложено на такви знаци во безбедна ситуација.

Развојна теорија - Според развојната теорија, начинот на кој децата учат да ги предвидуваат и толкуваат животните настани придонесува за количината на анксиозност што ја доживуваат подоцна во животот. Количината на контрола што луѓето ја чувствуваат врз сопствениот живот е силно поврзана со количината на анксиозност што ја доживуваат. Чувството за контрола на една личност може да се движи од доверба дека што и да се случи е целосно во нивни раце до чувство на целосна несигурност и беспомошност во врска со претстојните животни настани. Луѓето кои чувствуваат дека животот е надвор од нивна контрола веројатно ќе чувствуваат поголем страв и анксиозност. На пример, овие луѓе може да чувствуваат дека никаква подготовка или квалификации нема да им даде никаква контрола врз исходот од претстојното интервју за работа и тие пристигнуваат на интервјуто плашејќи се од отфрлање.

1.5.4. Видови на анксиозни нарушувања

Според Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални нарушувања (DSM-5) на Американската психијатриска асоцијација, постојат неколку видови на анксиозни нарушувања. Ова е стандарден референтен прирачник за дијагностицирање на состојби на менталното здравје. Видовите на анксиозни нарушувања вклучуваат:

Генерализирано анксиозно растројство (ГАР) : Оваа состојба предизвикува страв, грижа и постојано чувство на преоптовареност. Се карактеризира со прекумерна, честа и нереална грижа за секојдневните работи, како што се работните обврски, здравјето или домашните обврски.

Агорафобија : Оваа состојба предизвикува интензивен страв од преоптоварување или неможност за бегство или барање помош. Луѓето со агорафобија често избегнуваат нови места и непознати ситуации, како што се големи, отворени простори или затворени простори, толпи и места надвор од нивните домови.

Панично растројство: Оваа состојба вклучува повеќекратни неочекувани напади на паника. Главна карактеристика на состојбата е тоа што нападите обично се случуваат без предупредување и не се должат на друга ментална или физичка состојба. Некои луѓе со панично растројство имаат и агорафобија.

Специфични фобии: Фобија е кога нешто предизвикува чувство на страв или вознемиреност што е толку силно што постојано и во голема мера го нарушува вашиот живот. Постојат стотици различни видови фобии и постои една дијагноза за скоро сите од нив: специфична фобија. Само една фобија, агорафобија, е посебна дијагноза.

Социјално анксиозно растројство: Оваа состојба (порано позната како социјална фобија) се јавува кога доживувате интензивен и постојан страв од негативно оценување и/или набљудување од други.

Анксиозно растројство од разделба: Оваа состојба се јавува кога чувствувате прекумерна вознемиреност кога сте одвоени од сакана личност, како што е примарен

старател. Додека вознемиреноста од разделба кај бебињата и малите деца е нормална фаза на развој , вознемиреноста од разделба може да влијае на децата и возрасните.

Селективен мутизам: Оваа состојба се јавува кога не зборувате во одредени ситуации поради страв или вознемиреност. Обично ги погодува малите деца, но може да ги погоди и адолесцентите и возрасните.

Други ментални здравствени состојби имаат заеднички карактеристики со анксиозните нарушувања. Тие вклучуваат посттрауматско стресно нарушување (ПТСН), акутно стресно нарушување и опсесивно-компулсивно нарушување (ОКР). Но, Американската психијатриска асоцијација ги класифицира како посебни состојби, а не како анксиозни нарушувања.

1.5.5. Фактори

1.5.5.1. Биолошки фактори

Биолошките причини и ефекти на анксиозните нарушувања вклучуваат проблеми со хемијата на мозокот и мозочната активност, генетика и медицински, психијатриски проблеми и проблеми со употреба на супстанции. Истражувањата откриј врска помеѓу анксиозноста и проблемите со регулирањето на различни невротрансмитери (т.е. хемиските гласници на мозокот кои пренесуваат сигнали помеѓу мозочните клетки). Три главни невротрансмитери се вклучени во анксиозноста: серотонин, норепинефрин и гама-аминобутерна киселина (GABA).

1.5.5.2. Генетски фактори

Истражувањата потврдуваат дека генетските фактори играат улога во развојот на анксиозни нарушувања. Луѓето имаат поголема веројатност да имаат анксиозно растројство ако имаат роднина кој исто така има анксиозно нарушување.

1.5.5.3. Медицински фактори

Алкохол, лекови и нелегални супстанции. Употребата на супстанции може да предизвика симптоми на анксиозност, или додека лицето е под дејство на алкохол или кога лицето е во апстиненција. Супстанциите што најчесто се поврзуваат со генерализирана анксиозност или симптоми на паника се стимуланси, вклучувајќи кофеин, нелегални дроги како што е кокаинот и лекови на рецепт како што е метилфенидат.

Медицински состојби - Низок спектар на медицински состојби може да предизвика симптоми на анксиозност и да резултира со анксиозни нарушувања. На пример, и симптомите на паника и симптомите на генерализирана анксиозност може да бидат резултат на медицински состојби, особено оние на жлездите, срцето, белите дробови или мозокот. Најчесто, третманот на медицинската состојба ги намалува симптомите на анксиозност.

Психијатриски состојби - Луѓето со други проблеми со менталното здравје честопати имаат и симптоми на анксиозност. Понекогаш симптомите на други нарушувања, како што се депресија или психоза, ја зголемуваат анксиозноста кај лицето. Во такви случаи, лицето може да не биде дијагностицирано со анксиозно растројство.

Студиите покажуваат дека луѓето кои се вознемирени имаат тенденција да имаат неправилен модел на дишење, наизменично од хипервентилација до задржување на здивот. Овој модел на дишење придонесува за понатамошни симптоми (на пр., вртоглавица, зашеметеност и евентуално несвестица) и ги зголемува чувствата на вознемиреност.

1.5.5.4. Општествени фкатори

Општествените фактори се однесуваат на социјалните и еколошките фактори на кои е изложено лицето, како и на нивниот однос со неговата околина и структурите и луѓето во неа, како што се:

• лични врски (на пр., помеѓу семејството и пријателите)

• заедници, и локални и големи

• организации и социјални институции (на пр., здравствена заштита, правосуден систем).

Општествените фактори влијаат на многу аспекти од животот, вклучувајќи ги интеракциите со здравствениот и правосудниот систем, образованието, можностите за кариера, патувањето, рекреацијата и секојдневните активности, како што се купување намирници или шетање низ соседството.

Друг општествен фактор што може да влијае на менталното здравје на една личност се нејзините социјални детерминанти на здравјето, кои се немедицински фактори што можат да влијаат на менталното здравје на една личност, како што се полот, расата, приходот, образованието, сексуалната ориентација, статусот на имиграција или бегалец, невработеноста и несигурноста на работното место, домувањето и несигурноста на храната. Овие фактори можат да влијаат на пристапот на една личност до навремена, соодветна и висококвалитетна здравствена заштита. Тие исто така можат да влијаат на начинот на кој лицето се третира додека прима нега и на исходот од обезбедената нега.

1.5..6. Закрепнување и спречување на рецидив

Кога некој ќе започне со третман за анксиозно растројство, првата цел е да се намалат и управуваат симптомите. Процесот на постигнување на оваа цел, познат како „закрепнување“, често вклучува комбинација од лекови, КБТ и поддржувачка психотерапија, а може да вклучи и друга поддршка околу вработувањето, рекреативните активности и градењето здрав начин на живот. Закрепнувањето, исто така, вклучува начин на кој лицето ги применува вештините научени во третманот во ситуации од реалниот живот.

Идејата на некој за тоа што се надева да постигне преку закрепнување е уникатна за него. Долгорочните цели може да вклучуваат подобрени односи со другите, целосен и задоволителен работен живот, зголемена самодоверба и подобрен целокупен квалитет на живот.

Откако закрепнувањето ќе започне и лицето ќе биде подготвено да се фокусира на враќање на својот живот во нормала, следниот чекор е „спречување на рецидив“.

Анксиозноста не е болест со „лек“. Лековите и терапијата можат да помогнат во контролата на симптомите, но некои од симптомите на анксиозност, како што се грижата и стравот, можат да се појават кај секого во текот на секојдневниот живот.

За да се спречи рецидив, лицето треба да биде подготвено со план за управување со симптомите како што се појавуваат. Движењето низ процесот на закрепнување и спречување на рецидив зависи од комбинација на планирање и став. Постигнувањето и одржувањето на целите е полесно кога лицето развило:

- свест за предупредувачките знаци и стратегии за реагирање на неуспеси
- здрав начин на живот
- надеж и оптимизам за иднината
- самодоверба.

1.6. Знаци на депресија

Секој понекогаш се чувствува тажно или лошо, но овие чувства обично поминуваат со текот на времето. Депресијата (исто така наречена големо депресивно растројство или клиничка депресија) е различна. Може да предизвика сериозни симптоми кои влијаат на тоа како се чувствувате, размислувате и се справувате со секојдневните активности, како што се спиењето, јадењето или работата. Тоа е болест што може да влијае на секого - без оглед на возраста, расата, приходот, културата или образованието. Истражувањата сугерираат дека генетските, биолошките, еколошките и психолошките фактори играат улога во депресијата. Како едно од најчестите ментални нарушувања, депресијата може да влијае на тоа како размислувате, се чувствувате и вашиот секојдневен живот. Можеби не знаете зошто се чувствувате вака, но дури и основните дневни активности како што се спиењето, јадењето или работата може да станат тешки. Депресијата честопати бара долгорочен третман, но добивањето помош при најраниот знак на проблем може да помогне во справувањето со вашите симптоми.

