ПОВРЗАНОСТА ПОМЕЃУ ДЕПРЕСИЈАТА, АНКСИОЗНОСТА И АВТОАГРЕСИВНОТО ОДНЕСУВАЊЕ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ НИЗ ПРИЗМАТА НА СЕМЕЈНА-СИСТЕМСКА ПСИХОТЕРАПИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Менторка:

Доц. д-р Слаѓана Ангелкоска

Студентка:

Александра Стојановска

Април, 2022

СОДРЖИНА

ВОВЕД.....3

1. ТЕОРЕТСКА ПОЗАДИНА.....6

1.1. Адолесценција.....6

1.2. Развојни задачи и некои карактеристики на перидодот на адолесценцијата.....7

1.3. Адолесцентот и семејството.....9

1.4. Ментално здравје кај адолесценти.....12

1.5. Депресија кај адолесценти.....17

1.6. Анксиозност кај адолесценти.....22

1.7. Автоагресивно однесување кај адолесценти.....30

1.8. Самоповредување кај адолесценти.....32

1.9. Еволуција и примена на семејна-системска психотерапија во работа со адолесценти и нивните семејства.....39

1.10. Техники и интервенции.....43

2. МЕТОДОЛОШКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....46

2.1. Проблем на истражувањето.....45

2.2. Цел и карактер на истражувањето.....45

2.3. Истражувачки прашања.....46

2.4. Истражувачки хипотези.....46

2.5. Варијабли на истражувањето.....48

2.6. Методи, техники и инструменти на истражување.....48

2.7. Популација и примерок на истражување.....49

2.8. Организација и тек на истражувањето.....50

2.9. Статистичка обработка на податоците.....50

3. РЕЗУЛТАТИ.....52

ДИСКУСИЈА.....63

РЕЗИМЕ.....73

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....75

ПРИЛОЗИ.....83

ВОВЕД

Адолесценција е специфичен, често драматичен и еден од најзначајните периоди во создавањето на човекот како био-психо-социјално битие. Тоа е преоден период помеѓу детството и возрасното доба кое има карактеристики на двата периоди, па може да се каже дека адолесцентите се некаде помеѓу, повеќе не се деца, а се уште не се ни возрасни.

За да децата станат возрасни, зрели и самостојни луѓе неминовно е да поминат низ цела низа на промени, пред се на физички, а потоа на интрапсихички и социјален план.

Раниот адолесцентен период се карактеризира со зголемена сензитивност и реактивност. Така, од една страна се развива чувство на љубов и пријателство, а од друга страна наизменично се менуваат бурни емоционални реакции какви што се бесот, лутината, бунтовноста, со периоди на срамежливост , повлекување и смирување. Анксиозните, депресивните и агресивните чувства се позачестени во однос на детството.

Со тек на адолесцентниот развој, емоционалниот живот на адолесцентот станува се поразновиден и побогат, постабилен и поинтегриран. Адолесцентот станува се поспособен да ги контролира своите емоционални импулси и со нив полесно да управува. Компетенцијата која се зголемува на повеќе полиња во животот го намалува доживувањето на фрустрација, беспомошност и зависност. Емоционалното реагирање е помалку каприциозно и ограничено на непосредниот момент, односно се зголемува способност за одложување на реакцијата.

На адолесцентот му се отвараат некои нови можности за емоционална размена и растоварување по пат на зголемена интроспективност, емпатија и способност за споделување на своите доживувања со другите.

Проблемите со менталното здравје кај тинејџерите се почести отколку што мислат луѓето – за среќа, повеќето од нив се лекуваат многу! Околу 10-20% од тинејџерите на глобално ниво доживуваат ментални здравствени состојби, но многу од нив остануваат недоволно дијагностицирани и третирани.

Нерешавањето на состојбите на менталното здравје на тинејџерите влијае на подоцнежниот живот, им штети на физичкото и на менталното здравје и ги ограничува можностите да водат исполнети животи како возрасни. Препознавањето на знаците на проблеми со менталното здравје и преземањето чекори што се соодветни може да донесат трајни позитивни промени.

Студија цитирана од Центрите за контрола и превенција на болести (ЦДЦ) покажа дека: кај 7,1% од децата на возраст од 3-17 години (приближно 4,4 милиони) дијагностицирале анксиозност и 3,2% од децата на возраст од 3-17 години (приближно 1,9 милиони) дијагностицирана депресија. Kaj 7.1 % на деца на возраст од 3-17 години дијагностицирале анксиозност. Kaj 3.2 % деца на возраст од 3-17 години дијагностицирале депресија.

Депресивните чувства се чести кај адолесцентите: кај најголемиот дел, сепак, ова е нормативен начин на доживување на растењето и развојот на младоста. При евалуацијата на депресијата кај адолесцентот треба да се земат предвид актуелната фаза во развојот на адолесценцијата и настаните во животот кои би можеле да влијаат на расположението. Депресијата кај адолесцентот е психијатриско растројство на кое мора сериозно да се пристапи и соодветно да се лекува.

Во согласност со студиите на популација, преваленцијата на тешката депресија (големо депресивно растројство во DSM-III-R) е 3.4%, со застапеност на лесната долготрајна депресија (Dysthymia DSM-III-R) од 3.2% и со животна преваленција на тешката депресија од 13%. Јасно е дека депресивните состојби сè почесто се застапени кај девојките отколку кај момчињата. Во согласност со разните студии околу 40% од депресивните манифестираат некој друг психијатриски коморбидитет. Тешката депресија кај адолесцентот е асоцирана со зголемен ризик за самоубиство. Во постмортем студиите на адолесцентите кои извршиле самоубиство, се покажало дека 51 до 80% страдале од тешка депресија. Ризикот од автодеструктивност се зголемува ако со депресијата се асоцирани злоупотребата на супстанции и асоцијалното однесување.

Бидејќи тешката депресија кај адолесцентот предизвикува различни долготрајни несакани ефекти на здравјето и го зголемува суицидниот морталитет, превентивните сервиси во САД препорачуваат активен скрининг на депресијата кај адолесцентите, ако се достапни соодветни дијагностички и терапевтски сервиси според актуелните протоколи за третман.

Факторите кои влијаат на развојот на депресијата не се познати во детали, но и социодемографските фактори и несаканите животни настани е покажано дека се асоцирани со депресијата. Опсервирано е дека депресивните адолесценти имале посиромашни социјални способности отколку другите млади луѓе и имале понегативен поглед кон себеси отколку другите.

Ризикот од развој на клиничка депресија е поголем ако некој друг член во семејството страдал од тешка депресија или биполарно афективно растројство. Психијатриските симптоми асоцирани со нормалниот развој се минливи и не се асоцирани со директната или индиректната автодеструктивност, а способноста на младата личност да функционира не е нарушена. Важно е да се диференцираат чувствата на депресија кои се нормативни за адолесцентот и патолошката депресија.

Ако депресијата на адолесцентот е пролонгирана или се опсервирани симптоми на тешка депресија или автодеструкција, младата личност треба да се упати на егзаминација во специјалистичкото психијатриско одделение за адолесценти.

Постојат некои нарушувања на менталното здравје кои започнуваат и / или се почести во текот на тинејџерските години. Овие вклучуваат нарушувања во исхраната, нарушување на хиперактивноста со дефицит на внимание (АДХД) и самоповредувањето. Без оглед на специфичното нарушување на менталното здравје, колку порано е забележано и адресирано, толку поефикасен третман може да биде.

1. ТЕОРЕТСКА ПОЗАДИНА

1.1. Адолесценција

Адолесцентите се една од најстигматизираните општествени групи. Ако некому му речете дека се однесува како адолесцент, тоа не е комплимент. Особено не е фер за адолесцентите да се мисли стереотипно (Мурџева-Шкариќ, 2004).

Адолесценцијата не е универзална и не е неизбежно својство на човековиот род. Таа е плод на општествените и индустриските промени кои се јавија во последните 150-ина години. Пред 1860 година не бил издвоен период на адолесценција. Пред 20 век адолесценцијата воопшто не се сметала за развоен стадиум. Децата миуваа низ пубертетот и веднаш влегуваа во светот на возрасните.

Денес интервалот меѓу пубертетот и зрелата доба е подолг бидејќи физичката зрелост се стекнува порано, но се продолжи периодот на задолжително образование, а со тоа и економската зависност. Адолесцентот не е дете ниту на физиолошки ниту на когнитивен план. Се вели дека децата созреале и влегле во зрелоста, кога успеале да се ослободат од родителското влијание. Тоа ги вознемирува родителите, бидејќи немаат целосен увид и контрола што адолесцентот прави. Адолесцентот гради свои "проекти" за иднината во соработка со врсниците. Така гради самодоверба, самопочит и многу други нешта.

Адолесценцијата денес е животниот период во кој лицето расте и созрева. Називот произлегува од латинскиот глагол *adolescere,* што значи расте, созрева. Адолесценцијата наједноставно се определува како период на бурни промени, кој е премин од детството во зрелоста. Во него се случуваат физички, психолошки и социјални промени.

Адолесценцијата започнува околу 10-тата година и се состои од три потпериоди - рана адолесценција (10-14 години), средна адолесценција (15-19 години) и доцна адолесценција (20-24 години), но овие возрасни граници подлежат на варијации во зависност од културниот и историскиот контекст, како и од индивидуалните развојни специфичности на поединецот. Во секој случај, нејзиниот почеток е видлив преку првите телесни промени, а крајот преку достигнувањето на релативна психолошка зрелост (Lerner & Steinberg, 2009; Brković, 2011; Мурџева-Шкариќ, 2009)

За почеток на адолесценцијата се смета пубертетот, т.е. сите физички и физиолошки промени кои го сочинуваат пубертетот. Адолесценцијата завршува со влегување во период на раната зрелост. Критериумите со кои се определува дека завршил периодот

на адолесценцијата многу се разликуваат меѓусебно. Всушност, тие се тесно повзани со остварување на развојните задачи на адолесценцијата.

1.2. Развојни задачи и некои карактеристики на перидодот на адолесценцијата

Познавањето на развојните задачи на адолесценцијата овозможува подобро разбирање на промените и развојот од страна на другите и на адолесцентите, споредување на рзвојот меѓу единките и групите и полесно препознавање на проблемите кои се појавуваат.

Постојат критериуми според кои определуваме дека завршил периодот на адолесценција и се исполнети развојните задачи за влгување во периодот на рана зрелост. Од повеќето развојни задачи во периодот на долесценција, позначајни се следните:

1. Стекнување на физичка зрелост, адаптација и лично прифаќање на анатомските и физиолошките промени кои се случуваат на физичко ниво. Очекувано е и да се постигне интеграција на зрелата сексуалност во личниот модел на однесување и себеопределување, како машко или како женско;
2. Интелектуален развој компетентен на ниво на фоормално-логичко мислење.
3. Основање на моралното расудување;
4. Воспоставување на личен идентитет преку интеграција на различните аспекти од себе (полов и родов идентитет, општествени улоги);
5. Создавање на емоционлна независност од родителите и од другите возрасни;
6. Воспоставување на нови, поинтимни односи со врсниците од двата пола.
7. Определување на професија и подготока за неа;
8. Стекнување на економска независност.

Различни развојни задачи е очекувано да се исполнат во различни подпериоди на адолесценцијата:

- Во рана адолесценција (периодот од 10 до 14 години) се стекнува биолошката зрелост и се завршуваат пубертетските промени;

- Во средната адолесценција (периодот од 15 до 19 години) се постигнуваат интелектуалната, емоционалната и социјалната зрелост;

- Во доцната адолесценција или младоста (до 24 години) се очекува сите други развојни задачи да бидат завршени или да се привршуваат.

Неможноста да се исполнат развојните задачи, како економската независност, ги поставува адолесцентите во најобесправената возрасна категорија. Како преоден период кон зрелоста, може да се смеета дека адолесценцијата е и општествен производ. Затоа, адолесцентите ширум светот најчесто преземаат одговорност за големи општествено-економски промени.

Физичкото созревање не се случува кај сите по очекуваниот редослед. Раното или доцното созревање создава психолошки разлики кај адолесцентите. Адолесцентите се преокупирани со својот телесен изглед повеќе од било што друго, па во овој период карактеристични проблеми кои се појавуваат се: анорексија, булимија, злоупотреба на дрога, алкохол и тутун, како и заболувања кои се пренесуваат преку сексуален однос. Но, психолошките разлики не се поврзани со когнитивниот развој, кој е независен од пубертетските промени (Шкарић, 2004).

Во адолесценцијата когнитивните процеси се на повисоко ниво. Се издвојуваат 5 карактеристики по кои мислењето кај адолесцентите се разликува од она кај децата од средното детство:

1. Адолесцентите мислат за алтернативните можности кои не се дадени непосредно и сетилно;

2. Адолесцентите размислуваат преку хипотези;

3. Размислуваат за иднината;

4. За сопствениот процес на мислење (метакогнитивно мислење) и

5. Адолесцентите размислуваат преку конвенционалните ограничувања, т.е. ги поставуваат на преиспитување општествените вредности и норми.

Адолесцентите при решавањето на некој проблем можат да ги издвојат и да ги варираат систематски сите релевантни фактори за да заклучат кој (кои) фактор(и) ја предизвикале појавата, а ова е способност за експериментално мислење. Тие исто така се способни да градат систем од сопствени вредности и да се самопосматраат какви се и какви би сакале да бидат.

Недовршената адолесценција може да биде: задоцнета или продолжена адолесценција. Задоцнета адолесценција е застој во напредувањето кон периодот на зрелоста. Адолесцентот останува врзан за старите идентификации, а не создава нови објекти за емоционално врзување. Продолжената адолесценција е застој во фазата на завршното созревање. Лицето не сака да излезе од адолесценцијата, правејќи

професионален, општествен и партерски/брачен избор. Тоа е "вечен" студент, економски зависен, со голем егоцентризам и со променливи сексуални врски.

Посебна карактеристика е идентитетот и сликата за себе во адолесценцијата. Сликата за себе во адолесценцијата, од главно физичко поимање за себе (11-14 години) се преобразува во апстрактно-психолошко поимање за себе (по 14, односно 17-та година). Поимот за идеално јас, од главно физички опис (11-15 години), преминува во апстрактно-психолошка слика за себе (Такашманова-Соколовска, 1998). Појавата на формалното-логичко мислење овозможува адолесцентот во самоописот да вклучи апстракни идеи за себе и да се проценува врз основа на внатрешните доживувања, посебно врз сопствените мисли и чувства. Себеприфаќањето е на повисоко ниво, кај оние адолесценти кои имаат повисоко ниво на формални операции. Но, себепочитувањето во адолесценција, пред се зависи од општата социо-емоционална клима во семејството и во училиштето: повеќе емоционална топлина, прифаќање, приврзаност и пофалби водат до поголемо самопочитување.

