**МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ „Г. Р. ДЕРЖАВИН”**

**СВ. НИКОЛЕ, БИТОЛА**

**ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА**

**ПОСЛЕДИПЛОМСКИ СТУДИИ ПО КЛИНИЧКА ПСИХОЛОГИЈА**




# ПОРЕМЕТУВАЊЕ НА ЛИЧНОСТА ВО ЗАТВОРСКА ПОПУЛАЦИЈА

**М А Г И С Т Е Р С К И  Т Р У Д**

| **МЕНТОР:** | **КАНДИДАТКА:** |
|---|---|
| **Проф. д-р Анита Ристеска** | **Македонка Галева,**<br>**индекс бр. М173011** |

**Св. Николе, февруари 2023 година**

**СОДРЖИНА**

## КРАТОК ИЗВАДОК

Ќе зборуваме за пореметувањето на личноста во затворите и затворениот простор. Термините „нарушувања на личноста” се длабоко вкоренети и трајни модели на однесување, кои се манифестираат како нефлексибилни одговори на широк опсег на лични и социјални ситуации. Тие претставуваат или крајност на значителни отстапувања од начинот на кој просечниот поединец во кои дадена културата ги перцепира, размислува, чувствува и особено се поврзува со другите. Вакви модели на однесување имаат тенденција да бидат стабилни и да опфаќаат повеќе домени на однесување и психолошки функционирање. Тие се често, но не секогаш, поврзани со различни степени на субјективна вознемиреност и проблеми во социјалното функционирање и перформанси. Ќе се фокусираме на разбирање на ваквите нарушувања, разграничување на истите и помагање на поединците во ваква состојба. Поединечно ќе ја разграничиме депресијата, анксиозноста и импулсивноста кои се јавуваат најчесто во ваквите затворени простори и поопширно ќе разговараме околу проблемите со кои се соочуваат лицата. Персоналот треба да научи да се справува ваквиот тип на  затвореници. Овие затвореници добро се

снаоѓаат во структурирани и високобезбедни затвори. Сепак, според испитувањата се покажа дека психотропните лекови се многу корисни во вонредни и одредени неизбежни ситуации како насилство, агресија, самоубиство, намерно самоповредување, напорно однесување и интоксикација со недозволени лекови поврзани со абнормално однесување. Накратко, ќе ја објасниме причината за ваквите појави, запознавање на осуденото лице со неговиот проблем и начи на справување со истиот, со цел самиот во иднина да го препознае проблемот и да научи да си пружи самопомош во ваква ситуација.

**КЛУЧНИ ЗБОРОВИ:** вознемиреност, агресија и бес, депресија и манија, анксиозност, импулсивност.

## ABSTRACT

We will talk about personality disorders in prisons and confined spaces. The term "personality disorders" are deep-rooted and permanent patterns of behavior that manifest as inflexible responses to a wide range of personal and social situations. They represent either an extreme of significant deviations from the way the average individual in a given culture perceives, thinks, feels and especially relates to others. Such patterns of behavior tend to be stable and span multiple domains of behavior and psychological functioning. They are often, but not always, associated with varying degrees of subjective distress and problems in social functioning and performance. We will focus on understanding these disorders, delineating them and helping individuals in this condition. We will individually delineate the depression, anxiety and impulsivity that occur most often in such closed spaces and we will talk more extensively about the problems that people face. The staff should learn to deal with this type of prisoner. These prisoners do well in structured and high security prisons. However, studies have shown that psychotropic drugs are very useful in emergency and certain unavoidable situations such as

violence, aggression, suicide, intentional self-harm, demanding behavior and intoxication with illicit drugs associated with abnormal behavior. In short, we will explain the reason for such phenomena, acquaint the convicted person with his problem and ways of dealing with it, in order to recognize the problem himself in the future and learn to help himself in such a situation.

**KEY WORDS:** Anxiety, Aggression and rage, Depression and mania, Anxiety, Impulsivity.

## БЛАГОДАРНОСТ

*Голема и искрена благодарност до мојата професорка и менторка Анита Ристеска, која ми пружи голема помош и разбирање во текот на целата изработка на магистерскиот труд и која веруваше во мене и успешноста на овој труд.*

*Исто така, овој магистерски труд во голем дел е заради безусловната и континуирана поддршка од моите родители. Благодарност за нивната поткрепа и мотивација во текот на целиот мој живот.*

*Дополнителна благодарност и до професорката Ѓоргина Кимова која беше достапна секогаш и придонесе во голем дел овој труд да биде успешно реализиран.*

# ВОВЕД

## Личност и нарушување на личноста

Секој човек на овој свет има своја карактеристична личност што го прави уникатен. Има многу дефиниции за личноста. Со едноставни зборови, личноста се состои од вкоренети, продорни, трајни и вообичаени начини на психолошко функционирање кои се карактеризираат нечиј стил. Тоа е тесно поврзана организација на ставови, перцепции, навики, емоции и однесувања кои го карактеризираат карактеристичниот начин на однос на личноста со другите и кон себе (*Milon T, 1981; Milon T, 1987*). Секој човек има уникатна личност обликувана од неговите/нејзините минати искуства, став, култура, религија, начин на живот, расположение, врски, нивоа на енергија и хоби. Нормалните личности се продуктивни на работа, добро прилагодени социјално, добро се справуваат со стресни ситуации и добро функционираат во рамките на општествените и културните норми.

Слично на личноста, „темпераментот“ нема консензуална дефиниција. Темпераментот се однесува на карактеристичен профил на чувства и однесувањата, вкоренети во биолошките системи и емоциите се основни за темпераментот (*Rotbart MK, 1989; Goldsmith NN et al., 1987*). Личноста е составена од комбинација на разликувајќи ги квалитетите и карактеристиките наречени особини. Карактеристиките се однесуваат на карактеристичен сет на атрибути како што се размислување, чувство, став и однесување.

Менталното здравје претставува основен и составен дел од здравствената состојба на човекот и еден од многуте важни ресурси за еден поединец, неговото семејството и нацијата во која егзистира. Поради високата преваленција, честиот хроничен тек, како и нивниот почеток во постадолесцентниот период, проблемите и нарушувањата на менталното здравје претставуваат еден од приоритените јавно-здравствени проблеми за секоја држава.

Во последните неколку години, менталното здравје се стекна со големо политичко внимание и се најде во агендата на сите актери кои ја креираат здравствената и социјалната политика во една земја. Последните неколку години, здравствените политики во земјите од Европска унија направија важен чекор, и своето внимание го насочија кон психичките нарушувања како клучен општествен фактор кој има пошироки импликации на здравствените и социјалните услуги, негата, семејниот живот, квалитетот на живот, пазарот на трудот и заедницата во целина (*Илиевски В, 2013*).

Комбинираните и конзистентни обрасци на емоции, мисла и однесување што го прават индивидуален  и единствен човекот ја сочинуваат личноста. Меѓутоа, кога оваа шема се меша и го нарушува секојдневното функционирање на поединецот, тоа се нарекува „личност нарушување“ (*Hales et al., 2008*). Со други зборови, тие се обрасци на нефлексибилни и неприлагодливи особини на личноста и трајно однесување што предизвикуваат субјективно вознемирување, значително оштетување во социјалното или професионалното функционирање, или и двете (*Американско Психијатриско Здружение, 2000*). Овие обрасци значително отстапуваат од културно очекуваниот и прифатен опсег и се манифестираат во две или повеќе од следниве области: (1) сознанието, (2) афективноста, (3) контролата над импулсите и (4) потребата за задоволување и начини на кои се однесуваат на другите (*Американско Психијатриско Здружение, 2000; Hales et al., 2008*). Симптомите се продорни и тие се изложени низ широк опсег на контексти и

ситуации наместо само во една специфична предизвикувачка ситуација или како одговор на одреден стимул или личност (*Американско Психијатриско Здружение, 2000*).

Според упатствата на Меѓународната класификација на болести-10 (МКБ-10), „личност нарушувањата" се длабоко вкоренети и трајни модели на однесување, кои се манифестираат како нефлексибилни одговори на широк опсег на лични и социјални ситуации. Тие претставуваат или се крајност на значителни отстапувања од начинот на кој просечниот поединец во дадена културата ги перцепира, размислува, чувствува и особено се поврзува со другите. Вакви модели на однесување имаат тенденција да бидат стабилни и да опфаќаат повеќе домени на однесување и психолошко функционирање. Тие се често, но не секогаш, поврзани со различни степени на субјективна вознемиреност и проблеми во социјалното функционирање и перформанси (*Светска Здравствена Организација, Женева 1992*). Луѓето со растројства на личноста веруваат дека светот треба да се промени за да се приспособат на нив и да ги гледаат нивните карактеристики како прифатливи, а не сметаат дека промените треба да почнат од самите нив.

Луѓето со растројство на личноста сочинуваат до 10-15% од општата популација (*Torgersen et al., 2001; Reich et al., 1989*). Тие се чести посетители на одделенијата за итни случаи во болниците, како резултат на социјални кризи, распад на врската, насилство, повреди, самоповредувачко однесување, самоубиство, прекумерено внесување дрога, импулсивност и ненадејна насилна смрт (*Warren et al., 2002; Verona et al., 2001; Watzke et al., 2006*). Тие, исто така, се изложени на висок ризик да влезат во конфликт со законот поради самоповредување однесување, сексуални престапи, насилство, употреба на супстанци, убиства и рецидиви (*Dansiet et al., 2004; Watzke et al., 2006; Blek et al., 2007*).

Според Меѓународната класификација на болести, постојат десет различни типови на растројства на личноста кои се гледаат во општа популација. Сепак, има многу луѓе со темпераментни проблеми во рамките на општата популација, што се одразува и на затворската популација. Во ова поглавје, ние се фокусираме повеќе на проблематичните растројства на личноста, кои вообичаено се забележуваат во затворот како население, со кои многу тешко се управува. Исто така, познато е дека популацијата во затворите има одредени нарушувања на личноста.

Вообичаената изрека за затворот е дека во него е сместено „лошо" општество (*Rotter et al., 2002*). САД укажува дека најмалку 50-75% од затворската популација

страдаат од депресија, притоа најмалку 30-15% од нив имаат ментална болест и исто така, се сугерира дека 20-10% од нив се психопати (*Rotter et al., 2002*). Лица кои страдаат од растројства на личноста имаат целосно непроменети расудувачки моќи; оттука, ниту една од земјите им одобриле одбрана од лудило на оние со растројства на личноста, но, им е овозможена можност за лекување и рехабилитација.

Преваленцата на растројствата на личноста е висока кај затворската популација во споредба со општата популација (*Brink, 2005; Andersen, 2004; Batlers et al., 2006*). Во систематски преглед на 62 анкети, било објавено дека 65% од мажите имале нарушувања на личноста и 47% имаат антисоцијално растројство на личноста. 42% од жените имале растројство на личноста, а 21% имале растројство на антисоцијална личност (*Fazel & Danesh, 2002*). Во друга студија, преваленцата на зависност од алкохол и дрога била 90%, а растројствата на личноста биле 80% и асоцијалното растројство на личноста било 60% (*Langeweld & Melhus, 2004*).

Во една неодамнешна студија, растројство на личноста било забележано кај 30% од затворениците. Распределбата на растројствата на личноста кај затворениците била: 12% со антисоцијално растројство, 12% со гранично растројство, 3% со параноично растројство, 2% со нарцисоидно растројство и 2% со шизоидно растројство (*Arojo & Ortega, 2009*). Присуството на антисоцијалното растројство како нарушување на личноста е висок ризик за развој на ментална болест (*Andersen, 2004*) и самоубиство (*Verona et al., 2001*). Студиите објавиле дека 50% од ментално болните пациенти, исто така, имаат растројство на личноста. Мажите имале поголема преваленца на злоупотреба на алкохол и асоцијалност на личноста, додека жените почесто покажувале депресија, анксиозни нарушувања и гранични нарушувања на личноста (*Watzke et al., 2006*).

Емоционално нестабилното растројство на личноста било присутно кај 30% од затворениците. На процентот на жени кои ги исполнувале критериумите за гранично растројство на личноста било двојно повеќе од кај мажите (*Black et al., 2007*). Една понова студија објавила личност со нарушувања, особено асоцијални и нестабилни растројства на личноста кои се силно поврзани со манифестацијата на насилни акти (Funtulakis et al., 2008). Една од можните причини, бидејќи и двете нарушувања имаат заедничка основа во импулсивните особини на личноста, но разлика во однесувањето меѓу нив се обликувани

според полот (Paris, 1997). Преваленца на асоцијалната личност е почеста кај мажите, а нестабилната личност е почеста кај жените.

- ## Антисоцијално растројство на личноста

Антисоцијалната личност, обично доаѓа до израз поради големата разлика помеѓу однесувањето на поединецот и општествените норми кои преовладуваат. Нарушувањето на однесувањето во детството и адолесценцијата, иако не е секогаш присутно, може дополнително да ја поддржува дијагнозата. Иранска студија објавила дека 23% од затворската популација била „психопати“ (*Assadi et al., 2006*). Асоцијалното растројство на личноста е поврзано со следните карактеристики на ова нарушување на личноста:

- бесмислена негрижа за чувствата на другите;
- непочитување на општествените норми, правила и обврски;
- груб и упорен став на неодговорност;
- неможност да се одржуваат трајни врски, иако нема никакви тешкотии за нивно воспоставување;
- многу ниска толеранција на фрустрација и низок праг за испуштање на агресија, вклучително и насилство;
- неможност да се доживее вина или да се профитира од искуство, особено казна;
- нагласена склоност да се обвинуваат другите или да се понуди веродостојна рационализација за однесувањето кое го довела пациентот во конфликт со општеството. Овде се вклучени: аморални, дисоцијални, психопатски и социопатска личности.

Асоцијалното растројство на личноста е поврзано со употреба на супстанции, коцкање, депресија, самоповредувачко однесување, самоубиство и сиромашен квалитет на живот (*Black et al., 2010*).

Систематски спроведена студија од Индија објавила дека на тринаесет од вкупно сто затворениците може да им биде дијагностицирано нарушување на однесувањето во детството и за вредностите на UTP била значително поголема веројатноста да ја прими оваа дијагноза во споредба со CTP. Близу петнаесет на секои 100 UTP добиле дијагноза на асоцијално растројство на личноста. Ова е 7-8 пати повеќе од општата популација (*Math et al., 2011*).

Асоцијалното растројство на личноста се карактеризира со импулсивност, дефицит на внимание, негативни и пркосни ставови кон авторитет, проблеми во однесувањето кои вклучуваат прекршување на општествените норми и неможност за учење од минатото искуство. Нарушувањето се препишува на комбинација на генетски фактори, темперамент, суптилна мозочна дисфункција, тешкотии во учењето и еколошки неволји.

Антисоцијалната личност и психопатите се речиси исти во однос на бесчувствителноста, кршење на правилата, неодговорно, ниска толеранција на фрустрација, недостаток на каење и неможност да учат од минатото искуство (*Koid & Ulrich, 2010*). Сепак, постојат истражувачи кои тврдат дека тие се разликуваат по сериозноста на асоцијалното однесување. Психопатите ја формираат најтешката форма на асоцијална личност. Тие се карактеризираат со ниска анксиозност, егоцентричност, себичност, насилно однесување, сексуална агресија, промискуитет, високи барања за задоволство и недостаток на емоционална регулација. Тие мамат, манипулираат, се одлкуваат со голема интелигенција и се спремни да ги уништат животите на другите за нивно задоволство. Лица кои страдаат од асоцијални растројствата на личноста се многу тешки за лекување. Повеќето од овие лица се упатени за третман од страна на судството. Сепак, опциите за третман во нашите затворски системи се лоши и скоро непостоечки.

Откако лицата со асоцијални растројства, како и психопатите ќе бидат откриени од затворскиот систем и службата за ментално здравје, постојат големи шанси тие да бидат сместени во форензички душевни болници наместо во затвори. Рецидивизмот продолжува да биде висок кај оваа популација поради клучна карактеристика на личноста, а тое е дека тие не учат од минатите искуства.

- ## Емоционално нестабилни нарушувања на личноста

Ова нарушување на личноста е почеста кај младите жени. Луѓе со ова нарушување на личноста често имаат потешкотии во формирањето и одржувањето на долготрајни врски и можат да бидат особено ранливи на импулсивни и агресивни дејствија како што се самоповредување, самоубиство, и.т.н. Постои изразена тенденција да се дејствува импулсивно без размислување од последиците, заедно со нестабилноста на расположението. Способноста да се планира однапред може да биде минимална. Изливите на интензивен гнев често може да доведат до насилство или „експлозии во однесувањето“.

Наведени се две варијанти на ова растројство на личноста, и двете ја делат оваа општа тема – импуливност и недостаток на самоконтрола.

*Карактеристики на емоционално нестабилно растројство на личноста*

Постојат две варијанти на емоционално нестабилна личност.

Импулсивен тип на личност кој се карактеризира со:

- импулсивност;
- емоционална / нестабилност на расположението;
- неможност да се планира однапред, и
- изливи на насилство или заканувачко однесување кои се вообичаени, особено како одговор на критиките од другите.

Граничен тип на личноста кој се карактеризира со:

- често нејасна или нарушена слика за себе, цели и внатрешни преференци
- хронични чувства на празнина.
- серии самоубиствени закани или акти на самоповредување
- одговорност за вклучување во интензивни и нестабилни врски
- повторени емоционални кризи кои можат да бидат поврзани со прекумерни напори за избегнување од напуштање (*Светска Здравствена Организација, 1992*).

Клиничките знаци на нарушување вклучуваат емоционална дисрегулација, импулсивна агресија, повторено самоповредување и хронични самоубиствени тенденции, кои ги прават овие пациенти чести корисници на ресурси за ментално здравје.

- Управување со растројства на личноста

Планот за управување со однесувањето претставен овде е упатство за решавање на прашањата на проблемите на личноста во затворите. Популацијата со растројство на личноста претставува голем предизвик за секој кадар во поправен дом и ментално здравје. Тие имаат тенденција да заземаат огромна сума на време и ресурси. Работата со престапници со нарушувања на личноста може да биде емоционално многу исцрпувачки и стресно за стручните лица кои работат со овие лица. Разумната моќ на оние личности со нарушувања е добро зачувана; оттука не се препорачува лекување против нивна волја.

Сепак, третманот за растројства на личноста против нивната волја се залага со дозвола од судот, во одредени услови кога поединецот е опасен по себе и/или по други. Најдобрата политика е да работите во партнерство со луѓе со личноста која има

нарушување и да им помогнете да ја развијат својата автономија и да промовираат избор со тоа што ќе им се обезбеди да останат активно вклучени во изнаоѓање решенија за нивните проблеми, вклучително и за време на кризи и охрабрување да ги разгледаат различните опции за третман и животни избори достапни за нив, и последиците од изборот што го прават (*NICE, 2009*).

Третманот за какви било коморбидни нарушувања треба да се случи без оглед на тоа дали лицето прима третман за растројство на личноста или не. На пример, затвореник со растројството на личноста со користење на алкохол и канабис на дневна основа треба да помине низ мртва точка пред да се реши нарушувањето на личноста. Развивање на добар пациент и односот со лекар е клучен дел од индивидуалната терапија.

Неодамнешен преглед на литература дава до знаење за ефектот на растројството на личноста врз менталната болест, и истото открило дека присуството на растројството на личноста е лош предиктор за одговор на третман на ментални нарушувања (*Bieling et al., 2007*).

Планот за управување со однесувањето во затворот се состои од шест суштински елементи:

- Проценка на ризиците и потребите на секој затвореник во различни моменти во текот на неговиот/нејзиниот притвор.
- Доделување на затворениците во домување.
- Задоволување на основните потреби на затворениците.
- Дефинирање и пренесување на очекувањата за однесувањето на затворениците.
- Надзор на затворениците.
- Окупација на затворениците со продуктивни активности (*Hutchinson et al., 2009*).

Спроведувањето на план за управување со однесувањето во затворот бара јасни директиви, во форма на пишани политики и процедури за секој чекор од планот.

Достапноста на обучен персонал и нивен надзор за да се осигура дека планот се спроведува според адаптираните политики и процедури се од клучно значење.

Систематска документација и евиденција на сите активности поврзани со планот за управување со однесувањето на затвореникот е неопходно (*Hutchinson et al., 2009*).

Друга суштинска област што се бара да биде се однесува на потребите на персоналот да биде обучен за управување со кризи. Луѓето со растројства на личноста се

изложени на висок ризик за притискање на копчињата за паника за управување со кризи. Секој персонал во затворот треба да биде обучен за да се соочи со предизвиците на управување со кризи.

Поединците со асоцијално растројство на личноста ретко бараат психијатриска помош за тоа нарушување. Овие лица кои бараат нега го прават тоа за други проблеми како што се повредите,

Потребните вештини за управување со кризи се следниве:

- Обезбедете ја вашата безбедност прво, пред да интервенирате.
- Брзиот одговор е клучот.
- Одржувајте мирен, опуштен и загрижен изглед.
- Употреба на незаканувачки став и држење.
- Брзо истражете ја причината за кризата.
- Обидете се да ја разберете кризата од гледна точка на затвореникот (емпатија).
- Користете отворени прашања за време на интервјуто.
- Користете вештини за советување за да го смирите пациентот.
- Избегнувајте обвинување или карање.
- Избегнувајте да ги поттикнувате.
- Воздржете се од нудење решенија пред да добиете целосно појаснување на проблемите и знајте го вашето ограничување и истите објаснете ги.
- Обезбедете поддршка и краткорочна помош до медицински тим/соодветен тим за криза кој е достапен.
- Документацијата на инцидентот и преземените дејствија, исто така, се од суштинско значење за легалната цел (*Изменето и адаптирано од Chandrashker et al., 2007*).

Лицата со сексуално преносливи болести, употреба на лекови за спиење, злоупотреба на алкохол или дрога и самоубиствени мисли, обично, судот или затворскиот персонал ги упатува на советник за ментално здравје за нивна евалуација. Тие немаат увид во нивните проблеми. Тие, исто така, ја отфрлаат дијагнозата и понудената помош. Често тие ги користат овие можности за да се жалат против медицински службеници за погрешна дијагноза или на друго место манипулираат со трансфери во подобри болнички и клинички установи. Оттука, на асоцијалните личности кои бараат помош (или се

упатени) може да им бидат понудени евалуација и третман како амбулантски пациенти. Потребна е евалуација на болничка нега и потребно е да се земе во предвид доколку има самоубиствени идеи или обиди. Всушност, луѓето кои се со асоцијални нарушувања, нивните перцепции можат да бидат нарушени во стационарните единици, секогаш кога нивните барања не се исполнети. Овие личности манипулираат со околината, вклучително и намерно самоповредување (сечење зглоб). Има инциденти кога асоцијални затвореници го загубиле животот со самоубиство.

До денес, не постои достапен третман. Неуспехот да се излечат, па дури и да се лекуваат таквите лица ги подели медицинските и правните заедници, како и општеството воопшто. Тие се познати по тоа што манипулираат со ситуациите, се спорни и носат лутина. Општо земено, поплаки примени од овие лица против персоналот се со злонамерна намера. Оттука, таквите жалби треба да бидат темелно проверени и истражени пред да се постапи против персоналот.