Иако депресијата може да се појави само еднаш во текот на животот, луѓето обично имаат повеќе епизоди. За време на овие епизоди, симптомите се јавуваат поголемиот дел од денот, речиси секој ден и може да вклучуваат:

- Постојани негативни мисли
- Чувство на безнадежност, празнина, тага или солзливост
- Чувство на замор или намалена енергија
- лошо расположение
- Премногу самокритичен или низок самопочит
- Мисли за самоповредување или самоубиство
- Повлекување од пријатели, роднини или работа
- Губење на интерес или задоволство во повеќето или сите нормални активности
- Нарушувања на спиењето, вклучувајќи несоница или премногу спиење
- Тешкотии во размислувањето, концентрацијата, донесувањето одлуки или помнењето работи

Кај многу луѓе со депресија, симптомите обично се доволно силни за да предизвикаат забележителни проблеми во секојдневните активности, како што се работата, училиштето, социјалните активности или односите со другите. Некои луѓе може да се чувствуваат генерално мизерно или несреќно без навистина да знаат зошто.

Точната причина за депресија е непозната. Може да биде предизвикана од комбинација на генетски, биолошки, еколошки и психолошки фактори. Секој е различен, но следниве фактори можат да ги зголемат шансите на една личност да стане депресивна:

- Имање крвни роднини кои имале депресија
- Доживување трауматски или стресни настани, како што се физичко или сексуално злоставување, смрт на близок или финансиски проблеми
- Минувате низ голема животна промена, дури и ако тоа било планирано
- Имање медицински проблем, како што се рак, мозочен удар или хронична болка

- Земање одредени лекови. Разговарајте со вашиот лекар ако имате прашања за тоа дали вашите лекови може да ве прават да се чувствувате депресивно.
- Користење алкохол или дрога

Најчестите видови на депресија се голема депресија и перзистентно депресивно растројство. Симптомите на голема депресија вклучуваат депресивно расположение или губење на интерес. Симптомите влијаат на вашите дневни активности и траат најмалку две недели.

Перзистентното депресивно растројство (исто така наречено дистимија или дистимично растројство) има помалку сериозни депресивни симптоми, но тие траат подолго, обично најмалку две години.

Други видови на депресија може да вклучуваат: сезонското афективно растројство доаѓа и си оди со годишните времиња. Обично започнува кон крајот на есента и почетокот на зимата и исчезнува во текот на пролетта и летото.

Биполарното растројство понекогаш се нарекува манична депресија. Ова растројство на расположението може да предизвика интензивни промени во расположението.

Депресијата со симптоми на психоза е тешка форма на депресија која исто така има заблуди (лажни верувања) или халуцинации (гледање, слушање или чувствување на нешто што не постои).

Како да препознаете разлика помеѓу лесна, умерена и тешка клиничка депресија. Не сите случаи на депресија се исти. Оние од нас кои имаат депресија може да доживеат различни симптоми со различни нивоа на интензитет во текот на различни временски периоди. Во зависност од сериозноста на симптомите и колку долго траат, депресијата може да се категоризира на лесна, умерена и тешка.

1.6.1. Блага депресија

Благата депресија е најтешката форма на депресија за дијагностицирање, бидејќи не мора нужно да ве спречи да се снаоѓате од ден на ден. Можеби не сакате да се дружите со

пријателите или да одите на училиште или на работа затоа што не се чувствувате добро, но обично сепак успевате да се справите со тоа.

Доколку се чувствувате лошо неколку дена или една недела, промените во животниот стил , како што се редовно движење на телото и поминување квалитетно време со најблиските, би можеле да помогнат. Ако симптомите сè уште се присутни или се влошуваат, можеби се справувате со посериозна депресија на која би ѝ било од корист професионална медицинска нега .

Некој што доживува блага депресија може да има еден или неколку од симптомите наведени погоре во текот на неколку дена или недели, и на ниво кое е забележливо, но не доволно за да се меша во неговиот секојдневен живот. Иако суптилната природа на симптомите може да ја отежни откривањето на блага депресија, блага депресија може лесно да се лекува бидејќи често може да се контролира преку промени во животниот стил како што се исхраната, вежбањето, медитацијата и одржувањето на активноста со хобија.

1.6.2. Умерена депресија

Некој што доживува умерена депресија може да чувствува повеќе симптоми отколку блага депресија, и со поголема сериозност. Некои симптоми може да бидат доволно сериозни за да влијаат на нивниот секојдневен живот и може да имаат влијание врз нивните врски. Умерената депресија може правилно да се лекува со стручна помош, покрај промените во животниот стил.

Умерената депресија е еден чекор понапред од блага. Ако имате умерена депресија, тоа е повеќе од само тешкотии во справувањето со денот. Можеби:

- Проблеми во односите со пријателите и семејството.
- Видете како вашите оценки или работни перформанси паѓаат.
- Тешко ми е да станам од кревет некои утра.
- Остани буден предоцна.

- Не се грижи за себе како што обично се грижиш.
- Тешко ми е да обрнам внимание на час, да се концентрирам на работа или да следам разговор поради замаглена мозочна магла или недостаток на интерес.

Доколку имате некој од овие симптоми, време е да побарате стручна помош . Депресијата има тенденција да се влоши кога ја игнорирате. Терапијата - понекогаш заедно со лекови - може да направи голема разлика. Со текот на времето, можете да почнете да се чувствувате многу подобро.

1.6.3. Тешка депресија

Некој што доживува тешка депресија може да доживее многу сериозни симптоми, често шест месеци или повеќе. Ова ниво на сериозност може да предизвика големи нарушувања во училиштето, работата и врските - што пак може да ги влоши некои симптоми и да доведе до проблеми со самодовербата. Луѓето кои се тешко депресивни се најверојатно да имаат мисли за самоповредување или самоубиство. Лекувањето на тешка депресија бара стручна помош од терапевт или психијатар.

Доколку имате тешка депресија, важно е веднаш да добиете третман. Депресијата е тешка кога имате многу симптоми, често со месеци. Најголемиот знак на кој треба да внимавате е постојаното чувство дека работите што порано ви се допаѓале повеќе не ви се допаѓаат. Покрај симптомите на умерена депресија, може да:

- Борете се со чувства на безвредност и вина, како сè да тргнува наопаку, сè е ваша вина или како да не заслужувате поддршка.
- Почнете да забележувате симптоми на депресија во вашето тело, како што се мистериозни или полоши од вообичаените болки и мачнини.
- Чувствувате лесно замор или постојано имате недостаток на енергија.
- Имајте мисли за самоповредување или самоубиство .

- Овие мисли и чувства можат да создадат маѓепсан пад и, како и секој друг во оваа ситуација, и вам ви е потребна и заслужувате поддршка.

1.6.4. Како изгледа и се чувствува депресијата

Како и тагата, депресијата е честа појава и нормален дел од животот за многу луѓе. Но, важно е да знаете што ја прави различна за да можете да откриете кога вам или на некој што ви е драг му е потребна поголема поддршка.

Кога доживувате депресија, чувствата како тага и лутина не исчезнуваат, а работите што ги предизвикуваат - како што се крајот на долгорочна врска, разводот на вашите родители или стресниот живот дома - не е лесно да се справите сами со нив. Можеби не се чувствувате ужасно цело време, но чувствата се поупорни кога сте депресивни, како темен облак што ве следи наоколу или магла што не можете да ја расчистите. Исто така, може да се чувствувате тажно, виновно, безнадежно или вцепенето со или без јасна причина. Тие чувства можат да траат со недели или дури месеци. Најголемата разлика помеѓу депресијата и тагата е тоа колку долго трае и колку влијае на вашиот живот. За да ви биде дијагностицирано големо депресивно растројство, што е клинички термин, треба да имате симптоми на депресија повеќе од две недели.

Депресијата може да предизвика благи симптоми што можете да ги контролирате со тоа што сами ќе направите некои промени, како и потешки симптоми кои бараат медицински третман, како што се самоубиствени мисли .

1.6.5. Без разлика на видот, депресијата се лекува

Депресијата може да биде незгодна бидејќи се обидува да ве убеди дека можете сами да се справите со неа или дека не е толку лошо, но барањето поддршка е најдобриот чекор што можете да го направите кога се чувствувате тажно. Можете да се чувствувате подобро кога ќе ја добиете грижата што ви е потребна и што ја заслужувате. Ако не сте сигурни што да правите следно, тоа е во ред.

Дознајте повеќе за тоа како да му кажете на некого дека можеби сте депресивни и како да добиете дијагноза и план за лекување. Ако во моментов ви е тешко да си дадете приоритет, обидете се за момент да излезете надвор од себе. Запрашајте се: Каков совет би му дал на добар пријател ако се чувствува вака? Потоа послушајте го.

Достапни се многу корисни третмани за депресија. Третманот за депресија може да помогне во намалувањето на симптомите и скратување на времетраењето на депресијата. Третманот може да вклучува примање терапија и/или земање лекови. Вашиот лекар или квалификуван професионалец за ментално здравје може да ви помогне да одредите кој третман е најдобар за вас.