Ериксон под идентитет подразбира општа слика која личноста ја има за себе. Според него основна задача во адолесценцијата е токму формирањето на идентитетот. Предуслови кои го водат адолесвцентот кон формирање на идентитетот се:

- Сексуалното созревање;
- Когнитивните способности за самопонабљудување и за хипотетичко-дедуктивно мислење, како и зголемувањето на социјалниот притисок да се насочува и да избере професија.

Адолесцентот си бара свој идентитет преку испробување на различни општествени улоги и често прави брзи преориентирања (Ericson, 1980; 1976).

Кризата на идентитетот и бура во адолесценцијата е последица на измешани улоги кои на адолесцентот му ги поставува општестввото, но и поселдица на сложеноста на процесот на градење на усогласена целина од многубројните лични својства. Постои и состојба на т.н. мешавина од идентитети, при која на аддолесцентот ќе му треба време за да формира свој почетен идентитет, а не ретко во тоа му треба и поддршка од психолог/психотеерапевт. Друг проблем кој може да се појави е претераната идентификација со некоја група. Сепак, кај адолесцентите е очекувано да се појави само почетното чувство на идентитетот, а не завршен идентитет, кој се развива и во понатамошниот живот. Кризата на идентитетот е феномен кој не е карактеристичен само за перидот на адолесценцијата.

1.3. Адолесцентот и семејството

Во адолесценцијата се одвива процес на индивидуација. Тогаш адолесцентот се ослободува од зависноста од родителите, но врската со нив останува. Во тој процес се наведуваат неколку фази:

1. Нагласена диференцијација од родителите, кога адолесцентот има критички став кон родителите, одбива се што произлегува од нив и се доживува како различен од нив;

2. Фаза на вежбање на независноста од родителите, кога адолесцентот ги одбива предупредувањата на родителите и смета дека може да испробува се сам.

3. Повторно зближување со родителите, но како самостојна личност. Тогаш адолесцентот воспоставува соработка, но без автоматска послушност;

4. Воспоставување на независност и чувство на сопствен идентитет, т.е. индивидуалност.

Адолесцентот и понатаму смета на семејството како на значаен извор на поддршка, обично ги зачувува ставовите и вредностите на семејството за морални, политички и општествени прашања.

Воспоставениот идентитетот е различен од оној на родителите. Всушност, она со што адолесцентите најмногу се разликуваат од родителите се стилот на облекување, фризурата и музиката која ја претпочитаат. За општествените и политичките појави, етичките прашања и вредности, тие сеуште имаат слични погледи. Сличностите не произлегуваат само од влијанието на родителите врз адолесцентите, туку има и обратно влијание. Адолесцентите ги пренесуваат новите стилови на живеење врз родителите. Промените во интеракцијата меѓу адолесцентите и родителите главно потекнуваат од адолесцентите. Станува збор за двонасочна социјализација.

Во односите со родителите се забележува амбивалентност меѓу независноста и зависноста. Адолесцентите многу често ги отфрлаат сваќањата на родителите, наметнуваат свои видувања и вредности за кои мислат дека се подобри. Родителите им изгледаат како хипокрити бидејќи изразуваат едни идеали, а покажуваат други поведенија. Тогаш адолесцентите почнуваат да ги осудуваат родителите кои до тогаш им изгледале совршени и моќни.

Адолесценцијата има навидум две противречни задачи во односите со родителите: да ја стекнат својата самостојност од родителите и да одржуваат

приврзаност кон нив. Стекнувањето на самостојноста се одвива низ голем број конфликти, соочувања и расправии со родителите. Одржувањето на приврзаноста се изразува преку продолжување на емоционалната врзаност на адолесцентот со родителите. Воспоставувањето на независност и автономија од родителите бара повеќе способности и посебни услови. Адолесцентот е автономен ако мисли, чувствува и дејствува самостојно, а тоа значи самостојно одлучување, справување со проблемите, финансиска независност, одвоено живеење, чувство дека веќе не му припаѓаат на стариот дом. Физичкото одвојување и самостојното одлучување адолесцентите ги прифаќаат полесно, апотешкото им е емоционално да се дистанцираат од родителите.

Зголемениот број на конфликти со родителите се однесува на секојдневни проблеми. Хипотетичко-дедуктивното мислење придонесува адолесцентите да имаат поинакви погледи и мислења од родителите, потреба тоа да го аргументираат, а тоа води до расправа. Најчесто тоа се расправи во врска со почитување на семејните правила, облекувањето, излегувањето и враќањето, училишниот успех или обврските околу домаќинството.

Ако родителите се свесни дека овие противречности се минливи, можат да ги избегнат конфликтите, бидејќи овие конфликти не ги разурнуваат односите меѓу родителите и адолесцентите. Тоа се повеќе напнатости предизвикани од различни мислења и погледи, кои не се толку штетни за односите, туку се предизвик за развој. Тие се дел од процесот на индивидуација и разделба.

Главно проблемите во комуникацијата се поради:

- Критика на сите авторитети, поради тоа што никој од нив не е како замисленият идеал;
- Потреба од аргументација за се што секојдневбо се случува и за што се разговара;
- Претерана преокупираност со себе како центар на внимание и постоење на замислена публика, т.е. адолесцентот мисли деке е фокусот на вниманието на другите;
- Егоцентризам, т.е. убеденост за својата посебност, исклучителност и неподложност на природните закони кои важат за другите, а не за него;
- Неодлучност дури и за најобични случувања, поради тоа што е свесен за многуте избори кои постојат;

- Отворена хипокризија, т.е. неможност да се направи разлика меѓу изразување и остварување на идеалот. Доволно му е да ги изрази врвните вредности, но не и да ги практикува.

Емоционалната приврзаност на адолесцентите за родителите не се намалува со тоа што тие имаат повеќе конфликти соо родителите и со тоа то стануваат самостојни. Во адолесценцијата се намалува интимноста со родителите, а се зголемува со пријателите и врсниците. Сепак адолесцентите продолжуваат родителите да ги доживуваат како основа за нивната сигурност. Адолесцентот својата благосостојба и среќа повеќе ја поврзува со квалитетот на неговата поврзаност со родителите, отколку со врсниците. И покрај тоа што адолесцентите стекнуваат поголема независност, останува значајна неговата централна врска и приврзаност кон родителите. Тие претпочитаа родителите да се интерсираат и да се вклучат во нивниот живот. Конфликтите за да се решат или да се трансформираат, потребни се вештини кои се учат во рамки на образовниот систем, различни обуки за адолесценти и родители и секако во рамки на семејно-системско советување.

1.4. Ментално здравје кај адолесценти

На глобално ниво, еден од седум млади од 10 до 19 години доживува ментално растројство, што претставува 13% од глобалниот товар на болести во оваа возрасна група. Депресијата, анксиозноста и нарушувањата во однесувањето се меѓу водечките причини за болести и инвалидитет кај адолесцентите. Самоубиството е четврта водечка причина за смрт кај младите од 15 до 19 години.

Последиците од неуспехот да се решат состојбите на менталното здравје на адолесцентите се прошируваат до зрелоста, нарушувајќи го и физичкото и менталното здравје и ограничувајќи ги можностите да водат исполнет живот како возрасни.

Секој шести човек е на возраст од 10-19 години. Адолесценцијата е уникатно и формативно време. Физичките, емоционалните и социјалните промени, вклучително и изложеноста на сиромаштија, злоупотреба или насилство, може да ги направат адолесцентите ранливи на проблеми со менталното здравје. Заштитата на адолесцентите од неволји, промовирањето на социо-емоционалното учење и психолошката благосостојба и обезбедувањето пристап до грижа за менталното здравје се клучни за нивното здравје и благосостојба за време на адолесценцијата и зрелоста.

На глобално ниво, се проценува дека 1 од 7 (14%) млади од 10 до 19-години доживуваат ментални здравствени состојби (Institute of health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx), но тие остануваат во голема мера непризнаени и нетретирани.

Адолесцентите со ментални здравствени состојби се особено ранливи на социјално исклучување, дискриминација, стигма (влијае на подготвеноста за барање помош), образовни тешкотии, ризични однесувања, физичко лошо здравје и кршење на човековите права (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health).

Детерминанти за ментално здравје

Адолесценцијата е клучен период за развивање социјални и емоционални навики важни за менталната благосостојба. Тие вклучуваат усвојување на здрави модели на спиење; редовно вежбање; развивање на вештини за справување, решавање проблеми и интерперсонални вештини; и учење да управуваат со емоциите. Заштитните и поддржувачките средини во семејството, во училиштето и во поширокаата заедница се важни.

Повеќе фактори влијаат на менталното здравје. Колку повеќе фактори на ризик се изложени адолесцентите, толку е поголемо потенцијалното влијание врз нивното ментално здравје. Фактори кои можат да придонесат за стрес во адолесценцијата вклучуваат изложеност на неволји, притисок да се усогласат со врсниците и истражување на идентитетот. Влијанието на медиумите и родовите норми може да ја влошат разликата помеѓу живата реалност на адолесцентот и нивните перцепции или аспирации за иднината. Други важни детерминанти го вклучуваат квалитетот на нивниот домашен живот и односите со врсниците. Насилството (особено сексуалното насилство и малтретирањето), грубото родителство и тешките и социо-економските проблеми се признати ризици за менталното здравје.

Некои адолесценти се изложени на поголем ризик од услови за ментално здравје поради нивните животни услови, стигма, дискриминација или исклучување или недостаток на пристап до квалитетна поддршка и услуги. Тие вклучуваат адолесценти кои живеат во хуманитарни и кревки услови; адолесценти со хронична болест,

нарушување на спектарот на аутизам, интелектуална попреченост или друга невролошка состојба; бремени адолесценти, родители адолесценти или оние кои се во ран или принуден брак; сирачиња; и адолесценти од малцинско етничко или сексуално потекло или други дискриминирани групи.

Емоционални нарушувања

Емоционалните нарушувања се чести кај адолесцентите. Анксиозните нарушувања (кои може да вклучуваат паника или прекумерна грижа) се најзастапени во оваа возрасна група и се почести кај постарите отколку кај помладите адолесценти. Се проценува дека 3,6% од младите помеѓу 10 и 14 години и 4,6% од 15 до 19 години имаат анксиозно растројство. Се проценува дека депресијата се јавува кај 1,1% од адолесцентите на возраст од 10-14 години и 2,8% од 15-19-години. Депресијата и анксиозноста споделуваат некои од истите симптоми, вклучувајќи брзи и неочекувани промени во расположението.

Анксиозноста и депресивните растројства можат длабоко да влијаат на присуството на училиште и на училишната работа. Социјалното повлекување може да ја влоши изолацијата и осаменоста. Депресијата може да доведе до самоубиство.

Нарушувања во однесувањето

Нарушувањата во однесувањето се почести кај помладите адолесценти отколку кај постарите адолесценти. Нарушувањето на хиперактивноста со дефицит на внимание (АДХД), кое се карактеризира со тешкотии во обрнувањето внимание, прекумерна активност и дејствување без оглед на последиците, се јавува кај младите од 10 до 14-години 3,1%, и 2,4% кај младите од 15 до 19-години. Нарушувањето на однесувањето (вклучувајќи симптоми на деструктивно или предизвикувачко однесување) се јавува кај 3,6% кај младите од 10 до 14-години и 2,4% од 15 до 19 години (Institute of health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). Нарушувањата во однесувањето можат да влијаат на образованието на адолесцентите, а нарушувањето на однесувањето може да резултира со криминално однесување.

Нарушувања во исхраната

Нарушувањата во исхраната, како што се аноректична нервоза и булимија нервоза, најчесто се појавуваат за време на адолесценцијата и младата зрелост. Нарушувањата во исхраната вклучуваат ненормално однесување во исхраната и преокупација со храна, придружени во повеќето случаи со загриженост за телесната тежина и обликот. Аноректична нервоза може да доведе до прерана смрт, често поради медицински компликации или самоубиство, и има поголема смртност од кое било друго ментално нарушување.

Психоза

Условите кои вклучуваат симптоми на психоза најчесто се појавуваат во доцната адолесценција или раната зрелост. Симптомите може да вклучуваат халуцинации или илузии. Овие искуства може да ја нарушат способноста на адолесцентот да учествува во секојдневниот живот и образованието и често да доведат до стигма или прекршување на човековите права.

Самоубиство и самоповредување

Самоубиството е четврта водечка причина за смрт кај постарите адолесценти (15-19 години) (WHO Global Health Estimates 2000-2019). Факторите на ризик за самоубиство се повеќеслојни и вклучуваат штетна употреба на алкохол, злоупотреба во детството, стигма против барање помош, бариери за пристап до грижа и пристап до средства за самоубиство. Дигиталните медиуми, како и секој друг медиум, можат да играат значајна улога или во подобрувањето или во слабеењето на напорите за превенција од самоубиства.

Однесувања за преземање ризик

Многу ризични однесувања за здравјето, како што се употребата на супстанции или преземањето сексуален ризик, започнуваат во адолесценцијата. Однесувањето за преземање ризик може да биде некорисна стратегија за справување со емоционалните тешкотии и може сериозно да влијае на менталната и физичката благосостојба на адолесцентот.

Во светот, преваленцата на обилно епизодно пиење кај адолесцентите на возраст од 15-19 години беше 13,6% во 2016 година, при што најмногу се изложени на ризик мажите (Global status report on alcohol and health, 2018).

Употребата на тутун и канабис се дополнителна загриженост. Многу возрасни пушачи ја земале првата цигара пред да наполнат 18 години. Канабисот е најраспространетата дрога кај младите луѓе со околу 4,7% кај 15-16-годишниците кои го користеле барем еднаш во 2018 година (World Drug Report, 2020).

Извршувањето на насилство е ризично однесување кое може да ја зголеми веројатноста за ниско образовно достигнување, повреда, вмешаност во криминал или смрт. Меѓучовечкото насилство беше рангирана меѓу водечките причини за смрт на постарите адолесцентни момчиња во 2019 година (WHO, 2020).

Промоција и превенција

Интервенциите за промоција и превенција на менталното здравје имаат за цел да го зајакнат капацитетот на поединецот да ги регулира емоциите, да ги подобрат алтернативите за однесувањето на ризик, да изградат отпорност за управување со тешки ситуации и неволји и да промовираат општествени средини и социјални мрежи за поддршка.

Овие програми бараат пристап на повеќе нивоа со различни платформи за испорака - на пример, дигитални медиуми, здравствени или општествени поставки, училишта или заедница - и различни стратегии за да допрат до адолесцентите, особено до најранливите.

Рано откривање и лекување

Од клучно значење е да се одговори на потребите на адолесцентите со ментални здравствени состојби. Избегнувањето на институционализацијата и преголемата медицинска помош, давањето приоритет на нефармаколошките пристапи и почитувањето на правата на децата во согласност со Конвенцијата на Обединетите нации за правата на детето и другите инструменти за човекови права се клучни за менталното здравје на адолесцентите.

Одговор на СЗО (Светска Здравствена Организација)

СЗО работи на стратегии, програми и алатки за да им помогне на владите да одговорат на здравствените потреби на адолесцентите.