Иако не постои лек за ова нарушување, од клучно значење е да се идентификуваат овие лица и да управуваат со нив поединци во затворот за да се осигураат дека тие не создаваат проблеми за другите во затворот. Голем дел од проблемите во затворот се препишуваат на оваа група.

Персоналот треба да научи да се справува со овие затвореници. Овие затвореници добро се снаоѓаат во структурирани и високобезбедни затвори. Сепак, се покажало дека психотропните лекови се многу корисни во вонредни и одредени неизбежни ситуации како: насилство, агресија, самоубиство, намерно самоповредување, напорно однесување и интоксикација со недозволени лекови поврзани со абнормално однесување. Лековите се, исто така, корисни за намалување на нивната агресивност на долг рок.

Треба да се даде третман за какви било коморбидни нарушувања без оглед на тоа дали лицето прима третман за асоцијално растројство на личноста или не, бидејќи таквите луѓе се често исклучени од рутинска нега (*Black et al., 2010*). Самоубиствени закани и штетите кои намерно ги предизвикуваат на себе се многу чести кај оваа популација. При тенденцијата за рационализирање на неодговорните дела, треба да се минимизираат последиците од овие дела, насилството и манипулативното однесување да се соочат на дневна и непосредна основа. Затворен надзор со структурирана активност се препорачува.

Најефективниот третман понекогаш може да биде едноставно да размислете за затворите со висока безбедност. Многу асоцијални однесувања имаат тенденција да се распаѓаат со времето (*Key Jey & Tasman, 2006; Frosh, 1983*).

Постојат студии направени во заедница која објавила дека когнитивната бихејвиорална терапија за насилни мажи со асоцијалното растројство на личноста во заедницата не покажала никакво подобрување (Davidson et al., 2009).

Различни земји имаат усвоено различни политики за управување со затворениците со асоцијални растројства на личноста. Мнозинството од овие политики се непосредна последица на одредени инциденти. Во 1998 година, Англија била шокирана од очигледно безмотивните убиства на мајка и две нејзини деца од лице со растројство на личноста. Тој бил осуден за нивните убиства. Подоцна, Владата била решена да спречи ваков вид прекршоци. Оттука, во 1999 година Владата на Обединетото Кралство вовела нов концепт наречен опасно и тешко растројство на личноста (DSPD). DSPD е многу спорен концепт и не е медицинска дијагноза; тоа се однесува на согледаните нивоа на опасност на поединец кон општеството или кон другите.

Единицата за DSPD последователно станала третман и програма за оценување на поединци кои исполнуваат три барања: (1) имаат тешко нарушување на личноста, (2) претставуваат значителен ризик од предизвикување сериозни физички или психолошки штети од која на жртвата би и било тешко или невозможно да се опорави, и (3) ризикот од навреда треба да биде функционално поврзан со личноста која го има тоа нарушување (*Maden & Tyrer, 2003*). Подоцна, Владата на Обединетото Кралство предложила превентивна програма за притвор за оние со опасно и тешко растројство на личноста (*Kendel, 2002*).

За управување со овие лица, различни земји усвоиле затворени системи за следење како што се „supermax затвори“ или „специјални станбени единици“ (*Pizarro & Narag, 2008, Mears 2008*). Супермакс затворите се оние со високо ниво на безбедност со електронски управувани врати, камери за надзор и без прозорци. Посетители, исто така, не се дозволени внатре (Mears & Kastro, 2006). Посебно станбено одделение е самица на затворениците во затворена просторија без прозорци и обично им е дозволено да излезат од своите ќелии само за еден час во текот на ден. Тие се управуваат со користење на соодветен протокол и само за ограничени периоди (*Mears, 2008*). Меѓутоа, затворот често

ги злоупотребува ваквите поставки од властите и, исто така, многу е скапо да се одржуваат таквите затвори (*Pizarro & Narag, 2008, Mears 2008*). Одредени лица со асоцијално растројство на личноста со тешко насилство и агресивна тенденција треба да бидат во изолација. Но, потребата да се продолжи да ги држи во такви поставките треба периодично да се проценуваат со проценка на ризикот и одлуката треба да се процени и да се преземе од група професионалци, како претставник на судството, администрацијата во затворите, медицинскиот персонал и социјалниот работник, така што се кршењето на човековите права внимателно се следени. Ова треба да се документира.

Конечно, управувањето со затворениците со асоцијално нарушување на личноста треба да биде фокусирано на обезбедување симптоматско олеснување и јасни насоки за очекуваното однесување од нив во затворот. Сепак, постои итна потреба да се направи истражување за да се одговори дали супермакс затворите се оправдани, ефективни или ефикасни во Индиските услови.

- Управување со емоционално нестабилно (гранично) растројство на личноста

Граничното растројство на личноста се карактеризира со продорна шема на нестабилност која влијае на регулацијата, контролата на импулсите, меѓучовечките односи и сликата за себе. Нарушувањата на расположението, нарушувања поврзани со злоупотреба на супстанции, нарушувања во исхраната (обично булимија), посттрауматско стресно растројство, нарушување на вниманието/хиперактивност, самоубиство, намерно самоповредување и други растројства на личноста често се појавуваат заедно со ова нарушување (*Lieb et al., 2004; Zanarini et al., 1998; Gunderson & Ridolphy, 2001; Paris, 2005; NICE, 2009*).

Споредувајќи ги индивидуите со асоцијални нарушувања на личноста со оние со емоционално нестабилно растројство на личноста, откриено е дека во случај на второто, пациентите се подобруваат со време. Постои база на докази за третман со користење и психотерапија и психофармакологија кај емоционално нестабилни личности (*Paris, 2005; NICE, 2009*).

Дијалектичка бихејвиорална терапија, терапија со когнитивно однесување, интерперсонална терапија, системи за обука со програми за емоционална предвидливост и решавање проблеми (STEPPS) се ефективни третмани. Психотропните лекови се ефикасни во лекувањето на емоционалните, импулсивни промени во расположението и депресивни

симптоми кои често се поврзуваат со гранично нарушување. Лековите можат да ја намалат депресијата, анксиозноста и импулсивната агресија, но треба да се користат со разумна употреба и надгледување на истите (*Lieb et al., 2004; Paris 2005; Американско Психијатриско Здружение, 2001*).

Самоубиствените закани и намерното самоповредување се многу чести кај затворениците со емоционално нестабилна личност (Gunderson & Ridolphy, 2001). За заканите за самоубиство има потреба од сензибилизирање на персоналот. Има инциденти кога затворскиот персонал ја оспорил самоубиствената идеја или закани на затвореникот со велејќи „вашите самоубиствени закани се само чин“. Ова довело до вистински обид за самоубиство од страна на затворениците. Од тогаш има итна потреба да се спроведе стратегии за превенција од самоубиства во затворот. Персоналот треба да биде обучен за справување со нив (затворениците).

Нарушувањата на личноста се честа форма на ментални здравствени проблеми забележани во затворите. Управувањето со асоцијално растројство на личноста и емоционално нестабилна личност во затвор е предизвик за секој персонал и тим за ментално здравје. Затворската управа треба да биде свесна за симптомите на овие нарушувања на личноста. Асоцијалните растројства на личноста се менаџираат добро во високо обезбедена и структурирана средина. Гранично растројство на личноста има потреба од терапија. Коморбидните состојби треба да се третираат без оглед на третманот и статусот на растројство на личноста. Персоналот во затворот игра клучна улога во спречувањето на самоубиствата. Тие треба да бидат обучени за управување со самоубиства и намерно самоповредување во затворот.

Како заклучок од сето ова, навистина постојат одредени групи на луѓе кои врз основа на нивните дисфункционални промени на личноста се повеќе склони кон злосторства. Има и такви кои можеби имаат сторено кривични дела како начин за справување со стресни ситуации или направиле грешка во пресудата со преземање на законот во свои раце. Додека, во случајот на првото, доведување до промената на личноста додека е во затвор може да биде тешка задача. Во случај на второто, соодветно советување и интервенции во однесувањето можат да помогнат со спречување на дисфункционалните однесувања и мисловниот процес што доведува до криминалот кој станува вкоренет дел од личноста.

- ## ЛИЦА СО ТЕШКИ МЕНТАЛНИ БОЛЕСТИ / РАСТРОЈСТВА ВО ЗАТВОРИТЕ

Клиничките студии сугерираат дека 6 до 15 проценти од лицата во градските и окружните затвори и 10 до 15 проценти од лицата во државните затвори имаат тешка ментална болест. Прекршителите со тешка ментална болест генерално имаат акутна и хронична ментална болест и слабо функционирање. Голем дел се бездомници. Се чини дека поголем дел од ментално болните лица се уапсени во споредба со општата популација. Фактори наведени како причини за сместување на ментално болни лица во системот на кривичната правда се деинституционализацијата, поригидните критериуми за граѓанска посветеност, недостатокот на соодветна поддршка од заедницата за лицата со ментална болест, тешкотиите на ментално болните престапници да добијат пристап до лекување во заедницата и ставовите на полициските службеници и општеството. Препораките вклучуваат консултации за ментално здравје со полицијата на терен; формална обука на полициски службеници; внимателен преглед на влезните затвореници; пренасочување кон системот за ментално здравје на ментално болни лица кои извршиле помали прекршоци; наметливо управување со случаи и разни интервенции за социјална контрола, како што се посветеност на амбулантите, лекување наложено од суд, психијатриско чување и 24-часовна структурирана нега; вклучување и поддршка на семејствата; и обезбедување на соодветен третман за ментално здравје (*Richard Lamb et al., 1998*).

- ## Затворање наспроти хоспитализација

Многу фактори влегуваат во игра во одредувањето зошто лицето со ментална болест е уапсено наместо однесено во болница. Општо земено, лицата за кои се смета дека извршиле кривично дело се апсат и се носат во затвор без оглед на нивната психичка состојба. Системот на кривичната правда, лице обвинето од општеството со одговорноста за отстранување од заедницата, како и лица обвинети за извршување на сериозни кривични дела, не гледаат друга алтернатива освен прво да го стави лицето во притвор во безбедна средина, а потоа да организира психијатриско лекување доколку е потребно (*Lamb et al., 1982*). Ако се мисли дека лицето извршило сериозно кривично дело, полицијата и системот на кривичната правда генерално не сакаат да го остават ова лице во психијатриска болница каде што безбедноста може да биде слаба, персоналот може да го смета прекршокот како секундарен во однос на болеста на пациентот, а лицето може да биде пуштено во заедницата за релативно кратко време.

За лицата обвинети за прекршоци ситуацијата станува посложена. Во 1972 година, Абрамсон (*Abramson et al., 1972*) бил првиот што го измислил терминот „криминализација на ментално болните“. Тој забележал дека лицата со ментални нарушувања кои се занимавале со помали кривични дела се повеќе биле предмет на апсење и гонење во окружниот затворски систем. Последователно, многу автори го примениле концептот на криминализација на лица со ментални нарушувања кои биле уапсени за тешки кривични дела.

Разликата помеѓу апсење и затворање на ментално болни лица кои извршиле помали прекршоци и оние кои извршиле сериозни прекршоци е важна. Како што забележува Стири (*Steury, 1991*), не постои консензус за дефиницијата за криминализација на лицата со ментални нарушувања. Некои истражувачи ја дефинираат криминализацијата во моментот на апсење (*Cocozza et al., 1978*), а други бараат кривично гонење (*Dickey, 1980*), додека трети користат затворање во затвори (*Steadman, 1978*).

Според мислењата на стручнаците, терминот криминализација треба да се користи првенствено во врска со ментално болните лица кои се апсат, со или без затворски притвор и се гонат за помали прекршоци наместо да бидат ставени во системот за ментално здравје. Како што е наведено, јасно е дека лицата кои извршиле сериозни прекршоци, без разлика колку се ментално болни, вообичаено би биле процесуирани во

системот на кривичната правда (*Teplin, 1983*). Сепак, треба да се признае дека многу ментално болни лица кои вршат сериозни кривични дела и влегуваат во системот на кривичната правда можеби нема да се вклучат во такво однесување доколку добиваат соодветен третман за ментално здравје (*Dvoskin & Steadman, 1994*).

Во 1939 година, Пенроуз (*Penrose, 1939*) ја унапреди тезата дека релативно стабилен број луѓе се ограничени во кое било индустриско општество. Користејќи ги податоците од пописот на затворите и душевните болници од 18 европски земји, Пенроуз открил инверзна врска помеѓу популацијата на затворите и душевните болници. Тој теоретизирал дека ако една од овие форми на затворање се намали, другата ќе се зголеми. Според оваа теорија, каде што популацијата на затворите е голема, популацијата на менталните болници ќе биде мала, и обратно. Така, ако има простор во затворите и недостиг од болнички кревети, многу ментално болни лица кои ќе го привлечат вниманието на органите на прогонот би можеле да бидат насочени кон системот на кривичната правда. Друга последица на оваа теорија е дека ако се намали граѓанската посветеност, вклученоста во кривичните судови ќе се зголеми (*Stone, 1978*).

- ### Пропорција на затворени лица со ментална болест

Студијата на Болтон (*Report to the California State Legislature. Sacramento, Calif, Arthur Bolton Associates, 1976*) во 1976 година била еден од првите опсежни и методолошки издржани обиди да се одреди процентот на затвореници во окружните затвори со ментална болест. Во комбиниран примерок од пет окрузи од 1.084 возрасни лица во окружните затвори во Калифорнија, 6,7 проценти биле психотични, а 9,3 проценти биле проценети дека имаат непсихотични ментални нарушувања, не вклучувајќи ги нарушувањата на личноста. За округот Лос Анџелес, бројките биле 7,8 отсто психотични и 5,7 отсто непсихотични.

Во една понова систематска студија, Теплин и нејзините соработници (*Teplin, 1990*) интервјуираа 728 случајно избрани машки примени во затворот во округот Кук во Чикаго. Користејќи структурирано психијатриско интервју, тие откриле дека 6,4 отсто ги исполнуваат дијагностичките критериуми за шизофренија, манија или тешка депресија. Во второто истражување на жените кои влегувале во окружниот затвор во Чикаго, Теплин и нејзините колеги (*Teplin et al., 1996*) откриле дека 15 проценти имале тешки психијатриски нарушувања во претходните шест месеци, 1,8 проценти имале шизофренија или

шизофрениформно растројство, 2,2 проценти биле манични и 13,7 проценти имале тешка депресија. Гај и соработниците (*Guy et al., 1985*) интервјуирале 96 случајно избрани приеми во градскиот затвор во Филаделфија и откриле дека 14,6 отсто имале шизофренија или манично-депресивна болест.

Што се однесува до државните затвори, во една студија во Мичиген од 1987 година на 1.070 затвореници од државните затвори внимателно избрани преку постапка на стратификуван случаен примерок, било откриено дека 2,8 проценти имаат шизофренија, 5,1 проценти имаат тешка депресија и 3,8 проценти имаат биполарно растројство или манија (*Neighbors, 1987*). Џемелка и соработниците (*Jemelka et al., 1992*) го користеле Распоредот за дијагностички интервјуа со 109 затвореници во државата Вашингтон и откриле стапки на преваленца од 4,4 проценти за шизофренија, 10 проценти за тешка депресија и 3,7 проценти за манија. Слични стапки биле пронајдени во затворите во Калифорнија и Охајо (*Jemelka et al., 1993*). Стедман и соработниците (*Steadman et al., 1987*) проучувале случаен примерок од 3.332 затвореници што претставуваат 9,4 отсто од општата затворска популација во Њујорк, како и 352 од 360 затвореници во одделенијата за ментално здравје во затворите. Тие откриле дека 8 проценти од примерокот имале тешки психијатриски функционални пречки кои јасно гарантираат некаков вид интервенција за ментално здравје, а други 16 проценти имале значителни ментални пречки за кои се потребни периодични услуги (не биле дадени специфични дијагнози).

Општо земено, клиничките студии сугерираат дека 10 до 15 проценти од лицата во државните затвори имаат тешка ментална болест (*Jemelka et al., 1993*). Можеби во последниве години, поправниот персонал стана поспособен да препознава знаци на ментално пореметување и, како резултат на тоа, да упатува повеќе од овие лица кај професионалци за ментално здравје. Така, подоброто препознавање може да придонесе и за стапката на преваленца на затворениците идентификувани како ментално болни.

Големината на проблемот може да се види кога ќе ги помножиме процентите на ментално болните лица во затворите и притворите со бројот на затвореници. На пример, во 1995 година имало повеќе од 483.000 лица во затвори и повеќе од 1.587.000 лица во државни и федерални затвори (*State and Federal Prisons Report Record Growth During Last 12 Months. Washington, DC, US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, Dec, 1995*).

Така, дури и мал процент од толку голема популација претставува многу значителен број на ментално болни лица во затворите и притворите.

Големиот број на ментално болни лица во затворите и притворите претставува сериозни проблеми за воспитно-поправниот персонал. Гибс (*Gibbs, 1983*) истакнал дека присуството на затвореници со психолошки проблеми е најсериозната грижа за поправниот персонал.

- ## Опис на населението

Во студијата на 102 машки затвореници од окружниот затвор избрани по случаен избор од оние кои затворскиот персонал ги упатил на психијатриска евалуација, 99 проценти имале претходни психијатриски хоспитализации, а 92 проценти имале евиденција за апсење (75 проценти за кривични дела) (*Lamb & Grant, 1982*). Четири петтини покажале тешка и отворена психопатологија, а повеќе од три четвртини ги исполниле критериумите за граѓанска посветеност. Кога биле уапсени само 12 отсто биле вработени. Повеќе од половина во моментов биле обвинети за кривични дела, а 39 проценти за злосторства на насилство. Така, оваа популација се карактеризирала со долгогодишно искуство и со системот на кривичната правда и со системот за ментално здравје; тешка, акутна и хронична ментална болест; и лошо функционирање.

Истата студија, исто така, покажала дека од обвинетите за прекршоци, повеќе од половина живееле на улица, на плажа, во мисии или во евтини хотели, во споредба со помалку од една четвртина од обвинетите за кривични дела (*Lamb & Grant, 1982*). Лицата кои живееле на такви места очигледно имале минимум поддршка од заедницата. Авторите шпекулирале дека помалку сериозниот прекршочен прекршок бил чест начин за барање помош. Сепак, друг фактор може да биде тоа што многу негрижени ментално болни лица може да бидат уапсени за помали криминални дејствија кои се навистина манифестации на нивната болест, нивниот недостаток на третман и недостаток на структура во нивните животи. Исто така, било забележано дека некои затвореници, кои биле психотични, имале основни асоцијални проблеми на личноста за кои се чинело дека играат главна улога како предизвикувачки фактори во нивното наводно криминално однесување. Наодите биле споредливи во слично избраниот примерок од 101 затвореник во окружниот затвор за жени (*Lamb & Grant, 1983*).

Други студии покажале дека голем дел од ментално болните лица во затворската популација биле бездомници пред апсењето и затворањето (*Michaels et al., 1992; Martell et al., 1995*). На пример, една студија во Њујорк покажала дека бездомните ментално болни лица биле грубо презастапени меѓу обвинетите со ментални нарушувања кои влегуваат во кривичната правда и форензичките системи за ментално здравје, и за насилни, и за ненасилни престапи (*Martell et al., 1995*). Четириесет и три отсто од обвинетите со ментални нарушувања биле бездомници во времето на делото за кое биле уапсени. Стапката на бездомништво била 21 пати повисока кај вкупниот примерок на обвинети со ментални нарушувања отколку кај целокупната популација на ментално болни лица во градот. Згора на тоа, обвинетите бездомници биле значително поверојатно да бидат обвинети за жртви на странци.

- Тековни трендови

Често се тврди дека бројот на ментално болни лица во моментот во нашиот кривично-правен систем е поголем отколку пред деинституционализацијата (*Palermo et al., 1991; Davis, 1992*). Ова тврдење е во согласност со теоријата на Пенроуз опишана погоре. Може да се тврди дека толеранцијата на општеството во заедницата на девијантното однесување на луѓето со ментални нарушувања се чини дека е ограничена. Оваа ограничена толеранција особено важи за оние кои имаат директен контакт со ментално болни лица, имено, судовите, семејствата и другите граѓани. Многумина веруваат дека ако социјалната контрола преку системот за ментално здравје е попречена поради ограничувањата како што се помалку долгорочни државни болнички кревети, притисокот од заедницата ќе резултира со сместување на некои од овие лица во системот на кривичната правда.

Во 1970-тите, почнале да се појавуваат студии кои покажуваат дека стапката на апсење за поранешните пациенти во психијатриска болница била повисока од онаа за општата популација (*Zitrin et al., 1976; Sosowsky, 1978*). Биле направени различни обиди да се земе предвид повисоката стапка. Стедман и соработниците (*Steadman et al., 1978*) заклучиле од нивните податоци дека зголемувањето се должи речиси целосно на зголемениот број на лица со евиденција за апсење кои се примени во душевните болници. Тие шпекулирале дека „лицата кои порано би биле фатени на „вртечката врата на ќелијата“ сега се враќаат напред-назад меѓу државните болници и затворите, бидејќи

решенијата се бараат во третманите за ментално здравје за она што обично се вознемирувачки однесувања или имотни прекршоци“.

Поврзано објаснување во доцните 1970-ти била теоријата за „психијатризација“ на криминалците (*Cocozza et al., 1978; Davis, 1992*). Оваа теорија претпоставувала дека зголемената стапка на насилен криминал по отпуштањето од болница се должи на пренатрупаноста на затворите и притворите и дека душевните болници сè повеќе примаат лица со кои порано се занимавал системот на кривичната правда. Од друга страна, една студија од 1978 година во округот во Калифорнија покажала дека поранешните болнички пациенти без историја на апсења кога влегле во болница биле апсени приближно три пати почесто по излегувањето од општата популација на округот и пет пати почесто за сериозни насилни злосторства (*Sosowsky, 1980*).

Друго објаснување за зголемената стапка на апсење на поранешните болнички пациенти е дека повеќе криминална група на ментално болни лица сега се хоспитализирани како резултат на построгите критериуми за граѓанска посветеност, кои во голема мера се потпираат на опасноста (*Steadman et al., 1984*). Конечно, односот помеѓу менталната болест и насилството, како што е дискутирано подолу, може да биде уште еден фактор. И покрај понудените аргументи, не постојат доволно докази за конечно да се решат овие прашања.

Важно прашање е дали бројот на ментално болни лица во затворите и притворите е зголемен по деинституционализацијата. Голем број студии во текот на изминатите неколку децении наводно покажуваат зголемување, но Теплин (*Teplin, 1983*) можеби најдобро го кажал тоа кога напиша: „Заклучено е дека истражувачката литература, иако методолошки погрешна, нуди барем скромна поддршка за тврдењето дека ментално болните [сè повеќе] се обработуваат преку системот на кривичната правда“. Овој доказ е во голема мера клинички и инференцијален, и секако е многу сугестивен. Меѓутоа, поради недостигот на добри студии за ментално болните лица во затворите и затворите пред деинституционализацијата, наодите од истражувањата спроведени оттогаш не можат да се сметаат за убедлив доказ дека бројот на ментално болни лица е зголемен.