Терапија . Многу луѓе имаат корист од психотерапијата - исто така наречена терапија или советување. 7 , 8 Повеќето терапии траат кратко време и се фокусираат на мислите, чувствата и проблемите што се случуваат во вашиот живот сега. Во некои случаи, разбирањето на вашето минато може да помогне, но наоѓањето начини да се справите со она што се случува во вашиот живот сега може да ви помогне да се справите и да се подготвите за предизвиците во иднина. Со терапијата, ќе работите со вашиот терапевт за да научите вештини што ќе ви помогнат да се справите со животот, да ги промените однесувањата што предизвикуваат проблеми и да најдете решенија. Не се срамете или засрамете отворено и искрено да зборувате за вашите чувства и грижи. Ова е важен дел од подобрувањето. Некои вообичаени цели на терапијата вклучуваат:

- Станување поздрав
- Престанок со пушење и прекин на употребата на дрога и алкохол
- Надминување на стравови или несигурности

- Справување со стрес
- Разбирање на минатите болни настани
- Идентификување на работи што ја влошуваат вашата депресија
- Имање подобри односи со семејството и пријателите
- Разбирање зошто нешто ве мачи и создавање план за справување со тоа

Многу луѓе со депресија сметаат дека земањето лекови на рецепт наречени антидепресиви може да им помогне да го подобрат расположението и вештините за справување. Разговарајте со вашиот лекар дали тие се вистинскиот избор за вас. Ако вашиот лекар ви препише рецепт за антидепресив, прашајте точно како треба да го земате лекот. Ако веќе користите терапија за замена на никотин или друг лек што ќе ви помогне да се откажете од пушењето, не заборавајте да го известите вашиот лекар. Достапни се неколку антидепресивни лекови, така што вие и вашиот лекар имате опции за избор. Понекогаш се потребни неколку обиди за да се пронајде најдобриот лек и вистинската доза за вас, затоа бидете трпеливи. Исто така, бидете свесни за следниве важни информации:

Кога ги земате овие лекови, важно е да ги следите упатствата за тоа колку да земате. Некои луѓе почнуваат да се чувствуваат подобро неколку дена по почетокот на лекот, но може да потрае и до 4 недели за да се почувствува најголема корист. Антидепресивите делуваат добро и се безбедни за повеќето луѓе, но сепак е важно да разговарате со вашиот лекар ако имате несакани ефекти. Несаканите ефекти обично не пречат во секојдневниот живот и често исчезнуваат како што вашето тело се прилагодува на лекот.

Не престанувајте да земате антидепресив без претходно да разговарате со вашиот лекар. Наглото прекинување на лекот може да предизвика симптоми или да ја влоши депресијата. Соработувајте со вашиот лекар за безбедно прилагодување на дозата што ја земате.

Некои антидепресиви може да предизвикаат ризици за време на бременоста. Разговарајте со вашиот лекар ако сте бремени или можеби сте бремени, или ако планирате да забремените.

Антидепресивите не можат да ги решат сите ваши проблеми. Ако забележите дека вашето расположение се влошува или ако имате мисли да се повредите себеси, важно е веднаш да се јавите кај вашиот лекар.

2. Методолошки дел

2.1. Проблем на истражување

Депресијата и анксиозноста се меѓу најчестите психијатриски нарушувања кои влијаат на здравјето на поединците во сите возрасти, а нивната застапеност расте со возраста. Во оваа контекст, средното доба (од 36 до 70 години) претставува клучна фаза од животот кога се поставуваат темелите за физичкото и менталното здравје во подоцнежниот живот. Истражувањата покажуваат дека оваа животна фаза е поврзана со големи социјални, професионални и семејни промени кои можат да влијаат на перцепцијата на стрес, што пак може да предизвика или да го влоши развојот на депресивни и анксиозни симптоми.

Проблемот на истражување во оваа студија се однесува на влијанието на перцепцијата на стрес врз развојот на анксиозност и депресија кај популацијата во средното доба. Конкретно, истражувањето има за цел да ја разгледа врската помеѓу различните нивоа на перципиран стрес и присуството на симптоми на депресија и анксиозност кај испитаници во средната возраст, како и да го испита влијанието на демографските фактори (стаж на работа, брачен статус, образовен статус, возраст) врз оваа врска.

Проблемот се јавува од потребата да се разјасни дали постои значајна корелација помеѓу перцепцијата на стрес и развојот на депресивни и анксиозни симптоми, како и какви се специфичните фактори кои го потенцираат или ублажуваат ова влијание. Во оваа смисла, основниот проблем на истражувањето е да се идентификуваат и истражат конкретните фактори кои можат да ја засилат или намалат сензитивноста на поединците на стрес и неговото влијание на нивната психолошка благосостојба.

Истражувањето ќе го испита овој проблем од две главни перспективи:

Перцепцијата на стрес како предиктор на депресија и анксиозност. Во многу случаи, луѓето со високи нивоа на стрес имаат поголема веројатност да развијат депресивни симптоми или да станат подложни на анксиозност. Како што се зголемува стресот, така може да се интензивираат симптомите на депресија и анксиозност. Од друга страна, постојат и лица кои, иако изложени на високи нивоа на стрес, немаат развиено овие

симптоми. Разбирањето на овие динамики може да помогне во создавањето на таргетирани интервенции.

Идентификација на ризични фактори и заштитни механизми. Демографските карактеристики како што се стажот на работа, брачниот статус, образованието и возраста играат значајна улога во тоа како поединците ја доживуваат и управуваат со стресот. На пример, испитаниците кои имаат понизок степен на образование или се без работа може да имаат поголеми проблеми во справувањето со стрес, што го зголемува ризикот од депресија и анксиозност. Спротивно на тоа, оние со високо образование или стабилен професионален статус може да имаат подобри механизми за справување, што ги прави поотпорни на психолошките ефекти на стресот. Разбирањето на овие фактори ќе помогне да се создадат персонализирани стратегии за интервенција и превенција.

Проблемот на истражување ја отвара и важната дискусија за социјалните и биолошките аспекти на депресијата и анксиозноста, како и начинот на кој стресот влијае на психолошката благосостојба на индивидите. За да се добијат целосни и точни резултати, важно е да се земат предвид и социјалните мрежи, животниот стил, и личните стратегии за справување со стрес, бидејќи сите овие фактори играат улога во развојот на овие психолошки состојби.

Решавањето на овој проблем ќе има важни импликации на различни нивоа. Прво, резултатите ќе помогнат во развојот на психолошки алатки за проценка на депресијата и анксиозноста, како и на психотерапевтски техники за справување со стресот, што може да им помогне на пациентите да ги намалат симптомите и да ја подобрат својата психолошка благосостојба. Второ, истражувањето ќе има значајна јавноздравствена примена, бидејќи разбирањето на овие поврзаности може да помогне во креирањето на јавни здравствени политики насочени кон превенција и третман на депресивни и анксиозни состојби кај возрасната популација.

2.2. Цели и задачи

Целта на ова истражување е да се испита влијанието на перцепцијата на стрес врз појавата на анксиозност и депресија во средното доба. Истражувањето има за цел да открие како различни нивоа на стрес, доживеани од поединците во оваа животна фаза, можат да влијаат на психолошката благосостојба и развојот на психијатриски состојби како што се анксиозноста и депресијата.

Посакуваната состојба што се цели со ова истражување е да се разјасни и потврди евентуалната поврзаност меѓу перцепцијата на стрес и депресивните симптоми кај популацијата во средното доба. На тој начин, истражувањето ќе придонесе за подобро разбирање на механизмите преку кои стресот може да влијае на развојот на анксиозност и депресија во оваа возрастна група. Важно е да се добијат релевантни податоци кои ќе покажат какви ефекти на социјалните и биолошките аспекти имаат стресот и психолошките реакции на стрес на психолошката благосостојба на поединците во средното доба.

Посакуваните резултати од истражувањето вклучуваат:

Идентификување на силата на врската помеѓу различните нивоа на стрес и појавата на анксиозност и депресија кај испитаниците, како и утврдување дали постојат значајни разлики во овие врски зависно од демографските фактори како што се образованието, брачниот статус и стажот на работа.

Препознавање на специфични фактори на ризик кои можат да ги засилат ефектите на стресот и да го предизвикаат или интензивираат развојот на депресија и анксиозност во средното доба.

Развој на предлози за интервенции и превентивни мерки кои можат да бидат насочени кон намалување на ефектите на стресот, со цел да се намали ризикот од развој на депресија и анксиозност во оваа животна фаза.

Социјална релевантност на ова истражување произлегува од фактот што анксиозноста, како психолошка состојба, сè повеќе станува сè позачестен проблем кај возрасната популација. Овој проблем има сериозно влијание на продуктивноста, квалитетот на животот и општото ментално здравје на индивидите. Со оглед на тоа што средната доба

често се смета за период кога се поставуваат темелите за здраво стареење, разбирањето на факторите што влијаат на развојот на анксиозност и депресија е од критично значење за креирање на погодни јавни здравствени политики и стратегии за поддршка на менталното здравје на оваа возрастна група.

Истражувачката оправданост на ова истражување се заснова на идентификувањето на индивидуалните и срединските фактори кои ги модулираат ефектите на стресот врз развојот на анксиозност и депресија. Ова ќе овозможи дизајнирање на специјализирани алатки за проценка и интервенција, кои ќе бидат со поголема ефективност за превенција и третман на овие психолошки состојби. На тој начин, резултатите од истражувањето ќе имаат директна примена во психологијата, психотерапијата и јавните здравствени стратегии, овозможувајќи подобра поддршка и превенција на депресијата и анксиозноста кај возрасната популација.

2.3. Истражувачки хипотези

Општа хипотеза:

Перцепцијата на стрес значајно влијае врз манифестацијата на анксиозност и други поврзани психолошки симптоми (како што се несоницата и депресијата) кај лицата во средна доба, при што индивидуалните и социоекономските фактори играат значајна улога во медијацијата на овој однос.

-Помошни хипотези:

1 Лицата со повисок степен на перцепција на стрес манифестираат поизразена несоница од лицата кои што имаат ниска перциепција на стрес.

2 Симптомите на депресија и анксиозност се повисоки кај возрасните со пониско образование и кај оние кои беа невработени, во однос на тие кои имаат повисоко образование и кои се во работен однос.

3 Постојат значајни разлики во перцепцијата на стрес кај вработените во зависност од нивниот работен стаж, при што вработените со подолг работен стаж покажуваат пониска перцепција на стрес во споредба со оние со пократок работен стаж.

2.4. Дефинирање на варијабли

Варијаблите се составен дел на секоја хипотеза. Постојат два вида варијабли, независни и зависни веријабли. Независните варијабли имаат влијание, тие се причината за појавата, а зависните варијабли се оние на кои се врши влијанието.