На пример, Иницијативата Helping Adolescents Thrive (HAT) е заеднички напор на СЗО-УНИЦЕФ за зајакнување на политиките и програмите за менталното здравје на адолесцентите. Поконкретно, напорите што се направени преку Иницијативата се за унапредување на менталното здравје и спречување на состојби на ментално здравје. Тие исто така се наменети да помогнат во спречување на самоповредување и други ризични однесувања, како што е штетната употреба на алкохол и дрога, кои имаат негативно влијание врз менталното и физичкото здравје на младите луѓе.

СЗО, исто така, разви модул за ментални и бихејвиорални нарушувања кај децата и адолесцентите како дел од Водичот за интервенции mhGAP 2.0. Овој Водич обезбедува клинички протоколи засновани на докази за проценка и управување со низа состојби на ментално здравје во неспецијализирани услови за нега.

Понатаму, СЗО развива и тестира скалабилни психолошки интервенции за справување со емоционалните нарушувања на адолесцентите и насоки за услугите за ментално здравје за адолесцентите.

Регионалната канцеларија на СЗО за Источен Медитеран разви пакет за обука за ментално здравје за едукатори за подобро разбирање на важноста на менталното здравје во училишното опкружување и за насочување на имплементацијата на стратегии за промовирање, заштита и обновување на менталното здравје кај нивните ученици. Вклучува прирачници за обука и материјали за да помогне во зголемувањето на бројот на училишта кои го промовираат менталното здравје.

1.5. Депресија кај адолесценти

Депресивните чувства се чести кај адолесцентите: кај најголемиот дел, сепак, ова е нормативен начин на доживување на растењето и развојот на младоста. При евалуацијата на депресијата кај адолесцентот треба да се земат предвид актуелната фаза во развојот на адолесценцијата и настаните во животот кои би можеле да влијаат на расположението.

Депресијата на еден адолесцент може да биде презентирана преку разни симптоми, таа може да биде маскирана, на пример, со хобија кои фанатично се практикуваат или со нарушувања во поведението (на пример, конфликтност, крадење, злоупотреба на

супстанции). Типично е младото лице да изгледа депресивно само кога тоа/таа зборува за депресијата.

Депресивните адолесценти пушат цигари и употребуваат дроги и алкохол почесто отколку другите млади лица.

Депресијата кај адолесцентот е психијатриско растројство на кое мора сериозно да се пристапи и соодветно да се лекува.

Епидемиологија и етиологија

Во согласност со студиите на популација, преваленцијата на тешката депресија (големо депресивно растројство во DSM-III-R) е 3.4%, со застапеност на лесната долготрајна депресија (Dysthymia DSM-III-R) од 3.2% и со животна преваленција на тешката депресија од 13%. Јасно е дека депресивните состојби сè почесто се застапени кај девојките отколку кај момчињата. Во согласност со разните студии околу 40% од депресивните манифестираат некој друг психијатриски коморбидитет.

Тешката депресија кај адолесцентот е асоцирана со зголемен ризик за самоубиство. Во постмортем студиите на адолесцентите кои извршиле самоубиство, се покажало дека 51 до 80% страдале од тешка депресија. Ризикот од автодеструктивност се зголемува ако со депресијата се асоцирани злоупотребата на супстанции и асоцијалното однесување.

Бидејќи тешката депресија кај адолесцентот предизвикува различни долготрајни несакани ефекти на здравјето и го зголемува суицидниот морталитет, превентивните сервиси во САД препорачуваат активен скрининг на депресијата кај адолесцентите, ако се достапни соодветни дијагностички и терапевтски сервиси според актуелните протоколи за третман (Службен весник на Република Македонија, број 43/12).

Факторите кои влијаат на развојот на депресијата не се познати во детали, но и социодемографските фактори и несаканите животни настани е покажано дека се асоцирани со депресијата. Опсервирано е дека депресивните адолесценти имале посиромашни социјални способности отколку другите млади луѓе и имале понегативен поглед кон себеси отколку другите.

Ризикот од развој на клиничка депресија е поголем ако некој друг член во семејството страдал од тешка депресија или биполарно афективно растројство.

Симптоми на депресија

Психијатриските симптоми асоцирани со нормалниот развој се минливи и не се асоцирани со директната или индиректната автодеструктивност, а способноста на младата личност да функционира не е нарушена.

Важно е да се диференцираат чувствата на депресија кои се нормативни за адолесцентот и патолошката депресија.

Нормативна депресија во адолесценцијата (или тага поврзана со загуба), опфаќа:

• Чувство на тага и загуба, плачење;

• Менување на расположението: тага-омраза-радост;

• Неочекувани промени на самопочитта;

• Повремена загриженост за физичката појава;

• Мали физички симптоми;

• Повремени нарушувања на сонот;

• Затскривање, наизменично или зад примитивните (на пример, негирање, обвинување на другите, разделување) или созреаните (на пример, рационализација, одбивање) механизми на одбрана;

• Социјалните релации не се засегнати, како што е способноста да се ужива во храната и хобијата и да се биде лудо 0вљубен.

Патолошка депресија опфаќа:

• Меланхоличност, здодевност, чувство на празнина или постојана иритација;

• Неконтролирани изливи на чувства;

• Тешкотии во концентрацијата;

• Чувства на безвредност и срам, понекогаш нереални чувства на вина;

• Размислувања за смртта, суицидни идеи, планови за самоубиство;

• Растројства во спиењето (тешкотија да заспие, будност, рана утринска инсомнија, кошмари);

• Флуктуации во тежината;

• Грижа за сопственото тело до степен на хипохондрија;

• Болки и разни соматски тегоби;

• Мала способност да се радува на што било;

• Помалку контакти и поретки релации со другите;

• Главно, примитивни одбранбени механизми.

Поставување на дијагноза

Прво треба да се исклучат соматските причини за заморливоста, апатијата итн. Кога се испитува депресивен адолесцент треба да се има предвид дека младото лице може да има негативен став за себеси и може да му е тешко да зборува со непознато лице. Да се обезбеди време за дискусија и да се постават директни прашања кои ќе овозможат одредување на траењето и на природата на симптомите и нивното влијание на секојдневниот живот. Прашањата кои се однесуваат на училиштето, хобијата и времето поминато со пријателите се важни. Прашањата кои се однесуваат на автодеструктивните мисли треба да се постават одделно бидејќи тие може да бараат веднаш да се реагира.

Структуриран прашалник за симптомите може да се користи за проценка на интензитетот на депресијата, на пример, Бековиот инвентар на депресија (BDI) (ннд-B)1 или Бековиот инвентар на депресија модифициран од Raitasalo (RBDI) прашалникот кој е специфичен за адолесценти. Бековиот прашалник е корисен скрининг-метод за детектирање на депресијата, иако дава и некои лажно позитивни резултати.

Ако депресијата на адолесцентот е пролонгирана или се опсервирани симптоми на тешка депресија или автодеструкција, младата личност треба да се упати на егзаминација во специјалистичкото психијатриско одделение за адолесценти.

Адолесцентот треба да се упати веднаш ако постои ризик од самоубиство. Во евалуацијата може да биде корисна телефонската консултација со специјалистичкото одделение.

Лесните депресивни состојби и реакциите на тага може да се третираат во примарната здравствена заштита.

Третман на депресија кај адолесценти

Адолесцентот може да биде третиран со супортивни дискусии. Ако е потребно, може да се употреби привремена медикација за редуцирање на симптомите, на пример, хипнотици или анксиолитици во многу кратки интервали. Сепак, ако симптомите не се редуцираат или способноста на младото лице да функционира се намалува, можеби ќе биде неопходна евалуација од страна на специјалистичко одделение (да се има предвид можноста од телефонска консултација).

Дијагнозата на тешка депресија, планирањето и следењето на третманот се спроведува во специјализирана единица. Бидејќи значителен дел од депресивните состојби со ран почеток (<20-годишна возраст) се развиваат во тешки состојби на депресија, значајно е да се направи аранжман за долготраен третман кој, исто така, ќе ги опфати и останатите постојни ментални растројства.

Адолесцентите примарно се третираат со различни психотерапевтски методи комбинирани со неопходната медикација. **Тесната соработка со родителите и мерките за поддршка на родителството се значаен дел од третманот.** Рехабилитацијата, исто така, често е потребна (на пример, едукација, социјална поддршка).

Кратките когнитивно-бихејвиорални терапии (ннд-А) се ефикасни, исто така, интерперсоналната психотерапија се покажала како ефикасна во третманот на тешката депресија кај адолесцентите, но генерализацијата на резултатите е под прашање поради малите популации во студиите. Не постојат контролни студии за долготрајните психодинамски терапии.

Нерешените конфликти во релациите со родителите влијаат на закрепнувањето од тешката депресија. Ова укажува на потребата од примена на семејна-системска психотерапија

Третманот на адолесцентната депресија може да има потреба од медикација за да се ублажат симптомите, да се возобнови способноста за функционирање и во некои случаи да се овозможи започнување на други форми на третман.

Ако адолесцентот имал манични или хипоманични фази или има позитивна семејна историја за биполарно афективно растројство, можната медикација мора да биде започната под опсервација.

Се препорачува медикаментозниот третман да се продолжи во период од најмалку 4 до 6 месеци. Започнувањето и следењето на медикацијата мора да се спроведува на планиран начин бидејќи автодеструктивните импулси може да се зголемат во иницијалната фаза од третманот.

1.6. Анксиозност кај адолесценти

Анксиозните растројства се најраспространетата грижа за менталното здравје со која се соочуваат адолесцентите денес, но сепак тие во голема мера се недоволно третирани. Ова е особено загрижувачко со оглед на тоа што постојат прилично добри

податоци за поддршка на пристапот заснован на докази за дијагноза и третман на анксиозност, а исто така и дека нетретираните, овие проблеми може да продолжат и во зрелата возраст, растејќи се во сериозност. Така, знаењето како да се препознае и да се одговори на анксиозноста кај адолесцентите е од најголема важност во примарната здравствена заштита. За таа цел, овој напис обезбедува ажуриран преглед на дијагнозата и третманот на анксиозните нарушувања насочени кон професионалци во примарната здравствена заштита. Опфатените теми вклучуваат подтипови, клиничка презентација, етиологија и биологија, ефективни инструменти за скрининг, третмани базирани на докази (и лекови и терапија) и долгорочна прогноза за адолесцентите со анксиозност. Поважно, ние се фокусираме на најчестите типови на анксиозни нарушувања, често познати како фобии, кои вклучуваат генерализирано анксиозно растројство, социјална анксиозност/социјална фобија, анксиозно растројство од одвојување, панично растројство и специфични фобии.

Анксиозните растројства често се појавуваат пред зрелоста, па затоа треба да бидат внимателни оние кои работат со деца и адолесценти. На пример, податоците од National Comorbidity Survey Replication, национално репрезентативна епидемиолошка студија, покажа дека повеќето анксиозни нарушувања се јавуваат кај децата на средна возраст (11 години) (Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al., 2007). Давателите на примарна нега, како и родителите, пријателите и старателите на адолесцентите, треба да бидат свесни дека анксиозноста има единствена презентација кај децата и адолесцентите.

Прво, анксиозните нарушувања генерално се почести кај адолесцентните девојчиња отколку кај момчињата (Merikangas, He, Burstein et al., 2010). Дополнително, младоста може да покаже повеќе бихејвиорални манифестации на анксиозност наместо когнитивно или свесно одобрување од страна на пациентот, која е почеста кај возрасните. На пример, децата и адолесцентите често имаат физички поплаки или соматски симптоми на анксиозност (т.е. стомак или главоболки), наместо да ги препознаваат симптомите на анксиозност како такви. Слично на тоа, грижите за однесувањето, како што е пркосот, однесувањето дома и на училиште, исто така, може да ја придружува анксиозноста кај младоста. Избегнувањето на училиште, обично поради социјална фобија или генерализирана анксиозност, е особено истакната форма на такво опозициско однесување кое често ја придружува анксиозноста, особено кај адолесцентите.

Сепак, треба да се забележи дека избегнувањето на училиште не е специфично за анксиозните растројства, а други причини вклучуваат тешкотии во учењето или конфликти со врсниците. Студиите покажаа дека училишните потешкотии, падот на училишните резултати, па дури и незавршувањето на средното училиште, се поврзани со анксиозност кај децата и адолесцентите од страна на некои, но не сите студии. Социјалното повлекување и од врсниците и од активностите е исто така честа појава (Garland, 2001).

Друга заедничка карактеристика на презентацијата на анксиозни растројства е да имате повеќе од едно истовремено анксиозно растројство, како што се генерализирано анксиозно растројство и социјална фобија. Овој феномен, познат како „коморбидитет“, е чест кај адолесцентите и возрасните кои страдаат од анксиозни нарушувања. Анксиозноста и депресијата, исто така, често се коморбидни кај адолесцентите (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002).

Податоците за коморбидна употреба/злоупотреба на супстанци се мешани, при што некои покажуваат дека анксиозните адолесценти се изложени на намален ризик, (Malmberg, Overbeek, Monshouwer, Lammers, Vollebergh, Engels, 2010), додека други покажале зголемен ризик (Low NC, Lee, Johnson, Williams, Harris, 2008; Kilgus & Pumariega, 2009). *Ова може да се должи на родовите разлики со специфични типови на анксиозни нарушувања или интеракцијата.* Поддржувајќи ја оваа можност, (Wu et al., 2010) анксиознсота беше поврзана со помала употреба на дрога. Попреченостите во учењето и растројството на хиперактивност со дефицит на внимание, исто така, често се појавуваат заедно со анксиозните нарушувања кај младите.

Важно размислување за давателите на примарната здравствена заштита и родителите е како да се разликуваат стравовите кои се дел од типичниот развој од анксиозно растројство. Типично за време на развојот, децата може да се плашат од одредени предмети или ситуации. На пример, вообичаено е доенчињата и малите деца да се плашат од странци (12-18 месеци), познато како странец анксиозност, или децата на училишна возраст донекаде се плашат од бактерии (5-7 години), или адолесцентите да бидат донекаде загрижени за прифаќањето или отфрлањето (Beesdo, Lau, Guyer, et al., 2009). Сепак, овие нормативни стравови се типично минливи и не резултираат со

функционално оштетување, за разлика од анксиозните нарушувања кои перзистираат и го попречуваат функционирањето на адолесцентот дома, на училиште или со врсниците.

Постојат неколку други психолошки и еколошки фактори на ризик кои може да ги разликуваат нормалните стравови од анксиозните нарушувања во адолесценцијата. Инхибицијата на однесувањето е темпераментна карактеристика која се однесува на особина на некои мали деца да покажуваат зголемен страв како одговор на нови ситуации. Бихејвиоралната инхибиција може да се процени преку родителски извештај или ретроспективен самоизвештај или да се мери во лабораторија со изложување на мали деца на нови ситуации и набљудување на нивното однесување. Инхибицијата на однесувањето е поврзана со анксиозни нарушувања во подоцнежното детство и адолесценција.