Сепак, се чини дека поголем дел од ментално болните лица се уапсени во споредба со општата популација. Едно од подобрите студии што укажува на оваа непропорционална стапка била спроведено од Теплин (*Teplin, 1984*). Полицајците од

Чикаго биле набљудувани во период од 2.200 часа и 14 месеци, и притоа биле документирани 1.382 средби меѓу полицијата и граѓаните. Присуството на психијатриска болест кај осомниченият било утврдено на местото на настанот со систем што ги зема предвид симптомите на однесување и еколошкиот контекст. Уапсени биле 27,9 отсто од осомничените без ментални нарушувања и 46,7 отсто од осомничените психијатриски болни.

Можеби два од поубедливите аргументи дека поголем дел од лицата со тешки ментални болести можело да се најдат во системот на кривичната правда од деинституционализацијата се присуството на голем број такви лица кои сега живеат во нашите затвори и затвори и клиничките набљудувања на лекарите и лекарите истражувачи. Впечатокот на лекарите и истражувачите е дека голем дел од тешко ментално болните лица што ги гледаат во затворите и притворите се слични на речиси секој начин со долгогодишните пациенти во државните болници пред деинституционализацијата (*Lamb, 1982*). Очигледно, доживотните жители на државните болници имале мала можност да извршат злосторства и да бидат уапсени.

На сличен начин, било забележано дури и во 1970-тите дека поголема слобода за традиционалниот пациент во психијатриска болница сместен во заедницата, вклучително и способноста да се одбие лекување, веројатно е важен фактор во објаснувањето на забележаната зголемена стапка на апсење и насилство (*Sosowsky, 1978; Grunberg et al., 1977*).

- ## Ментални болести и насилство

До неодамна, општо се верувало дека лицата со големи ментални болести, како што се шизофренија и биполарните болести, немале поголема веројатност да извршат насилни злосторства, отколку општата популација (*Stone, 1997*). Сепак, сè поголем број докази покажале поврзаност помеѓу менталната болест и насилството, особено меѓу лицата кои се психотични и не ги земаат нивните лекови (*Monahan, 1992; Torrey, 1994*). Овој однос е највпечатлив во релативно ненасилните општества, како на пример во Скандинавија. На пример, Медник и неговите колеги (*Mednick et al., 1996*) откриле дека мажите во Данска со тешко ментално растројство кои биле примени во психијатриска болница на возраст од 44 години претставуваат само 5 отсто од вкупната популација на мажи, но се одговорни за околу 30 отсто од сите насилни престапи извршени од мажи. Исто така, женските

ментални пациенти во Данска сочинувале околу 5 проценти од женската популација, но биле одговорни за 50 проценти од сите насилни престапи извршени од жени. Слични наоди биле забележани и во Шведска (*Hodgins, 1992*).

Злоупотребата на супстанции, исто така, го зголемува ризикот од насилно однесување, особено во комбинација со тешки ментални болести (*Steadman, 1997; Fulwiler et al, 1997*). Иако се чини дека огромното мнозинство на лица со сериозни ментални болести не се поопасни од општата популација, неодамнешната литература цитирана погоре сугерира постоење на подгрупа која е поопасна. Било утврдено дека насилното однесување на оваа подгрупа ги стигматизира ментално болните лица генерално и дека ќе биде тешко да се намали стигмата додека не се реши насилството на оваа подгрупа (*Torrey, 1997*).

- Предизвикувачки фактори

Факторите кои најчесто се наведуваат како причини за сместување на ментално болните лица во системот на кривичната правда се деинституционализацијата и недостапноста на долготрајна хоспитализација во државните болници за лица со хронични и тешки ментални болести, поформални и поригидни критериуми за граѓанска посветеност, недостатокот на соодветни системи за поддршка за ментално болните лица во заедницата, тешкотијата на ментално болните лица кои доаѓаат од системот на кривичната правда да добијат пристап до третман за ментално здравје во заедницата и верувањето на персоналот за спроведување на законот дека можат да се справат со девијантно однесување побрзо и поефикасно во системот на кривичната правда отколку во системот за ментално здравје (*Laberge & Morin, 1995; Jemelka et al., 1989*). Фактор за кој поретко се дискутира е ставот на јавноста кон лицата со ментални нарушувања кои вршат кривични дела.

Во една статија за бездомното ментално болно население, Белчер (*Belcher, 1988*) напишал дека „комбинација од тешка ментална болест, тенденција да се декомпензира во неструктурирана средина и неспособност или неподготвеност да се продолжи со доброволни аранжмани за последователна грижа и да се земаат препишани лекови придонесе за вклучување во системот на кривичната правда. Бесцелно талкајќи во заедницата, психотични поголемиот дел од времето и неспособни да управуваат со

нивните системи за внатрешна контрола, овие луѓе откриja дека системот на кривичната правда е азил во последно средство“.

- ## Деинституционализација

Како што е наведено, верувањето дека деинституционализацијата е причина за сместување на ментално болни лица во системот на кривичната правда е широко распространета теорија за која постојат одредени докази (*Lamb & Grant, 1982*). Сигурно може да се докаже дека моментално има помалку простор во државните душевни болници за хронично и тешко ментално болни лица. Во 1955 година, кога бројот на пациенти во државните болници во САД достигнало највисока точка, 559.000 лица биле институционализирани во државните душевни болници од вкупното национално население од 165 милиони. Сега бројката е 72.000 за население од повеќе од 250 милиони. За околу 40 години, САД го намалила бројот на окупирани државни болнички кревети од 339 на 100.000 жители на 29 на 100.000 во секој даден ден (*Resident Patients in State and County Mental Hospitals, 1994 Survey. Rockville, Md, Center for Mental Health Services, Survey and Analysis Branch, 1994*). Сепак, овие бројки можеби не го одразуваат точно бројот на лица кои добиваат високо структурирана 24-часовна нега поради развојот и растот на различни психијатриски установи во заедницата (многу од нив се затворени) во различни држави кои се обидуваат да обезбедат ваков вид на нега (*Lamb, 1997*).

Според мислењето на стручнаците, деинституционализацијата постави терен за зголемување на бројот на ментално болни лица да влезат во системот на кривичната правда. Покрај тоа, често се среќаваат сериозни проблеми во спроведувањето на деинституционализацијата, како што се несоодветно или несоодветно амбулантско лекување, недоволни ресурси во заедницата и недоволни 24-часовни високоструктурни установи за психијатриска грижа за оние на кои им се потребни. До степен до кој деинституционализацијата резултираше со овие проблеми, стручнаците веруваат дека таа е значаен фактор за сместувањето во затвори и притвори на многу ментално болни лица кои инаку би биле лекувани во заедницата или во болница.

- ## Порестриктивни критериуми за граѓанска посветеност

Многу луѓе веруваат дека построгите критериуми за граѓанска посветеност придонеле не само за деинституционализација, туку и за зголемен број на ментално болни лица во затворите и притворите (*Borzecki & Wormith, 1985; Husted & Nehemkis, 1995*). Во

1969 година, стапил на сила тогашниот нов закон за граѓански обврски во Калифорнија, Лантерман-Петрис-Краток акт. Во рок од една деценија, секоја држава и Порторико направиле слични модификации во нивните кодови за обврски. Таков брз и целосен консензус меѓу законодавните тела бил практично без преседан. Уште поважно, тој одразува речиси универзален став дека минатото невнимание за правата на ментално болните лица треба да се коригира.

Всушност, новите закони за граѓански обврски постигнале три работи. Прво, законите ги смениле суштинските критериуми за посветеност од поопшти критериуми кои едноставно ги отелотворувале концептите за ментална болест и потреба од лекување на поспецификни критериуми кои ја отелотворувале или опасноста што произлегува од ментална болест или неспособноста да се грижи за себе. Второ, законите го смениле времетраењето на обврските од неопределени и обемни периоди во определени и кратки периоди. Трето, новите закони експлицитно предвидувале дека лицата кои се граѓански извршени имале брз пристап до судовите, до адвокатите и, во некои случаи, до судењата на поротата; овој пристап обезбедил видови на гаранции за правна постапка за граѓански посветени лица што обвинетите за криминал ги добија во текот на претходната деценија (*Lamb & Mills, 1986*).

Овие процедурални заштитни мерки и јасни стандарди за посветеност резултирале со помалку, но и со пократки обврски. Така, многу ментално болни поединци кои инаку би биле граѓански извршени од семејството или другите, сега биле оставени да живеат во заедницата. Покрај тоа, стандардот за граѓанска посветеност за опаснотија во некои држави, како што се Алјаска (*Alaska Statutes, Section 47.30.740*), Калифорнија (*California Welfare and Institutions Code, Section 5300*) и Вашингтон (*Revised Code of Washington Annotated (West), Section 71.05.280*), станувал порестриктивен кога се бараат продолжени обврски. Затоа, само најопасните ментално болни останувале хоспитализирани, а помалку опасните биле отпуштени. Резултатот е значително зголемен број на ментално болни лица во заедницата кои можеле да извршат кривични дела и да влезат во системот на кривичната правда.

Од друга страна, забележано било дека промените во законот за граѓански обврски честопати го немале во пракса влијанието што го сакале оние што ги напишале (*Appelbaum, 1997*). На овие реформи им се спротивставиле судиите, професионалците за

ментално здравје, семејствата, па дури и адвокатите, кога се сметало дека го оддалечуваат фокусот од потребите за третман на пациентите. Така, во некои случаи, порестриктивните закони за посветеност можеби не биле важна причина за зголемен број на ментално болни лица во затвор.

- Пристап до третман

Достапноста или недостатокот на достапност на ресурси за третман во заедницата има три важни аспекти. Прво, јасно е дека во повеќето, иако во никој случај, јурисдикции во оваа земја, ресурсите за третман на ментално здравје, домување и рехабилитација не се доволни за да им служат на многу големиот број ментално болни лица во заедницата (*Kanter, 1995*). На пример, управувањето со случаи стана една од суштинските компоненти на соодветна програма за ментално здравје (*Steadman et al., 1984*). Сепак, системот на кривична правда не е подготвен да обезбеди услуги за управување со случаи на ментално болни лица кои ги напуштаат затворите и притворите. Во многу јурисдикции, локалните агенции за ментално здравје, исто така, бавно ги обезбедуваат овие услуги на оваа популација (*Jemelka et al., 1989*).

Второ, ресурсите за ментално здравје во заедницата може да бидат несоодветни за населението што треба да се опслужува (*Teplin et al., 1996*). На пример, од ментално болните лица може да се очекува да дојдат во амбулантските клиники кога вистинската потреба за голем дел од оваа популација се теренски услуги. Некои даватели на услуги може да немаат способност да обезбедат степен на структура што го бараат многу ментално болни престапници.

Трето, ментално болните лица кои биле во затвор можеби нема да можат да добијат пристап до лекување во заедницата дури и кога тоа е достапно. Овие лица се опишани како отпорни на третман, опасни, сериозно злоупотребувани супстанции и „социопатски“ (*Draine et al., 1994*), карактеристики кои генерално не се сметаат за пожелни од повеќето агенции за ментално здравје во заедницата. Понатаму, бидејќи многу од овие агенции можеби немаат способност да ја обезбедат потребната структура, поставување на ограничувања и безбедност за персоналот неопходен за успешно лекување на овие лица, нивната неподготвеност да ги третираат може да биде соодветна.

Голем дел од ментално болните лица кои вршат кривични дела имаат тенденција да бидат високо отпорни на психијатриско лекување (*Borzecki & Wormith, 1985; Draine et al.,*

*1994*). Тие може да одбијат упатување, да не одржуваат состаноци, да не се усогласени со психоактивни лекови, да не се воздржуваат од злоупотреба на супстанции и може да одбијат соодветни сместувања за домување. Како што забележал Витмер (*Whitmer, 1980*), обидите за амбулантско лекување со такви лица „зафаќаат аспект на натпревар што жално неподготвен терапевт порано или подоцна мора да го изгуби“. Оттука, тој го употребил терминот „загубени пациенти“ за да нагласи дека овие лица не се само пасивно изгубени поради лекување, туку дека професионалците за ментално здравје активно се бореле да ги лекуваат и морале да го признаат поразот.

Така, системот за ментално здравје смета дека овие ментално болни престапници се исклучително тешки за лекување и се спротивставува да им служи (*Laberge & Morin, 1995*). Оваа неподготвеност се протега на буквално сите области на грижа заснована на заедницата, вклучувајќи ги терапевтските станови, социјалната и професионалната рехабилитација и општите социјални услуги (*Jemelka et al., 1989*). Покрај тоа, многу ментално болни престапници се застрашувачки поради претходното насилно и стравично однесување. Лекувањето на оваа група е многу различно од помагањето на пасивните, порано институционализирани пациенти тивко да се прилагодат на животот во заедницата (*Bachrach et al., 1987*). Професионалците за ментално здравје во заедницата не само што не сакаат, туку може да се плашат и да ги третираат, особено кога не се усвоени мерки за да се обезбеди безбедност на персоналот. Потоа овие ментално болни лица се оставени на казнено-правниот систем да управува (*Draine et al., 1994*). Од друга страна, стручнаците забележале дека амбулантските установи во кои е обезбедена структура, персоналот е заштитен, а персоналот за ментално здравје и персоналот за кривичната правда тесно соработуваат; под такви околности, при што многу од овие лица успешно се лекуваат.

- ### Улогата на полицијата

Голем дел од акутно ментално болните лица го привлекуваат прво вниманието на полицијата (*McNiel et al., 1991; Zealberg et al., 1992; Way et al., 1883*). Дури и ако полицијата смета дека проблемот е ментална болест, опцијата за ментално здравје може да вклучува голем број проблеми и надразнувачи. Може да има долги периоди на чекање во собите за итни случаи во кои полициските службеници не можат да извршуваат други должности. Професионалците за ментално здравје може да ја преиспитаат пресудата на полицијата и да одбијат прием, или може да се примаат само за краток престој во болница

лице кое само кратко време пред тоа претставувало јасна закана за заедницата (*Lamb et al., 1984; Rogers, 1990*).

Од друга страна, полицијата многу добро знае дека доколку упати психијатриски случај до кривично-правниот систем, со престапникот ќе се постапува на посистематски начин. Тој или таа ќе биде приведен, најверојатно ќе го види професионалец за ментално здравје привржан до судот или во затвор и веројатно ќе добие психијатриска евалуација и третман. Така апсењето е одговор со кој полицијата е запознаена, одговор над кој има поголема контрола и кој веруваат дека ќе доведе до соодветна диспозиција (*Holley & Arboleda-Florez, 1988*). Дополнително, кога лицата кои се социјално пореметувачки се исклучени од психијатриските установи, системот на кривичната правда станува систем „кој не може да каже не“ (*Borzecki & Wormith, 1985*).

Во однос на помалите прекршоци, предложени се голем број фактори за да се објасни зошто ментално болно лице е уапсено наместо однесено во болница. Лицето кое му се чини ментално болно на професионалец за ментално здравје може да не им се чини така на полициските службеници, кои, и покрај практичното искуство, немаат доволно обука за справување со оваа популација и сè уште се лаици во овие работи (*Husted, 1995*). Исто така, менталната болест може да ѝ се чини на полицијата како едноставно интоксикација со алкохол или дрога, особено ако ментално болно лице користело дрога или алкохол во моментот на апсењето. Сепак, друг фактор е тоа што во жештината и конфузијата на средбата со полицијата и другите граѓани, што може да вклучува и насилно покорување на сторителот, знаците на ментална болест може да останат незабележани (*Lamb & Grant, 1982*).

Дополнително, службениците за спроведување на законот може да бидат повеќе склони да ги одведат ментално болните лица во затвор ако веруваат дека не се достапни соодветни алтернативи во заедницата (*Ogloff & Otto, 1989*), практика која се нарекува „резервација на милост“. Иако оваа практика може да се смета за неуставна, огромното мнозинство држави немаат донесено законодавство против притворањето на некриминални ментално болни лица во затвор (*Ogloff et al., 1990*).

Во игра влегуваат и барањата на граѓаните. Многу продавници имаат политика според која секој кој е фатен во кражба треба да оди во затвор, а на менаџерите на продавниците им е наложено да уапсат граѓанин и да повикаат полиција без исклучок. Во

друг вид на ситуација, луѓето кои штотуку биле нападнати од психотично лице честопати не се склони да бидат сочувствителни кон својот напаѓач дури и кога е видливо ментално пореметување. Така, лут граѓанин може да инсистира да потпише апсење на граѓанин и лицето да биде одведено во затвор.

- Ставовите на општеството

Јавноста традиционално верува дека секоја друга казна освен затвор е премногу блага за тешките престапници, дури и ако се ментално болни (*Petersilia, 1987*). Згора на тоа, некои сметаат дека менталната болест е доброволна и можеби намерен обид да се избегне казната (*Perr, 1985; Johnson, 1985*). Уште еден важен фактор е стравот на јавноста од ментално болни лица кои вршат кривични дела.

Растечката нетолеранција на јавноста кон сторителите, без разлика дали се ментално болни или не, се демонстрира со нејзиното прифаќање и желба за порестриктивни закони за притвор за прекршителите. Во однос на престапниците со ментални нарушувања, некои држави ги укинаа законите за сексуална психопатологија кои дозволуваа третман за ментално здравје за сексуалните престапници наместо криминална обработка и затвор. Намалениот капацитет, кој може да биде фактор за доделување поблага казна, исто така е укинат во голем број држави. Покрај тоа, донесена е легислатива со која на престапниците со ментални нарушувања во затвор може да им се продолжи периодот на социјална контрола доколку се идентификуваат како опасни пред датумот на условно ослободување или истекот на нивната казна. На пример, во Калифорнија ментално болните престапници кои се сметаат за опасни (*California Penal Code, section 2962*) и сексуално насилните предатори (*California Welfare and Institutions Code, section 6600*) обично се префрлаат на датумот на условно ослободување или на истекот на нивната казна во државните душевни болници, каде што се затворени на лекување за обновливи периоди на една или две години. Според мислењето на стручнаците, овие закони ги одразуваат ставовите на општеството кон ментално болните престапници.

Иако психијатриските интервенции постојат во системот на кривичната правда, ментално болните лица се строго контролирани во тој систем отколку пациентите во психијатриските болници (*Laberge & Morin, 1995*). Згора на тоа, системот на кривичната правда, и покрај протестите за спротивното, се чини дека има мал интерес за

декриминализација на лицата со психијатриски нарушувања иако тие претставуваат значителен товар и користат оскудни ресурси. Во една обмислена статија, Лаберже и Морин (*Laberge & Morin, 1995*) забележале дека општата декриминализација на психијатриските случаи ќе го загрози кривично-правниот систем до нејзините темели, бидејќи таквиот пристап може да се сфати како поткопување на принципот на еднаквост на сите пред законот. Оваа перцепција би постоела дури и кога кривичното право признава дека менталните нарушувања даваат посебен статус.

Специфичниот третман на ментално болните лица во системот на кривичната правда често се гледа како посебен третман и од пошироката јавност и во рамките на системот на кривичната правда. На пример, одбраната од лудост повеќето Американци ја сфаќаат како често покрената одбрана, како и начин да се избегне правдата. Сепак, студиите покажале дека оваа одбрана ретко се користи и ретко е успешна (*Pasewark & Pantle, 1981*). Дополнително, докажано е дека лицата кои успешно ја користат оваа одбрана може да бидат притворени значително подолги периоди од другите осудени за истите дела (*Pasewark, 1986; Golding et al., 1989*).

Покрај тоа, се чини дека системот на кривичната правда е повеќе склон да го толкува и да се справи со криминалното однесување во смисла на болест кога девијантното лице ја признава болеста и е подготвено да се лекува за неа (Conrad & Schneider, 1980). Јасно е дека треба да се процени соодветноста на безбедно лекување на ментално болните престапници во заедницата. Сепак, преземањето успешен третман за оваа популација може да биде застрашувачки. На пример, Брељe (*Brelje, 1985*) напишал дека ефикасната психотерапија за ментално болните престапници вклучува увид на пациентот, свесност за ранливоста или присуство на ментално растројство, реално разбирање на природата на менталната болест, мотивација за промена или спречување на повторување. на симптомите, прифаќање на целите и стратегиите за лекување, реални лични цели и свесноста на пациентот за неговиот правен статус и неговото значење.

Сепак, Лаберже и Морин (*Laberge & Morin, 1995*) забележале дека многу ментално болни престапници не преземаат одговорност за својата болест или нивните престапи и не ја признаваат нивната потреба за лекување. Тие одбиваат терапевтски однос и одбиваат да земаат лекови и да одржуваат состаноци. Затоа, општеството често не ги гледа како личности кои треба да бидат „оправдани“ за нивните законски престапи. Се чини дека и

покрај загриженоста на професионалците за ментално здравје и многу членови на семејството за ментално болните лица во затвор, општата јавност би покажала мала поддршка за непоставување социјални контроли на поединци кои вршат прекршоци и одбиваат да се подложат на третман кој поставува ограничувања на нивното однесување.

Така, криминализацијата на ментално болните лица кои извршиле помали прекршоци не може да се гледа како резултат едноставно од вообичаените објаснувања за недостатокот на долготрајна хоспитализација, недостатокот на соодветни системи за поддршка во заедницата, тешкотии при добивање влез во системот за ментално здравје и многу повеќе. рестриктивни критериуми за граѓанска посветеност. Друг круцијален фактор е грижата на општеството да се постапува со кривичните дела и лицата што ги вршат да бидат контролирани и казнети, особено ако не се јасно подготвени да ја прифатат улогата на пациентот.

- ## Заклучоци и препораки

Многу е научено за тоа што треба да се направи за да се спречи ментално болните лица да бидат несоодветно сместени во системот на кривичната правда и за тоа како да се постапува со нив откако ќе се најдат таму и откако ќе бидат пуштени во заедницата. Она што недостасуваше е широко распространето и сеопфатно спроведување на интервенциите кои се покажаа како ефективни (*Jemelka et al., 1993*). Неколку од овие стратегии се сумирани подолу.

Треба да се преземат чекори за да се спречи несоодветно апсење на ментално болни лица (*Husted, 1994*). Полицијата е често првата која реагира на итни случаи во кои се вклучени лица со тешки психијатриски нарушувања (*Zealberg et al., 1992*). Сепак, полицијата можеби не секогаш препознава потреба или има пристап до итни психијатриски ресурси. Јасно е дека во овој момент е потребна експертиза за ментално здравје за да се спречи криминализацијата. Постои итна потреба од формална обука на полициските службеници за да им се помогне подобро да ги разберат менталните болести и да ги подобрат нивните ставови кон лицата со ментални нарушувања (*Husted et al., 1995; Murphy, 1989*).