Во научните истражувања, варијаблите претставуваат карактеристики или фактори што можат да се мерат и да се менуваат. Тие се основен дел од секое истражување, бидејќи преку нив се испитуваат односите и влијанијата меѓу појавите. Варијаблите најчесто се делат на независни и зависни. Независните варијабли се оние кои истражувачот ги набљудува или манипулира за да утврди дали и како влијаат врз другите варијабли. Од друга страна, зависните варијабли се резултатот или последицата – односно, она што се мери како реакција на промените кај независните варијабли.

Во конкретниот случај, независни варијабли се факторите како што се стажот на работа, брачниот статус и степенот на образование. Овие варијабли се сметаат за можни предиктори или влијателни фактори врз психичката состојба на испитаниците.

Зависни варијабли се несоницата и депресијата, кои се испитуваат како можни последици или состојби што се менуваат под влијание на независните фактори. Преку анализа на овие односи, истражувањето има за цел да утврди дали и како социјалните и професионалните карактеристики на поединецот влијаат врз неговата емоционална благосостојба.

2.5. Метод на истражување

Како метод на истражување во оваа студија се користи анализата и синтезата на добиените податоци. Анализата овозможува детален увид во различните аспекти на депресијата, нејзиното влијание на популацијата и поврзаноста со демографските фактори, додека синтезата ги обединува наодите за да се добијат целосни и јасни заклучоци.

Истражувањето е квантитативно и се фокусира на емпириско откривање и анализа на влијанието на депресијата врз испитаниците, врз основа на нумерички податоци собрани преку стандардирани прашалници и скали. Оваа квантитативна метода овозможува објективно и мерливо согледување на врските помеѓу различни варијабли како што се демографските карактеристики (стаж на работа, брачен статус, степен на образование, возраст) и нивното влијание на перцепцијата на стрес и депресијата. Податоците кои ќе бидат анализирани се собирани преку инструментите кои се научно валидирани, што гарантира точност и релевантност на резултатите.

Процесот на истражување следи индуктивен метод на размислување, каде се започнува со конкретни податоци и на нивна основа се формираат генерални заклучоци. Во почетната фаза се поставени хипотези кои ќе бидат проверени преку статистички анализи. Овие хипотези се поврзани со претпоставките за влијанието на демографските фактори врз перцепцијата на стрес и депресија, и се тестирани преку примена на статистички тестови како што се t-тестови, ANOVA, или корелациски анализи. После спроведувањето на анализа, се носат заклучоци кои или потврдуваат, или ја отфрлаат иницијалната хипотеза, овозможувајќи генерализирање на резултатите за поширокаата популација.

Целта на истражувањето е да се разјасни степенот на влијание на депресијата врз различни демографски групи, со особено внимание на социјалните и економските контексти. Статистичките анализи, изведени со помош на SPSS програмата, ќе овозможат поблиска проценка на поврзаноста меѓу различни фактори и на тој начин ќе се добијат релевантни податоци за можна интервенција во јавната здравствена политика и интервенциите на различни нивоа на поддршка за лицата кои страдаат од депресија.

2.6. Техники и мерни инструменти

За да се добијат прецизни податоци за перцепијата на стрес и депресијата кај испитаниците, во рамки на истражувањето беа употребени два основни инструменти: Прашалникот за перцепираното ниво на стрес (Perceived Stress Questionnaire) и Хамилтоновата скала за депресија (Hamilton Depression Rating Scale). Овие алатки се широко користени во психологијата и психијатријата и овозможуваат објективно мерење на психолошката состојба на испитаникот.

Прашалникот за перципираното ниво на стрес (Perceived Stress Questionnaire) е конструиран од Левенштајн и соработниците и се користи за проценка на степенот на стрес што испитаникот го доживува во текот на еден месец. Овој прашалник содржи 30 тврдења, кои опишуваат различни ситуации и чувства што се јавуваат во секојдневниот живот на поединците. Испитаниците треба да одговараат на секое тврдење со заокружување на бројот кој најдобро го опишува нивното чувство за секоја ситуација во последниот месец. Оваа техника овозможува мерка на перцепијата на стрес, која се смета за субјективна, бидејќи зависи од личното чувство и толкување на стресните ситуации.

Одговорите на прашањата се класифицираат во 5 различни категории: од „не се согласувам воопшто“ до „целосно се согласувам“, а секој одговор добива бројчана вредност. Вкупниот скор за стрес се пресметува врз основа на сите одговори, и на тој начин се добива општата слика за нивото на стрес на испитаникот. Овој инструмент е корисен за истражување на ефектите на стресот врз емоционалната благосостојба и физичкото здравје.

Хамилтоновата скала за депресија (HDRS-Hamilton Depression Rating Scale) е широко применуван инструмент за мерење на тежината на депресивните симптоми кај поединците. Скалата содржи 17 ставки кои се однесуваат на различни симптоми на депресија, како што се депресивното расположение, анксиозноста, бессоницата, апатијата и други. Испитаниците се оценуваат од страна на квалификуван психолог или психијатар, кој проценува интензитетот на секој симптом врз основа на вербални и невербални индикатори.

Секој симптом се оценува според тежината, на скала од 0 (недостиг на симптом) до 4 (максимален интензитет на симптомот). Вкупниот скор се добива преку сумирање на сите ставки, што дозволува класификација на степенот на депресија (нормална состојба, лесна, умерена или тешка депресија). HDRS е корисен за утврдување на различни нивоа на депресивност, и исто така е широко користен за проценка на ефикасноста на терапевтските интервенции и лекувањето.

Овие две техники и инструменти беа применети во истражувањето за да се измери перцепцијата на стрес и депресијата кај испитаниците. Испитанците беа информирани за целта на истражувањето и дадоа своја информирана согласност за учество. Прашалникот за перципираното ниво на стрес беше испратен до испитаниците во електронска форма, додека Хамилтоновата скала беше користена во лице-со-лице процена од страна на квалификуван психијатар, со цел да се добие точна и објективна оценка на депресивните симптоми.

Корисноста на овие мерни инструменти во истражувањето беше пресудна за добивање на валидни податоци, кои понатаму беа анализирани со помош на статистичките методи за да се утврдат потенцијалните поврзаности помеѓу стресот, депресијата и демографските фактори на испитаниците.

2.7. Популација и примерок на истражување

Во секое научно истражување, популацијата претставува целокупната група на поединци кои се предмет на интерес, додека примерокот е подгрупа од таа популација која е избрана за истражување и врз основа на која се извлекуваат заклучоци. Примерокот треба да биде репрезентативен за популацијата, односно да ги опфаќа клучните карактеристики на целната група, за резултатите да бидат валидни и применливи на пошироко ниво.

Во рамките на ова истражување, популацијата се состои од возрасни лица кои се вработени и припаѓаат на различни категории според работниот стаж, брачниот статус, образовното ниво и возраст. Примерокот е организиран во неколку групи со цел да се овозможи споредбена анализа помеѓу различни демографски и социјални фактори. Според

стажот на работа, испитаниците се поделени во две групи: оние со стаж до 15 години и оние со стаж од 16 и повеќе години. Оваа поделба овозможува анализа на влијанието што го има работното искуство врз психолошките аспекти како што се осаменоста и депресијата.

Кога станува збор за брачниот статус, испитаниците се класифицирани како во брак и немажени/неженети, што овозможува споредба на психосоцијалната состојба кај лица со и без партнерска поддршка. Образовниот степен е уште еден важен фактор, па така испитаниците се поделени на оние со завршено средно образование и оние со високо образование. Оваа поделба овозможува да се истражи дали и какво влијание има нивото на образование врз емоционалната стабилност. Дополнително, возраста на испитаниците е категоризирана во две групи: од 36 до 45 години и од 46 до 70 години, со цел да се анализираат можните генерациски разлики во доживувањето на осаменост и депресија.

Овие групирања овозможуваат систематска анализа на податоците и полесно споредување на резултатите помеѓу различни социо-демографски категории, што е од суштинско значење за извлекување прецизни и корисни заклучоци од истражувањето.

2.8. Обработка на податоците

За обработка на податоците од истражувањето беше користена SPSS 20 програмата, која овозможува целосно и прецизно управување со статистички податоци. Првиот чекор во обработката на податоците беше чистењето на податоците. Ова вклучуваше внимателна проверка на влезните податоци за да се осигури дека нема невалидни или погрешни вредности, како што се недозволени симболи, повторени податоци или погрешни одговори на прашањата. Одделно беа проверени и сите недостасувачки податоци (missing data), со што беше обезбедено дека испитаниците кои не одговориле на одредени прашања беа исклучени од понатамошната анализа, согласно со претходно утврдените критериуми.

Откако беа утврдени и коригирани евентуалните неправилности во податоците, беше извршена дескриптивна анализа на примерокот. За оваа анализа беа извршени следниве статистички мерења:

Средната вредност - оваа мера се користеше за да се утврди просечниот степен на стрес и депресија кај испитаниците. Средната вредност обезбедува општа претстава за централната тенденција на податоците.

Стандардната девијација - оваа мера беше користена за да се опише колку се распространети податоците околу средната вредност. Се измери степенот на варијација во податоците, што дава важни информации за нивната дисперзија.

Фреквенции и процентите - беа пресметани фреквенциите на различни одговори на прашањата, како и процентуалниот распоред на испитаниците според нивните демографски карактеристики (стаж на работа, брачен статус, образовен степен, и возраст). Оваа анализа овозможи визуелизација на распределбата на одговорите и помогна да се идентификуваат важни трендови и образци во податоците.

По почетната дескриптивна анализа, податоците беа дополнително обработени за да се конструираат променливи што ќе се користат во понатамошните статистички анализи. Овие променливи вклучуваа демографски карактеристики на испитаниците, како и резултатите од прашалниците за стрес и депресија. Со ова се овозможи групирање на испитаниците според нивните карактеристики (например, групи со висок и низок степен на стрес), што овозможи понатамошни анализи на разликите помеѓу овие групи.