Друг ризик фактор за адолесцентните анксиозни нарушувања се родителските анксиозни нарушувања. Поточно, децата и адолесцентите чии родители имаат анксиозно растројство имаат поголема веројатност да покажат и анксиозност (на пример, коефициент на шансите 4,7% за социјална фобија), што имплицира и генетиката и семејната средина (Merikangas, Avenevoli, Dierker, Grillon, 1999). Трет фактор кој може да предиспонира за анксиозни нарушувања се тешкотиите со односи со врсници, кои се поврзани со последователна анксиозност, особено социјална анксиозност, кај адолесцентите (Siegel, La Greca, Harrison, 2009).

Психотерапевтски третман

Многу често, психотерапијата е црна кутија која не е транспарентна за давателите на примарната здравствена заштита. Така, во продолжение на ова поглавје од трудот следи краток опис на главните форми на психотерапија за анксиозни нарушувања, вклучувајќи психоедукација, техники за релаксација, изложеност и систематска десензибилизација, како и терапија со когнитивно однесување.

Психоедукацијата ги учи пациентите и нивните родители за анксиозноста. Може да вклучува информации за тоа колку вообичаени или какви видови на анксиозност постојат, причини за анксиозни нарушувања (на пр., промени во мозокот, гени, животна средина и нивната интеракција), физички манифестации на анксиозност (на пример, забрзано срце, испотени дланки, главоболки и стомак болки), идентификација на предизвикувачки ситуации кои можат да доведат до анксиозност и концептот дека избегнување на страшни ситуации може да ја одржи/продолжи или да ја влоши анксиозноста (Kendall & Hedtke, 2006). Давателите на примарна здравствена заштита можат да спроведуваат психоедукација, како што би правеле за која било друга болест. Иако често се комбинира со други компоненти на терапијата (опишани подолу), психоедукацијата е важен аспект на терапијата за анксиозни нарушувања од сите видови и нивоа на сериозност.

Техниките за релаксација може да се користат и во примарната здравствена заштита. Техниката вклучува учење на стратегии за релаксација, како што се длабоко дишење, прогресивна мускулна релаксација и водени слики што адолесцентите потоа можат да ги практикуваат дома. За длабоко дишење, на адолесцентот му е наложено да земе длабок здив низ носот и да издишува низ устата додека чувствува дека неговиот или нејзиниот стомак се крева и паѓа со здивот.

Прогресивната мускулна релаксација вклучува затегнување, а потоа опуштање на мускулните групи по целото тело (на пр., напнати и релаксирани прсти, глуждови и телиња). Водени слики ги упатуваат адолесцентите да замислат релаксирачки амбиент додека вежбаат длабоко дишење. Терапевтите ги учат адолесцентите да генерираат одговор на релаксација, т.е. чувство на релаксација и благосостојба, за време на нивните сесии во канцеларија, кои потоа може да се практикуваат и генерализираат на други поставки каде што анксиозноста е почеста, како на пример на училиште или со врсниците. Иако често се комбинирани со други техники, истражувањата покажаа дека само техниките за релаксација можат да бидат ефективни во значително намалување на симптомите на анксиозност кај адолесцентите (Carlson & Hoyle, 1993).

Применетата релаксација е техника која се покажала како ефикасна, особено за возрасни со генерализирано анксиозно растројство, во кое анксиозниот пациентите прво учат техники за релаксација, како што е прогресивна мускулна релаксација, а потоа учат

да ги применуваат овие техники за време на ситуации кои предизвикуваат анксиозност кога ќе се појават со цел да го контролираат одговорот на соматската анксиозност (Ost, 1987). Техниките за релаксација се особено ефикасни за оние кои доживуваат силна соматска компонента на нивната вознемиреност. Сепак, некои експерти теоретизираат дека техниките за релаксација го зајакнуваат однесувањето на избегнување и може да ги овековечат симптомите на анксиозност на долг рок.

Задачите за изложување се посложени за спроведување и најдобро се користат во услови на ментално здравје, наместо во примарната здравствена заштита. За време на задачите за изложување, пациентите се охрабруваат да се изложат на страшни ситуации или стимули (на пример, зборување во јавност, пајаци) со цел да се намали избегнувањето на овие ситуации/стимули. Целта на изложеноста е да му се овозможи на адолесцентот да се „навикне“ на страшните ситуации/стимули, што значи дека ќе научат дека симптомите на анксиозност на крајот сами ќе исчезнат без никакви штетни ефекти. Ова води кон изумирање, во кое стравуваната ситуација/стимуланс повеќе не предизвикува вознемирен одговор. Изложеноста може да се спроведе со користење на хиерархија на страв, во која терапијата започнува со ситуации/стимули од кои најмалку се плаши и се надоградува на оние кои предизвикуваат најголеми симптоми на анксиозност. Задачите на изложеност, исто така, обично се комбинираат со други техники во терапијата, иако некои истражувања покажа дека ин виво изложеноста (на пример, допирање пајак поради фобија од пајаци) може да биде ефикасно за специфични фобии во само 1-2 сесии (Compton et al., 2010; Ost et al, 2001; Muris et al., 1998).

Систематската десензибилизација е поврзана техника, во која пациентите се изложени на анксиозност -провоцирачки ситуации, in vivo или имагинални (т.е. тие го замислуваат стимулот што предизвикува анксиозност) и практикуваат користење техники за релаксација за време на изложувањето. Техниките на изложеност можат да бидат многу ефикасни за широк спектар на симптоми на анксиозност и нивоа на сериозност (Holoroyd, 1976).

Когнитивната бихејвиорална терапија е форма на психотерапија за анксиозност која комбинира некои од горенаведените техники со дополнителни компоненти на третман. Когнитивната бихејвиорална терапија најдобро се користи во контекст на долгорочен третман во амбиент за ментално здравје. Во основата, когнитивната

бихејвиористичка терапија се заснова на идејата дека нечии мисли (когниции), чувства (емоции) и однесување се во интеракција, со цел на когнитивната бихејвиористичка терапија да се идентификуваат и променат когнициите и однесувањето кои го одржуваат нарушувањето, со што се намалуваат симптомите и се подобрува способноста на пациентот да функционира (Reinecke, Dattilio, Freeman, 2003).

На пример, адолесцентот со социјална фобија може да биде преокупиран со мисли дека ќе биде исмеан од своите врсници на претстојниот социјален настан. Во однос на однесувањето, избегнувањето на страшната ситуација или стимул, како што е неодењето на социјалниот настан во претходниот пример, често ги одржува и ги влошува симптомите на анксиозност. Во однос на емоциите, чувствата на анксиозност и евентуално слаба самодоверба или депресија би произлегле од таквите сознанија и однесување, според моделот на терапија со когнитивно однесување. Когнитивната бихејвиорална терапија е често специфична за нарушување, што значи дека е приспособена да одговори на одредени типови на сознанија, емоции и однесувања поврзани со една болест, т.е. анксиозност или депресија. Терапијата за анксиозни нарушувања обично се состои од неколку техники, вклучително и психоедукација и задачи за изложување, како што е споменато погоре, покрај когнитивното реструктуирање. Когнитивното преструктуирање ги учи пациентите на нови, поадаптивни начини на размислување, како што е сфаќањето дека не можат да го контролираат однесувањето на другите или да знаат што мислат другите. На пример, за социјално фобичниот адолесцент опишан погоре, когнитивното реструктуирање може да му помогне на адолесцентот да размисли за моментите кога присуствувал на некој социјален настан и не бил исмеван, или да сфати дека не може да ги чита мислите на врсниците за да знае дали ги осудува.

Когнитивната бихејвиорална терапија има најдобра база на докази за третман на анксиозни нарушувања. Оваа терапија за прв пат била користена кај возрасни, но значајните истражувања сега покажале дека е ефикасна и за деца и адолесценти. Индивидуалните и групните протоколи за когнитивно-бихејвиорска терапија се и ефикасно користени за лекување на анксиозни нарушувања кај младите (Silverman et al., 2008).

Други модалитети на психосоцијален третман се исто така истражени за адолесцентните анксиозни нарушувања. На пример, Обука за социјална ефективност за деца (SET-C) е третман за деца и адолесценти со социјална фобија. Програмата SET-C се состои од психообразование, обука за социјални вештини и генерализација на врсниците и задачи за изложување. Истражувањето откри дефицит на социјалните вештини кај младите со социјална фобија, веројатно затоа што адолесцентите со социјална фобија избегнуваат интеракции со врсниците и не успеваат да стекнат социјални вештини соодветни на возраста. Обуката за социјални вештини во SET-C вклучува поздравување и вовед, започнување разговори, одржување разговори , вештини за слушање и паметење, вештини за приклучување во групи, позитивно тврдење, негативно тврдење и телефонски вештини. Оваа обука за социјални вештини може да се разликува од обуката за социјални вештини за други нарушувања, како што се нарушувања од спектарот на аутизам, бидејќи третманите за нарушувања од спектарот на аутизам може да ги вклучуваат горенаведените вештини, но исто така се фокусираат на тешкотиите со преземање перспектива и читање социјални знаци кои често ги придружуваат нарушувањата на спектарот на аутизмот, што обично не се гледа кај адолесцентите со социјална фобија. врсници во неформален амбиент. SET-C првично се покажа како успешен со деца на возраст од 8-12 години а исто така бил ефикасно користен и кај адолесцентите. Постојат некои водичи за самопомош за родители или адолесценти, кои може да бидат корисни алатки за да се препорачаат на пациентите за употреба во врска со други форми на лекување (Garcia-Lopez et al., 2006; Foa & Andrews, 2006).

Супортивна терапија е уште еден вид третман во кој терапевтот ги слуша грижите на пациентот и обезбедува емпатија и поддршка преку техники како што се активно и рефлективно слушање. Овој тип на терапија, комбиниран со психоедукативна компонента, се користи како споредбен третман во студиите за когнитивна бихејвиористичка терапија и не е откриено дека е ефикасен за лекување на анксиозни нарушувања (Silverman et al., 1999; Kendall et al., 2008).

Накратко, анксиозните нарушувања кај адолесцентите се недоволно третирана главна здравствена грижа. Тие се манифестираат слично на анксиозните нарушувања кај возрасните со некои дополнителни карактеристики, вклучувајќи соматски симптоми,

проблеми во однесувањето и коморбидитет. Афективната невронаука обезбеди прозорец во основните мозочни механизми кои би можеле да бидат вклучени во анксиозните нарушувања, од кои најзначајното е на ниво на амигдалата.

Во однос на проценката, структурираните интервјуа се најтемелниот начин за дијагностицирање на адолесцентните анксиозни растројства. Анксиозните растројства може да се третираат со помош на психотерапија, особено когнитивна бихејвиорална терапија и фармаколошки интервенции, а комбинацијата на двата од овие модалитети е најефективната форма на третман. Адолесцентната анксиозност обично следи хроничен тек и води до други нарушувања како депресија и употреба на супстанции во зрелоста.

Иако многу се знае за адолесцентните анксиозни нарушувања, сè уште има многу области за идни истражувања. На пример, многу психосоцијални третмани се развиени за деца или возрасни, а потоа се користат за адолесценти во адаптирана форма. Потребни се повеќе истражувања кај адолесцентите независно од децата и возрасните во многу области на адолесцентни анксиозни нарушувања. Како и да е, истражувањата направија значителен напредок кон нашето разбирање за адолесцентните анксиозни нарушувања, а достапни се многу алатки и ресурси за да им помогнат на лекарите да ги разберат, идентификуваат и третираат овие нарушувања.

1.7. Автоагресивно однесување кај адолесценти

Високото ниво на автоагресивно однесување кај адолесцентите од различна возраст останува итен социјален, научен и практичен проблем. Потрошувачката на стимуланси кај средношколците се зголемила од 7-14% на 24-41% (M. Mason, 2015). Според литературата, типовите на автоагресивно однесување вклучуваат директно и индиректно самоповредување, како и самоубиствено однесување (Nock, 2006; Hooley, German, 2016).

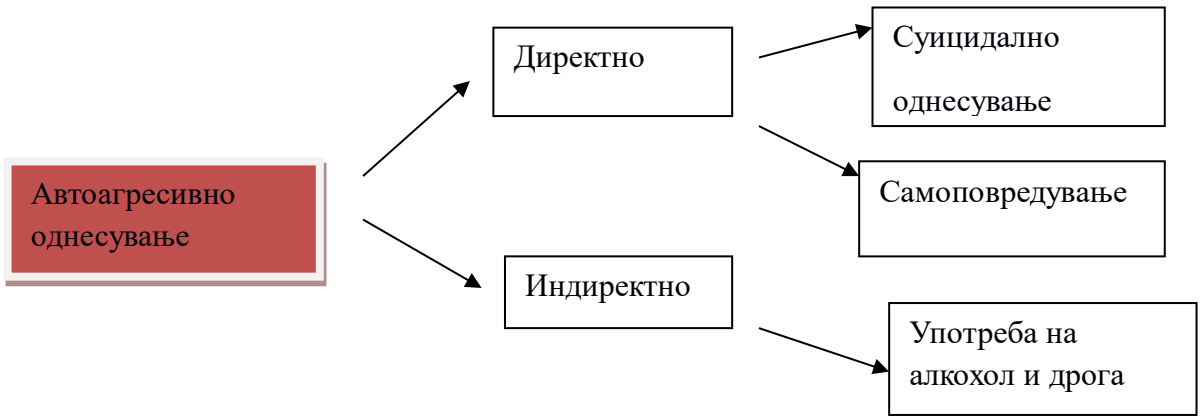
Во едно истражување се земени во предвид следните фактори:

- Методи за модификација на телото и самоповредување (Polskaya N.A. (2003);

- Суицидна личност (Unatskevich P. L., 2009);
- Тест за идентификување на интересот, знаењето и ставовите на адолесцентите за употреба на алкохол и злоупотреба на дрога;
- Група на ризик од зависност од дрога (Khasan B. I., Tyumeneva Y. A. 2003).

Испитани биле вкупно 2085 адолесценти на возраст од 10 до 18 години, меѓу кои 1010 момчиња, 967 девојчиња, а 48 лица не навеле пол. Критериумот за формирање на ризични групи бил комбинација од два индикатори кои дијагностицираат различни типови на автоагресивно однесување и кај адолесцентите и кај нивните родители. Резултатите укажале на поврзаност помеѓу: самоповредувачко однесување, со употреба на супстанции 7%; адолесценти со обид за самоубиство и консумирање алкохол 0,7%; адолесценти со идентификуван ризик од самоубиство и зголемен интерес за психоактивни супстанци 4,7%; адолесценти со зголемен ризик од самоубиство во семејствата на кои имало обиди за самоубиство од родители 0,5%.

Манифестациите на автоагресивно однесување кај адолесцентите се карактеризираат со полиморфни манифестации: високи стапки на употреба на супстанции и манифестации на интерес за оваа тема се комбинирани со зголемување на ризиците од директно самоповредување и самоубиствено однесување.