Консултациите за ментално здравје обезбедени на полицијата на терен може да резултираат со одговор кој ги комбинира специјализираното знаење и експертиза на органите за спроведување на законот и професионалците за ментално здравје. Ваквиот

пристап може во голема мера да го зголеми бројот на ментално болни лица на кои им е даден соодветен пристап до системот за ментално здравје наместо несоодветно пренасочени кон системот на кривичната правда. На пример, евалуацијата на тимовите за психијатриска итна помош, составена од полицајци и професионалци за ментално здравје, покажала дека тимовите биле способни да се справат со психијатриски итни случаи на терен, дури и со популација која се карактеризира со акутни и хронични тешки ментални болести, висок потенцијал за насилство, висока преваленца на сериозна злоупотреба на супстанции и долги истории, и со кривичната правда, и со системите за ментално здравје (*Lamb et al., 1995*). Овие тимови ги однесоа или ги испратија речиси сите лица во криза во системот за ментално здравје, а не во затвор.

За лицата кои се уапсени и ставени во затвор, генерално се препорачува установата рутински да ги проверува сите притвореници кои доаѓаат за тешко ментално растројство и администраторите на затворот да преговараат за програмски односи со агенциите за ментално здравје за да обезбедат мултидисциплинарни психијатриски тимови (*Lamb et al., 1984; Teplin, 1990*). Овие тимови треба да се формираат во затворите за да обезбедат краткорочна евалуација на кризи, третман и упатување во психијатриска болница доколку е потребно. Тимовите треба да вклучуваат психијатри за да може да се препишуваат психоактивни лекови.

Ментално болните притвореници кои извршиле помали кривични дела, како што се прекршување и непристојно однесување, треба целосно да се пренасочат кон системот за ментално здравје, или барем на лекување. На пример, тимовите за ментално здравје треба да бидат лесно достапни за консултации до судовите и особено до општинските судови, каде што се појавуваат многу пациенти со акутна психотија со многу минимални кривични пријави. Стедман и соработниците (*Steadman et al., 1994*) откриле дека само мал број американски затвори имаат програми за пренасочување за ментално болни затвореници. Тие, исто така, забележале дека недостасуваат објективни податоци за ефективноста на овие програми. Од друга страна, утврдено е дека судскиот задолжителен и следен третман наместо затвор бил ефикасен за постигнување добар исход за хронично и тешко ментално болни лица кои сториле прекршоци (*Lamb et al., 1996*).

Белчер (*Belcher, 1988*) напишал дека системот кој се потпира исклучиво на доброволна усогласеност може да не обезбеди соодветна структура за ментално болните

престапници. Тој и другите (*Murphy, 1989; Steadman et al., 1994; Lamb et al., 1996; Swanson et al., 1997*) препорачале такви механизми како што се посветеност на амбулантско, судско следено лекување, третман како услов за условна казна или условно ослободување, и психијатриско чување или надзор од страна на агенции како што е Одборот за преглед на психијатриска безбедност во Орегон (*Rogers et al., 1982*). Фримен и Рош (*Freeman & Roesch, 1989*) признале дека судот или одборот за условно ослободување има право да постави услови за ослободување на заедницата кои вклучуваат задолжително лекување. Сепак, професионалците за ментално здравје имаат етичка и законска обврска целосно да ги информираат пациентите за природата на третманот и да добијат нивна согласност за тоа.

Важно е да се препознае дека лицата со ментални нарушувања кои се отпуштени од психијатриски или поправни установи искусуваат повеќекратни проблеми кои не можат адекватно да се третираат во традиционалните установи во заедницата (*Stein & Test, 1980; Witheridge & Dincin, 1985*). Така, сместувањето во заедницата често резултира со рехоспитализација или реинкарцерација (*Wilson et al., 1995*). За да се намали овој циклус, се препорачуваат наметливи програми за управување со случаи.

На големото мнозинство од ментално болните престапници им се потребни основните елементи на управувањето со случајот, кое започнува со премисата дека секое лице има одреден професионалец со севкупна одговорност за неговата или нејзината грижа (*Lamb & Weinberger, 1993*). Раководителот на случајот формулирал индивидуализиран план за лекување и рехабилитација со учество на ментално болно лице и често со надзор на судот. Како што напредува грижата, раководителот на случајот го надгледува ментално заболеното лице за да утврди дали тој или таа го прима и се придржува на третман, има соодветна животна ситуација, има соодветни средства и има пристап до професионална рехабилитација.

Менаџерот на случаи не само што обезбедува теренски услуги, туку служи и како застапник за поединецот и се грижи ментално болната личност да не се оддалечува од елементите за поддршка на таквата мрежа. Наметлива програма за управување со случаи се занимава со клиенти на честа и долгорочна основа, користејќи практичен пристап кој може да бара средба со клиентите „на нивен терен“ или дури и секојдневно гледање клиенти (*Wilson et al., 1995*). Оваа форма на контакт и запознавање со клиентите им

помага на раководителот на случајот и клиентот да предвидат и спречат значителна декомпензација.

Постигнат е важен напредок во последниве години во управувањето со насилничкото однесување на тешко ментално болните лица (*Harris & Rice, 1997; Buckley et al., 1997*). Терапијата за однесување и фармакотерапијата – особено употребата на новите атипични антипсихотични лекови – се само неколку примери. Од клучно значење е овие модалитети да бидат широко имплементирани.

Агенциите за ментално здравје во заедницата мора да бидат способни да обезбедат степен на структура и ограничување што им е потребен на ментално болните престапници, како и да обезбедат безбедност на персоналот. Кога е потребна високо структурирана 24-часовна нега, таа треба да се обезбеди.

Улогата на членовите на семејството е важен аспект во грижата за ментално болните престапници. Честопати се занемаруваат потребите на членовите на семејството за водство и поддршка. Семејствата треба да бидат поучени за начини како да помогнат да се стабилизира нивниот роднина (Lamb & Weinberger, 1993). Тие, исто така, треба да бидат вклучени во програми за поддршка за да им помогнат за време на кризи и во програми за самопомош за да можат да имаат корист од искуството на други семејства во слични ситуации (*Hylton, 1995*).

Сметаме дека значителното зголемување на услугите за ментално здравје за тешко ментално болните лица, од амбулантски третман и управување со случаи до високо структурирана 24-часовна нега, ќе резултира со многу помалку ментално болни лица кои ќе вршат кривични дела. Така, една од нашите најважни препораки е за зголемени услуги за ментално здравје. На системот на кривичната правда не треба да се гледа како на соодветна замена за системот за ментално здравје. Згора на тоа, искуството покажало дека огромна стигма се врзува за луѓето кои биле категоризирани и како ментално болни и како престапници, и затоа е исклучително тешко да се стават во лекување и домување во заедницата. Тешкотијата е уште поголема кога биле во судска болница.

Очигледно, многу ментално болни лица кои вршат кривични дела претставуваат огромни предизвици за лекување поради нивната отпорност на третман, слабата усогласеност со антипсихотичните лекови, потенцијалната опасност, високата стапка на злоупотреба на супстанции и потребата за структура. Во голема мера, јавниот систем за

ментално здравје се откажа од нив и дозволи тие да станат одговорност на системот на кривичната правда. Сметаме дека овие препораки ќе придонесат за успешно лекување на оваа популација.

Спроведувањето на овие препораки би значело приспособување на услугите за ментално здравје за да се задоволат потребите на ментално болните престапници и да не се третираат како да се усогласени, да соработуваат и да имаат потреба од минимум контроли. Животите на голем дел се карактеризираат со хаос, дисфорија и лишување додека се обидуваат да преживеат во свет за кој се лошо подготвени. Тие викаат за лекување и за структура, а ние веруваме дека е обврска на системот за ментално здравје да го обезбеди тоа. Доколку се обезбедат ефективни и соодветни интервенции, овие лица не само што може да се подобрат психијатриски, туку може да се вклучат и во значително помалку криминалното однесување.

- НАЈЧЕСТИ ПСИХИЈАТРИСКИ ПОРЕМЕТУВАЊА КАЈ ЗАТВОРЕНИЦИТЕ
- Шизофренија, шизотипија и налудничави растројства
- Шизофренија

Во Интернационалната класификација на болести, шизофренијата е класифицирана во поглавјето за ментални растројства под шифра F20 (МКБ 10). Ова ментално

пореметување за прв пат е опишано од Емил Крепелин, а Еуген Блеулер во 1911 година прв го нарекол шизофренија.

Типичните симптоми на шизофренијата се растројства на перцепцијата, од кои најчести се слушните халуцинации и пореметување на мислењето, делузивни (нереални) идеи или делузии, верувања кои се невозможни во реалноста. Симптомите предизвикуваат потешкотии во проценката на стварноста и несоодветното однесување кое произлегува од болеста. Поголемиот број болни доживуваат слушни халуцинации, така што слушаат еден или повеќе гласови кои упатуваат пораки, го коментираат однесувањето на заболениот, даваат совети, разговараат за болниот за било што и/или имаат едно или повеќе неточни верувања, како на пример такви дека постои завера против нив, дека се набљудувани, следени, контролирани електронски, дека имаат некаква посебна способност, дека над нив се спроведуваат експерименти и слично. Кај шизофренијата, исто така, може да се појави и нелогичен говор, или симптоми, како пасивизација и намалување на мотивацијата, што доведува до социјална изолација и неактивност. Болеста најчесто се јавува во епизоди, кога постојат акутни симптоми како халуцинации и неточни верувања, а после епизодата може да следи потполно опоравување, но во поголемиот број случаи може сè уште да постојат активни симптоми на шизофренија и потешкотии на социјалното функционирање.

Симптомите обично спонтано не се губат, а лекувањето, во најголем број случаи, доведува до губење или ублажување на симптомите и подобрување на социјалното функционирање. Лицата болни од шизофренија, особено кога болеста се случува за прв пат и кога не се лекува, често не се критични кон својата состојба, не веруваат дека се болни и покажуваат слаб увид во препознавање на знаците на болест и потребата за лекување, затоа што навистина веруваат дека тоа што ним им се случува и што го доживуваат, е вистинито.

Недостатокот на увид во болеста кај еден број од заболените е континуирано присутен, и покрај лекувањето. Спротивно на некои погрешни верувања во јавноста, шизофренијата не е болест на подвоена личност и поголемиот број болни не се насилни и опасни за својата околина во својата болест. Шизофренијата најчесто се јавува во младешко доба, иако може да се појави и кај лица во средна возраст и постари луѓе. Се среќава кај лица од

сите општествени слоеви, образование и во различни култури ширум светот. Подеднакво е застапена и кај машки и кај женски лица.

- Епидемиологија

Инциденцијата и преваленцијата на шизофренија варираат од истражување до истражување. Според големиот број истражувања за инциденцијата, бројот на нови случаи изнесува 15,2 на 100 000 жители, а преваленцијата на бројот на заболени во определено време е значително повисока и изнесува 4-7 на 1000 лица. Ризикот за заболување од шизофренија се движи од 0,3-2,0% (Saha и сор 2003,2005, Mc Grath и сорг 2004), а најчесто цитираниот ризик за заболувањето изнесува 1%. Во однос на поранешните истражувања, кога се тврдело дека инциденцијата и преваленцијата на шизофренија се константни во сите култури, денеска има истражувања кои покажуваат дека инциденцијата и преваленцијата се поврзани со социјалните фактори, така што тие се повисоки кај лицата кои мигрирале во урбана средина. Некои истражувања, исто така, покажуваат поврзаност на сиромаштијата со повисоките стапки на инциденција и преваленција.

- Етиологија

Шизофренијата е комплкексно пореметување. Денеска знаеме дека не постои единствена причина за шизофренија, туку се работи за комплексна интеракција меѓу биолошките, психолошките и социјалните фактори. Постојат многубројни теории за појавата на шизофренија, затоа овде ќе бидат наведени само најчестите.

Биолошките теории (LakhanSE, Vieira KF2009, Weinberger 1987) свое поле на истражување имаат во структурата и функцијата на мозокот во врска со симптомите на шизофренија. Иако точно не се знае што ја причинува шизофренијата, многу од сегашните истражувања имаат откриено некои разлики во работата на мозокот на лицата заболени од шизофренија во однос на лицата кои ја немаат болеста. Овие разлики се однесуваат на промените во одредени регии од мозокот во структурата, количината на невропреносниците (невротрансмитерите) и функционалната поврзаност меѓу две одредени регии на мозокот. Важно е да се напомене дека овие промени не се наоѓаат кај сите лица заболени од шизофренија, туку има висок степен на поврзаност кај голем број пациенти. Невроразвојната хипотеза се однесува на поврзаноста на шизофренијата со раните пренатални или перинатални оштетувања кои претставуваат предиспозиција за шизофренија подоцна во животот. Се мисли дека компликациите во бременоста

доведуваат до оштетување на пролиферацијата, миграцијата и апоптоза на невроните, процеси кои се потребни за адекватен развој на централниот нервен систем или во адолесценцијата доаѓа до пореметување во процесите на формирање на синапси. Изложеноста на перинатална вирусна инфекција и лошата исхрана може да го оштети развојот на мозокот.

Невролошките имиџинг техники на испитување на мозокот кај болен од шизофренија покажуваат намалување на мозочниот волумен, особено од темпоралниот кортекс, амигдалоидните делови и хипокампусот, како и зголемување на латералните комори. Се смета дека хипофункцијата на фронталниот резен е одговорна за негативните симптоми на шизофренија, додека дисфункцијата на темпоралниот резен се поврзува со халуцинациите и делузиите. Исто така се зборува за конективна дисфункција во пренесувањето на информациите, особено во фронто-темпоралната и фронто-париеталната поврзаност, како и во пореметувањето на интегративните механизми кои овозможуваат разликување меѓу сопствените внатрешни настани и надворешните настани, така што болните лица можат да доживеат како нивниот внатрешен говор да доаѓа однадвор (Williamson 2006). Забележани се некои промени на мозокот во подрачјата одговорни за помнење и внимание (хипокампус, предниот дел на цингулум-cingulum); емоциите и социјалните врски (амигдалите) и во префронталниот кортекс, кората на мозокот и во подрачјето на фронталниото резен кој е одговорен за привремено складирање на информациите и вршењето на различните задачи, како и за емоционалната експресија. Забележани се, исто така, и промени во таламусот кој служи за филтрирање на дразбите. Ако таламусот не функционира добро, лицето може да биде преплавено со различни дразби. Забележани се неправилности во невралните кругови кои воспоставуваат врски помеѓу различните регии на мозокот и на некој начин обединуваат повеќе наброени функции. Растројствата во овие врски доведуваат до појава на симптомите на болеста. Наведените промени на мозокот, исто така, можат да направат мозокот да стане поранлив на емоционални и физички стресови. Функционалните имиџинг техники исто така довеле до хипотеза дека шизофренијата е поврзана со оштетување на меморијата и редукција на нејзиниот капацитет што, од своја страна, е поврзано со префронталниот кортекс, темпоралните регии и corpus striatum. Генетските теории за појавата на шизофренија се потпираат на генетските истражувања. Болеста се јавува во семејства кај кои постојат

оболени со повисок ризик, но постои и во семејства каде нема податоци за претходно заболување.

Направени се многубројни истражувања на гените кај шизофренија. Досега не е откриен ниеден ген кој може со сигурност да биде поврзан со развојот на болеста, туку напротив, генетските истражувања го потврдиле спротивното, дека неповолните фактори на околината се од огромно значење и мора да бидат присутни за да дојде до појава на болеста. Во општата популација ризикот за заболување од шизофренија изнесува 1:100. Колку е поблиска сродноста со заболениот, ризикот е поголем. Така на пример, ризикот за заболување за некој кој има дедо или баба заболени од шизофренија ќе изнесува 3%.

Ризикот се зголемува ако лицето има еден болен родител на 10%, а кога и двајцата родители се болни, ризикот расте до 40%. Најголем е ризикот за еднојајчаните близнаци кои имаат 100% исти гени и изнесува 48%. Токму фактот што близнаците кои имаат 100% исти гени немаат во 100% од случаите шизофренија, претставува доказ дека без присуство на други фактори од околината, нема да дојде до појава на болеста. Значи, се мисли дека гените можат само делумно да придонесат за појава на пореметувањето и затоа претставуваат биолошка вулнерабилност или подложност кон пореметувањето.
Истражувани се многу гени, па се мисли дека повеќе гени би биле одговорни, кои дејствуваат синергистички. Невротрансмитерските теории на шизофренија, особено допаминските, се едни од најпопуларните.

Растројствата во количината на невротрансмитерите, без разлика дали се зголемени или намалени, го нарушува складното функционирање на мозокот и доведува до симптоми на болеста. Допаминската теорија на шизофренија е поврзана со зголемување на допаминот во мезолимбичкиот систем. Антипсихотиците кои го блокираат допаминот, значително ги отстрануваат делузиите и халуцинациите, а лековите кои го зголемуваат допаминот, како на пример Леводопа и Бромергон, кај лицата кои се во ремисија од шизофренија, можат да предизвикаат појава на халуцинации и делузии.

Намалувањето на допамин во префронталниот кортекс се поврзува со негативните и когнитивните симптоми на шизофренијата, кои го вклучуваат и проблемот со вниманието, помнењето и обработката на информациите. Исто така е најдено снижување на невротрансмитерот кој се нарекува ГАБА (гама амино бутерна киселина) во мозокот на заболените, пониско од тоа кое е најдено кај оние лица кои не се заболени. Овој

невротрансмитер се наоѓа во невроните кои се нарекуваат инхибитори, а кои помагаат во селекцијата на одговорите на дразбите. Ова снижување на ГАБА во инхибиторните неврони се одразува на работата на мозокот и причинува мозокот претерано да реагира на многу дразби и има намалена способност да избере дразби на кои ќе реагира. Исто така, можат да постојат и некои други промени во количината на други невротрансмитери кои ја стабилизираат работата на мозокот, а кои овде нема да бидат наведени.

Стресот и психосоцијалните причини (Ивезиќ, Бауман, 2009) Стресот, сам по себе, не предизвикува шизофренија, но може да влијае симптомите на болеста да се појават или да се влошат ако болеста веќе се појавила. Чувствителноста на стрес, или теоријата за стрес-вулнерабилност, денеска е широко прифатена во разбирањето на појавата на психотичните растројства. Се однесува на различни стресни ситуции од околината, од биолошките, како дрога и алкохол, до емоционалните губитоци значајни за лицето: губење на работа, лошите економски услови, па сè до хроничните психосоцијални стресови, како на пример вознемирувачки односи во семејството, социјална изолација, намалена способност за решавање на секојдневните состојби, стигмата и други. Психосоцијалните стресови најчесто продуцираат хроничен стрес кој е ризичен фактор за појава на болеста. Тешкотиите во растењето можат да бидат еден од факторите за стрес кој заедно со биолошката предиспозиција можат да доведат до развој на пореметувањето. Психолошките фактори се поврзани со специфичните тешкотии на односот спрема себе и кон светот, кои психотерапевтите ги нарекуваат објективни односи, нестабилности на механизмите на одбрана кои се вулнерабилни, па так, болниот од шизофренија покажува склоност кон панична анксиозност која поттикнува појава на психотични симптоми. Ставовите кон болеста, намалената самодоверба, срамот, негативното гледање во иднината, можат да го спречат опоравувањето од болеста, а порастот на самодовербата, способноста на соочување со проблемите на конструктивен начин, можат да поттикнат опоравување. Зголемениот ризик за појава и влошување на болеста е поврзан и со специфичната комуникација во семејството, било во поглед на претерана заштита или претерана критика.

- Психобиосоцијален модел на болеста, теорија на осетливост кон стрес и протективни фактори

Менталните растројства не се само едноставни растројства на мозокот, туку се одраз на комплексност на интеракциите меѓу биолошките, психолошките и социјалните

фактори поврзани со појавата, почетокот, текот и исходот на болестите. Разбирањето на болеста во контекст на психобиосоцијалниот модел ја вклучува теоријата на стрес вулнерабилноста (Zubin, Spring 1977; Zubin, Steinhauer, Condray 1992), разбирањето на психолошките, социјалните и биолошките фактори кои придонесуваат за појавата на пореметувањето, влошувањето или опоравувањето и разбирањето на терапевтските фактори на односот терапевт-пациент. Настанувањето на психичките растројства и влијанието врз состојбата после веќе развиено пореметување, се проценува во интеракција со проценката на влијанието на настаните од раниот развој, вклучува специфичен начин на доживувања, толкување и реагирање на настаните во животот, ги вклучува механизмите на одбрана, биолошките (генетска предиспозиција, претпоставени биолошки промени на мозокот) и социјалните фактори (условите на живеење, работата, комуникацијата со околината, интеракциите со другите луѓе, мрежата на поддршка, трауматските настани, интерперсоналните односи, семејните односи). Често, психолошкото и социјалното се испреплетуваат, па психолошките и социјалните фактори некогаш се нарекуваат психосоцијални фактори. Во состав на биопсихосоцијалниот модел на настанок и одржување на болеста се гледа низ интеракцијата на биолошките, психолошките и социјалните фактори. Влијанието на овие фактори врз состојбата на луѓето кои се лекуваат, во секој поединечен случај мора да се процени индивидуално. Потребно е да се процени значењето на овие фактори на појавата и одржувањето на состојбата на болест, а постапката со влијанието на овие фактори мора да биде означена во планот на лекување.

Проценувајќи го и уважувајќи го влијанието на психолошките, социјалните и биолошките фактори, полесно ќе се разбере сложеноста на одредената состојба, и ќе му се објасни на пациентот поради што му требаат лекови, психотерапија и психосоцијални постапки, или му е потребно сето ова заедно. Отворениот разговор со пациентот, кој вклучува разбирање на неговата состојба на темел на психобиосоцијалниот модел, може да ја подобри неговата соработка во лекувањето. Денеска знаеме дека мозокот реагира на биолошки, психолошки и социјални фактори и дека поделбата на биолошко, психолошко и социјално, односно занемарувањето на влијанието на било кој од овие фактори е неоправдано и има штетни последици при лекувањето на пациентот. Во разбирањето на интеракцијата меѓу биолошките и психосоцијалните фактори од корист е и теоријата на

осетливост кон стрес. Оваа теорија (Zubin, Spring 1977) го објаснува односот меѓу биолошката предиспозиција (вулнерабилноста) за психотични растројства и стресорите од околината. Неповолната интеракција како последица може да има почеток или влошување на болеста. Секојдневните мали стресори можат да се акумулираат и да резултираат со тешкотии на личноста со шизофренија да ги совладува, што ќе доведе до влошување на болеста.

Моделот ги разгледува протективните и ризичните фактори. Социјалните вештини, на пример, можат да бидат протективни фактори во спречувањето на влошување на болеста предизвикани со стресот, така што можат да помогнат лицето полесно да оствари супортивна мрежа што, исто така, е протективен фактор. Моделот на вулнерабилност на личноста и меѓуврските меѓу соочувањето со стресот и способноста, го објаснува почетокот, текот и исходот на симптомите и социјалното функционирање како комплексна интеракција меѓу биолошките, факторите на околината и психолошките фактори.