Дополнително, беа применети и тестови за хипотези (како t-тестови или ANOVA), за да се провери дали постојат значајни разлики во степенот на стрес и депресија помеѓу различните демографски групи (на пр. помеѓу испитаници со различен образовен степен или возраст). Овие тестови овозможија статистичка проверка на претпоставките и хипотезите кои беа поставени во почетната фаза на истражувањето.

Резултатите од целокупната обработка на податоците беа претставени преку графички прикази и табели, што овозможи полесно толкување и презентација на клучните наоди. Графиконите и табелите беа користени за да се прикажат фреквенциите, распределбите и статистичките мерења во целост, и тие обезбедија визуелна поддршка за понатамошната интерпретација на податоците.

2.9. Организација и спроведување на истражувањето

Етиката во едно научно истражување не дозволува постапки кои го загрозуваат животот на луѓето, научникот не смее своето знаење да го употреби спротивно на хуманизмот.

Истражувањето беше внимателно планирано и реализирано според утврдена методолошка рамка со цел да се обезбедат релевантни, валидни и сигурни податоци. Во подготвителната фаза беше дефинирана темата, формулирани истражувачките прашања и хипотези, и утврдени целите на истражувањето. Потоа следеше изборот на методот на истражување, кој во овој случај беше квантитативен, со употреба на стандардизиран прашалник како истражувачки инструмент.

Примерокот беше структуриран според однапред утврдени демографски и социјални критериуми: работен стаж, брачен статус, образовен степен и возраст. Прашалникот беше анонимно дистрибуиран до испитаници кои ги исполнуваат критериумите на истражувањето. Поголемиот дел од податоците беа собрани со користење на електронска форма, што овозможи полесна организација и обработка на добиените одговори, како и заштита на приватноста на учесниците. Истражувањето беше спроведено во период од две до три недели, при што испитаниците беа известени за целта на истражувањето и добија јасни упатства за пополнување на прашалникот.

По прибирањето на податоците, следуваше нивна анализа со употреба на статистички методи, при што беше користена програмата SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Обработката вклучи описна статистика, споредбена анализа помеѓу групи, како и анализа на поврзаност меѓу варијаблите. Програмата овозможи систематска и прецизна обработка на податоците, со што се обезбеди поголема објективност и валидност на резултатите. Резултатите беа прикажани графички и табеларно, со цел полесна интерпретација на клучните наоди.

Истражувањето беше спроведено во согласност со основните етички принципи во научната работа. Прво и основно, беше обезбедена информирана согласност од сите учесници. Секој испитаник беше информиран за целта на истражувањето, неговата

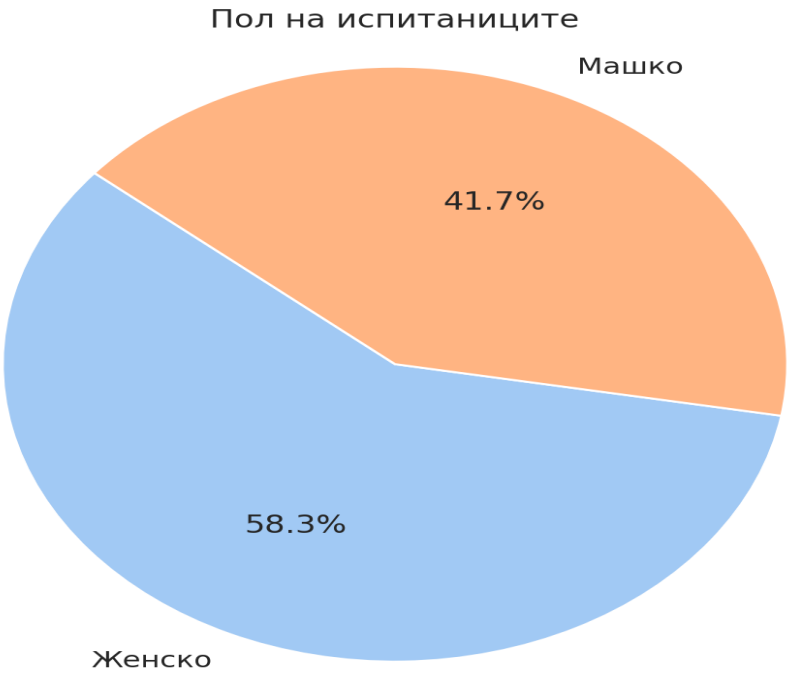
доброволна природа, анонимноста на учеството и можноста во секое време да се откаже без никакви последици.

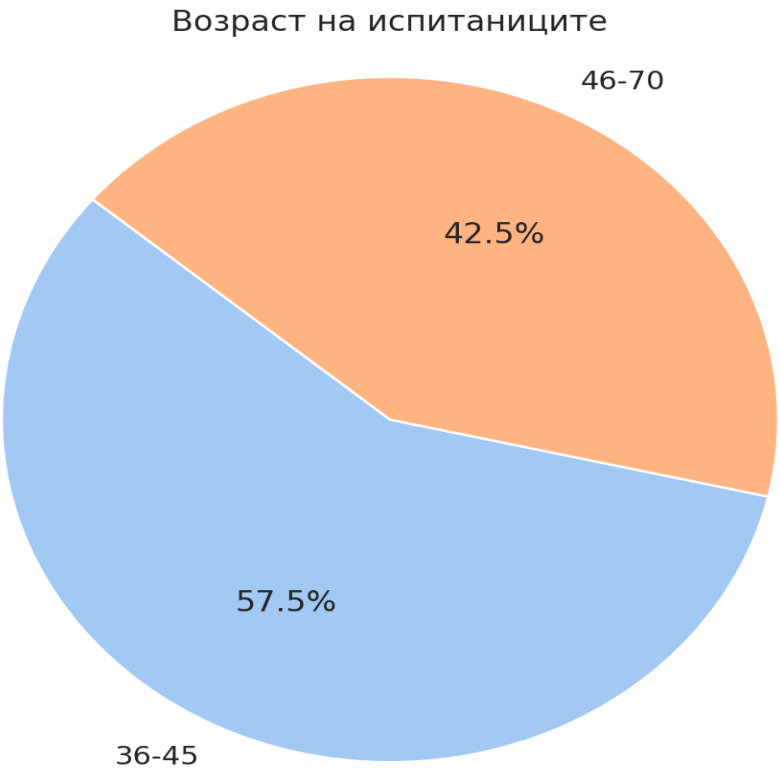
Поверливоста и приватноста на податоците беше строго почитувана. Никаде не се бараа лични податоци како име, презиме или контакт информации. Сите податоци беа обработувани исклучиво за потребите на ова истражување и нема да бидат користени за други цели. Истражувањето не вклучуваше чувствителни теми што би можеле да предизвикаат психолошки или социјален ризик за испитаниците.

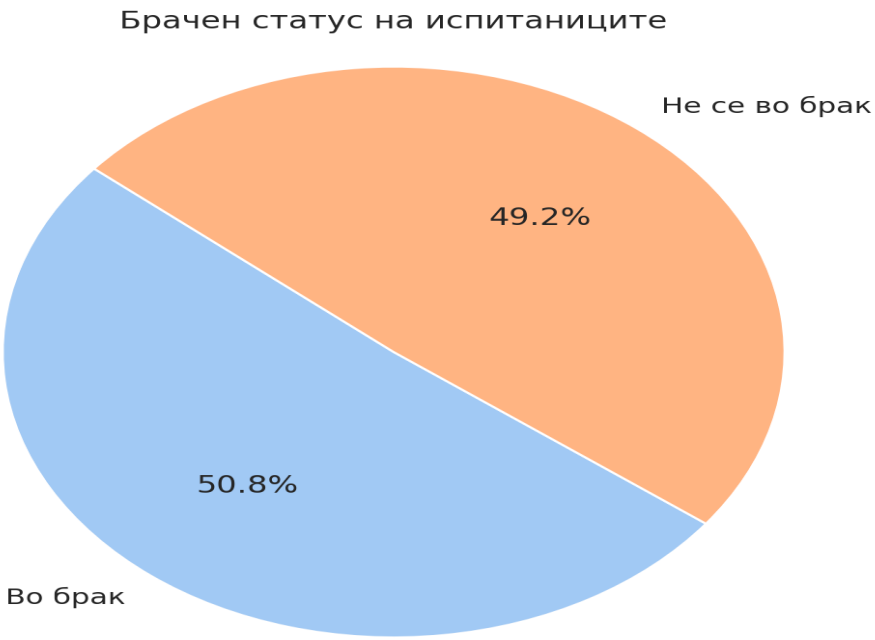
Дополнително, при изработката на магистерската работа беше водено сметка за академската честитост, со тоа што сите извори што се користени за теоретската рамка и методологијата се правилно цитирани, а анализата и заклучоците се изведени самостојно врз основа на добиените резултати. Со ова, се обезбедува транспарентност и научна етичност на целиот процес на истражување.