Слика 1. Поделба на автоагресивното однесување кај адолесценти

На слика 1 е претставена поделба на автоагресивното однесување. Истото е поделено на директно и индиректно. Под директно автоагресивно однесување спаѓа: суицидалното однесување и самоповредувањето. Суицидално однесување е однесување кое претходи на обидот за самоубиство и кај адолесцентите се манифестира главно на следните начини:

- Промени во навиките за јадење и спиење.
- Губење на интерес за вообичаените активности.
- Повлекување од пријателите и членовите на семејството.
- Глумење при однесувањето и бегство.
- Употреба на алкохол и дрога.
- Занемарување на личниот изглед.
- Непотребно преземање ризик.
- Опсесија со смрт и умирање.

Во предвид се земаат и анамнестички податоци за фамилијарна историја на суициди или ментални заболувања кај родителите, како и семејно насилство или сексуално злоставување на адолесцентот.

Главните фактори на ризик за самоубиство се:

- Историја на обиди за самоубиство.
- Депресија, други ментални нарушувања или нарушување при употребата на супстанци.
- Хронична болка.
- Семејна историја на ментално растројство или употреба на супстанци.
- Семејна историја на самоубиство.
- Изложеност на семејно насилство, вклучително и физичка или сексуална злоупотреба.

Во овој труд се истражува другиот вид на автоагресивно директно однесување кај адолесцентите, т.е самоповредувањето.

Третиот тип на автоагресивно однесување е индиректното то подразбира злоупотреба на алкохол и дрога.

1.8. Самоповредување кај адолесценти

Луѓето кои се впуштаат во самоповреда без самоубиство намерно ги повредуваат своите тела (на пр. со сечење или палење) како начин да се справат со интензивната емоционална вознемиреност. Несамоубиствено самоповредување е загриженост кај младите луѓе бидејќи често останува неоткриено. Тоа е поврзано со долгорочни лоши резултати на физичкото и менталното здравје кои се протегаат до зрелоста, а исто така често се поврзува со самоубиство. Официјалните статистички податоци веројатно недоволно ги претставуваат самоповредите кои не се самоубиствени, бидејќи ги евидентираат само хоспитализираните повреди. Истражувањата сугерираат дека преваленцата на ниво на популација може да биде двојно повисока или повисока отколку што е прикажано во националната статистика.

Карактеристики на адолесцентите со NSSI (Несуицидно самоповредување)

До неодамна, NSSI се сметаше за примарно поврзана со следниве три специфични психијатриски дијагностички категории: развојни попреченост, нарушувања во исхраната и гранично растројство на личноста (BPD). NSSI се јавува кај приближно 15 проценти од децата со пречки во развојот, особено длабока и тешка ментална ретардација (Kahng, Iwata & Lewin, 2002).

Кај возрасните жени, NSSI придружува до 35 проценти од оние на кои им е дијагностицирана: анорексија, булимија и други нарушувања во исхраната. Женски адолесценти со анорексија, исто така, имаат тенденција да бидат вклучени во NSSI повеќе од оние без нарушување во исхраната. Повторливиот NSSI е толку чест кај луѓето со биполарно нарушување е единствената клиничка дијагноза во DSM-IV-TR за која самоповредата, без разлика дали е самоубиствена или несуицидна, е симптом. Сепак, ниту една студија не ја испитувала преваленцата на NSSI кај машки или женски

адолесценти кои покажуваат гранични симптоми на личноста (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720).

Неодамнешното истражување ја доведува во прашање претпоставката дека NSSI кај адолесцентите е првенствено ограничено на лица со пречки во развојот, нарушувања во исхраната или гранично растројство на личноста. Психијатриските состојби кои се специфично поврзани со NSSI кај адолесцентите вклучуваат интернализирачки нарушувања (првенствено депресија, но исто така и посттрауматско стресно растројство и генерализирана анксиозност), екстернализирани нарушувања (вклучувајќи нарушување на однесувањето и спротивставено пркосно нарушување) и нарушувања на злоупотреба на супстанции (Jacobson & Gould, 2007; Nock, Joiner, Gordon et al., 2006). Некои истражувачи тврдат дека постои силна врска помеѓу NSSI и малтретирањето во раното детство, особено сексуалната злоупотреба на децата. Сепак, една неодамнешна мета-анализа најде само скромна корелација помеѓу злоупотребата на деца и несуицидното самоповредување, а тоа се должи на поврзаноста на двете карактеристики со психијатриските фактори на ризик (Klonsky, 2007).

Значителен процент на адолесценти и млади возрасни лица кои се вклучени во NSSI - речиси половина - можеби не ги исполнуваат критериумите за депресија, анксиозност, нарушување во исхраната, нарушување на употребата на супстанции или други големи психијатриски нарушувања. Всушност, NSSI се чини дека е вообичаен неспецифичен психијатриски симптом кој се наоѓа кај различни нарушувања, како и кај адолесценти без специфична психијатриска дијагноза. Се чини дека е покорисно да се разбере NSSI во функционална смисла, наместо како посебна дијагноза, бидејќи посебна дијагностичка категорија не е добро поддржана од тековните наоди од истражувањата (Gollust, Eisenberg, Golberstein, 2008).

Некои адолесценти кои се вклучени во NSSI имаат зголемени стапки на емоционална реактивност, интензитет и хипервозбуда. Интерперсоналните процеси поврзани со NSSI вклучуваат зголемена употреба на избегнувачко однесување и намалена емоционална експресивност. Адолесцентите кои се самоповредуваат имаат поголема веројатност да пријават дека биле малтретирани од врсници и доживување непријатност во врска со нивниот сексуален идентитет. Една неодамнешна британска студија исто така откри поврзаност со готската субкултура и однесувањето на самоповредување кај тинејџерите.

Знаењето за самоповредување кај врсниците е фактор на ризик за NSSI поради очигледен ефект на зараза и има зголемен публицитет за ова однесување. Различни интернет-страници и виртуелни простории за разговор обезбедуваат информации, па дури и поттикнуваат самоповредувачко однесување (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720).

Функции на несуицидно самоповредувачко однесување

Се чини дека главната цел на NSSI е да влијае врз регулирањето и управувањето со вознемирувачките мисли (Klonsky, 2007). На пример, во една студија на средношколци, 55 проценти од самоповредувачите посочиле дека нивната причина за NSSI била: „Сакав да го тргнам умот од моите проблеми , додека 45 проценти од адолесцентите потврдиле: „Ми помогна да се ослободам од напнатоста или стресот и да се опуштам“. емоции.

Експерименталните податоци го поддржуваат регулирачкиот аспект на NSSI. Адолесцентите со NSSI покажаа повисоки нивоа на физиолошко возбудување за време на стресна задача во споредба со адолесцентите без NSSI (Nock & Mendes, 2008). Овој наод е во согласност со истражувањето на приматите. На пример, мајмуните кои се занимаваат со самоповреда, обично се само-каснуваат, имаат заматен одговор на кортизол на благ стрес во споредба со контролните.Откако доживеаја ескалација на срцевиот ритам предизвикана од стрес, овие мајмуни се чини дека користат самоповредување како стратегија за справување. намалување на возбудата. За возврат, самоповредувањето е поврзано со брзото намалување на отчукувањата на срцето (Novak, 2003).

NSSI исто така може да ги регулира емоциите преку зголемување на афективното искуство. Тинејџерот може да има субјективно искуство да биде емотивно „отрпнат“ или „празен“ или да се чувствува исклучен од другите. NSSI може да му помогне на тинејџерот да стекне чувство на контрола, да чувствува возбуда или да престане со разединувачките искуства. Исто така, може да му даде на адолесцентот искуство дека е „вистински“.

NSSI може да служи за интерперсонални функции за адолесцентот. NSSI може да предизвика позитивно засилување во форма на внимание од другите, иако Грац (Gratz,

2003) забележа дека многумина кои се повредуваат го прават тоа приватно и не им кажуваат на другите. NSSI исто така може да му помогне на тинејџерот да избегне тешки ситуации. Заканата од самоповредување може да предизвика возрасните или врсниците да го намалат интерперсоналниот притисок или да престанат да се обидуваат да го натераат тинејџерот да ги заврши своите домашни задачи, задолженија или други задачи.

Интерперсоналните функции кои NSSI понекогаш ги служи може да го предизвикаат терапевтскиот сојуз. Лекарите можат да доживеат широк спектар на негативни реакции (понекогаш опишани како форма на контратрансфер) на адолесцентите кои се занимаваат со самоповредување. Термините како што се игривост, манипулативни, барајќи внимание или граница понекогаш се користат од фрустрирани лекари за да ги опишат лицата кои се самоповредуваат. Овие термини може да укажат на потребата за повеќе терапевтска перспектива преку консултација со колега, така што клиничките одлуки не се засноваат на фрустрација (Walsh, 2006). Корисно е да се запамети дека импулсивната NSSI кај адолесцентите генерално произлегува од емоционална болка, а не од злонамерни намери и дека на тинејџерот му требаат поефикасни вештини за да ја замени самоповредата. Табела 1 ги наведува функциите на несуицидното ссамоповредување.

Ја афектира регулацијата
Анксиозност
Гнев
Фрустрација
Депресија
Промени во сознавањата
Одбивање на проблеми
Запирање на самоубиствените мисли

Самоказнување
Стоп за дисоцијација
Интерперсонални односи
Обезбедена грижа и внимание
Вклопување со врсниците

Табела 1. *Функции на несуицидалното себеповредување кај адолесцентите* (Peterson et al., 2008)

Во истражување спроведено кај адолесценти во Австралија во 2021 година (Terhaag & Rioseco, 2021), е откиено дека главни фактори кои го зголемуваат ризикот од самоповредување кај адолесцентите на возраст од 14-17 години се:

- Девојчињата имале двојно поголема веројатност да пријават самоповреда во адолесценцијата во споредба со момчињата.
- Младите кои биле привлечени од истополовите луѓе имале многу поголема веројатност да се самоповредат.
- Лошото ментално здравје на родителите е поврзано со поголем ризик децата да пријават самоповреда.

Специфично, се дадени фактори на ризик од самоповредување кај адолесценти на возраст од 14 и 15 години:

- Имаат високи симптоми на депресија
- Доживување на висока анксиозност
- Лошо спиење во изминатиот месец
- Искусување на помалку поддржувачко родителство (како што е слаба реакција од мајките и ниско доделување автономија од татковците)
- Да се биде жртва на малтретирање во изминатата година
- Повторување на училишна година.

Во истото истражување исто така е утврдено дека имањето блиска релација со родител го намалува ризикот од себеповредување.

Несуицидната самоповреда (NSSI) е почеста кај адолесцентната и младата возрасна популација отколку што се мислеше. Иако е важно да се процени поврзаниот ризик од самоубиствено однесување, NSSI генерално се користи за справување со вознемирувачки негативни афективни состојби, особено гнев и депресија, и мешани емоционални состојби. Иако претходно се веруваше дека е карактеристика на тешка психопатологија, сега се чини дека NSSI е поврзан со широк спектар на состојби на екстернализирање и интернализирање. Ефективниот третман се заснова на заедничко разбирање на функцијата на NSSI за адолесцентот. Афективните, психосоцијалните, биолошките и когнитивните фактори се решаваат преку психотерапевтски, психофармаколошки и стратегии за градење вештини соодветни за секој поединец. Многу лекари се сретнале со адолесценти кои си наштетиле себеси, а сепак негирале самоубиствена намера.

Всушност, ова стресно искуство е сè почеста појава. Истражувањата откриваат дека една третина до една половина од адолесцентите во САД се вклучени во некој вид на несуицидна самоповреда (Yates, Tracy, Luthar, 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007), иако неодамнешните студии ја стават стапката од 13 до 23 проценти (Jacobson CM, Gould, 2007). Адолесцентна самоповреда-повредливото однесување е значителен проблем за лекарите, не само поради очигледната опасност пациентот да си наштети себеси, туку и поради тешкотиите да се утврди дали тинејџерот се обидувал да умре.

NSSI најчесто вклучува сечење или горење без самоубиствена намера. Други видови на NSSI вклучуваат удирање, штипкање, удирање или удирање по ѕидови и други предмети за да предизвикаат болка, кршење коски, внесување токсични материи и мешање во заздравувањето на раните. NSSI обично започнува во средината на адолесценцијата. Адолесцентите кои се самоповредуваат често се импулсивни, се впуштаат во самоповредување со помалку од еден час планирање. Тие вообичаено известуваат дека чувствуваат минимална или никаква болка. Штом се започне, самоповредувањето се чини дека добива карактеристики на зависност и може да биде доста тешко за едно лице да го прекине. Додека некои студии покажуваат дека NSSI е почеста кај девојчињата, отколку кај момчињата, други студии покажуваат дека нема постојани родови разлики (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720).

Иако се разликува од самоубиственото однесување, NSSI често се јавува кај адолесценти кои, во други времиња, размислувале или се обиделе да се самоубијат. Како резултат на тоа, постои значителен ризик од самоубиство и обиди за самоубиство кај тинејџерите кои се со NSSI. Една неодамнешна студија покажа дека 70 проценти од тинејџерите кои се со NSSI направиле барем еден обид за самоубиство, а 55 проценти имале повеќе обиди (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Сепак, несуицидното и самоубиственото однесување служат за различни цели. Некои адолесценти болнички пријавуваат дека се повредуваат конкретно за да престанат со самоубиствените идеи или за да се спречат себеси од вистински обид за самоубиство (Nixon, Cloutier, Aggarwal, 2002). Следствено, Фаваза (Favazza, 2006) го концептуализира однесувањето на самоповредување без самоубиствена намера како „морбидна форма на самопомош“.

Вклучувањето на семејството во поддршката и третманот на адолесцентите со NSSI е исто така многу важно. Лошата комуникација со семејството е поврзана со самоубиствено однесување кај некои адолесценти (Tarner et al., 2000). Подобрувањето на разбирањето на семејството за NSSI може да биде корисно за намалување на конфликтите. Може да биде корисно за семејството да научи стратегии за деескалација и да ги прошири вештините за слушање и комуникација. Членовите на семејството, исто така, можат да помогнат со плановите за безбедност и практикувањето на вештините за решавање проблеми (Walsh, 2006).

1.9. Еволуција и примена на семејна-системска психотерапија во работа со адолесценти и нивните семејства

Во 80те години /20век започнала промена во оринтацијата во рамки на системската терапија иницирани со развојот на кибернетиката од II ред и конструктувизмот. Личноста, а не проблемот станува центар на интересирање во терапевтскиот процес како и промените на нејзините дотогашни премиси и начини на перцепирање на светот кој довеле до проблеми.

Релевантни стануваат неспецифичпните терапевски фактори како емпатија, експлорација, активно слушање и блискост во терапевтскиот однос. Во терапијата се проширува временската рамка – се поврзуваат минатото, сегашноста и иднината.

Семејната терапија долго се заниавала исклучиво со социјалниот контекст при решавање на проблемот, додека внатрешните процеси запоставен. Презентираниот проблем бил толкуван како израз на надворешни (релациски) причини, а не на внатрешни.