Психобиолошката вулнерабилност може да резултира со појава на психотични симптоми кога стресните настани во семејството или на работ ги преминуваат капацитетите на личноста да се справува со нив. Затоа, на пример, тренингот на социјалните вештини, кои ја намалуваат вулнерабилноста на личноста со зголемување на вештините и способностите, може да биде значаен фактор на стабилизација на ремисијата. Не земањето на лекови кои ја стабилизираат состојбата по биолошки пат, или земањето на дрога, може да ѝ наштети на биолошката основа на пореметувањето, да биде ризичен фактор и да доведе до влошување. Ниското самопочитување, тешкотиите во контролата на анксиозноста во комбинација со надворешните стресори, како што се, на пример, напнатоста во семејството и злоупотреба на дрогата, исто така претставуваат ризик за влошување на состојбите, со тоа што влијаат на симптомите на болеста, когнитивниот, емоционалниот и социјалниот дефицит кој ќе доведе до тешкотии во социјалното и работното функционирање. Протективните фактори можат да ја зголемат способноста на личноста подобро да се справува со стресот, а вклучуваат и психофармака, психотерапија, и психосоцијални постапки; протективните фактори ја зајакнуваат способноста на личноста подобро да се справува со надворешните стресни состојби и на тој начин да го редуцира морбидитетот и неспособноста (дисабилитетот), па затоа мораат да го пронајдат

своето место во планот за лекување на пациентот. Соочувањето со стресот и зајакнувањето на способноста за соочување со стресот се значителни протективни фактори. Во рамките на оваа теорија, биолошките фактори, како што е употребата на дрога и стресните настани во недостаток на капацитетот на личноста да се носи со новонастанатата состојба, можат да доведат до влошување на состојбата на болеста. Така на пример, отпуштање после долготрајна хоспитализација на пациент кој не е доволно подготвен за живот во заедница, ги надминува протективните фактори од лековите, а недостатокот на личните можности за справување со состојбата, недостатокот на социјални вештини и изостанок на социјална подддршка, можат да доведат до влошување на болеста. И кога не постои надворешен значаен стресен настан, заболените, ако немаат доволно заштита која е поврзана со лекови, способност за совладување на стресот, вештини и социјална поддршка, можат да реагираат дури и на вообичаени барања на секојдневниот живот, кој за нив претставува стрес поради неспособноста да се справуваат со тие барања.

Психосоцијалните постапки низ развојот на вештините и подоброто справување со стресот помагаат да се ублажат негативните ефекти од стресот и на тој начин претставуваат протективни фактори, затоа што ја зголемуваат способноста за подобро справување со животните проблеми кои ја штитат личноста од негативното влијание на стресните настани. Неадекватното соочување со стресот може значително да го намали социјалното, работното функционирање и грижата за себе. Една од целите на планот за лекување е спречувањето на рецидив на болеста, при што е важно да се зголемат протективните фактори, а да се намалат ризичните. Во планирањето на лекувањето важно е препознавањето на протективните фактори, односно факторите кои можат да придонесат во одржување на состојбата на здравје и помош за да не дојде до рецидив на болеста, и тие кои се ризични фактори и кои можат да влијаат на појавата на рецидив и влошување на здравјето. Протективните и ризичните фактори треба да се идентификуваат за секој пациент поединечно.

- Симптоми на шизофренија (Kaplan и Saddock 2000; Brickwood и Jackson 2001, Frangou и Murray 1996, Štrkalj Ivezić и Bauman 2009).

Разликуваме позитивни и негативни симптоми на шизофренија. Позитивните или психотичните симптоми кај шизофренија се однесуваат на болни идеи-делузивни идеи (делузии), нелогичен говор и халуцинации, а негативни симптоми се: намалена

мотивација, безволност, отапување на емоционалното изразување и посиромашен говор. Болни идеи (делузивни, налудничави идеи, делузии) Заболените од шизофренија многу често имаат различни идеи, мисли, уверувања за кои веруваат дека се вистинити, како на пример пациентот И.Г. кој верувал дека го користат како генетски материјал за да направат копии на неговата личност. За себе верувал дека е избран за спас на светот и за спречување на војна во светот и дека го прогонуваат многу непријатели кои не сакаат неговата мисија да успее, не сакал за тоа да му зборува никому, затоа што се плашел дека сите се поврзани во шпионски служби и работат на неговото уништување. Верувал дека го следат преку чип вграден во неговиот мозок без негово знаење. За ова не зборувал во семејството. Тие го довеле на лекување кога почнал чудно да се однесува, излегувал само во темница, престанал да се дружи со луѓето, не се јавувал на телефон, викал и се карал во својата соба, како да разговара со некого кога во собата немало никој, или со некого разговарал по телефон.

Болните уверувања/делузивните идеи не можат да се променат со точни толкувања, треба лекување. Личноста е цврсто уверена во вистинитоста на доживувањата, иако за она што го доживува не постојат докази. Погрешните уверувања можат да опфатат погрешни толкувања на забележувањата, или искуства кои навистина се случуваат во животот. Тогаш се нарекуваат идеи на однос. На пример, звукот на автомобилската труба на улица, болниот го толкува како знак кој му е упатен нему, и тоа значи дека ќе го ликвидираат или му порачуваат да внимава што прави. Многумина веруваат како содржината на телевизија, разговорот на луѓето на поминување, се однесува на нив, како спикерите или актерите го коментираат нивното однесување и испраќаат некои пораки. Други делузивни идеи можат да вклучат различни теми. Постојат голем број болни идеи, како на пример верување дека некој го следи и прогонува болниот. Тие се нарекуваат персекуторни идеи. Многу пациенти веруваат како некој или некоја надворешна сила управува со нивните постапки преку компјутер, како постои чип во главата кој некој им го вградил додека спиеле, и со помош на кој го контролираат (идеи на управување, контрола). Надворешната сила може да биде како хипноза, телепатија, рентгенски зраци, атомска енергија, компјутер и друго.

Заболените од шизофренија и слични растројства можат да имаат преценети идеи за сопствената способност и идеи на величина (грандиозни идеи) и/или погрешни идеи за својот идентитет. Грандиозноста е поврзана со чувство на нереална надмоќ во однос на

другите луѓе. Грандиозните идеи, идеите на величина (мегаломанија), се однесуваат на уверување како личноста е од голема важност, веруваење како е специјална, посебна, надарена, талентирана, со единствени способности, сила или моќ, иако тоа не е така во реалноста. Грандиозноста може да биде изразена во поблага форма, па може да изгледа како обично фалење или преценување на способноста, па до сосема јасни грандиозни идеи, нереални уверувања за супериорност, вклучувајќи ги и делузиите за изразени способности, богатство, знаење, слава, моќ и морални вредности. Така, заболените можат да тврдат дека имаат способност да лекуваат луѓе. Можат да ги прочитаат другите, и слично, што се нарекува преценети идеи, а кога идеите за сопствената способност примаат сосема погрешни верувања кои се очигледни на сите други луѓе, на пример кога личноста тврди дека е познат пејач, актер, дека е од племенско потекло, и слично, тогаш се нарекуваат идеи на величина или грандиозни идеи. Грандиозните идеи можат да бидат поврзани со идеи за друг идентитет, кога личноста мисли дека е некој друг, на пример славна личност, историски важна личност или личност од политичкиот и медиумскиот живот, идеите за идентитет не мора да бидат поврзани со грандиозност. Така на пример, личноста може да мисли дека родителите не ѝ се вистински родители, и слично.

Соматските делузивни идеи постојат кога лицето има погрешни верувања за функционирањето на телесните органи, кои не се дел од незнаење, туку тоа е болно уверување. Незнаењето лесно може да се промени со давање точни информации, додека за болните идеи треба лекување. Еден пациент тврдеше дека телото му е променето, главата му се издолжила, утробата му е извртена наопаку, од другата страна. Еден друг пациент тврдел дека околу срцето има обвивка од олово, а дека на местото на срцето има некоја вода и дека срцето му исчезнало. Интернистичкиот наод потврдил дека нема никакви срцеви болести, но тоа не му помогнало, уверувањето се повлекло откако започнало лекувањето.

- Нелогично мислење

Мислењето и говорот кај заболените од шизофренија можат да бидат променети на начин така што говорот станува тешко разбирлив, а мислењето нелогично, додека заболениот не го забележува пореметувањето.

Пореметувањето во мислењето и говорот се однесува на прекини во мислите или уфрлување во текот на мислите, што како последица има неповрзан или неважен говор и

неологизми (зборови кои ги има измислено пациентот). Говорот може да биде неразбирлив затоа што пациентот скока од тема на тема, без логичка поврзаност. Ваков говор е последица на пореметување во мислењето, кое може да биде неповрзано со полно нелогични конструкции на реченицитe, следено од детали кои не се важни или со нагла промена на темите, искривена граматика и користење на празни повторувани стереотипни изрази.

- Халуцинации

Халуцинациите се однесуваат на погрешна перцепција. Слушните халуцинации особено често се јавуваат кај шизофренијата, иако и другите видови халуцинации можат да бидат присутни, но обично се многу поретки. Илузијата е крива перцепција или погрешна интерпретација на реалната дразба на нашите сетила. За разлика од нив, халуцинациите кои се симптом на болеста, се јавуваат во будна состојба и се работи за погрешна перцепција без соодветна дразба на сетилото, кога лицето слуша, мириса, гледа и на кожата чувствува доживувања кои навистина не се предизвикани со надворешни дразби и кои другите луѓе кои се со лицето во истата просторија не ги доживуваат. Понекогаш луѓето мислат дека слушнале како некој ги вика, но тоа е различно од гласовите кои ги слушаат лицата кои имаат шизофренија.

Слушните халуцинации се многу типични за шизофренија, кога се јавуваат гласови кои му се обраќаат на пациентот во прво лице, или кога разговараат повеќе гласови. Може да се работи за гласот на Господ, ѓаволот, соседот, за непрепознатливи гласови.

Содржината на она што се слуша може да биде разбирлива и неразбирлива. Многу често има повеќе гласови кои разговараат и зборуваат за некого во трето лице како за неа или за него, го коментираат однесувањето на пациентот, го опоменуваат, му се закануваат, го советуваат, некогаш му велат да направи нешто одредено, и слично. Заболените можат да доживуваат дека гласовите доаѓаат од другата соба, од ѕидовите, некогаш доживуваат дека доаѓаат од неговата глава, од друг дел на телото, на пример од грлото или стомакот.

Поголемиот број халуцинации се непријатни, иако некои болни слушаат едни или други пријатни гласови. Болните многу често негираат дека слушаат гласови, од проста причина што за нив тоа не се халуцинации, туку реалност.

Тактилните (опипливите) халуцинации не се толку чести кај шизофренија. Тие, на пример, се почести кај некои други состојби, како кај болестите поврзани со земање дрога или алкохол.

Еден пациент често чувствувал удирање по телото на невидливи сили кои ги доживувал како болки. Видните и слушните халуцинации се значително поретки од слушните. Друг пациент видел околу себе пајажина од олово за која мислел дека доаѓа од злобните вили кои му порачувале да внимава што прави. Еден друг пациент речиси секојдневно гледал различни луѓе дводимензионално, како сенки. Верувал дека енергијата од сенките преминува на него. Еден пациент тврдел дека чувствува вкус на отров со кој секој ден го труе сопругата.

Кататоничните симптоми се однесуваат на екстремното возбудување и немирот, заземање на неприродните положби на телото во кои болните можат да стојат со часови, восочната витливост кога делови од телото можат да се виткаат како да се направени од восок, негативизмот кој се однесува на одбивање на сите барања, комплетното молчење кое се нарекува мутизам и потполното укочување и некомуницирање со луѓето кое се нарекува ступор. Кататоничните симптоми се многу ретки, можат да бидат присутни и кај некои телесни болести или после состојба на многу јака психолошка траума за човекот, и бара итна проценка од професионалци за да се започне со лекување колку што е можно порано. Кај некои заболувања може да бидат присутни одек на мисли, одземање на мисли и емитирање на мисли. Внесување на мисли е верување дека мислите му се уфрлаат во главата, тоа не се сопствени мисли, тоа се нечии туѓи мисли, личноста може да верува дека тие се уфрлени со телепатија или радиобранови, радар и слично.

Одземањето на мисли е доживување дека мислите се губат, исчезнуваат од главата, па ги има помалку, така што главата останува празна и личноста е потполно блокирана за да мисли било што. Гласните мисли, или одекот на мисли, постојат кога лицето ги слуша сопствените мисли како да се озвучени, за да можат другите да ги слушнат, на пример човек ако седи блиску. Ширењето на мислите (емитирањето на мислите) е верување дека мислите не се приватни, дека сите луѓе можат да ги слушнат мислите на болниот, односно можат да ги читаат неговите мисли. Болниот доживува како нема повеќе приватни мисли.

- Негативни симптоми

Во секојдневниот живот на човекот постојат осцилации во мотивацијата, интересот и енергијата. Кога не се работи за болест, овие осцилации не се големи и не го пореметуваат значајно животот на личноста, во смисол да не е во состојба да ги работи работите како: грижа за себе, работа дома, дружење со луѓето, образование и работните обврски на работа. Негативните симптоми кај шизофренијата не се дел од секојдневните осцилации, туку се состојба со подолго траење и затоа бараат лекување. Негативните симптоми се однесуваат на слабата мотивација, пасивизацијата, недостаток на иницијатива, безволност, немоќ, тешкотии или дисхармонијата во изразувањето на емоциите, сиромашен и неспонтан говор, што доведува до потешкотии во различните активности потребни за секојдневниот живот. Социјалните односи можат да бидат многу променети, личноста се изолира, се повлекува од друштвото, нема интерес за контакти, се повлекува во својата соба. Може дури и да се запушти и да не се грижи за сопствената хигиена и чистата облека.

Негативните симптоми можат да влијаат на низа животно важни активности, како што се работа, образование, дружење, разонода, активности поврзани со дневната рутина, како грижа за личната хигиена, водење на домаќинството и слично. Поради тоа, многу од болните ќе имаат намалена мотивација за работа и учење, учество во активностите за разонода, намалена способност за уживање, незаинтересираност за активности во секојдневниот живот, како на пример облекување, одржување на станот, личната хигиена, тешкотии во создавањето и одржувањето на пријателства, интимните релации и комуникацијата. Комуникацијата може да биде многу кратка, а често е и повлекувањето од комуникација. Говорот може да биде без спонтаност и сиромашен, било заболениот да зборува малку или да е сиромашен во содржината. Многу од заболените од шизофренија имаат тешкотии во изразувањето на емоциите, па оставаат впечаток како да се емоционално ладни и незаинтересирани за настаните, односно не реагираат на настаните кои се случуваат околу нив. Ова емоционално изразување е променето во однос на претходното однесување. Растројствата во емоциите се однесуваат на намалување на интензитетот на емоциоаналното доживување или израмнети емоции (тапост), која може да се девижи од минимална до изразена редукција на надворешното покажување на емоциите, така што личноста може да изгледа дека е емоционално ладна,

незаинтересирана и не покажува никакви чувства. Чувствителната рамнодушност е видлива во намалената мимика на лицето, движењата, слабиот контакт со очи. Некои лица можат да имаат осет како чувствата да им се изгубиле, како да немаат чувства, не можат да реагираат, се доживуваат како емоционално тапи, апатични, сосема индиферентни на настаните, а околината може да забележи редукција на мимиките на лицето, гестови на модулација на чувствата и недостаток на иницијатива. Кај некои болни може да постои дисхармонија меѓу емоционалното изразување и идеите и мислите кои се изнесуваат, на пример, пациентот може да зборува за смрт на пријател со насмевка, а тоа стручњаците го нарекуваат неадекватен афект, затоа што кога некој зборува за тажен настан, тоа е пропратено со чувство на тага, а не веселба. Некои лица заболени од шизофренија имаат тешкотии во препознавањето на емоционалните невербални знакови на емоции, односно тешко ги разликуваат емоциите. Некои пациенти ја забележуваат оваа тешкотија во изразувањето на емоции, додека кај други може да помине незабележано. Најблиската околина и стручњаците лесно ќе го забележат пореметувањето во изразувањето на емоции, за разлика од болниот кој не ја препознава оваа промена. Негативните симптоми можат значително да го онеспособат лицето, така на пример, болните можат да поминат време лежејќи во креветот и ништо да не работат, секоја активност може да им претставува напор, така што може да биде тешко да ги прават вообичаените рутински постапки, како лична хигиена, облекување, одење во продавница и слично. Негативните симптоми често не се препознаени како болест, туку се заменуваат со мрзливост, што често доведува до големи недоразбирања со околината и често само ја влошуваат состојбата.

Когнитивните симптоми се многу чести кај шизофренија, а се однесуваат на тешкотии во вниманието, помнењето, примањето и обработката на информациите од околината. Овие тешкотии битно го отежнуваат секојдневниот живот на болните и често се непрепознаени.

Тешкотиите во вниманието се однесуваат на тешкотии во фокусирање на вниманието, одржување на вниманието на тоа што го работи, а што се одразува како слаба концентрација, одвлекување на вниманието поради внатрешни и надворешни дразби, и тешкотии при задржување или префрлање на фокусот на новите дразби. Тешкотиите во концентрацијата можат да доведат до тоа болниот, на пример, да не е во состојба да

издржи во некоја активност повеќе од неколку минути. Лицата со когнитивни тешкотии потешко ги препознаваат и идентификуваат дразбите од околината, потешко ги обработуваат на соодветен начин и неадекватно одговораат на информациите во однос на сосотојбата во која се наоѓаат. Тие имаат тешкотии да разликуваат важни од неважни информации, да фокусираат и задржат внимание на важните ионформации, а не вниманието да им биде одземено од неважните дразби од околината, имаат тешкотии да ги обединат, сочуваат и искористат информациите на соодветен начин, забавено реагираат на дразбите, дури и во состојби кои се предвидливи, а тоа доведува да бидат преплавени со информации од кои не се во сосотојба да извлечат што е најважно. Истражувањата на когнитивните функции кај заболените од шизофренија кај некои пациенти откриле оштетувања на краткотрајното помнење кое е многу важно за снајдувањето во секојдневниот живот. Заболените со овие тешкотии нема да ја запомнат информацијата која сте им ја кажале, на пример кога е следниот контролен преглед, треба да се провери дали оваа информација е запаметена или треба да се запише, или, на пример, ќе им биде тешко да запаметат што треба да купат од продавница. Од големиот број информации кои тешко ги селектираат, ќе имаат тешкотии да го изберат однесувањето насочено кон некоја од целите, затоа што од големиот број информации не можат да ги планираат целите, се може да им се чини важно или, едноставно, не можат да ја видат целината од големиот број информации кои не можат да ги филтрираат по степенот на важност. Ако подобро би го приближиле ова пореметување, тоа може да се спореди со мелодија. Личноста не може да ја слушне мелодијата затоа што заднинската врева е посилна од самата мелодија, а нема начин да ја исклучи. Когнитивните тешкотии, исто така, можат да бидат присутни во вид на тешкотии на разбирање на апстрактните поими, па така, личноста со овие тешкотии ќе има проблеми со препознавањето на преносното значење и препознавањето на хуморот. На пример, пациентот нема да знае да го протолкува преносното значење на вообичаените поговорки кои се користат во неговата култура.

Постои поделба на шизофренијата на видови (типови) поврзани со поголема присутност на одредени типични симптоми кај заболената личност. Психијатарот ќе ја постави дијагнозата параноиден тип шизофренија кога кај заболениот повеќе се изразени делузиите (болните, погрешните идеи) на различни теми, како идеи на управување, најчесто со теми на прогонување кои можат да бидат здружени со идеи на величина и

типични слушни халуцинации. Негативните и когнитивните симптоми кај параноидниот тип на шизофренија не се присутни или се благо изразени.

Хебефрен/дезорганизиран вид шизофренија се карактеризира со неразбирлив говор кој е последица на нелогичности во говорот и скокање од тема на тема, изразено пореметување на однесувањето како детинесто однесување, изразена возбуденост која нема врска со надворешните стимули, проблеми во однесувањето насочено кон целта, така што постојат тешкотии во изведувањето на активности од секојдневниот живот, како личната хигиена, грижа за просоторот во кој живеат. Личноста може да изгледа нечисто, да се облекува на особено чуден начин, на пример да носи повеќе капути во летно време, може да биде присутно јасно несоодветно сексуално однесување, непредвидливо и непоттикнато од надворешните настани, возбудување, како викање и пцуење, проблеми во чувствата, како отапеност на чувствата или неадекватни чувства.

Кататоничниот вид шизофренија се карактеризира со јасни симптоми на пореметување на движењето на телото, без разлика дали постои отсуство на движења или претерана подвижност. Симптомите на моторната неподвижност со восочна витливост, кога екстремитетите можат да се свиткуваат како да се од восок, има потполна моторна укоченост. Кога личноста нема движења, тоа се нарекува ступор. Кога постои засилена моторичка активност, тогаш таа е бесмислена, затоа што не е предизвикана од надворешни влијанија. Кај заболените може да постои негативизам кој се однесува на бесцелен отпор кон сите барања, или одржување на постојана положба на телото и покрај придвижувањата или незборување, што се нарекува мутизам. Може да постојат необични движења на завземање на положба на телото, повторување на зборови кое се нарекува ехолалија и повторување на движењата на други лица, кое се нарекува ехопраксија. Овој тип на шизофренија е многу редок во поново време. Недиференцираниот тип на шизофренија се дијагностицира кога не постои изразена доминација на поедини симптоми, како во претходно наведените типови.

Резидуалниот тип шизофренија се дијагностицира кога заболениот имал една или повеќе епизоди на шизофренија со позитивни симптоми, а сега подолго време се присутни изразено негативни симпотми на болеста, иако можат да бидат присутни и други симптоми на шизофренија кои се помалку изразени или благи.

Кај симплекс шизофренијата се работи за назначен пад на социјалното функционирање во однос на состојбата пред болеста. Доминираат само негативни симптоми. Овој тип шизофренија многу е тешко да се дијагностицира и не е толку чест.

Психосоцијални методи и рехабилитација

Рехабилитацијата е свртена кон изградба на вештини потребни за секојдневен живот и работа во заедницата, а се темели на принципите на опоравување и оснажување, ја поттикнува автономијата на болниот со поттикнување на способноста за работа и, намалувајќи ја неспособноста - ја подобрува самодовербата, социјалното функционирање и квалитетот на животот (Liberman 2008, Roberson i sur 2006, Štrkalj Ivezić i sur 2010).

Различните психосоцијални постапки кои се применуваат поединечно или се планираат во состав на програмите за рехабилитација и кои вклучуваат поголем број постапки, се покажале како ефективни во лекувањето на многуте тешкотии кои се јавуваат кај заболените од шизофренија и заедно со лековите претставуваат оптимално лекување кое се препорачува денеска.

Најчесто користените психосоцијални методи вклучуваат: тренинг на социјални вештини, водење на случај (case management), едукација за болеста, работа со семејствата и друго.