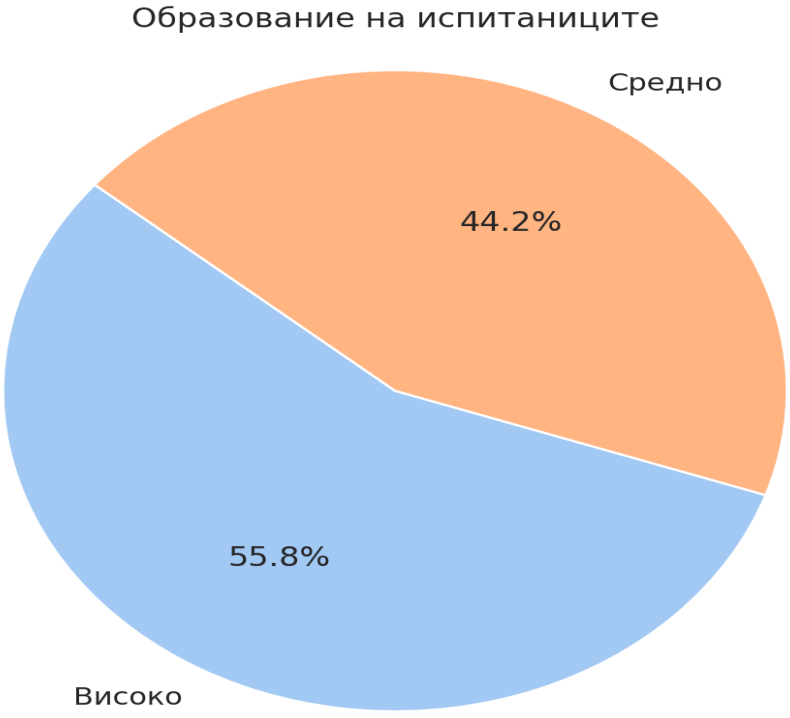
3. Резултати

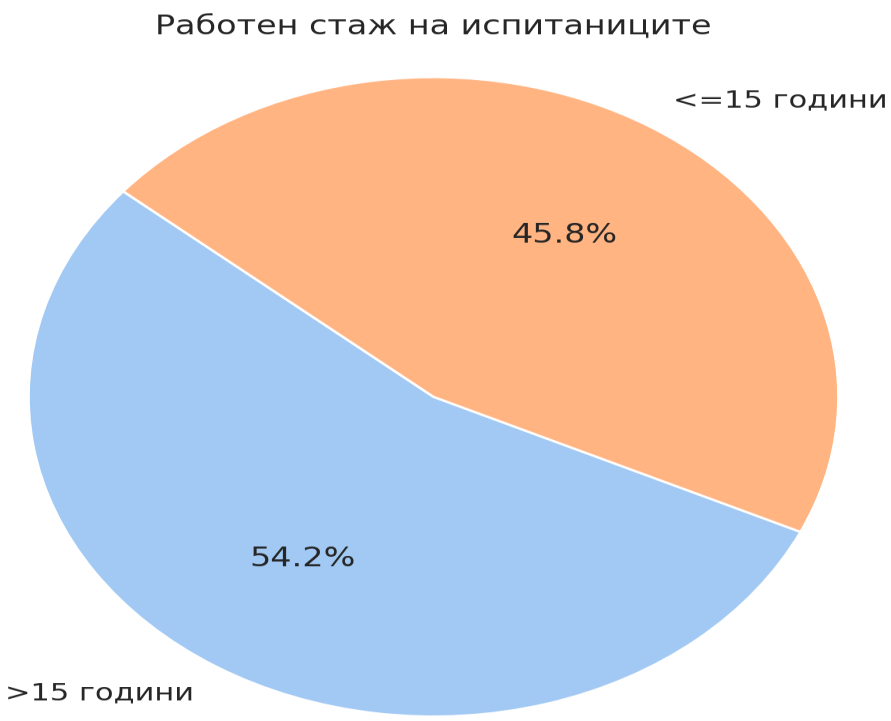
3.1. Дескриптивна статистика






Брачен статус на испитаниците
Не се во брак
49.2%
50.8%
Во брак


Образование на испитаниците
Средно
44.2%
55.8%
Високо


Работен стаж на испитаниците
<=15 години
45.8%
54.2%
>15 години

3.2. Тестирање на хипотези

Помошни хипотези:

1 Лицата со повисок степен на перцепција на стрес манифестираат поизразена несоница од лицата кои што имаат ниска перциепција на стрес.

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Несоница	1077	1,5608	1,27940	,03899
Перцепција.на.стрес	1077	22,6908	5,58227	,17010

Correlations

		Несоница	Перцепција.на.стрес
Несоница	Pearson Correlation	1	,302**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	1077	1077
Перцепција.на.стрес	Pearson Correlation	,302**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	1077	1077

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Беше испитана врската помеѓу перцепцијата на стрес и манифестацијата на несоница кај возрасна популација. Резултатите покажаа дека постои позитивна и статистички значајна корелација помеѓу перцепцијата на стрес и нивото на несоница, $r = 0.302$, $p < .001$, $N = 1077$.

Овој резултат укажува дека зголеменото чувство на стрес е поврзано со поизразени проблеми со спиење. Корелацискиот коефициент од 0.302 претставува умерена сила на

поврзаност, што е во согласност со теоретските претпоставки и претходните емпириски наоди кои укажуваат дека стресот претставува ризик-фактор за нарушување на спиењето.

Согласно овие наоди, може да се заклучи дека лицата кои доживуваат повисоко ниво на психолошки стрес имаат поголема веројатност да искусат симптоми на несоница, како што се потешкотии при заспивање, често будење во текот на ноќта или неосвежувачки сон.

2 Симптомите на депресија и анксиозност се повисоки кај возрасните со пониско образование и кај оние кои беа невработени, во однос на тие кои имаат повисоко образование и кои се во работен однос.

Multivariate Tests[a]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	Pillai's Trace	,670	1088,252[b]	2,000	1072,000	,000	,670
	Wilks' Lambda	,330	1088,252[b]	2,000	1072,000	,000	,670
	Hotelling's Trace	2,030	1088,252[b]	2,000	1072,000	,000	,670
	Roy's Largest Root	2,030	1088,252[b]	2,000	1072,000	,000	,670
Образование	Pillai's Trace	,004	1,991[b]	2,000	1072,000	,137	,004
	Wilks' Lambda	,996	1,991[b]	2,000	1072,000	,137	,004
	Hotelling's Trace	,004	1,991[b]	2,000	1072,000	,137	,004
	Roy's Largest Root	,004	1,991[b]	2,000	1072,000	,137	,004
Возраст	Pillai's Trace	,006	3,252[b]	2,000	1072,000	,039	,006
	Wilks' Lambda	,994	3,252[b]	2,000	1072,000	,039	,006
	Hotelling's Trace	,006	3,252[b]	2,000	1072,000	,039	,006
	Roy's Largest Root	,006	3,252[b]	2,000	1072,000	,039	,006
Образование * Возраст	Pillai's Trace	,001	,687[b]	2,000	1072,000	,504	,001
	Wilks' Lambda	,999	,687[b]	2,000	1072,000	,504	,001
	Hotelling's Trace	,001	,687[b]	2,000	1072,000	,504	,001
	Roy's Largest Root	,001	,687[b]	2,000	1072,000	,504	,001

a. Design: Intercept + Образование + Возраст + Образование * Возраст

b. Exact statistic

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	Анксиозност	2,637[a]	3	,879	,605	,612	,002
	Депресија	19,880[b]	3	6,627	4,603	,003	,013
Intercept	Анксиозност	2568,394	1	2568,394	1768,393	,000	,622
	Депресија	1953,078	1	1953,078	1356,750	,000	,558
Образование	Анксиозност	,004	1	,004	,003	,957	,000
	Депресија	4,726	1	4,726	3,283	,070	,003
Возраст	Анксиозност	2,454	1	2,454	1,690	,194	,002
	Депресија	9,322	1	9,322	6,476	,011	,006
Образование *	Анксиозност	,019	1	,019	,013	,910	,000
Возраст	Депресија	1,425	1	1,425	,990	,320	,001
Error	Анксиозност	1558,413	1073	1,452			
	Депресија	1544,612	1073	1,440			
Total	Анксиозност	4447,000	1077				
	Депресија	3827,000	1077				
Corrected Total	Анксиозност	1561,049	1076				
	Депресија	1564,492	1076				

a. R Squared = ,002 (Adjusted R Squared = (,001))

b. R Squared = ,013 (Adjusted R Squared = ,010)

MANOVA анализата покажа дека образованието нема значаен мултиваријантен ефект врз симптомите на депресија и анксиозност:Wilks' Lambda = 0.996, F(2,1072) = 1.99, p = .137, Partial η^2 = .004. Од друга страна, возраста покажа значаен мултиваријантен ефект:Wilks' Lambda = 0.994, F(2,1072) = 3.25, p = .039, Partial η^2 = .006, што укажува на мал, но статистички значаен ефект. Интеракцијата помеѓу образованието и возраста не беше статистички значајна (p = .504), што значи дека нивниот комбиниран ефект не придонесува значајно кон варијацијата во психолошките симптоми.

Резултатите не ја поддржаа хипотезата дека лицата со пониско образование покажуваат значајно повисоки нивоа на депресија и анксиозност. Единствено возраста покажа значаен, но мал ефект врз нивото на депресија. Анксиозноста не беше значајно поврзана ниту со возраста, ниту со образованието.

3 Постојат значајни разлики во перцепцијата на стрес кај вработените во зависност од нивниот работен стаж, при што вработените со подолг работен стаж покажуваат пониска перцепција на стрес во споредба со оние со пократок работен стаж.