Бејтсон повторно во фокус го враќа внатрешниот свет на индивидуата (несвесното и емоциите). Истакнува апсурдност на раздвојување на интелектот, емоциите, надворешното, внатрешното и телото. Се испитуваат како надворешниот свет, така внатрешниот свет на индивидуата и нејзиниот однос со социјалниот систем и се инсистира на процес на саморефлексија

Некои семејни терапевти се користат со психодинамски концепт за да ги поврзат надворешниот и внатрешниот свет на индивидуата.

Од 1990-тите, експериментираме со посебен тип на индивидуална системска терапија, во траење од една до дваесет сесии, со интервал од две до четири недели повеќу сесиите. Бевме љубопитни да истражиме дали индивидуалната системска терапија ќе има поинакви ефекти, во споредба со семејната или терапијата во двојки, на симптоматичниот клиент („идентификуван клиент“ во согласност со стариот системски вокабулар). Исто така сакавме да го истражиме важното прашање за индикациите и контраидикациите за еден или друг вид на терпија.

Видот на клиенти за кои ние денес би ве советувале за индивидуална-системска терапија како терапија на избор се следните:

1. Адолесценти и млади луѓе кои ја имаат прекинато семејната или терапијата во двојки, и имаат повеќе или помалку решени семејни конфликти одговорни за колективен или индивидуален дистрес, но може да имаат корист од индивидуална терапија за справување со проблеми со проблеми надвор од семејството и дилеми во врска со нивниот идентитет и нивната иднина.

2. Адолесценти или малди луѓе кои, од самиот почеток одбиваат семејна терапија.

Пре-адолесцентните деца, како и да е, се најдобро третираните со семејна терапија или понекогаш со работа само со родителите за да се избегната ефектите од прикачување на патолошка етикета на децата.

3. Личност која има потреба од неколку терапии, а чиј партнер одбива да учествува.

4. Разделена или разведена личност која, од првата консултација, има потреба од семејна или терапија за двојки, со вклучување на партнерот, со изговор за решавање на

некој проблем (вистински или не) со детето или децата, но со тајна цел за негирање на сепарацијата.

5. Случаите во кои членовите на семејството отворено одбиват да се појават на терапијата, повикувајќи се на несовладливи финансиски и организациски потешкотии

6. За разлика од горе наведениот „втор-избор“ индикации за индивидуална терапија (односно случаи во кои таа е невозможна или не е препорачливо да се вклучи семејството). Нашето истражување на индивидуалната системска терапија доведува до издвојување на „првиот избор“ случаи за индивидуална системска терапија. Ова се случаи на адолесценти или возрасни од сите возрасти, кои покажуваат било каков спектар на симптоми, но кои, на првата сесија, ни изгледаат во повеќе или помалку во напредна фаза на сепарација од семејството. (Обично, ние чувствуваме дека семејната терапија е третман на избор во случаи на адолесценти и возрасни кои не ги покажуваат овие знаци, како во случаите на психоза, ифантилна личност или симбиотски односи).

Симболот Семејство, е перманентен систем, кој исто така е во дилеми и парадокси. Еде припаѓа на него, но може и да го напушти. Тоа е, како и да е, секогаш сидро на системот, кога личноста ќе го земе идентитетот и во кој таму се сигнифицирани личности, систем кој ние го враќаме во моменти на криза. Семејството може да биде терапевтско, но исто така може да биде и извор на стравови во случај кога релациите се конфузни. Тоа е потпис на многу симптоми и проблеми кои пристигнуваат во адолесценција, тоа е, период на сепарација и одвојување од семејството.

Во спроведувањето на оваа сеанса и други индивидуално терапевтски сеанси, авторите укажуваат на практични искуства со семејната терапија и со семејно терапевтските теории. Во спроведувањето на индивидуалната терапија, таму е балансот помеѓу сопствениот интерен свет на индивидуата и нејзиниот надворешен свет, практично семејството. Малку по малку, со терапевтската работа, терапевтот укажува се повеќе на интернализирачко семејство. Како и да е, оваа е потребна за да се биде претпазлив на нештата и преку терапијата да се дојде до семејството. Генерално, практичното внимание е упатено кон семејството во првата сеанса во надеж дека ќе се земе генерална слика на многу сигнифицирани релациски контексти во кои клиентовата личност е формирана. Оваа служи како поддршка за терапевтската работа во целост. Терапевтоте ја чуваат оваа информација во мислите дури кога правецот на терапијата се моделира, кога сме претпазливи на флертување со хипотези но не да се ожениме со нив.

Подоцна, терапевтот-клиент дијалог е многу повеќе насочен кон минатото и индината, каде се повеќе се вклучувани клиентовите односи надвор од семејството и внатре во него.

Во семејната терапија, првата сеанса или првите неколку сеанси земаат место, кога е возможно, со целото семејство. Како и да е, едно од многуте важни успеси е интервенцијата на состанување на одвоено со субсистемите во ред на фаворизирање на сепарацијата и индивидуализацијата на неговите членови. Оваа, фрекфентно во индивидуалната терапија каде иницијалите на интересот за првиотсигнифициран систем, се поминува подоцна во интерес на клиентовата релација со други системи и личности, идеи и интереси (Boscolo & Bertrando, 2022).

Индикации за индивидуална терапија со адолесценти се:

- Работа со адолесцент после завршена Семејна терапија (криза на идентитет);
- Адолесцент кој одбива Семејна терапија;
- Разведени родители / позадина неразрешена сепарација;
- Адолесценти или млади дистанцирани од својот семеен систем.

При одредување индикација за терапија треба да се води сметка за:

- Индивидуалните карактеристики на клиентот(адолесцентот) и терапевтот;
- Специфичните проблеми (Дијагноза) на клиентот, полесни и умерени проблеми или долготрајни и потешки проблеми.

Целта на индивидуалната семејна терапија со адолесценти е: клиентите самостојно го пронајдат сопственото решение за излегување од проблематичната ситуација. Терапевтот и клиентот заедно го испитуваат контексот во кој проблемот се јавува,односно како е организиран системот околу дадениот проблем. На тој начин индивидуалната терапија претставува „Индиректна семејна терапија“.

Се посветува внимание на:

- Внатрешниот клиентов дијалог и
- дијалогот на клиентот со надворешниот свет.

При првата средба со клиентот се истражуваат неговите очекувања, надежи, а особено неговите ургентни потреби врз основа на кои се поставуваат целите за натамошната тераписка работа. Непрепознавањето на итните потреби на клиентот, како и примена на несоодветни техники може да доведе до напуштање на терапијата.

Принципи на водење на сеансата се:

- хипотезирање
- циркуларност
- неутралност
- циркуларни прашања.

Референтни точки за терапевтовите хипотези се:

- Време-движење низ време и низ животната историја на клиентот, значењето на настаните од различни агли;
- Простор- блискост/дистанца, испитување на внатрешниот простор на клиентот и неговата релација со значајните системи;
- Приврзаност (ATTACHMENT)- на клиентот и терапевтот;
- Припадност- форма на врзување која зависи од семејството на потекло и културните фактори;
- Моќ – во терапискиот однос и во односите со значајните системи;
- Пол-улоги, урамнотежен идентитет или конфликти.

1.10. Техники и интервенции

Циркуларни прашања

Техниката на циркуларни прашања е најзначајна во Семејната терапија.

Циркуларните прашања внесуваат нови перспективи на случувања, емоции и значења, обогатувајќи ја на тој начин перспективата на клиентот. Се користат за да се утврди мрежа на семејните односи, се прашува за однесувањето, ставовите и емоциите на останатите членови.

Видови циркуларни прашања:

- Тријадни прашања;
- Прашања за разлики;
- Хипотетички прашања;
- Прашања за рангирање.

Друга поделба е на:

- Информативни и
- Рефлексивни.

Со циркуларните прашања кај клиентот се покренува рефлексивен процес.

Циркуларни прашања во индивидуална терапија значат “Персонификација на третата страна”.

Други алатки: тишина, звуци, зборови за истражување на дилеми, согласување/несогласување, метафори, анегдоти, едноставни прашања.

Техника “Воведување на трета страна“

Во дојалог со клиентот се воведуваат значајните личности , т.е. „Внатрешните гласови на клиентот“.

“Празна столица" или "ROLE PLAY"

Од клиентот се бара директно да разговара со значајните лица - кадешто терапевтот ја презема улогата на клиентот или значајниот друг на клиентот, а клиентот улогата на терапевтот или останува во сопствена позиција).

Кога е присутен опсервирачки тим: третата страна ја чини еден или повеќе членови на тимот, кои на крај на сеансата во присуство на терапевтот го изнесуваат своето гледање кое може да е различно од она на терапевтот..

Деконструкција и конструкција во тек на сеансата

Процесот на конструирање претставува ХИПОТЕЗИРАЊЕ врз основа на циркуларно испитување и одговорите на клиентот.

Особено е значајно внимателно следење и чувствителност на терапевтот за одговорите и реакциите на клиентот заради евентуална реконструкција на до тогаш постоечките хипотези.

Во терапевтскиот процес може да се појави некооперативност од страна на адолесцентот. Таа може да се пројави во повеќе форми: неодговарање или произволно давање на одговори, криење или манипулирање со одредени информации. Тогаш терапевтот користи различни начини на неутрализирање на овие однесувања: истакнување на опсервираното однесување со позитивен пристап, позитивно конотирање и нивно „Пропишување“, со оставање простор за можност за промена.

Однос на доверба е најзначаен услов за успех во терапевтскиот процес со адолесцентот. Постигнување на ваков однос бара повеќе компетенции од страна на терапевтот.

Терапевтот е поактивен со семејството, води сметка за меѓусебните односи на членовите на семејството. Во индивидуалната терапија фокусиран е на внатрешните процеси на клиентот, дознава со внимателно слушање и набљудување на вербалниот и невербалниот фидбек на клиентот.

Слушање: Терапевтот е помалку активен на почеток на сеансата.

Тишината е важен аспект. Во Семејната-системска терапија ретко се користи, бидејќи се прекинува со нечие учество во конверзацијата. Но, во индивидуалната терапија има важна улога, особено во почетните фази на сеансата.

Тајминг: адекватна проценка на времето кога е најдобро отпочнување или завршување на одредени теми. Несоодветен тајминг може да доведе до оптор, а пропуштање на потребните интервенции до намалување на заинтересираноста на клиентот за терапијата. Потребно е терапевтот повремено да провери дали она што прашува или прави во тек на сеансата за клиентот има смисла (зајакнување на терапискиот сојуз. Исто така, предолгото задржување на минатото, може да доведе до детерминистичко уверување кај клиентот.

Секако терапевтот уште на првата сесија со адолесцентот врши детална експлорација и обезбедува информации за:

- Презентирачкиот проблем;
- Функционирањето на адолесцентот;
- Значајните системи;
- Значењата кои адолесцентот ги припишува на одредени случувања како и на презентирачкиот проблем;
- Однос со референтните системи и
- Минатото поради воспоставување на континуитет и формирање на хипотези.

2. МЕТОДОЛОШКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1. Проблем и предмет на истражувањето

Проблемот на истражувањето е појавата на автоагресивно однесување кај адолесцентите, а **целта** е да се добијат истражувачки информации за факторите кои влијаат врз појавата на автоагресивното однесување кај адолесцентите.

Предмет на истражувањето е влијанието на анксиозноста и депресијата како фактори за појава на автоагресивно однесување кај адолесцентите од различен пол.

2.3. Цел и карактер на истражувањето

Поставени се две основни цели на истражувањето:

- Да се испита разликата во влијанието на анксиозноста и депресијата врз појава на автоагресивното однесување кај адолесцентите.

-Втората цел е влијанието на полот врз појавата на автоагресивното однесување на адолесцентите.

Основната цел на истражувањето е преку предикција да се добијат сознанија во однос на анксиозноста, депресијата и автоагресивното однесување кај адолесценти од различен пол во Северна Македонија, така што ќе се добијат резултати за состојбата на адолесцентите кои ќе бидат испитувани во однос на овие психолошки појави. Предиктивното истражување е од квантитативен карактер и се спроведува за да се утврди постоењето на разлика меѓу долесцентите со различен пол во однос на анксиозноста, депресијата и автоагресивното однесување кај децата.

Задачи на ова истражување се:

- Да се даде теоретски и емпириски придонес за поширокатa научна и стручна јавност при понатамошни истражувања од областа.
- Да се подигне свесноста и да се дадат идеи за навремена превенција на менталното здравје кај адолесцентите.
- Да се прикаже поврзаноста на депресијата и анксиозноста со автоагресивното однесување кај адолесцентите.

2.4. Истражувачки прашања

Проблемот на истражувањето е конкретизиран преку следните прашања:

Дали постои поврзаност помеѓу депресијата и автоагресивното однесување кај адолесцентите од различен пол?

Дали постои поврзаност помеѓу анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесцентите од различен пол?

Дали анксиозноста и депресијата се подобри предиктори за автоагресивно однесување кај адолесцентите од полот?

2.5. Истражувачки хипотези

Врз основа на емпириските и теоретските сознанија изложени погоре во текстот, во ова истражување се очекува постоење на разлики во **поврзаноста на** анксиозноста и депресијата со автоагресивното однесување кај адолесцентите од различен пол.

Како претпоставени одговори на дефинираните проблеми на ова истражување, произлегуваат следните хипотези:

Главна хипотеза: Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу депресијата, анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесценти од различен пол.

Од главната хипотеза произлегуваат следните потхипотези:

1) Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу депресијата и автоагресивното однесување кај адолесценти.

2) Адолесцентите кои имаат повисоко изразена депресивна симптоматологија почесто пројавуваат автоагресивно однесување.

3) Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесценти.

4) Адолесцентите кои имаат повисока анксиозност почесто пројавуваат автоагресивно однесување.

5) Анксиозноста има поголемо влијание врз пројавувањето на автоагресивното однесување, за разлика од депресивната симптоматологија.

6) Адолесцентите од женски пол почесто пројавуваат автоагресивно однесување за разлика од адолесцентите од машки пол.

2.6. Варијабли на истражувањето

Зависна варијабла: автоагресивно однесување кај адолесценти. Организмена квантитативна варијабла, мерена со Инвентар за изјави за самоповредување (Inventory of Statements About Self-Injury-ISAS). Со оглед на тоа што сите испитаници во ова истражување пројавиле автоагресивно однесување преку самоповредување, повисокиот скор на групи ајтеми, укажува на функциите

кои ги има самоповредувањето: афективна регулација, интерперсонални граници, самоказнување, анти-суицидалност, барање сензација, поврзување со врсници, интерперсонално влијание или означување на дистрес и одмазда. Влијание на повеќе функции кои придонесуваат за самоповредување, како и нивен повисок интензитет дава повисок скор на целосниот тест. Конкретно, повисокиот скор укажува на повисок ризик од почесто самоповредување.

Независни варијабли: депресија, анксиозност и пол.