Тренинг на социјалните вештини (Bellack 1997, Heinsen 2000) е психосоцијална постапка која се користи во лекувањето на различните растројства, а најмногу е користена и истражувана за подрачјето на шизофренија и другите растројства со психоза. Особено е структуриран во однос на потребите на лицата со ментални растројства кои се социјално дисфункционални, па имаат цела низа тешкотии да остварат самостоен живот, почнувајќи од основната грижа за себе до посложените интеракции со луѓето и исполнување на други различни улоги. Целта е, со помош на бихејвиорална техника на учење, да му се помогне на пациентот да научи низа вештини кои му се потребни за да го подобри своето функционирање во заедницата. Социјалните вештини претставуваат научени форми на однесување, односно извежбани способности. Социјалните вештини се групи на вештини кои им се потребни на луѓето како би биле што е можно подобри во интеракциите и комуникацијата со другите луѓе, а се мисли дека лицето е социјално вешто во зависност од степенот во кој ќе комуницира со околината. Со комуникација болниот ќе ги оствари своите потреби, права и желби, додека на личен план ќе допринесе за воспоставување

успешни односи и поголемо лично задоволство. Целта на тренингот на социјалните вештини е подоброто снаоѓање и функционирање во секојдневните состојби. Начините на учење вклучуваат учење по модел (можат да се користат и видео записи, филмови или литературни дела), демонстрирање од страна на терапевти, играње на улоги или игри).

Тренингот на социјалните вештини во реалните животни ситуации покажал најдобри резултати.

Едукацијата за болеста (Štrkalj Ivezić 2011) вклучува елементи на едукација и психотерапија. Се работи за процес низ кој пациентите разбираат што е можно повеќе за психичката болест врзана за симптомите, лекувањето, превенцијата од рецидив. Целта е да се „засили“ - пациентот да доживува дека е во позиција да влијае на својата ситуација, наместо да има чувство дека е на милост и немилост препуштен на болеста. Во едукацијата е особено важно да се препознаат раните знаци на влошување на болеста и заедно со експертите да се направи план за превенција од влошување. Едукацијата врзана за подучување за принципите на здрава исхрана и физичка активност корисна е како психосоцијална метода која влијае врз квалитетот на животот воопшто, особено врз доброто чувство и задоволство, осигурува корисна физичка активност која помага во поткревање на енергијата и одржување на здравјето. Истражувањата покажале дека лицата со шизофренија имаат зголемен ризик за телесни болести. Лековите кои ги земаат за лекување, исто така можат да предизвикаат нуспојави, како зголемување на телесната тежина, па здравите стилови на живеење можат да бидат добра превентивна стратегија.

Работа со семејствата (Kuipers i sur 1992, Štrkalj- Ivezić i Martić -Biočina 2010,. Hatfield 1990, Faloon i sur 1982): се одвива индивидуално или во група. Може да вклучува едукација за болеста, работа на подобрување на комуникацијата во семејството или и едното и другото. Информациите за болеста можат да помогнат членовите да ги променат своите ставови за психичката болест кои можат да бидат пречка за пружање поддршка на болниот член. Цел на работата со семејството е да се оптимизираат капацитетите на членовите на семејството за потпора на болниот член, како и добивање помош за себе кога тоа им е потребно. Истражувањата во семејствата со член кој се лекува од шизофренија и слични растројства покажале дека однесувањето поврзано со претераната критика и претераната заштита кон заболениот член е поврзано со зголемен ризик за појава на психотичка епизода, затоа препознавањето на неповолната комуникација во семејството

може да дејствува превентивно на рецидив од болеста. Во работата со семејствата можат да се идентификуваат различни други однесувања кои можат да бидат поврзани со влошување на заболениот член на семјството кое бара терапевтско внимание.

- Психотерапија (Feinsilver и сор 1986, Štrkalj-Ivezić и сор 2010)

Психотерапијата со помош на увид во поврзаноста меѓу поранешните емоционални искуства и сегашното пореметување на однесувањето, помага пациентот да може да се види себеси и своите тешкотии на реалистичен начин, што ќе му помогне подобро да се разбере себеси и да направи промени во животот, кои ќе резултираат со губење или намалување на симптомите. Психотерапијата на симптомите на болеста гледа како на компромисна формација настаната како исход на интрапсихички конфликт и тешкотии во развојот на објективните односи (психодинамска теорија) или како резултат на дисфункционален начин на размислување (когнитивна психотерапија). Психотерапијата овозможува поинакви избори на начини на мислење, чувства и дејства за да се зголеми чувството на задоволство и за да се намали непријатноста.

Психотерапијата по пат на психолошко разбирање на симптомите на болеста, намалување на непријатноста и зголемување на толеранцијата на непријатноста, подобрување на комуникацијата, зголемување на капацитетот за комункација, интимност и партиципација во социјалното опкружување, доведува до стабилни односи со околината, помага во изградба на критички односи кон болеста и подобра проценка на реалноста.

Психотерапискиот пристап при шизофренија им помага на заболените да можат да ги разберат симптомите на болеста во контекст на сопствениот живот, во терпискиот однос меѓу докторот и пациентот, или во групата да можат да се увидат поинаквите емоционални искуства и да ги користат како корективно искуство за својот емоционален раст, да можат да научат да ја толерираат непријатноста, за да не помине таа во паника, и со тоа би била ризична за влошувањето на болеста. Психотерапискиот пристап е потребен за сите заболени од шизофренија, психодинамската терапија само на некои, додека корективната психотерапија се препорачува за работа со дисфункционалното мислење кое ги поддржува делузиите и халуцинациите.

- Депресивни растројства

Депресивните искуства ги измачувале луѓето уште во најраната историја на човековото постоење. Описи на депресивни состојби се наоѓаат уште во старогрчките

пишани текстови каде се опишани како меланхолија, што преведено од грчки значи црна жолчка. Хипократ (460 до 357 пр.н.е.) ја опишал меланхолијата („црна жолчка“) како состојба на „одбивност кон храна, безнадежност, несоница, надразнетост и вознемиреност“. Многу познати филозофи и лекари се занимавале со состојбите на меланхолија, обидувајќи се да ги разберат (пр. Аристотел). Емил Крепелин, кој се смета за еден од основоположниците на современата психијатрија, правел разлика помеѓу расположение кое е мрачно, со чувство на безнадежност во депресивната фаза во маничнодепресивно лудило, со расположението кое се карактеризира со одбивност и раздразливост, како карактеристика на параноја.

За депресијата е општо прифатено дека е најраспространето психичко растројство. Светската здравствена организација (СЗО) ја класифицирала депресијата како четврта на листата на најургентни светски здравствени проблеми, предизвикувајќи поголема попреченост отколку исхемичната срцева болест или цереброваскуларната болест.

Податоците од референтни истражувачи алармираат дека депресивните состојби примаат карактеристики на „епидемија“, станувајќи сè пошироки и почести дијагностицирани растројства. За тоа придонесуваат не само подигањето на свеста на луѓето, туку и достапноста на ефикасни третмани, како и развојот на човековите здравствени ресурси во светот. Депресијата е болест на современото општество и претставува голем предизвик, не само за професионалците во областа на менталното здравје, туку и за експертите како што се социолози, психолози, педагози и др. Депресијвното растројство (доаѓа од латинскиот збор deprimere-потиштеност, безволност, онемоштеност, тапост), претставува психијатриско растројство кај кое водечки симптом е патолошки намалено расположение.

Тоа се разликува од состојбите на тага или на чувство дека некои денови сме нешто „down“. Она што е карактеристично за депресивното растројство е намаленото расположение, кое мотивационо, квантитативно и квалитативно се разликува од нормалната тага.

Депресивната симптоматологија може да има различна експресија и да биде изразена не само со психички, туку и со други соматски симптоми, или комбинација од нив. Тежината на болеста особено, проследена со психосоцијална и професионална дисфункционалност, претставува голем товар не само за пациентите, туку и за нивните

блиски, па и за целото општетство. Се смета дека депресивните растројства се повообичаени кај жените, но од самоубиство повеќе умираат мажи отколку жени, додека обидите за самоубиство се почести кај жени.

Во рамките на афективните растројства, депресивната симптоматологија може да се јави во состав на биполарно афективно растројство, или како униполарно депресивно растројство. Тие во својата експресија на симптоматологијата може и да не се разликуваат, но третманот и приодот кон пациентот се разликува. Секако дека во третманот на депресивната фаза на биполарно афективно растројство поголемо значење ќе се даде на третамнот со психостабилизатори, најчесто придружен со антидепресивен третман, но секогаш внимателно и во оптимални дози, за да не се предизвика нагол премин во манична фаза. Од друга страна, кај третманот на униполарното депресивно растројство, примарната терапија е со антидепресив, која може (дури и се препорачува) да се аугментира со психостабилизатор, но со цел првенствено за профилакса на евентуални идни депресивни епизоди.

Депресивно растројство може да се појави како една епизода или како повторливи, рекурентни епизоди, кои пак често се придружени со разни форми на резидуални симптоми, како и степени на дисфункционалност. Епизодите на болеста можат да траат и доста долго, дури и преку шест месеци, и затоа треба да се биде трпелив со третманот. Она што е карактерситично за депресивните растројства е дека тоа е крос-културелна состојба, која се јавува во сите култури и сите нации, со одредени специфичности, иако има разлики во нејзината експресија. Многу истражувања покажуваат дека во голем број, депресијата често е придружена со анксиозни растројства, како и со растројства на личноста.

Според дефиницијата на СЗО, депресијата е често ментално растројство кое се карактеризира со чувство на тага, губење на интерес или задоволство, чувство на вина или ниско самовреднување, нарушен сон или апетит, чувство на замор и слаба концентрација.

Хередитарната оптовареност има големо значење, што се нагласува и во теориите за етиологијата на депресијата. Меѓутоа, и факторите на личноста како ризик фактори се поврзани со појавата на депресија, а психосоцијалниот стрес е многу чест тригер фактор.

Како најчести ризик фактори за појава на депресивното растројство се посочуваат:

· Историја на депресивно растројство во блиск семејство;

· Претходна историја на депресивни епизоди;

· Претходна депресивна епизода;

· Депресивно растројство во семејството;

· Психосоцијален стрес (губиток на близок, егзистенционални проблеми, губиток на работно место, развод, болест);

· Предиспонирачки фактори на личноста (темперамент, карактер, негативни бихејвиор обрасци...);

· Лицата од женски пол двојно повеќе заболуваат од депресивно растројство, а особено ризичен е постпарталниот период;

· Хронична злоупотреба на алкохол или на други психоактивни супстанции;

· Долготрајни соматски заболувања;

· Низок социо економски статус.

Депресијата може да биде долготрајна или повторувачка, значително намалувајќи ја способноста на поединецот да функционира на работа, училиште или да се справи со секојдневниот живот. Како еден од најтешките исходи, депресијата може да доведе до самоубиство. Поблагите форми на депресивно растројство можат да бидат третирани без лекови, но кога депресијата е со умерена или потешка симптоматологија, состојбата треба медикаментозно да биде третирана, како и со други видови на професионални третмани.

- Психосоцијални третмани на растројства на расположението
- *Психотерапија*

Различни психотерапевтски процедури се применуваат во третманот на афективните растројства. Иако според повеќето протоколи за третман на растројствата на расположението како прва линија е назначена фармакотерапијата, особено во однос на умерените и потешките форми, сепак, различните видови психосоцијални интервенции претставуваат фундаментална терапевтска опција, чии индикации за примена и очекувани бенефити се јасно докажани. Во најголем број случаи комбинацијата на психофармакотерапија со психосоцијална интервенција/психотерапија претставува најдобар избор на третман. Препораките во протоколите за ваков вид комбиниран третман се дека првин се започнува со фармакотерапија и после стабилизирање на состојбата, или почеток на дејството на медикаментозниот третман, се започнува со психотерапевтски третман. За жал, многу акутно болните пациенти не можат да бидат во можност да го

толерираат нивото на активност кое е потребно за да се вклучат во психотерапевтската група, па затоа оваа интервенција може да биде одложена до стабилизирање на состојбата.

Сепак, супортивните психотерапевтски интервенции се адекватни и прифатливи уште во самиот почеток и треба да се дел од воспоставениот терапевтски однос лекар-пациент.

Во однос на изборот на психотерапевтскиот пристап, повеќе водечки клиничари и истражувачи се согласуваат дека когнитивно-бихејвиор пристапот е најсоодветен за третман на лицата со афективни растројства. Кај некои пациенти, особено кај оние со полесна симптоматологија, или каде што ќе процени клиничарот дека е соодветна за апликација, психодинамскиот пристап може да биде терапија од избор, иако ваков вид психитерапија е применлив само кај депресивните растројства, додека искуствата покажуваат дека не се постигнуваат задоволителни резултати кај биполарно афективното растројство.

- *Когнитив – бихејвиор психотерапија*

Когнитив-бихејвиор психотерапијата се базира на премисата дека секое однесување може да се научи, да се одржува, но и да се „одучи“ според истите принципи. Притоа не се мисли само на надворешните, видливите обрасци на однесување, туку и на „внатрешно“ доживеаните чувства, мисли и обрасци на однесување. Се работи на подобрување на капацитетите на пациентот, со цел што поадекватно да се прилагоди на барањето на средината, односно да има поадекватни одговори на надворешните барања. Ако сопствените способности на поединецот не се доволни за да се одговори на барањата на околината, или кога надворешните околности делуваат инхибиторно, тогаш и обрасците на однесување се дисфункционални. Во случај на психоза или биполарното нарушување, претпоставка е дека се намалени способностите да се прилагодат на барањата во животната средина-особено на социјалната средина, поради таквите неадекватни, негативни обрасци на однесување, па според тоа и целта на терапијата е да се променат и да се научат нови, позитивни начини на однесување, како надворешни така и внатрешни.

- *Психоедукација*

Од другите психосоцијални интервенции, секако дека психоедукацијата како на самите пациенти, така и на нивните семејства се дел од строго препорачаните протоколи

за третман, како во форма на индивидуална така и в групна терапија. Со нив се постигнува многу во поглед на разбирањето и прифаќањето на болеста, распознавањето на симптомите и начинот на третман, како и поддршката од околината во однос на секојдневното социјално функционирање.

- *Социотерапија*

Социотерапијата се однесува на подобрувањето на социјалните аспекти на функционирањето на пациентот, пред сè на аспектите на секојдневното живеење, работа и социјални релации. Доколку овие аспекти имаат негативно влијание врз психосоцијалното функционирање на пациентот, различни социјални интервенции се спроведуваат од страна на социјалниот работник – работниот терапевт.

Целта на социотерапијата е да се создадат, односно да се реструктуираат ресурсите во заедницата кои можат да придонесат за подобро функционирање, како и за подобар квалитет на животот на пациентот. Преку поддршка на сите аспекти на адекватно функционирање во реалноста, треба да се постигне што поголема самостојност во секојдневното функционирање.

- Дисоцијално растројство на личноста

Главна особина на ова растројство е наклонетоста да се негираат и повредуваат правата на другите луѓе, а притоа честопати се користат манипулативни и залажувачки постапки. Пациентите дејствуваат агресивно, импулсивно, немаат чувство за емпатија кон другите, а своите жртви ги означуваат како слаби личности. Овие лица честопати праватделиквентни и незаконски дејствија. Преваленцијата кај населението изнесува помеѓу 1,5 и 3%.

Типични примери:

- *„Само будалите почитуваат правила!“;*
- *„Правилата постојат за да можат да се прекршат“;*
- *„Јас сакам да сум број 1“;*
- *„Најважно ми е сопственото задоволство“;*
- *„Ќе направам сè што мора, за да го добијам она што го сакам“.*

Диференцијална дијагноза: АДХС, растројства на личноста со потешкотии во контролата на импулсите, зависности.

- ### Фармаколошка терапија

Во рамките на симптоматската терапија можат да се препорачаат антипсихотици, психостабилизатори, како и антидепресиви.

- ### Психотерапија

Психотерапијата се спроведува тешко, бидејќи пациентите не се самокритични, не сметаат дека се болни и сметаат дека секогаш се во право. Честопати овие пациенти завршуваат во затвор, бидејќи извршуваат кривични дела. Целта на психотерапијата е да им се укаже дека треба да бидат обѕирни кон другите луѓе и да се обидат да ги разберат потребите и границите на останатите.

- ### Социотерапија

Целта на социотерапијата е подобрување на способноста за остварувања на контакти и врски со другите, да се однесуваат со почит и внимание и подобро да го преработуваат агресивното однесување како кај другите, така и кај себеси.

- ### Улога на медицинскиот персонал

Медицисnкиот персонал може да му помогне на пациентот со укажување на тоа до каде може да оди без да ги повредува другите, а истовремено да се задржи емпатијата и, исто така, да му се помогне на пациентот да ги совлада сопствените импулси и агресии.

- ### Емоционално нестабилна личност од типот на гранични случаи (borderline)

Пациентите со ова растројство не се во состојба да ги контролираат своите импулси, ниту да ги предвидат последиците од нивното реагирање и имаат нестабилно и многу променливо расположение.

Постојат два типа:

Импулсивен тип, за кој што е карактеристична емоционална нестабилност и недостаток на контрола на импулсите и граничен (borderline) тип кој што се одликува со пореметена слика за себеси, недостаток на личен идентитет, хронично чувство на внатрешна празнина, интензивни, но непостојани врски, како и склоност кон самодеструктивно однесување и обиди за самоубиство.

Описот на ова заболување се наоѓа уште во записите од 17 век: Англискиот лекар Thomas Sydenham вели: „Тие ги сакаат безгранично истите луѓе кои што подоцна без основа ќе ги мразат“. Жените кои што имале вакви симптоми биле означени како хистерични, а мажите како хипохондрици. Во 1884 година C. H. Hughes го предложил

изразот „Borderland“, со што се означувала границата помеѓу душевно болен и душевно здрав. На овој начин тој сакал да го огради ова заболување од шизофренијата. Во 1938 година психоаналитичарот A. Stern го вовел изразот„Borderline“, за пациентите кои што немале ниту невроза ниту, пак, психоза. Дури при крајот на 20 век ова заболување било опишано во медицнските системи за категоризација на заболувањата МКБ 10 и ДСМ-4.

Основни симптоми на граничните случаи (Borderline) се афективната нестабилност, импулсивноста и нестабилните врски. Освен тоа, пациентите страдаат од постојано чувство на неиздржлива внатрешна напнатост. Пациентите не можат да проценат на што се должи оваа внатрешна напнатост, дали на чувствата бес, тага или страв. Дисоцијативните состојби се понатамошен симптом кој што се јавува како резултат на нарушена интеграција на свеста, помнењето, идентитетот и перцепцијата на околината. Пример за дисоцијативен симптом е де-реализацијата, при што пациентот ја доживува околината како изменета или дека работите се случуваат како во филм. Деперсонализација како дисоцијативен симптом пак, означува пореметена перцепција на сопственото тело, при што се јавува чуввство на затапеност во одредени делови на телото или пак чувство како да не се поседува сопственото тело.

Типични примери:

- *„Не вредам ништо“;*
- *„Никому не сум му важен“;*
- *„Јас сум поинаков од другите“;*
- *„Никого не го интересира што се случува со мене“;*
- *„Луѓето што ги сакам ги губам“;*
- *„Ако почувствувам бес, ќе се случи нешто лошо“;*
- *„Животот можам да го поднесам само ако се сечам“;*
- *„Сè што ќе почнам, завршува со неуспех“;*
- *„ Чувствата се лоши, непотребни и неиздржливи“.*

Диференцијална дијагноза: биполарни растројства, психози и синдром на хиперактивност и намалено внимание (АДХС).

Понекогаш, симптомите се скриени, се манифестираат како растројства на исхраната или, пак, во вид на зависности. Кај 60% од пациентите со ова растројство се

јавуваат симптоми на посттрауматска состојба, при што овие две заболувања треба да се разграничат едно од друго.

- Епидемиологија

Преваленцијата изнесува 2%, а животната преваленција е околу 6%. Младите лица на возраст помеѓу 12 и 16 години честопати ги исполнуваат критериумите бидејќи, по правило, покажуваат нестабилност на емоционалната состојба, намалена самодоверба, влегуваат во неповолни врски, а не е ретка појавата да се самоповредуваат или да вршат обиди за самоубиство во кризни ситуации. Овие симптоми можат да се јават во рамките на формирањето на идентитетот и да се пребродат, поради што оваа дијагноза во младата возраст треба да се постави со големо внимание. Истовремено, овие симптоми претставуваат ризични фактори за развој на пореметувањето, поради што е индицирана стручна поддршка. Долго време се мислело дека жените почесто страдаат од ова заболување, но се работи за системска грешка бидејќи, додека жените почесто бараат стручна помош, мажите почесто завршуваат во затвор поради извршување на деликвентни дела. Просечно, овие пациенти поминуваат 62 дена годишно во болниците, а во Германија, 15% од трошоците потрошени за лекување на ментални заболувања отпаѓа на пациентите со гранични нарушувања (Borderline).

- Психотерапија

Психотерапијата има централно значење во лекувањето на ова заболување, а основоположничка на психотерапијата за ова заболување е американката Marsha Linehan која што во 1985 година ги поставила основите на т.н. дијалектичко-бихејвиоралната терапија т.н. ДБТ (dialectical behavioral therapy). Оваа терапија содржи техники на бихејвиорална терапија и терапевтски елементи од далечниот исток. Марша Линехан го вовела овој вид терапија за пациентите кои што биле хронично суицидални и во рамките на амбулантно опкружување. Во 1995 година M. Bohus (Mannheim, Германија) вовел болничко лекување, од каде што потекнува стандардната ДБТ програма во времетраење од 12 недели. После него следи амбулантно лекување во времетраење од околу 18 месеци.

Основни елементи на ДБТ терапијата се дијалектиката, која што означува заедништво помеѓу прифаќање на состојбата каква што е, и спремноста за промена, а во текот на терапијата се користат методи за валидирање на овие два елементи.

Вториот елемент на ДБТ терапијата е „skill“ тренингот (тренинг на вештини), под кој што се подразбираат бихејвиорални техники кои што му помагаат на пациентот да го смири чувството на внатрешна напнатост. Овој вид тренинг содржи пет модули:

· Подобрување на вниманието;

· Подобрување на способноста за препознавање и модулирање на чувствата;

· Подобрување на толеранцијата кон стресни ситуации без самоповредување;

· Подобрување на меѓучовечките односи;

· Зајакнување на самодовербата.

- ### Социотерапија

Социјалните вештини му помагаат на пациентот да ги подобри своите социјални компетенции, да го намалат стресот и да ги совлада тешкотиите на секојдневието.
Пациентите треба да се поттикнат да инсистираат на своите права, да ги препознаат и да внимаваат, како на сопствените, така и на туѓите граници, во врските да не ја губат сопствената вредност, да следат одредена цел и да станат посигурни во себеси.

- ### Улога на медицинскиот персонал

Медицинскиот персонал има голема улога во терапијата на овие пациенти. Цел е да се пристапи кон овие пациенти со почит и да се прифатат какви што се. На тој начин медицинскиот персонал треба да воспостави доверлива и стабилна терапевтска врска со пациентот, што е основен предуслов за успешна терапија.

# МЕТОДОЛОШКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

- ### Проблем и цел на истражувањето

Предметот на ова истражување е согледување дали и колку е поголема депресијата, анксиозноста и импулсивноста кај осудените лица во затворен простор. Проблемот на истражувањето е конкретизиран преку две прашања:

- Дали стресот кај осудените лица е значително поголем?
- Дали радикализацијата во затворите е се’ повеќе развиена?

Оттука, целта на истражувањето е да се утврди стресот на осудените лица во затворени простории, како и стресот на самиот почеток на започнување на казна затвор па се до крајот на издржувањето на казната.