Descriptives

Перцепција.на.стрес

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00 без стаж	181	22,7293	5,96272	,44321	21,8547	23,6038	10,00	40,00
2,00 1-15 години стаж	645	22,7194	5,59783	,22041	22,2866	23,1522	7,00	40,00
3,00 16 и повеќе години стаж	251	22,5896	5,27133	,33272	21,9343	23,2449	10,00	38,00
Total	1077	22,6908	5,58227	,17010	22,3570	23,0246	7,00	40,00

ANOVA

Перцепција.на.стрес

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,363	2	1,682	,054	,948
Within Groups	33526,676	1074	31,217		
Total	33530,039	1076			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Перцепција.на.стрес

Tukey HSD

(I) Стаж	(J) Стаж	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00 без стаж	2,00 1-15 години стаж	,00990	,46996	1,000	(1,0931)	1,1129
	3,00 16 и повеќе години стаж	,13964	,54483	,964	(1,1390)	1,4183
2,00 1-15 години стаж	1,00 без стаж	(,00990)	,46996	1,000	(1,1129)	1,0931
	3,00 16 и повеќе години стаж	,12974	,41565	,948	(,8458)	1,1053
3,00 16 и повеќе години стаж	1,00 без стаж	(,13964)	,54483	,964	(1,4183)	1,1390
	2,00 1-15 години стаж	(,12974)	,41565	,948	(1,1053)	,8458

Резултатите од еднонасочната анализа на варијанса (ANOVA) покажаа дека не постојат статистички значајни разлики во нивото на перцепција на стрес кај вработените во зависност од нивниот работен стаж ($F(2, 1074) = 0.054$, $p = .948$). Иако описните податоци покажуваат благо намалување на перцепцијата на стрес кај вработените со подолг стаж, овие разлики не се статистички значајни. Дополнителната пост hoc анализа (Tukey HSD) не утврди значајни разлики помеѓу ниту една од групите. Овие резултати не ја поддржуваат поставената хипотеза дека вработените со подолг работен стаж имаат пониска перцепција на стрес во споредба со оние со пократок стаж.

Општата хипотеза поставена во ова истражување претпоставуваше дека перцепцијата на стрес значајно влијае врз манифестацијата на анксиозност и други психолошки симптоми (како што се несоницата и депресијата) кај лицата во средна доба, и дека индивидуалните и социоекономските фактори (како образованието, вработеноста и работниот стаж) имаат медијаторска улога во тој однос.

Анализата на податоците покажува делумна поддршка на оваа хипотеза. Прво, резултатите од првата помошна хипотеза потврдија дека постои значајна врска помеѓу

високото ниво на перцепиран стрес и појавата на симптоми на несоница. Лицата кои доживуваат поголем психолошки стрес значително почесто пријавуваат потешкотии при заспивање, често будење во текот на ноќта и чувство на неосвежувачки сон. Овој наод укажува на јасна психофизиолошка реакција на хроничниот стрес, што е во согласност со претходните истражувања кои покажуваат дека стресот негативно влијае врз квалитетот на сонот.

Сепак, втората и третата помошна хипотеза не беа статистички поддржани, што ги доведува во прашање претпоставките за улогата на социоекономските и индивидуалните фактори како медијатори. Конкретно, анализата покажа дека образованието и вработеноста не се значајно поврзани со нивоата на депресија и анксиозност. Единствено возраста покажа мал, но статистички значаен ефект врз депресијата, додека анксиозноста не беше значајно поврзана со ниту еден од анализираните фактори. Дополнително, резултатите од еднонасочната анализа на варијанса (ANOVA) не покажаа значајни разлики во перцепцијата на стрес во однос на работниот стаж, иако описните статистики сугерираа благо намалување на стресот кај вработените со подолг стаж. Овие разлики, сепак, не беа доволно значајни за да се потврди хипотезата.

Врз основа на овие наоди, може да се заклучи дека општата хипотеза е делумно потврдена. Перцепцијата на стрес навистина има влијание врз појавата на одредени психолошки симптоми, особено несоницата, што го поддржува основниот постулат на хипотезата. Сепак, улогата на социоекономските и индивидуалните фактори како медијатори не доби статистичка потврда, што укажува на потреба од подетално истражување на други можни медијаторски или модераторски променливи во идни истражувања (на пр. перцепција на социјална поддршка, ниво на резилиентност, психолошки стратегии за справување и сл.).

Дискусија

Многу ситуации можат да предизвикаат стресна реакција во телото. Промените на работа, болестите, несреќите, проблемите со врските, семејството, парите или домувањето можат да предизвикаат стрес. Дури и навидум малите секојдневни проблеми, како што е туркањето во ред, можат да нè натераат да се чувствуваме стресно. Она што ги поврзува сите овие ситуации е тоа што не сме во можност да предвидиме и контролираме што ни се случува, па затоа нашето тело влегува во состојба на зголемена будност. И овие настани можат да се случуваат постојано - предизвикувајќи ја стресната реакција на телото одново и одново. Хроничниот стрес го зголемува ризикот од развој на депресија и анксиозност кај некои луѓе.

Сите ние се справуваме со стресот различно. Нашата способност за справување може да зависи од нашата генетика, настаните од раниот живот, личноста и социјалните и економските околности. Кога се соочуваме со стрес, нашето тело произведува хормони на стрес кои предизвикуваат реакција „бори се или бегај“ и го активираат нашиот имунолошки систем. Ова ни помага брзо да реагираме на опасни ситуации.

Понекогаш, овој одговор на стрес може да биде корисен. Може да ни помогне да го надминеме стравот или болката за да можеме да трчаме маратон или да одржиме говор, на пример. Нашите хормони на стрес обично брзо се враќаат во нормала откако ќе заврши стресниот настан и нема да има никакви трајни ефекти. Сепак, премногу стрес може да предизвика негативни ефекти. Може да нè остави во трајна фаза на борба или бегство, оставајќи нè преоптоварени или неспособни да се справиме. Долгорочно, ова може да влијае на нашето физичко и ментално здравје.

Кога реакцијата на стрес станува продолжена (хронична), таа има многу поинаков ефект од кратките налети што ги подобруваат способностите на телото. Во многу случаи, системот што ја контролира реакцијата на стрес повеќе не е во можност да се врати во својата нормална состојба. Вниманието, меморијата и начинот на кој се справуваме со емоциите се негативно погодени. Овој долгорочен стрес може да придонесе и за физички и за ментални заболувања преку ефекти врз срцето, имунолошките и метаболичките функции и хормоните што дејствуваат врз мозокот.

Истражувањето беше насочено кон испитување на влијанието на перцепцијата на стрес врз појавата на анксиозност и други психолошки симптоми (како што се несоницата и депресијата) кај лица во средна доба. Општата хипотеза претпоставуваше значајна поврзаност меѓу стресот и психолошкото здравје, со очекување дека индивидуалните и социоекономските фактори ќе имаат медијаторска улога во тој однос. Врз основа на трите помошни хипотези, добиени се резултати кои укажуваат на делумна поддршка на оваа претпоставка. Во оваа дискусија ќе се објасни и интерпретира значењето на резултатите, нивната согласност со постоечката литература, како и импликациите за разбирање на стресот и анксиозноста кај возрасната популација.

Првата помошна хипотеза, која беше потврдена, укажува дека лицата со повисок степен на перцепција на стрес почесто искусуваат симптоми на несоница. Овој резултат е во согласност со постојната научна литература која покажува дека хроничниот стрес директно влијае врз нарушувањето на спиењето (Morin et al., 2003). Несоницата претставува чест психофизиолошки одговор на стрес, а нарушениот сон понатаму може да ја влоши емоционалната регулација и да придонесе за појава на анксиозност и депресија (Baglioni et al., 2011). Овој наод ја потврдува идејата дека стресот не делува само на когнитивно-емоционално ниво, туку и на физиолошки план, нарушувајќи ги биолошките ритми и хомеостазата на организмот.

Исто така, се чини дека стресот и нарушувањата во сонот создаваат двонасочна врска – поголемиот стрес води до послабо спиење, а лошиот сон ја зголемува чувствителноста на индивидуа кон стрес, што резултира со зголемена анксиозност. Оваа динамика ја потврдува валидноста на холистичкиот пристап при анализа на менталното здравје, при што е потребно да се разгледуваат и телесните и психолошките индикатори на нарушувања.

Втората помошна хипотеза, која претпоставуваше дека лица со пониско образование и невработеност имаат повисоко ниво на депресија и анксиозност, не беше поддржана од податоците. Овој наод е неочекуван, имајќи предвид дека голем број претходни истражувања покажуваат дека нискиот социоекономски статус е значаен ризик-фактор за психолошки нарушувања (Lorant et al., 2003). Едно можно објаснување за ваквото отстапување може да биде во карактеристиките на примерокот, културните фактори или можни заштитни фактори (како семејна поддршка или навики за справување со стрес) кои

не беа вклучени во ова истражување, но можат да го медијираат ефектот на социоекономскиот статус врз менталното здравје.

Дополнително, анксиозноста не беше статистички поврзана со образованието или со возраста, што може да укаже на тоа дека анксиозните симптоми се посилно поврзани со лични карактеристики, темперамент или животен стил, отколку со надворешни статусни обележја. Ваквите резултати го нагласуваат значењето на персонализираниот пристап во проценката на психолошките ризици, наместо генерализација врз основа на демографски индикатори.

Третата хипотеза, која претпоставуваше дека лицата со подолг работен стаж ќе имаат пониска перцепција на стрес, исто така не беше статистички потврдена. Иако описните податоци укажуваа на благо намалување на перцепцијата на стрес кај вработените со повеќе години искуство, овие разлики не беа значајни. Овој наод може да укаже дека работниот стаж сам по себе не е доволен индикатор за справување со стрес, и дека е потребно да се вклучат дополнителни променливи, како типот на работна позиција, ниво на одговорност, организациска поддршка и субјективна проценка на работното опкружување.

Иако претходните истражувања понекогаш покажуваат дека искуството носи зголемена адаптивност и стрес-отпорност, не е невообичаено ваквите ефекти да се намалуваат кога се земат предвид и други влијателни фактори, како што се изгореност, професионална фрустрација или недостаток на можности за унапредување.

Сумирајќи ги сите наоди, може да се заклучи дека перцепцијата на стрес има значајно влијание врз појавата на одредени психолошки симптоми кај лица во средна доба, особено во однос на квалитетот на сонот. Меѓутоа, очекуваната врска меѓу стресот и симптомите на анксиозност и депресија, медијирана преку социоекономски и индивидуални фактори, не доби целосна емпириска поддршка. Ова укажува дека менталното здравје е комплексен феномен, на кој влијаат бројни, често испреплетени фактори, и дека перцепцијата на стрес можеби дејствува како независна променлива, но и како посредник во поширок психосоцијални процеси.