Депресијата е организмена квантитативна варијабла, операционализирана преку скор добиен на Скала за самопроцена на депресија (SDS-Self-Rating Depression Skale), при што повисокиот скор укажува на поголемо присуство на депресивна симптоматологија.

Анксиозноста е организмена квантитативна варијабла, операционализирана преку скор добиен на Скала за самопроцена на анксиозност (SAS-Self-Rating Anxiety Scale) конструирана од Цунк во 1971 година (Zung, 1971), при што повисокиот скор укажува на поголемо присуство на анксиозна симтоматологија.

Полот е квалитативна организмена варијабла. Полот како биолошка карактеристика, која има две категории: машки и женски, се дознава преку одговор на испитаниците на анкетен прашалник за лични податоци.

2.7. Методи, техники и инструменти на истражување

Во прибирање на податоците беа применети:

- Скала за самопроцена на депресија (SDS-Self-Rating Depression Skale), конструирана од Цунк и Дархем во 1965 година (Paunovic i Timotijevic, 2003). Скалата е составена од 20 ајтеми на кои присутноста на симптомите во последните 7 дена пред испитувањето, како одговор се дава на 4 степена Ликертова скала, од 1 (воопшто не или мал дел од времето) до 4 (поголем дел од времето или постојано).
- Скала за самопроцена на анксиозност (SAS-Self-Rating Anxiety Scale) конструирана од Цунк во 1971 година (Zung, 1971). Скалата е составена од 20 ајтеми на кои присутноста на симптомите во последните 7 дена пред испитувањето, како одговор се дава на 4 степена Ликертова скала, од 1 (воопшто не или мал дел од времето) до 4 (поголем дел од времето или постојано).

- Инвентар за изјави за самоповредување (Inventory of Statements About Self-Injury-ISAS), конструиран од Клонски и Глен (Klonsky & Glenn, 2009) Инвентарот се состои од 39 ајтеми кои мерат 13 функции на самоповредувањето, а за потребите на ова истражување се земени 27 ајтеми кои ги мерат следните 9 функции на самоповредувањето: афективна регулација, интерперсонални граници, самоказнување, анти-суицидалност, барање сензација, поврзување со врсници, интерперсонално влијание, означување на дистрес и одмазда. Одговорите се даваат со заокружување на скала од 0 до 3, според самопроценетата релевантност на тврдењето, за искуството од не-самоубиствено самоповредевување кое адолесцентот го имал.

- Анкетен прашалник од кој се добиваат податоци за: возраст и пол.

2.8. Популација и примерок на истражување

Единици на анализа во истражувањето се адолесценти на возраст од 15 до 19 години.

Предметната популација ја сочинуваат адолесценти кои пројавувиле автоагресивно однесување.

Достапната популација ја сочинуваат адолесценти кои се ученици во државното средно училиште за ликовни уметности и дизајн ДСУЛУД Лазар Личеноски-Скопје, како и адолесценти кои се јавиле за психолошка поддршка во приватна пракса за семејно-системско советување кај истражувачот.

Примерокот содржи 77 адолесценти. Од нив, 37 се од машки и 40 се од женски пол. Примерокот на испитаници кои се опфатени е намерен, чија предност е тоа што нуди поцврсти и посериозни заклучоци, бидејќи истражувачот ја познава популацијаата и може да направи добра проценка на соодветноста на испитаниците

2.9. Организација и тек на истражувањето

Теренскиот дел на истражувањето беше реализиран во периодот од Јануари до Март 2022 година. Истражувањето започна така што првично беше посетено средното уметничко училиште во Скопје, беа информирани надлежните лица и родителите на малолетните ученици, како и родителите на малолетните испитаници кои беа на

психолошко советување кај истражувачот, а испитаниците откако им беше објаснета темата и целта на истражувањето, доброволно прифаќаа или одбиваа да ги одговорат прашањата од прашалниците. Потоа им беа зададени прашалниците. Од анкетниот прашалник за лични податоци се добија податоци за полот и возраста.

Постапката на задавање на инструментите се одвиваше во согласност со пропишаните правила и утврдените стандарди: согласност за учество во истражувањето, право на анонимност, задолжително читање на упатсвото пред задавање на инструментот.

2.10. Статистичка обработка на податоците

Податоците што се добиени се обработени со соодветни статистички постапки. Статистичката анализа на податоците се базира на корелациски метод каде се испитува корелацијата помеѓу депресијата, анксиозноста и самоповредувањето. Потоа е вметната и варијаблата пол, што има за цел да покаже дали постои разлика меѓу машките и женските испитаници во поглед на испитуваните варијабли на истражувањето. Во согласност со воспоставените конвенции, примерокот најпрво е опишан преку дескриптивните статистици за добиените дистрибуции од испитуваните варијабли.

За пресметување на поврзаноста меѓу испитуваните варијабли е користен Пирсонов коефициент на корелација. За пресметување на разликите меѓу анализираните групи на испитаници – машки и женски во однос на депресијата, анксиозноста и самоповредувањето беше применет t-тест за големи независни групи. За статистичка обработка беше користен статистичкиот софтверски пакет IBM SPSS Statistics 26.

3. РЕЗУЛТАТИ

Резултатите од анализата на добиените податоци се претставени во два дела. Првично е прикажана структурата на испитаниците според пол и возраст. Потоа се прикажани резултатите преку претставување на дескриптивни показатели на варијаблите кои се предмет во истражувањето. Понатаму, се прикажани резултатите од тестирањето на поставените хипотези.

Структура на примерокот според полот и возраста

Примерокот содржи 77 испитаници, од кои: 40, односно 52 % од примерокот се од женски пол, 37, односно 48 % се од машки пол (График 1).

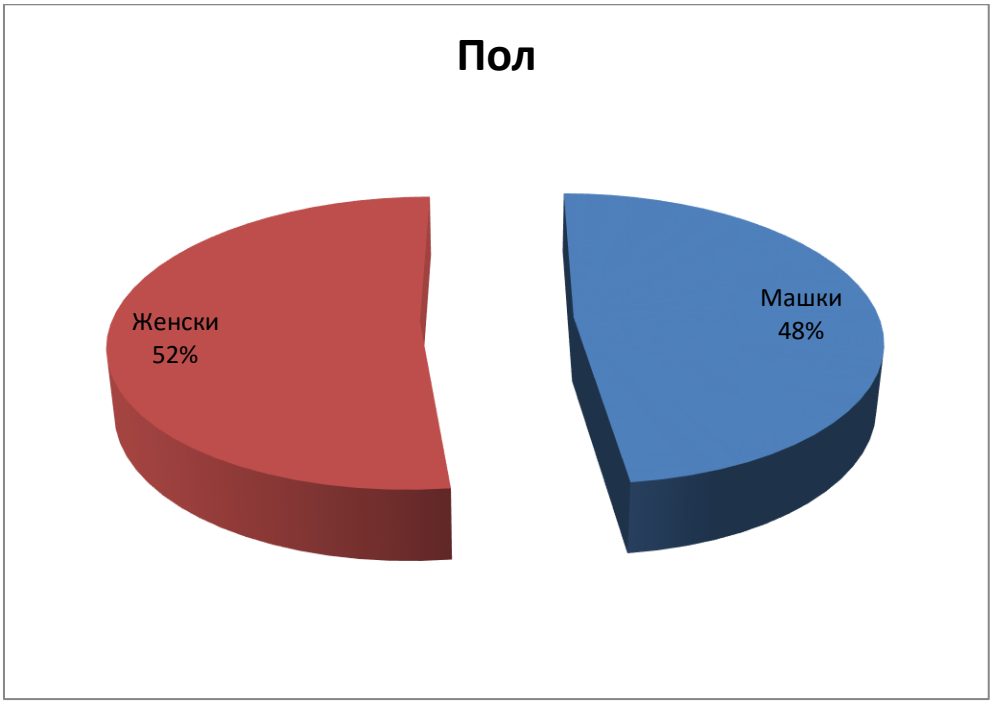


График 1. *Структура на примерокот според полот*

Поделбата на испитаниците според возраста е прикажана во График 2

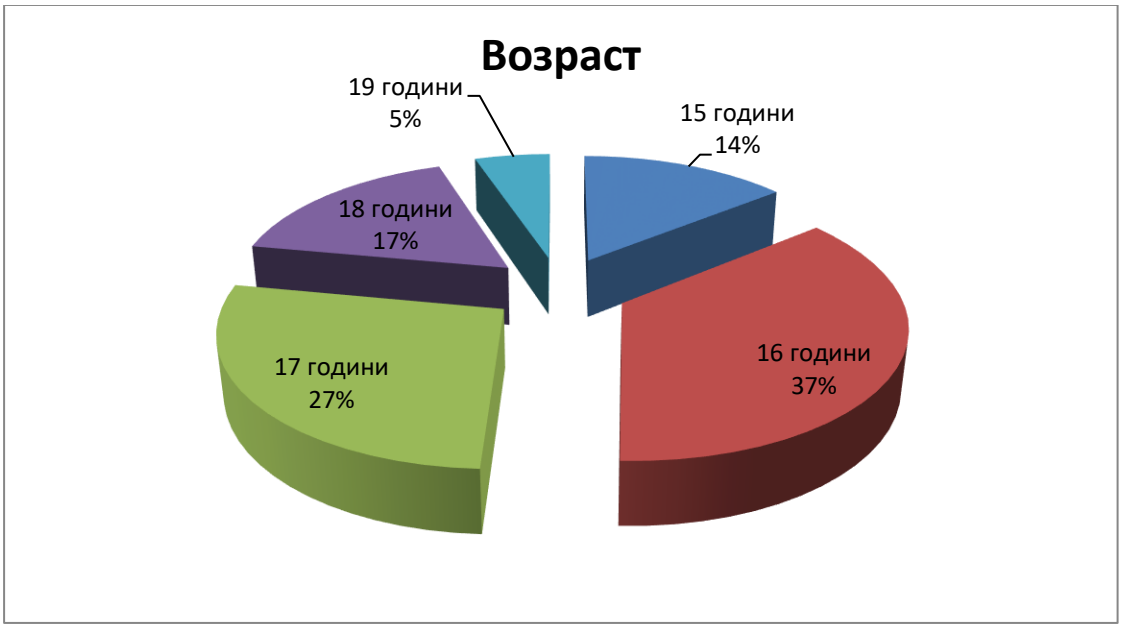


График 2. *Структура на примерокот според возраста*

Од График 2 може да се забележи дека најголем број од испитаниците вклучени во ова истражување се на возраст од 16 години или 37% од испитаниците. Потоа се адолесцентите на возраст од 17 години или 27% од испитаниците вклучени во ова истражуввање. Следни по застапеност се испитаниците на возраст од 18 години (17 % од примерокот, потоа оние на возраст од 15 години (14% од примерокот). Најмал број од испитаниците се на возраст од 19 години, т.е. само 5% од примерокот.

Структурата на примерокот по пол и возраст заедно е претставена подолу табеларно и графички (Табела 2 и График 3).

Пол	**Возраст**					
	15	**16**	**17**	**18**	**19**	*Вкупно*
Машки	*6*	*11*	*9*	*7*	*4*	*37*
Женски	*5*	*17*	*12*	*6*	*/*	*40*
Вкупно	*11*	*28*	*21*	*13*	*4*	*77*

Табела 1. *Структура на испитаниците според полот и возраста*

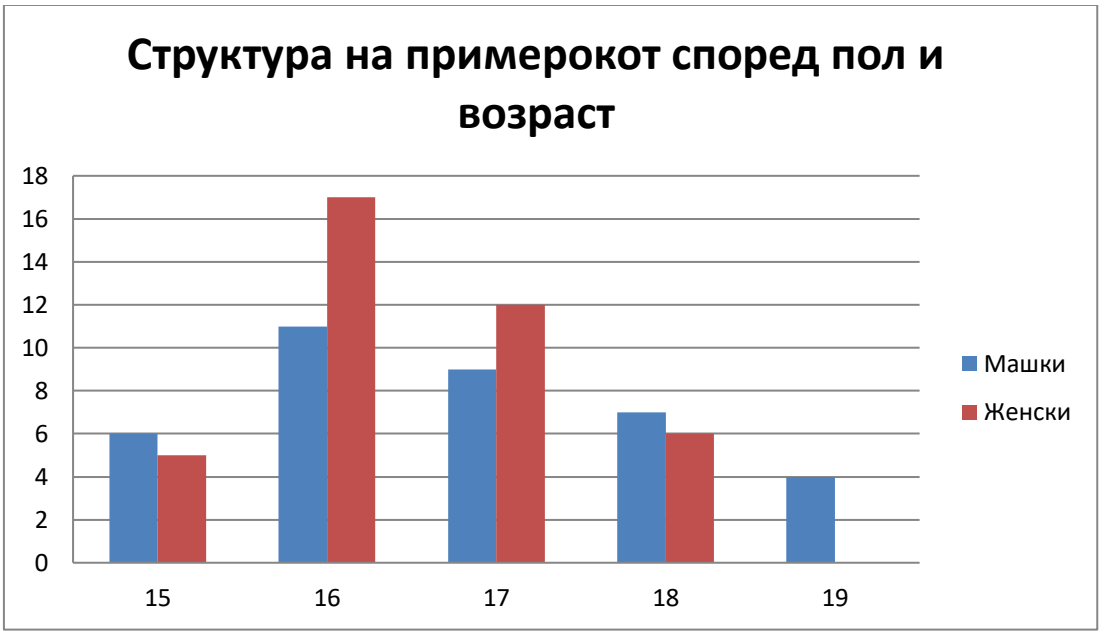


График 3. *Структура на примерокот според пол и возраст*

Од Табела 2 и График 3 може да се забележи дека женските од овој примерок кои се самоповредуваат се приближно исто застапени со машките на возраст од 15 години (6 машки и 5 женски). На возраст од 16 и 17 години побројни се женските кои се самоповредуваат од машките, односно 17 женски, а 11 машки на возраст од 16 години и 12 женски, а 9 машки на возраст од 17 години. На 18 годишна возраст повторно како и на 15 година возраст, машките се минимално повеќе застапени од женските (7 машки и 6 женски). На 19 годишна возраст во примерокот нема женски кои се самоповредуваат, а има 4 машки.

Од графичкиот приказ може да се заклучи дека женските најчесто се самоповредуваат на возраст од 16 години, кога е и најголема разликата во однос на машките, кои исто така во најголем број се самоповредуваат на 16 години. Во овој примерок не се најдени женски кои се самоповредуваат на 19 години. Тоа може да е резултат на постигнување на емоционална зрелост нешто порано во однос на машките, што секако може дополнително да се истражи во некое идно истражување. Причината пак на поголемата застапеност пак на женските кои се самоповредуваат во однос на машките на возраст од 16 и 17 години, треба да се побара можеби во начините на емотивно врзување со врсниците или можеби емотивните партнери, или пак е можеби поврзаност со адаптација на физиолошките промени кои се побурни кај женските, а се поврзани со репродуктивните хормони и менструалниот циклус, како дополнителни

промени покрај останатите кои ги следат адолесцентите од двата пола, а влијаат на себеперцепцијата, себеприфаќањето, прифаќањето на родовите улоги итн.