Преку ова истражување ќе се добијат резултати кои понатаму може да се искористат за натамошни истражувања, да се развијат дополнителни дискусии и импликации за третман како превентивни мерки во намалување на развојот на психолошки проблеми и нарушувања во однос на истражувачките појави.

- Клучни поими во истражувањето
- Импулсивност кај осудените лица

Со цел откривање на ризикот и факторите кои го предизвикале осуденото лице да стори кривично дело, се изготвени унифицирани обрасци за проценка на ризик на осудени лица. При изготвувањето на овој инструмент беа користени модели за проценка на ризик од современите искуства на европските земји. Инструментот за проценка на ризикот опфаќа три обрасци:

*1. Инструмент за проценка на ризик и потреби на осудени лица;*

*2. Прашалник за самопроценка на осуденото лица;*

*3. Иницијална проценка на осуденото лице со многу висок ризик за заедницата, затворскиот персонал, останатите осудени лица, други лица кои ги посетуваат затворот или за самиот себе.*

1. Обазецот-инструмент за проценка на ризик и потреби на осудени лица ги опфаќа сите аспекти кои се значајни за прогноза на идниот рецидивизам. Овој инструмент содржи десет области и тоа:

- *Криминални трендови;*
- *Ментални растројства на личноста;*
- *Разбирање на болеста или растројството;*
- *Одредени конфликтни однесувања;*
- *Социјални вештини;*
- *Криминална историја;*
- *Соочување со фактот;*
- *Опции за третман;*

- *Подготвеност за третманот;*

- *Подготовка за отпуст.*

**Инструмент за проценка на ризик и потреби**

- *Криминални трендови*

Областа криминални трендови се однесува на актуелното кривично дело, но содржи податоци и за претходното однесување на осуденото лице. Имено, проучувањето на актуелното кривично дело и криминалната историја на осуденото лице игра значајна улога во предвидување на можноста од рецидивизам. Од тие причини, бодирањето во овој дел е поголемо и изнесува 15 % од целокупните фактори на влијание во проценката на ризикот. Значаен показател за проценката на ризик на осуденото лице претставуваат податоците за степенот на влијание на групата врз лицето да стори кривично дело и дали кривичното дело е сторено под дејство на алкохол или дрога. Други аспекти кои укажуваат на рецидивизам и ризик од сериозна повреда во однос на недозволеното дело, а кои треба да се имаат во вид се: бројот и видот на жртвите, односот на осуденото лице со жртвите, колку пати осуденото лице сторило ист или различен вид на кривично дело, дали било користено оружје и др. Натаму, оваа област ја опфаќа поврзаноста помеѓу злоупотребата на дрога/алкохол и вршењето на кривичните дела, како и поврзаноста на бројот на кривичните дела и големата веројатност за рецидивизам. При добивањето на информации од страна на осуденото лице, лицето кое ја врши проценката треба да поставува прашања од отворен вид и тоа на пример:

- *Објасни што точно се случи? (опис на стореното кривично дело)*
- *Како го стори кривичното дело? (начин на кој е сторено кривичното дело)*
- *Објасни ги причините за вршење на кривичното дело? (мотив за вршење на*
- *кривичното дело).*

"*Суров чин со прекумерна сила*" подразбира стореното кривично дело да содржи елементи на сурово и нечовечно однесување и да е употребена прекумерна сила. Од тие причини, овој индикатор припаѓа на групата на неповолни индикатори и истиот се бодува со 2 бодови доколку:

- Осуденото лице го сторило кривичното дело со употреба на оружје. Во овој случај се мисли на огнено оружје, нож, метални шипки, тврди предмети со кои може да се нанесе

тешка телесна повреда, а чија што употреба резултирала со тешки последици како на пример: убиство на свиреп начин, тешка телесна повреда итн.

- При извршување на кривичното дело иако осуденото лице не употребило оружје, но се заканувало дека ќе го употреби оружјето со цел да прибави одредена материјална или нематеријална корист од жртвата. Ова се однесува на преземени дејствија од страна на осуденото лице против волјата на жртвата, на пример: принуда, уцена, закана и др.

Бројни особено насилни кривични дела, особено сурови акции со прекумерна употреба на сила.

Овој инидакатор се однесува на осудени лица кои имаат извршено бројни кривични дела со елементи на насилство, односно осудени лица чие што поведение во повеќе наврати се манифестира во напад (физичка активност) насочена против други лица со намера да им се нанесе штета.

За соодветно и точно проценување потребно е да се обезбедат сите информации за претходното однесување на осуденото лице. Овие информации, пред се, ќе се добијат од судската пресуда, преку разговор со осуденото лице и од полициската евиденција. Овој индикатор се бодува со три бодови доколку осуденото лице е претходно осудувано за повеќе кривични дела кои се слични по својата природа, и кои што содржат елементи на насилство.

Акцент се става на оние кривични дела кои се пропратени со елементи на прекумерно насилство, употреба на физичка сила иако жртвата на давала никаков отпор, употреба и заплашување со оружје према жртвата и др. На пример, во ова категорија најчесто спаѓаат оние осудени лица кои се повеќекратни сторители на семејно насилство, сексуални престапници, лица кои сториле кривични дела убиство, тешки телесни повреди, разбојништва, разбојнички кражби и др.

Криминал како израз на фази во животот-промени, еден значаен судбоносен конфликт или значајна моментна ситуација. Овој индикатор спаѓа во групата на неповолни индикатори и се вреднува со три бодови од причини што осуденото лице има развојно изграден криминоген модел на однесување во повеќе сфери, вршел кривични дела уште од периодот на адолесценцијата и е евидентиран во казнената евиденција

- *Кривичното дело е поврзано со зависност од дрога/алкохол*

Овој индикатор опфаќа сторители на кривични дела кои делата ги извршиле под дејство на дрога или алкохол, а како резултат на зависност. Во оваа категорија спаѓаат и лицата што вршат кривични дела со цел да дојдат до дрога или алкохол (кривични дела поради апстиненцијални кризи).

Лицето кое ја врши проценката на ризик ќе го вреднува овој индикатор со три бода доколку:

- од податоците за осуденото лице е утврдено дека извршувањето на кривичното дело е поврзано со зависност од дрога или алкохол;
- осуденото лице изјави дека подолг период злоупотребува дрога или алкохол и др.

Целта на оваа област е да се добијат информации за:

- Самиот чин на вршење на кривичното дело, поточно дали истото е резултатат на специфична конфликтна ситуација (каде, кога, како);
- Дали осуденото лице при слична конфликтна ситуација би реагирало со стереотипен начин на однесување;
- Дали кај осуденото лице има висок или низок праг на толеранција на фрустрација (имплусивност) за надминување на одредени конфликти.

- Депресија кај осудените лица

***Ментални растројства на личноста***

Менталните растројства се распространети во целокупната популација со одреден значаен процент. Менталните растројства имаат различна етилогија – наследни фактори, социјализација на личност, развојни кризи и други. Одредени сегменти за личноста и наученият начин на однесување во тек на развојот и социјализацијата на личноста се застапени во повеќе области од овој инструмент. Информациите за бодирање на оваа глава се добиваат од: применетите психодијагностички средства, историската анамнеза добиена од медицински и психијатриски служби, семејството на осуденото лице, феноменолошки (појавни манифестации на осуденото лице), податоците за животниот стил на осуденото лице и од судската документација. Оваа област учествува со 15 % од целокупните фактори на влијание во проценката.

Целта на оваа глава е да се добијат информации за:

- *можни краткотрајни или значајни ментални растројства во анамнезата на осуденото лице;*
- *нарушувања во однесувањето од периодот на детството или адолесценцијата или постоечки нарушувања во однесувањето, асоцијални карактеристики, подпросечна интелектуална способност;*
- *криминогени ставови;*
- *варијации во сексуалното однесување;*
- *привремена употреба или зависност од дрога, алкохол или таблети.*

За оваа намена, неопходни се податоци од извршената психодијагностика на осуденото лице од страна на психологот од стручниот тим во приемното одделение со примена на инвентар на личност, проактивна техника и/или друго психодијагностичко средство.

Психијатриски симптоми поврзани со деликвенција: делузии, халуцинации, растројства на мислењето и нарушувања на афектот. Доколку осуденото лице има психијатриски потешкотии препознаени како делузии, халуцинации, растроено размислување, растројства на афектот или други психијатриски потешкотии поврзани со деликвенција кои што укажуваат на овој индикатор, овој сегмент ќе се бодува со 3 бодови.

Поради полесно разбирање, кратко се дефинирани психијатриските симптоми и претставени се со соодветни примери.

- *Делузии* се погрешни верувања или интерпретации на настаните и нивното значење. На пример: осуденото лице е уапсено во тек на вршење на кражба на банка, има нереални идеи на величина и прогонување, неговото апсење го интерпретира како производ на тоа што е важна личност која ја бараат и следат.
- *Халуцинации* се сетилни измами при што се перцепираат дразби кои во реалноста не постојат. Халуцинациите може да бидат тактилни, визуелни и аудиторни. На пример: осуденото лице слуша гласови во својата глава кои реално не постојат (аудиторни халуцинации) или гледа ликови, личности кои во реалната ситуација не се присутни (визуелни халуцинации) или перцепира дека некое лице го допира при што допирот во реалноста не постои (тактилни халуцинации).
- *Мислење* е ментален процес што ни овозможува моделирање на светот и луѓето и рационално управување во однос на нивните цели, планови, желби и намери.

Растројствата на мислењето се присутни кај различни ментални пореметувања и се карактеризираат со конфузија на мислите, дезорганизирано мислење, недостаток на способност за рационално евалуирање на опкружувањето и интеракциите со другите. На пример: осуденото лице е долгогодишен зависник од наркотици и како последица на тоа, стекнал психичко растројство. Во текот на разговорот, осуденото лице зборува неповрзано, размислува нерационално (дава несоодветни образложенија во толкувањето на дадената ситуација), спомнува ликови, личности или предмети кои што не се поврзани со истата.

- *Растројствата на афектот* се карактеризираат со нагли промени на расположението, може да опфаќаат манични и/или депресивни епизоди при што можни се некои од следните симптоми: еуфорично иритирачко расположение пратено со хиперактивност, опаѓање на самодовербата и безволност, губење на интерес, губење на енергија, чувство на безвредност и кривица. На пример: осуденото лице може да има нагли промени во расположението кои се последица на душевна болест за што зема секојдневно медикаментна терпија. Овие промени може да се придружени со други психијатриски или физички симптоми.

Праксата покажува дека психијатриските симптоми се причина за вршење на кривични дела со елементи на насилство, елементи на бизарност, суровост, погрешно интерпретирање на реалноста, а притоа со присутна пресметливост или непресметливост на осуденото лице. Идентификувањето на овој неповолен индикатор укажува на потреба од дополнителна проценка и третман.

- Анксиозност кај осудените лица

Областа “Соочување со фактот” се однесува на соочување на осуденото лице со стореното кривично дело и степенот на подготвеност за прифаќање на вината како основ за решавање на состојбите и последиците од кривичното дело,а со самото тоа и намалување на анксиозноста. Оваа област ги утврдува можностите за понатамошна примена на соодветен третман за елиминирање на ризикот од рецидивизам. Учеството на оваа област изнесува 5 % од целокупните фактори на влијание во проценката на ризикот, што не значи дека е занемарливо во целокупната проценка на ризик.

Целта на оваа област е да се добијат информации за манифестираниот став на осуденото лице во врска со подготвеноста реално да се соочи со чинот и да го надмине во текот на фазите на третман, особено во врска со анализа и дизајн на прекршување на стандардите и развивање на реални чувства и решавање на последиците.

При проценката на соочување со кривичното дело, во инструментот за процена на ризик се анализираат вкупно четири индикатори од кои 2 поволни и 2 неповолни индикатори.

Наведените индикатори се однесуваат на анализа на утврдената вина по пат на разговор со осуденото лице за утврдување на: неговите реални ставови, чувства, самостојна или водена анализа на личното учество во стореното дело, прифаќање на сопственото учество во дејствијата, развивање на свесност и реална проценка на последиците.

- Цел и карактер на истражувањето

Основната цел на истражувањето е да се добијат сознанија во однос на психолошката состојба, грижа и свесност во затворска популација во Северна Македонија, така што ќе се добијат резултати за состојбата на осудени лциа кои ќе бидат испитувани во однос на овие психолошки појави.

- Истражувачки прашања

- Дали стресот кај осудените лица е значително поголем?
- Дали радикализацијата во затворите е се повеќе развиена?

- Истражувачки хипотези

Во однос на квантитативниот дел од истражувањето, беа поставени следните хипотези и потхипотези, кои произлегоа од проблемот на истражувањето кој гласи: *Дали депресијата е поврзана со нивото на задоволството и квалитетот на животот кај осудените лица во Република Северна Македонија?*

Хипотеза 1: Зголемено ниво депресија кај осудените лица води кон зголемено ниво на незадоволство од животот.

Потхипотеза 1: Постои статистички значајна корелација помеѓу нивото на импулсивност и нивото на анксиозност во затворен простор кај осудените.

Потхипотеза 2: Постои статистички значајна корелација помеѓу некои од аспектите на овие нарушуања и некои од домените за задоволството од животот.

Водејќи се од конструктивистичката парадигма на квалитативното истражување, не беа поставени хипотези на истражувачките прашања поврзани со квалитативниот дел од студијата. Односно водејќи се од теоретската рамка и природата на поимите на истражувањето, оставив темите и концептите сами да испливаат од содржината на интервјуата кои беа анализирани.

- ## Варијабли на истражувањето

Во однос на квантитативниот дел од истражувањето, беа дефинирани три варијабли: депресија кај осудените, анксизност и импулсивност кај истите.

Депресијата е дефинирана како големо незадоволство од животот, голема тага и празнина која се јавува кај индивидуата, а за истата е потребна голема повсветеност, нега и внимание.

Задоволството од животот за целите на ова истражување е дефинирано како индивидуалната перцепција за квалитетот на животот и таа ја претставува зависната варијабла.

Во квалитативниот дел од истражувањето беа пронајдени пет категории, односно варијабли и истите беа квантификувани и поставени на ординална скала од 1 до 5, којашто укажува на степенот на поседување на варијаблите (*1–воопшто не се согласувам, 2–делумно се согласувам, 3–умерено се согласувам, 4–се согласувам, 5–целосно се согласувам*).

Варијаблите кои беа идентификувани во квалитативната обработка се следниве: Голдберг тест за мерење на депресија, О-ринг техника и пракатика, емоции и чувства, инструмент за проценка, животни околности и социјални врски.

- ## Методи, техники и инструменти на истражувањето

- ### Алатка за скрининг за радикализирани осудени лица и идентификување на ранливост кон радикализација

Оваа алатка за скрининг има два дела, и тоа:

- Дел 1 му помага на персоналот да ги евалуира индикаторите за тековната состојба на радикализација, и
- Дел 2 помага за идентификување на лицата кои се ранливи кон радикализација.

**Ве молиме пополнете при приемот или наскоро по отпочнување на издржувањето на казната затвор:*

| | |
|---|---|
| Име и презиме на осуденото лице:<br>..... | Место и датум:<br>..... |
| Кривично дело:<br>..... | Изречена казна:<br>..... |

**Шема – Постапување со радикализирани осудени лица и со лица ранливи кон радикализација**

| | |
|---|---|
| Дополнителни чекори кои треба да се преземат: | .....<br>..... |
| Потпис на службеникот кој го пополнува формуларот: | ..... |

**Дел 1 – Скрининг за радикализирани осудени лица**

Ве молиме одговорете ги следните прашања врз основа на информациите од досиејата и разговорите со осудените лица.

| Дел | - | Индикатор | Одговор | | Потребна акција |
|---|---|---|---|---|---|
| А | 1. | Во моментот издржува казна затвор или претходно бил осуден на казна затвор за кривични дела поврзани со тероризам. | Да | Не | Ако одговорот е „ДА” за било кое прашање, да се достави веднаш до МТТ за целосна проценка на ризикот. |
| | 2. | Лицето им е познато на властите како радикализирано. | Да | Не | |
| Б | 3. | Докази за екстремни идеолошки заложби или ставови, политички или | Да | Не | Ако одговорот е „ДА” за било кое од овие прашања доставете го предметот до МТТ за |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | религиозни (на пр., чувства на огорченост, неправда или дискриминација насочени кон државата). | | | постапување.<br><br>Ако одговорот е „НЕ" на сите прашања, нема потреба од дополнителна акција. |
| | 4. | Лицето има конекции со радикални групи или сака да биде лоцирано со познати радикални лица. | Да | Не | |
| | 5. | Покажува знаци на радикализација | Да | Не | |
| **Резултат** | | - | - | - | Дали ова лице треба да се упати до МТТ? ДА □ НЕ □ |

**Дел 2 – Ранлив кон радикализација**

Одговорете ги следните прашања да ви помогнат за проценка на ризикот на ранливост кон радикализација. Ве молиме одговорете ги следните прашања врз основа на досиејата и разговорите со осудените лица.

| Дел | - | Индикатор | Одговор | | Потребна акција |
|---|---|---|---|---|---|
| А | 1. | Под 30 години. | Да | Не | Ако одговорот е „ДА" само на прашањата во делот А, не е потребен дополнителен мониторинг. |
| | 2. | Без образование. | Да | Не | |
| | 3. | Лоша историја на вработување. | Да | Не | |
| | 4. | Недоволни или немање планови за периодот на отпустот | Да | Не | |
| Б | 5. | Докази за дистанцирање и/или социјална ексклузија (на пр., дел од малцинство, нема контакт / дистанцирање од пријатели или семејство или изолација од општеството). | Да | Не | Ако одговорот е „ДА" на било кое прашање во делот Б и делот А, Ве молиме упатете го предметот до МТТ. |
| | 6. | Поврзаност со познати радикализирани или влијателни лица екстремисти | Да | Не | Ако одговорот е „ДА" само на прашањата во делот Б, Ве молиме упатете го предметот до МТТ. |
| | 7. | Конфузен идентитет | Да | Не | |
| | 8. | Изразување на идеолошка заложба која се зголемила | Да | Не | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | (политичка или религиозна). | | | |
| **Резултат** | | - | - | - | Дали осуденото лице е ранливо во однос на радикализација?<br>ДА □ НЕ □<br>**ако одговорот е „ДА", Ве молиме упатете го до МТТ.* |

- Информации во однос на знаците на радикализација

Целта на оваа листа е да се претстават МОЖНИТЕ знаци на радикализација. Постоењето на овие знаци НЕ ЗНАЧИ АВТОМАТСКИ дека лицето е радикализирано. Ако воочите било кој од наведените знаци, Ве молиме консултирајте се со член на мултидисциплинарниот тим за третман во Вашата релевантна установа.

| Опис на знакот | Примери | Детален опис / коментари (на пр., имиња на други инволвирани осудени лица) | ДА / НЕ (штиклирајте или прецртајте) |
|---|---|---|---|
| Промена во изгледот | -Брада;<br>-Облекување | | □ ДА □ НЕ |
| Примена на идентитетот | -Промена на името | | □ ДА □ НЕ |
| Промена во однесувањето | -Потаинствено однесување;<br>-Површно однесување во однос на лицата кои имаат одредена власт. | | □ ДА □ НЕ |
| Промена во секојдневната рутина | -Одбивање учество во секојдневните активности (работа, училиште, спорт);<br>-Тенденција да се изолираат од генерална заедница во затворот. | | □ ДА □ НЕ |
| Обид за убедување на другите осудени лица да следат | -Ова би можело да почне како понуда за пријателство или храна и да прерасне во екстремни дискусии | | □ ДА □ НЕ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| екстремна интерпретација на „политички” идеологии. | поврзани со насилство и политичка идеологија;<br>-Игнорирање на мислења кои се различни од нивните. | | |
| Промени во однос на групите на пријателство и однесување кон други луѓе | -Ова е посебно поврзано со дружење со лица кои се поврзуваат со радикализација;<br>-Ако се затекнат со мобилен телефон, социјалните мрежи се поврзани со радикализација. | | □ ДА □ НЕ |
| Промени во однос на просториите каде се сместени | -Слики, летоци, брошури или знамиња поврзани со екстремни или насилни идеологии. | | □ ДА □ НЕ |
| Искажување отворени ставови на политички настани | -Изразување задоволство при случување несреќи во западните земји или при терористички напад;<br>-Дискусии „ние и тие” поврзани со државнички работи. | | □ ДА □ НЕ |
| Промени во однос на практикувањето на религија или религиозна идеологија | -Промени на ставовите во однос на молитвата или постот кои би можеле да се сметаат за екстремни. | | □ ДА □ НЕ |

- ## Популација и примерок на истражувањето

За целите на ова остражување беше искористен пригоден примерок од 17 лица кои се наоѓаат во млада и средна доба. Сите учесници беа дел од квантитативната и квалитативната фаза од истражувањето, односно на сите им беше зададен Голдберг тестот (скала за депресија).

Максималниот резултат е 30, а минималниот 0. Потребно време за овој тест е околу 15-20 минути.

Инструментот за проценка на ризик со кој беа измерени нивото на импулсивност, како и О-ринг техника со раката (муслулнота) со која беше измерено нивото на анксиозност кај осудените (скала од 1 до 10 – колку е повисок скорот, толку е позастапена анксиозноста кај осудениот).

Сите испитаници учевствуваа во процесот на интервјуирање. Податоците за учесниците во студијата се дадени во Табела ....

Табела .... Карактеристики на испитаниците

| Учесник | Пол / возраст | Степен на образование | Професија | Брачен статус | Деца |
|---|---|---|---|---|---|
| Н-1 | Машки/33 г. | Основно образование | Машински бравар | Женет | Три |
| Н-2 | Машки/49 г. | Високо образование | Економист | Женет | Две |
| Н-3 | Машки/29 г. | Високо образование | Стоматолог | Неженет | / |
| Н-4 | Машки/55 г. | Основно образование | Работник | Женет | Едно |
| Н-5 | Машки/60 г. | Средно образование | Машински бравар | Женет | Две |
| Н-6 | Машки/34 г. | Средно образование | Автомеханичар | Женет | Три |
| Н-7 | Машки/64 г. | Основно образование | Работник | Женет | Две |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Н-8 | Машки/30 г. | Високо образование | Правник | Женет | Едно |
| Н-9 | Машки/33 г. | Средно образование | Автомеханичар | Разведен | / |
| Н-10 | Машки/40 г. | Средно образование | Работник | Женет | Две |
| Н-11 | Машки/31 г. | Средно образование | Работник | Женет | Едно |
| Н-12 | Машки/51 г. | Средно образование | Лимар | Женет | Две |
| Н-13 | Машки/53 г. | Основно образование | Работник | Разведен | Три |
| Н-14 | Машки/27 г. | Високо образование | Лекар | Неженет | / |
| Н-15 | Машки/37 г. | Високо образование | Музичар | Неженет | / |
| Н-16 | Машки/66 г. | Основно образование | Работник | Вдовец | Две |
| Н-17 | Машки/35 г. | Средно образование | Автомеханичар | Женет | Две |

Од вкупниот примерок, сите беа мажи. Возраста на учесниците се движеше од 27 години до 66 години, односно просечната возраст беше 46,5 години. Нивните карактеристики се дадени во табелата погоре. Во поглед на брачниот статус, повеќето се изјасниј дека се во брак (n = 11, или 64.7%), еден од испитаниците изјави дека е вдовец (n = 1, или 5.88%), а двајца од испитаниците изјавија дека се разведени (n = 2, или 11.76%) и тројца не се во брак (n = 3, или 17.64%). Во поглед на образованието, пет од нив имаат завршено високо образование (n = 5, или 29.41%), седум лица имаат завршено средно образование (n = 7, или 41.17%) и пет лица имаат завршено целосно основно образование (n = 5, или 29.41%).