Резултатите од ова истражување ја нагласуваат потребата од подлабински, мултидимензионални истражувања кои ќе ги опфатат не само објективните, туку и

субјективните аспекти на животот – како перцепција на контрола, доверба во институциите, чувство на сигурност и индивидуални стратегии за справување со стресот. Средната доба е особено чувствителен период, обележан со животни транзиции, зголемена одговорност и соочување со егзистенцијални предизвици, што ја прави оваа популација ранлива на стрес и неговите последици.

Сумирајќи ги добиените резултати, може да се заклучи дека перцепцијата на стрес игра значајна улога во појавата на одредени психолошки симптоми кај лицата во средна доба, пред сè во однос на нарушувањата на спиењето. Врз основа на овие наоди, може да се потврди дека високото ниво на субјективно доживеан стрес е психолошки ризик-фактор кој влијае на физиолошкото функционирање, како што е спиењето, кое пак претставува критична компонента за менталната рамнотежа. Несоницата не е само симптом, туку и еден од најчестите индикатори на зголемен психички товар, и често претходи или коегзистира со анксиозни и депресивни состојби.

Од друга страна, иако општата хипотеза предвидуваше дека и анксиозноста и депресијата ќе бидат значајно поврзани со перцепцијата на стрес и социоекономските фактори, добиените резултати укажуваат дека овој однос е покомплициран од очекуваното. Отсуството на статистички значајни разлики поврзани со образованието, вработеноста и работниот стаж покажува дека психолошките реакции на стресот не можат секогаш да се предвидат врз основа на надворешни, објективни фактори. Перцепцијата на стрес е субјективен процес кој зависи од повеќе психолошки компоненти – начинот на размислување, животните искуства, перцепираната социјална поддршка и личните механизми за справување (coping strategies). Тоа значи дека две лица со сличен социоекономски статус можат да имаат целосно различно доживување на стресот и последователна анксиозност, во зависност од нивната психолошка структура, лична историја и емоционална резилиентност.

Особено е важно да се истакне дека средната доба сама по себе претставува развоен период полн со специфични предизвици – баланс меѓу професионалниот и приватниот живот, одговорност кон семејството, грижа за родители и деца, промени во телото и опаѓање на физичката енергија. Сето ова може да придонесе кон зголемено чувство на оптовареност, кое кај некои индивидуа може да прерасне во хроничен стрес и анксиозност,

без притоа да постои надворешен, лесно мерлив предизвикувач. Во тој контекст, неусогласеноста меѓу очекувањата за медијаторска улога на фактори како образованието и работниот стаж и реалните резултати од истражувањето може да биде индикатор за тоа дека современите психолошки оптоварувања се сè почесто внатрешни, емоционално базирани и тешко видливи.

Дополнително, потребно е да се нагласи дека перцепцијата на стрес не делува линеарно и униформно врз сите психолошки домени. Таа може да се манифестира преку различни патеки – кај некои лица преку телесни симптоми (како несоница, главоболки, замор), кај други преку анксиозност, раздразливост или депресивни мисли. Затоа, иако во ова истражување не се најде значајна статистичка поврзаност помеѓу стресот и анксиозноста, тоа не значи дека таа не постои, туку можеби дека се потребни подетални инструменти и повеќе контролни променливи за да се улови нивната интеракција.

Конечно, резултатите од ова истражување поттикнуваат на размислување за потребата од мултидисциплинарен пристап во истражувањето на психолошките состојби поврзани со стресот. Важно е идните истражувања да ги земат предвид не само демографските и статусните фактори, туку и психолошките аспекти како стилот на справување, личната смисла, когнитивните шеми и присуството на заштитни фактори како емпатија, емоционална поддршка и чувство на контрола. Само преку таков холистички пристап ќе биде можно целосно разбирање на сложената релација помеѓу стресот, анксиозноста и менталното здравје кај возрасната популација.

Користена литература

1. Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.
2. Almeida, D. M., & Horn, M. C. (2004). Is daily life more stressful during middle adulthood? In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 425–455). University of Chicago Press.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
4. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
5. Ask, H., Idstad, M., Engdahl, B., & Tambs, K. (2013). Non-random mating and convergence over time for mental health, life satisfaction, and personality: The Nord-Trøndelag Health Study. *Behavioral Genetics*, 43(6), 489–497. https://doi.org/10.1007/s10519-013-9603-2
6. Bansal, P., & Bansal, A. (2015). Depression and anxiety among middle-aged women. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 101–105. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.09.001
7. Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (2006). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7–73). Routledge.
8. Beevers, C. G., & Carver, C. S. (2003). Negative cognitive style, perceived stress, and clustering of cognitive vulnerabilities in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 275–292. https://doi.org/10.1023/A:1023910701284
9. Buelow, M. T., & Brunell, A. B. (2014). Facets of grandiose narcissism predict involvement in health-risk behaviors. *Personality and Individual Differences*, 67, 101–106. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.043
10. Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448
11. Cristóbal-Narváez, P., et al. (2022). Longitudinal association between perceived stress and depression onset in older adults. *Psychological Medicine*, 52(9), 1904–1912. https://doi.org/10.1017/S0033291721004202

12. Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328–335. https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x
13. Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Rosand, J., & Smoller, J. W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidality in young adulthood. *Depression and Anxiety*, 30(10), 939–946. https://doi.org/10.1002/da.22177
14. Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: Initial tests of a goal-orientation approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1396–1408. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1396
15. English, D. J., Graham, J. C., Litrownik, A. J., Everson, M., & Bangdiwala, S. I. (2005). Defining maltreatment chronicity: Are there differences in child outcomes? *Child Abuse and Neglect*, 29(5), 575–595. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.004
16. Gondek, D., et al. (2024). Why do middle-aged adults report worse mental health and well-being than young adults? *Journal of Affective Disorders*, 323, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.024
17. Han, K., Weed, N. C., & Butcher, J. N. (2003). Dyadic agreement on the MMPI-2. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 1095–1104. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00095-2
18. Hopper, S., et al. (2024). Contributors to mental health resilience in middle-aged adults. *Psychiatry Research*, 320, 114976. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.114976
19. Hyseni Duraku, Z. (2024). Mental health awareness, stigma, and help-seeking behaviors among Albanian university students in Kosovo, North Macedonia, and Albania. *Frontiers in Public Health*, 12, 1434389. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1434389
20. Infurna, F. J., et al. (2021). Historical change in midlife health, well-being, and despair. *Psychological Science*, 32(5), 686–698. https://doi.org/10.1177/0956797621993830
21. Jerala, N., et al. (2021). The onset of depression in middle-aged presumed healthy individuals: A longitudinal study. *Psychiatry Research*, 297, 113758. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113758

22. Karic, A. (2023). Training for mental health counselors: Addressing anxiety, depression, and PTSD in Balkan adolescents. *Master's Thesis*, Minnesota State University. https://red.mnstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1804&context=thesis
23. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K., Watson, D., & Skodol, A. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM–V. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. https://doi.org/10.1017/S0033291711002674
24. Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305–331. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521
25. Lee, K., Ashton, M. C., Pozzebon, J. A., Visser, B. A., Bourdage, J. S., & Ogunfowora, B. (2009). Similarity and assumed similarity in personality reports of well-acquainted persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 281–295. https://doi.org/10.1037/a0015677
26. • Li, A., et al. (2021). Depression and life satisfaction among middle-aged adults. *Frontiers in Psychology*, 12, 755220. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.755220
27. • Marisavljević, M., et al. (2024). Stress and coping strategies among Balkan mothers of children with developmental disorders. *Primenjena psihologija*, 17(4), 435–471. https://doi.org/10.19090/pp.2024.4.435-471
28. • Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333–1349. https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333
29. • Munoz, M., et al. (2022). Perceived stress and cognitive decline in older adults. *Psychology and Aging*, 37(5), 753–764. https://doi.org/10.1037/pag0000631
30. • Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
31. • Pasha, H., et al. (2023). Depression, anxiety, stress, and PTSD symptoms during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 23(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04677-0

32. • Pinton, A., et al. (2023). Relating depression, anxiety, stress, and loneliness to physical function decline. *Psychoneuroendocrinology*, 154, 105960. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.105960
33. • Priebe, S., et al. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: A study in five countries. *JAMA Psychiatry*, 67(5), 518–528. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.45
34. • Raskin, R., & Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 890–902. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.5.890
35. • Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alphas. *Psychological Assessment*, 8(4), 350–353. https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.350
36. • Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167–177. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4
37. • Seemann, E. A., Buboltz, W. C., Jr., Thomas, A., Soper, B., & Wilkinson, L. (2005). Normal personality variables and their relationship to psychological reactance. *Individual Differences Research*, 3(4), 283–295.
38. • Simms, L. J., & Watson, D. (2007). The construct validation approach to personality scale construction. In R. W. Robins, R. C. Fraley, & R. F. Kruger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 27–44). Guilford Press.
39. • Simpson, J., & Gangestad, S. (1991). Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 870–883. https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.6.870
40. • Webster, G. D. (2006). Low self-esteem is related to aggression, but especially when controlling for gender: A replication and extension of Donnellan et al. (2005). *Representative Research in Social Psychology*, 30(3), 1–12.
41. • Webster, G. D. (2007). Is the relationship between self-esteem and physical aggression necessarily U-shaped? *Journal of Research in Personality*, 41(3), 646–655. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.05.001

42. • Webster, G. D., & Bryan, A. (2007). Sociosexual attitudes and behaviors: Why two factors are better than one. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1260–1280. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.03.002
43. • Zarit, S. H., & Pearlin, L. I. (1999). *Stress and the family: Coping with normative transitions*. Brunner/Mazel.