- ## Организација и тек на истражувањето

Истражувањето беше спроведено во месеците март и април, 2022 година. За време на истражувањето беа применети сите етички начела кои се пропишани од Комората на психолози на Република Северна Македонија, а се однесуваат на информирање за целите и постапките на истражување, правото на заштита на личните податоци, правото за одобрување и согласност за користење на информациите споделени за време на истражувањето.

Етапите на истражување се:

- *спроведување на тестирање преку тест за утврдување на депресија кај осудените,*
- *спроведување на тестирање со прашалник за утврдување на моментална анксиозност и*
- *тестирање за импулсивност преку О-ринг техника каде учевствуваа сите испитаници кои го сочинуваат примерокот.*

Учесниците одговараа на прашалниците зададени со физичко присуство. На нив им беше објаснето дека ќе пополнуваат прашалник и дека ќе биде применета одредена техника и притоа напоменувајќи им дека одговарањето е анонимно и доброволно и дека нема точни и неточни одговори. Пред секој инструмент беше дадено упатство како да се пополнува истиот. Тест сесија не траеше подолго од 40 минути. Постапката на задавање на инструментите се одвиваше во согласност со пропишаните правила и стандарди.

- ## Статистичка обработка на податоците

Статистичката анализа на податоците се базира на корелациски метод каде се испитува корелацијата помеѓу степенот на депресија кај осудените, степенот на анксиозност и степенот на импулсивност кај истите. Овде не е вметната и варијаблата род, затоа што истражувањето беше извршено во казнено поправна установа каде престојуваат само мажи.

За пресметување на статистичка значајност меѓу анализираните групи на испитаници се пресметани едноставна еднонасочна анализа на варијанса (АНОВА), Шефеов тест и t-тест за независни групи.

Со цел да се утврди поврзаноста помеѓу депресијата, анскиозноста и импулсивноста беше употребен коефициент на контингенција.

За статистичка обработка беше користен статистичкиот софтверски пакет IBM SPSS Statistics 24.

Прибирањето на податоците се реализираше групно во просториите на Казнено Поправна Установа – Затвор Струмица во Струмица.

# РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

## Резултати

Резултатите од анализата на добиените податоци се претставени во два дела. Прво се прикажани резултатите преку претставување на дескриптивни показатели на варијаблите кои се предмет во истражувањето. Понатаму, се прикажани резултатите од тестирањето на поставените хипотези.

*Дескриптивни показатели*

| ***Табела 1.*** Дескриптивни статистици на депресија и импулсивност | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *N* | *Min* | *Max* | *M* | *Mdn* | *Mod* | *SD* | *Skewness* | *SE* | *Kurtosis* | *SE* |
| Депресија | 35 | 4 | 26 | 15,98 | 15,00 | 13 | 4,065 | -.057 | .299 | .293 | .590 |
| Импулсивност(Т-скор) | 35 | 39,50 | 82,70 | 61,56 | 61,20 | 59,50 | 8,811 | -.134 | .299 | .299 | .590 |

Во табела 1 се претставени дескриптивните статистици за депресијата односно аритметичка средина, стандардно отстапување, опсег, скујенс и куртозис. Од горенаведената табела може да се увиди дека скалата за мерење за депресија и скалата за мерење на импулсивност имаат негативен скјунес, што укажува на тоа дека најголемиот дел од скоровите се концентирани на позитивниот дел од дистрибуцијата.. Две скали има позитивен куртозис и тоа укажува на лептокуртична дистрибуција.

Најголемиот број на осуденици (11 односно 62,2% спаѓаат во групата на умерено изразена импулсивност. Од вкупно 17 учесници во истражувањето, 6 (33,4%) имаат ниско изразена импулсивност, 1 (5,3%) има значително изразена импулсивност.

*Наоди од тестирање на хипотезите*

За тестирање на хипотезата *осудените со сигурен стил на приврзување се имаат најниско ниво на депресија од осудените со амбивалентен стил на приврзување и од осудените со избегнувачки стил на приврзување, додека осудените со амбивалентен стил на приврзување имаат помалку развиено депресија од осудените со избегнувачки стил на приврзување.*

***Табела 2.*** Дескриптивни показатели стилот на приврзување и депресијата.

| | *n* | *M* | *SD* | *SE* | 95% CI | *Min.* | *Max.* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Стил на приврзување* | | | | | | | |
| Сигурен стил | 14 | 17,08 | 3,438 | ,702 | [15.63, 18.54] | 11 | 24 |
| Избегнувачки стил | 10 | 16,10 | 5,077 | 1,135 | [13.72, 18.48] | 4 | 26 |
| Амбивалентен стил | 9 | 14,63 | 3,86 | ,777 | [13.00, 16.26] | 8 | 20 |

***Табела 3.*** Анализа на варијанса – стил на приврзување и анксиозноста

| *Извор* | *SS* | *df* | *MS* | *F* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Помеѓу групите | 63,882 | 2 | 31,941 | 1,980 | ,147 |
| Во групите | 968,054 | 60 | 16,134 | | |
| Вкупно | 1031,937 | 62 | | | |

Еднонасочната анализа на варијанса покажа дека не постојат разлики помеѓу осудените со различен стил на приврзување во однос на анскиозноста $F(2,60) = 1,980$, $p > .05$ што значи дека хипотезата не се прифаќа.

Понатаму беше тестирана хипотезата: *Осудените со сигурен стил на приврзување имаат најниско изразена анскиозност од осудените со амбивалентен стил на приврзување и од осудените со избегнувачки стил на приврзување, додека пак осудените со амбивалентен стил на приврзување имаат помалку изразена анксиозност од осудените со избегнувачки стил на приврзување.*

***Табела 4.*** Дескриптивни показатели стилот на приврзување и импулсивноста

| | *n* | *M* | *SD* | *SE* | 95% CI | *Min.* | *Max.* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Стил на* | | | | | | | |

| *приврзување* | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Сигурен стил | 14 | 38,69 | 10,60 | 2,16 | [53.91, 62.86] | 39,00 | 82,70 |
| Избегнувачки стил | 10 | 41,24 | 7,69 | 1,72 | [57.64, 64.84] | 48,50 | 77,50 |
| Амбивалентен стил | 9 | 45,55 | 5,75 | 1,32 | [62.78, 68,32] | 57,70 | 73,40 |

*Дескриптивни показатели*

***Табела 5...*** *Дескриптивни статистици на депресија, анксиозност и импулсивност.*

| *Домен / фасет* | *M* | *SD* | *Минимум* | *Максимум* |
|---|---|---|---|---|
| Психолошка состојба | 39.50 | 4.00 | 28.00 | 44.00 |
| - Депресија | 50.83 | 15.50 | 39.00 | 65.00 |
| - Анксиозност | 47.50 | 12.00 | 33.00 | 61.50 |
| - Импулсивност | 49.40 | 14.40 | 36.00 | 63.30 |
| Физичко здравје | 55.50 | 18.00 | 41.00 | 77.58 |
| Социјални врски | 44.40 | 10.50 | 29.00 | 47.50 |
| Додатоци | | | | |
| 1.Животна околина | 50.85 | 16.00 | 32.60 | 55.00 |
| 2.Значење и цел на животот | 33.50 | 17.00 | 27.57 | 46.55 |
| 3.Надеж за иднина | 30.00 | 9.55 | 19.50 | 39.40 |
| 4.Добра самоконтрола | 19.25 | 9.29 | 14.97 | 28.18 |

*Од резултатите може да заклучиме дека депресијата е најзастапена кај осудените лица,додека надежта за иднината ,целта на животот како и добрата самоконтрола се на најниско ниво. Од друга страна пак големо влијание врз моменталната психолошка состојба кај осудените е под влијание на моменталното опкружување,значително намалените социјални врски со најблиските,како и менувањето на начинот на живот,со што осудените се насочени кон импулсивност, голема анксиозност и депресија ,особено лицата во позрела возраст.Додека кај лицата кои се во млада возраст, имаат желба за дружење,учење нови работи , и кај нив преовладува доволно грижа за сопственото здравје и многу поголема свесност.*

***Табела 6….*** *Приказ на фреквенции и проценти во однос на изразеноста на депресијата кај осудените лица.*

| *Депресија* | *Број на испитаници (F)* | *%* |
|---|---|---|
| Не е изразена или незначително е изразена депресија | 3 | 17.64 |
| Ниско изразена депресија | 2 | 11.76 |
| Умерено изразена депресија | 8 | 47.05 |
| Значително (многу) изразена депресија | 4 | 23.52 |

Од прикажаната табела може да се заклучи дека најголем број од испитаниците (8) имаат умерено изразена депресија (47.05%), додека пак двајца од испитаниците имаат ниско изразена депресија, или 11.76%.

***Табела 7….*** *Приказ на фреквенции и проценти во однос на изразеноста на анксиозноста кај осудените лица.*

| *Анксиозност* | *Број на испитаници (F)* | *%* |
|---|---|---|
| Не е изразена или незначително изразена анксиозност | 2 | 11.76 |
| Ниско изразена анксиозност | 1 | 5.88 |
| Умерено изразена анксиозност | 8 | 47.05 |
| Значително (многу) изразена анксиозност | 6 | 35.29 |

Од прикажаната табела може да се заклучи дека најголем број од испитаниците (8) имаат умерено изразена анксиозност (48%), додека пак само еден испитаник има ниско изразена анксиозност.

***Табела 8….*** *Приказ на фреквенции и проценти во однос на изразеноста на импулсивноста кај осудените лица.*

| *Импулсивност* | *Број на испитаници (F)* | *%* |
|---|---|---|
| Не е изразено или незначително изразена импулсивност | 3 | 17.64 |

| | | |
|---|---|---|
| Ниско изразена импулсивност | 2 | 11.76 |
| Умерено изразена импулсивност | 7 | 41.17 |
| Значително (многу) изразена импулсивност | 5 | 29.41 |

Од прикажаната табела може да се заклучи дека најголем број од испитаниците (7) имаат умерено изразена импулсивност (41.17%), додека пак двајца испитаници имаат ниско изразена анксиозност. Овде важно е да се напомене дека 5 од 17 испитаници (29.41%) имаат значително (многу) изразена импулсивност.

*Наоди од тестирање на хипотезите*

За тестирање на хипотезата, осудени кои се повеќепати осудувани имаат значително зголемена импулсивнста додека осудени лица кои се првпат во затвор имаат значително поизразена е анскиозноста. За разлика од нив, осудени лица кои се во најстара возраст, кај нив најизразена е депресијата.

- Дискусија

Пореметувањето кај личноста е тема којашто секогаш била присутна во животот на луѓето на еден или на друг начин. Темата пореметување која во себе ја вклучува депресијата, анксиозноста, импулсивноста која се појавува кај одредени личности во одреден период станува дел од истражувањата и како таква е признаена како фактор којшто придонесува и влијае на моменталната состојба како на осудените лица во конкретниот случај, така и кај секоја индивидуа. Постојат многу студии каде што се испитува ваквото однесување. Есенцијален дел од ваквото пореметување е нејзината примена во секојдневието во односите со другите луѓе, со самите себеси и во перцепцијата на настаните и околностите во животот. Сето ова, според истражувањата на многу автори, работата на самите себе во вакви случаи води кон подобрување на начинот на живот.

Многубројни теории за развој на личноста укажуваат на тоа дека во старата доба лицата се соочувале со вакви ситуации, но истите не знаеле како да ги перципираат ваквите промени, ниту пак како да ги  третираат. Најчесто луѓето кои страдале од депресија, ја занемарувале ваквата состојба која на крај завршува со суицидност или смрт.

Овие промени следствено водат кон поголемо незадоволство и неисполнетост во животот.

Без разлика дали станува збор за индивидуа или сплет на околности коишто ја предизвикале ваквата состојба, истата бара соодветен третман, комуникација, грижа и нега за индивидуата. Тоа е комплексен индекс на прилагодувањата на личноста, стравовите спрема животот и настаните, перцепцијата и искуството на проблемите кои се настанати. Поентата и последниот исход е да се биде вистински задоволен и исполнет и стимулиран од животот, на начин што човекот треба да биде внатрешно задоволен. Без задоволството од животот се јавува дисхармонија во селфот, чувство на празнина, нелагодност и безначајност. Ова води кон криза во идентитетот и вредностите, а со самото тоа и појавување на депресијата, анксиозноста и импулсивноста како пореметување.

Оваа студија беше дизајнирана со цел да се испита како реагира личноста во затворен простор, кои негативности се појавуваат и како истата постепено се менува. Понатаму, се одлучив за мешаниот метод на истражување со којшто ги употребивме горенаведените тестови, посебен тест за депресијата, импулсивноста и анксиозноста. Имено, имав соработка со наведените осудени лица кои беа заинтересирани и секојдневно соработуваа, осуденици на различна возраст со различна семејна ситуација. Им беа дадени тестовите, а од нив добив голема соработка. Во последната фаза беа интегрирани и двата пристапи, при што беа ставени во корелација скоровите на тестот и скоровите добиени од квантификуваните поткатегории и категории од интервјуата.

Испитаниците беа на различна возраст, од млада возраст до стара доба. Сите го пополнија прашалникот, без отстапување, единствено што осудениците во млада возраст со поголемо образование, беа доста побрзи во однос на давањето одговори, за разлика од испитаниците кои беа во стара доба, а имаа завршено четврто одделение. Процесот на интервјуирање беше богат и исполнет. Истите беа доста отворени за споделување, сите во текот на интервјуто споделија многу информации детали, проблеми со кои се соочиле во текот на животот, но и моменталните проблеми со кои сега се соочуваат. Интервјуата беа исполнети со чувства на разочараност, загуба, болка поради земената слобода при што голем дел од нив плачеа додека зборуваа за одредени теми, а еден од осудените покажа агресивност при излагањето на неговите проблеми. Се покажа дека голем дел од учесниците беа искрени при пополнувањето на тестот. Кај сите осуденици болката поради

земањето на слободата беше присутна, на истите им недостасуваа најблиските и семејството, некои чувствуваа вина и го признаваа стореното кривично дело, но некои имаа цврст став дека не се виновни и дека слободата им е земена на неправеден начин. Кај таквите осуденици кои не го признаваа делото се појавуваше бесот, гневот и импулсивноста. Додека кај осудениците кои го признаваа делото и за истото превземаат одговорност и ги прифаќаат последиците се појавуваше депресијата и анскиозноста во поголем дел.

Од тематската анализа може да се увиди дека лицата коишто имаа висок степен на депресија, истите имаа и висок степен на празнина  и незадоволство од животот. Кај нив егоцентричноста беше значајно намалена, имаа богат и квалитетен живот со помалку социјални врски, се прифаќаа такви какви што се, имаа удобност во сопствената кожа и перспективата кон животот им беше да се живее со сите работи што ги носи животот.

При преведувањето, користев термини кои беа повеќе познати за младата генерација, а помалку за постарата, посебно за лицата кои имаа завршено само четврто одделение или основно образование. Не го земав предвид фактот дека постарите генерации во Република Северна Македонија биле дел од различен образовен систем. Но без разлика на нивната возраст, нивното образование секој од нив сакаше да соработува и да сподели семејни проблеми, проблеми од минатото и проблеми со кои се соочуваа моментално во затворениот простор. Споделија проблеми од најразличен карактер и истите сфатија и разбраа колку е потребно да се грижиме самите за себе и дека првиот чекор е споделувањето на проблемот, а вториот работење на истиот.

Иако бев воздржана  во одредени ситуации да не поставам поделикатни прашања, сепак можам да кажам дека самите испитаници беа толку отворени и комуникативни и навистина добивме доста информации кои понатаму ни послужија за разграничување на проблемот и решавање на истиот.

Последно би сакала да го нагласам последното ограничување на оваа студија, а тоа е малиот број на учесници, односно големината на примерокот. Иако за квалитативната фаза овој примерок беше соодветен, во однос на квантитативната фаза, примерокот беше мал и не можеше да се изведат некои генерализации.

- ЗАКЛУЧОК

Оваа студија се залагаше да ги истражи одредените пореметување кои настануваат во текот на одреден дел од животот, незадоволството од животот, како и внатрешните доживувања кај индивидуата. Да се истражат и откријат искуствата низ животниот циклус и ставот кон него, проблеми поврзани со стравот од сегашноста, минатото и иднината. Да се навлезе подетално во проблемот.

Резултатите од оваа студија укажуваат на тоа дека доколку самата индивидуата прифати и сфати дека моментално се соочува со проблем, истата го прифаќа проблемот и е спремна да работи на истиот.

Потребно е повеќе да се истражи однесувањето и прифаќањето кај старите лица и истите сознанија да се искористат во работата со старите лица, односно да им се помогне на истите да постигнат поголем интегритет и прифаќање на настаните  како и проблемите во животот, а со тоа да работат повеќе на себе и повеќе да веруваат во самите себе. Да се применат практично сознанијата во областа на социјалните и општествените гранки кои имаат контакти со старите индивидуи.

Депресијата која се јавува не значи сама по себе дека е тешко неизлечива болест како што ја прифаќаат лицата во стара доба. Таа е опширен концепт кој во себе содржи многу алатки, меѓу кои и непростувањето, неприфаќањето, изгубената  надеж изгубената контрола на емоции, големата празнина во себе, истите можат да бидат искористени и вметнати во работата со овие лица со цел да искусат поголемо препознавање на самата депресија, а со самото тоа и поголемо задоволство од сопствениот живот. Со поголем труд верувам дека истите ќе успеат да ја разберат суштината на нашите излагања.

- КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА


American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC. 2020.

American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Am J Psychiatry. 2001; 158:1–52.

Andersen, H. (2004). *Mental health in prison populations. A review–with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004; 110:5-59.

Arroyo, J., Ortega, E. (2009). *Personality disorders amongst inmatesas a distorting factor in the prison social climate*. Rev Esp Sanid Penit. 2009; 11:11-15.

Assadi, S., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Shariat, S., Fazel, S. (2006). *Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran*. The Br J Psychiatry 2006; 188:159-164.

Brink, J. (2005). *Epidemiology of mental illness in a correctional system*. Curr Opin Psychiatry. 2005; 18:536-541.

Butler, T., Andrews, G., Allnutt, S., Sakashita, C., Smith, N., E., Basson, J. (2006). *Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample.* Aust NZJ Psychiatry. 2006; 40:272-276.

Chandrashekar, C., R., Math, S., B., Kishore, Kumar, K., V., Moily, S., Raghuram, A., Parthasarathy, R., Johnson, R. (2007). *Manual on Strudents' Counselling for College Teachers. 3rd Edition.* Editor: Dr. C.R. Chandrashekar. Publisher: National Institute of Mental Health and Neuro Sciences (NIMHANS), Bangalore. 2007.

Coid, J., Ullrich, S. (2010). *Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy*. Compr Psychiatry. 2010; 51:426-433.

Davidson, K., M., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., Walker, A., Bezlyak, V., Seivewright, H., Robertson, H., Crawford, M., J. (2009). *Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial*. Psychol Med. 2009; 39:569-577

Dunsieth, N., W., Jr., Nelson, E., B., Brusman-Lovins, L., A., Holcomb, J., L., Beckman, D., Welge, J., A., Roby, D., Taylor, P., Soutullo, C., A., McElroy, S., L. (2004). *Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses*. J Clin Psychiatry. 2004; 65:293-300.

Fazel, S., Danesh, J. (2002). *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. Lancet. 2002; 359:545-550.

Fountoulakis, K., N., Leucht, S., Kaprinis, G., S. (2008). *Personality disorders and violence*. Curr Opin Psychiatry 2008; 21:84-92.

Frosch, J., P. (1983). *The Treatment of Antisocial and Borderline Personality Disorders*. Hosp Community Psychiatry. 1983; 34:243-248.

Millon, T. (1981). *Disorders of personality- DSM-III: Axis-II*. New York, Wiley. 1981.

Millon, T. (1987). *Millon Clinical multiaxial Inventory-II Manual*. Minnetonka MN, National computer system. 1987.

NICE 2009. Borderline personality disorder (BPD): quick reference guide to the NICE Guidelines. National Institute for Health and Clinical Excellence, London. Available online at http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/42900/42900.pdf

Paris, J. (1997). *Antisocial and borderline personality disorders: Two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology?* Compr Psychiatry. 1997; 38:237-242.

Paris, J. (2005). *Borderline personality disorder*. CMAJ. 2005; 172:1579-1583.

Pizarro, J., M., Narag, R., E. (2008). *Supermax Prisons*. The Prison Journal. 2008; 88: 23-42.

Puvill, T., Lindenberg, J., Craen, A. J., Slaets J. P., Westendorp, R. G. (2016). *Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational study*. BMC Geriatrics. 2016; 16(1):194.

Rajani, F. (2015). *Gerotranscendence: A Critical Review*. Journal of Psychology & Clinical Psychiatry. 2015; 4(1).

Reich, J., Yates, W., Nduaguba, M. (1989). *Prevalence of DSM-III personality disorders in the community.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1989; 24:12-16.

Rothbart, M., K. (1989). *Temperament in childhood: A framework*. In: Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK, eds. Temperament in childhood. Oxford, United Kingdom: John Wiley and Sons. 1989; pp. 59-73.

Rotter, M., Way, B., Steinbacher, M., Sawyer, D., Smith, H. (2002). *Personality disorders in prison: aren't they all antisocial?* Psychiatr Q. 2002; 73:337-349.

Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). *The prevalence of personality disorders in a community sample.* Arch Gen Psychiatry. 2001; 58:590

Verona, E., Patrick, C., Joiner, T. *Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk*. J Abnorm Psychol. 2001; 110: 462-470.

Wang, J. J., Lin, Y. H., Hsieh, L. Y. (2011). *Effects of gerotranscendence support group on gerotranscendence perspective, depression, and life satisfaction of institutionalized elders*. Aging and Mental Health. 2011; 15(5):580-6.

Warren, J., I., Burnette, M., South, S., C., Chauhan, P., Bale, R., Friend, R. (2002). *Personality disorders and violence among female prison inmates*. J Am Acad Psychiatry Law. 2002; 30:502-509.

Watzke, S., Ullrich, S., Marneros, A. (2006). *Gender and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006; 256:414-421.

Webster, J. D., Height, B. K. (2002). *Critical Advances in Reminiscence Work: From Theory to Application.* New York: Springer Publishing Company. 2002.

Witvliet, C., Ludwig, T., Laan, K. (2001). *Granting Forgiveness or Harboring Grudges: Implications for Emotion, Physiology, and Health*. Psychological Science. 2001; 12: 117-23.