Дескриптивни мерки за испитуваните варијабли

Резултатите кои се добиени од обработката на податоците, а во насока на тестирање на поставените хипотези се прикажани во делот што следи.

Варијабла	***N***	***M Teo.***	***M***	***SD***	***Минимален скор***	***Максимален скор***	***Опсег на скорови на мерниот инструмент***
Депресија	77	50	50.71	10.28	20	70	20-80
Анксиозност	77	50	50.01	11.31	6	71	20-80
Самоповредување	77	27	26.74	8.51	2	47	0-54

Табела 3. *Дескриптивни статистици за испитуваните варијабли кај целиот примерок на испитаници*

На прашалникот за депресија добиена е аритметичка средина од M=50.71 Имајќи ги предвид опсегот на скорови на тестот од 20 до 80, опсегот на постигнати скорови од 20 до 70 како и теоретската аритметичка средина M=50, може да се изведе заклучок дека мерената варијабла е **умерено** изразена кај оваа група на испитаници. Стандардното отстапување е SD= 10.28.

На прашалникот за анксиозност добиена е аритметичка средина од M=50.01 Ако се земе предвид дека опсегот на скорови на тестот се движи од 20 до 80 опсегот на постигнати скорови на испитаниците се движи од 6 до 71 како и теоретската аритметичка средина на тестот M=50 може да се изведе заклучок дека мерената варијабла кај оваа група е **умерено** изразена. Стандардното отстапување е SD= 11.31

На прашалникот за самоповредување добиена е аритметичка средина од M=26.74. Опсегот на скорови на тестот се движи од 0 до 54, опсегот на постигнати скорови се движи од 2 до 47, а теоретската аритметичка средина, т.е. аритметичката средина на

тестот изнесува M=27, при што може да се изведе заклучок дека испитуваната варијабла е **умерено** изразена. Стандардното отстапување е SD= 8.51.

Во Табела 4 и Табела 5 се дадени дескриптивните статистици кај испитаниците од машки и женски пол одделно, во однос на варијаблите депресија, анксиозност и самоповредување.

Варијабла	***N***	***M Teo.***	***M***	***SD***	***Минимален скор***	***Максимален скор***	***Опсег на скорови на мерниот инструмент***
Депресија	37	50	49.62	11.16	25	70	20-80
Анксиозност	37	50	49.64	11.75	6	64	20-80
Самоповредување	37	27	24.50	8.73	2	47	0-54

Табела 4. *Дескриптивни статистици за испитуваните варијабли кај испитаниците од машки пол*

На прашалникот за депресија добиена е аритметичка средина од M=49.62 Имајќи ги предвид опсегот на скорови на тестот од 20 до 80, опсегот на постигнати скорови од 25 до 70 како и теоретската аритметичка средина M=50, може да се изведе заклучок дека мерената варијабла е **умерено** изразена кај оваа група на испитаници. Стандардното отстапување е SD= 11.16.

На прашалникот за анксиозност добиена е аритметичка средина од M=49.64 Ако се земе предвид дека опсегот на скорови на тестот се движи од 20 до 80 опсегот на постигнати скорови на испитаниците се движи од 6 до 64 како и теоретската аритметичка средина на тестот M=50 може да се изведе заклучок дека мерената варијабла кај оваа група е **умерено** изразена. Стандардното отстапување е SD= 11.75

На прашалникот за самоповредување добиена е аритметичка средина од M=27.16. Опсегот на скорови на тестот се движи од 0 до 54, опсегот на постигнати скорови се движи од 2 до 47, а теоретската аритметичка средина, т.е. аритметичката средина на

тестот изнесува M=27, при што може да се изведе заклучок дека испитуваната варијабла е **умерено** изразена. Стандардното отстапување е SD= 8.73.

Варијабла	***N***	***M Teo.***	***M***	***SD***	***Минимален скор***	***Максимален скор***	***Опсег на скорови на мерниот инструмент***
Депресија	40	50	51.72	9.44	20	69	20-80
Анксиозност	40	50	50.35	11.03	30	71	20-80
Самоповредување	40	27	26.35	8.40	6	42	0-54

Табела 5. *Дескриптивни статистици за испиттуваните варијабли кај испитаниците од женски пол*

На прашалникот за депресија добиена е аритметичка средина од M=51.72. Имајќи ги предвид опсегот на скорови на тестот од 20 до 80, опсегот на постигнати скорови од 20 до 69, како и теоретската аритметичка средина M=50, може да се изведе заклучок дека мерената варијабла е **умерено** изразена кај оваа група на испитаници. Стандардното отстапување е SD= 9.44.

На прашалникот за анксиозност добиена е аритметичка средина од M=50.35 Ако се земе предвид дека опсегот на скорови на тестот се движи од 20 до 80 опсегот на постигнати скорови на испитаниците се движи од 30 до 71 како и теоретската аритметичка средина на тестот M=50 може да се изведе заклучок дека мерената варијабла кај оваа група е **умерено** изразена. Стандардното отстапување е SD= 11.03

На прашалникот за самоповредување добиена е аритметичка средина од M=26.35. Опсегот на скорови на тестот се движи од 0 до 54, опсегот на постигнати скорови се движи од 6 до 42, а теоретската аритметичка средина, т.е. аритметичката средина на тестот изнесува M=27, при што може да се изведе заклучок дека испитуваната варијабла е **умерено** изразена. Стандардното отстапување е SD= 8.40.

Наоди од тестирање на хипотезите

Потхипотеза 1: Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу депресијата и автоагресивното однесување кај адолесценти.

Потхипотеза 2: Адолесцентите кои имаат повисоко изразена депресивна симптоматологија почесто пројавуваат автоагресивно однесување.

		Депресија	Самоповредување
Депресија	Pearson Correlation	1	-,083)
	Bayes Factor		8,616
	N	77	77
Самоповредување	Pearson Correlation	-,083)	1
	Bayes Factor	8,616	
	N	77	77

Табела 6. *Пирсонова корелација за варијаблите депресија и самоповредување*

Со цел тестирање на првата и втората потхипотеза беше применет Пирсонов коефициент на корелација помеѓу двете варијабли: депресија и самоповредување при што е добиен коефициент на корелација PC=-0.083 p>0.05, што укажува на тоа дека постои негативна, но не статистички значајна поврзаност помеѓу двете варијабли.

Од добиените резултати потхипотеза 1 која гласеше: Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу депресијата и автоагресивното однесување кај адолесценти не е потврдена.

Од добиените резултати потхипотеза 2, која гласеше: Адолесцентите кои имаат повисоко изразена депресивна симптоматологија почесто пројавуваат автоагресивно однесување не е потврдена.

Потхипотеза 3: Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесценти.

Потхипотеза 4: Адолесцентите кои имаат повисока анксиозност почесто пројавуваат автоагресивно однесување.

		Самоповредување	Анксиозност
Самоповредување	Pearson Correlation	1	,042
	Bayes Factor		10,419
	N	77	77
Анксиозност	Pearson Correlation	,042	1
	Bayes Factor	10,419	
	N	77	77

Табела 7. *Пирсонова корелација за варијаблите анксиозност и самоповредување*

Со цел тестирање на третата и четвртата потхипотеза беше применет Пирсонов коефициент на корелација помеѓу двете варијабли: депресија и самоповредување при што е добиен коефициент на корелација PC=0.042; p<0.05, што укажува на тоа дека постои позитивна и статистички значајна поврзаност помеѓу двете варијабли, односно со зголемување на едната се зголемува и другата варијабла.

Од добиените резултати потхипотеза 3 која гласеше: Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесценти е потврдена.

Од добиените резултати потхипотеза 4 која гласеше: Адолесцентите кои имаат повисока анксиозност почесто пројавуваат автоагресивно однесување е потврдена.

Потхипотеза 5: Анксиозноста има поголемо влијание врз пројавувањето на автоагресивното однесување, за разлика од депресивната симптоматологија.

			Анксиозност	Депресија	Самоповредување
Анксиозност	Posterior	Mode		,192	,042
		Mean		,185	,040
		Variance		,012	,012
	95% Credible Interval	Lower Bound		-,028)	-,179)
		Upper Bound		,394	,257
	N		77	77	77
Депресија	Posterior	Mode	,192		-,083)
		Mean	,185		-,079)
		Variance	,012		,012
	95% Credible Interval	Lower Bound	-,028)		-,297)
		Upper Bound	,394		,137
	N		77	77	77
Самоповредување	Posterior	Mode	,042	-,083)	
		Mean	,040	-,079)	
		Variance	,012	,012	
	95% Credible Interval	Lower Bound	-,179)	-,297)	
		Upper Bound	,257	,137	
	N		77	77	77

Табела 8. *Пирсонов коефициент на корелација меѓу депресија, анксиозност и самоповредување*

Пирсоновиот коефициент на корелација покажува дека поврзаноста помеѓу анксиозноста и самоповредувањето дава статистичка значајност коефициент на корелација r=0,042 (p<0.05), а поврзаноста помеѓу депресијата и самоповредувањето дава корелација r=-0.083 (p>0.05).

Од добиените резултати потхипотеза 5 која гласеше: *Анксиозноста има поголемо влијание врз пројавувањето на автоагресивното однесување, за разлика од депресивната симптоматологија е потврдена.*

Потхипотеза 6: Адолесцентите од женски пол почесто пројавуваат автоагресивно однесување за разлика од адолесцентите од машки пол.

За тестирање на шестата потхипотеза беше користен т-тест за независни групи. Во Табела 9 се дадени резултатите добиени од тестирање на разликите помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на варијаблите депресија, анксиозност и самоповредување.

		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	MD	Std. Error Difference
Депресија	Equal variances assumed	1,712	,195	-,896)	75	,373	-2,10338)	2,34877
	Equal variances not assumed			-,890)	70,791	,377	-2,10338)	2,36422
Анксиозност	Equal variances assumed	,018	,894	-,270)	75	,788	-,70135)	2,59607
	Equal variances not assumed			-,269)	73,518	,788	-,70135)	2,60255
Самоповредување	Equal variances assumed	,120	,730	,416	75	,679	,81216	1,95260
	Equal variances not assumed			,415	73,985	,679	,81216	1,95554

Табела 9. *Резултати од тестирањето на разликите помеѓу машките и женските во однос на варијаблите депресија, анксиозност и самоповредување*

Резултатите од спроведената анализа укажуваат дека не постои статистички значајна разлика помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на варијаблата депресија p=0.679; p>0.05, што значи дека хипотезата не се прифаќа.

Резултатите од применетиот t- тест укажуваат исто така, дека не постои статистички значајна разлика помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на варијаблата анксиозност. Наодите демонстрираат дека не постои статистичкии значајна разлика помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на варијаблата самоповредување.

Од добиените резултати потхипотеза 6 која гласеше: Адолесцентите од женски пол почесто пројавуваат автоагресивно однесување за разлика од адолесцентите од машки пол не е потврдена.

Дополнителни анализи

Во Табела 10 се претставени Пирсоновите коефициенти на корелација помеѓу варијаблите во истражувањето: депресија, анксиозност, самоповредување и пол.

	Депресија	***Анксиозност***	***Самоповредување***	***Пол***
Депресија	1	.193	-.083	.103
Анксиозност		1	.042	.031
Самоповредување			1	-.048
Пол				1

Табела 10. *Пирсонови коефициенти на корелација помеѓу варијаблите во истражувањето (N=77)*

Врз основа на добиените резултати може да се заклучи дека депресијата е позитивно и статистички незначајно поврзана со анксиозноста (r=0.193; p>0.05), негативно и статистички незначајно поврзана со самоповредувањето (r=-0.083; p<0.05), и позитивно, но статистички незначајно поврзана со полот (r=0,103; p>0.05) на испитаните адолесценти.

Во однос на анксизоноста и самоповредувањето е добиена позитивна ис статистички значајна поврзаност (r=0.042; p<0.05). Анксизоноста е статистички значајно поврзана и со полот (r=0.031; p<0.05).

Самоповредувањето е негативно и статистички значајно поврзано со полот (r=-0,048; p<0.05).

Од добиените резултати главната хипотеза која гласеше: Присутна е поврзаност помеѓу депресијата, анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесценти од различен пол е делумно потврдена.

Исто така, би можеле да се испитаат различните димензии кои го зголемуваат ризикот од самоповредување, одделно со независните варијабли: анксиозност, депресија или пол. Исто така би можело да се претпостави типот на депресија, бидејќи клиничката депресија можеби има различно влијание врз самоповредувањето за разлика од акутно депресивно расположение.

ДИСКУСИЈА

Адолесценција е специфичен, често драматичен и еден од најзначајните периоди во создавањето на човекот како био-психо-социјално битие. Тоа е преоден период помеѓу детството и возрасното доба кое има карактеристики на двата периоди, па може

да се каже дека адолесцентите се некаде помеѓу, повеќе не се деца, а се уште не се ни возрасни.

За да децата станат возрасни, зрели и самостојни луѓе неминовно е да поминат низ цела низа на промени, пред се на физички, а потоа на интрапсихички и социјален план.

Раниот адолесцентен период се карактеризира со зголемена сензитивност и реактивност. Така, од една страна се развива чувство на љубов и пријателство, а од друга страна наизменично се менуваат бурни емоционални реакции какви што се бесот, лутината, бунтовноста, со периоди на срамежливост , повлекување и смирување. Анксиозните, депресивните и агресивните чувства се позачестени во однос на детството.

Студија цитирана од Центрите за контрола и превенција на болести (ЦДЦ) покажа дека: кај 7,1% од децата на возраст од 3-17 години (приближно 4,4 милиони) дијагностицирале анксиозност и 3,2% од децата на возраст од 3-17 години (приближно 1,9 милиони) дијагностицирана депресија. Kaj 7.1 % на деца на возраст од 3-17 години дијагностицирале анксиозност. Kaj 3.2 % деца на возраст од 3-17 години дијагностицирале депресија.

Депресивните чувства се чести кај адолесцентите: кај најголемиот дел, сепак, ова е нормативен начин на доживување на растењето и развојот на младоста. При евалуацијата на депресијата кај адолесцентот треба да се земат предвид актуелната фаза во развојот на адолесценцијата и настаните во животот кои би можеле да влијаат на расположението.

Факторите кои влијаат на развојот на депресијата не се познати во детали, но и социодемографските фактори и несаканите животни настани е покажано дека се асоцирани со депресијата. Опсервирано е дека депресивните адолесценти имале посиромашни социјални способности отколку другите млади луѓе и имале понегативен поглед кон себеси отколку другите.

Ризикот од развој на клиничка депресија е поголем ако некој друг член во семејството страдал од тешка депресија или биполарно афективно растројство. Психијатриските симптоми асоцирани со нормалниот развој се минливи и не се асоцирани со директната или индиректната автодеструктивност, а способноста на младата личност да функционира не е нарушена. Важно е да се диференцираат чувствата на депресија кои се нормативни за адолесцентот и патолошката депресија.

Подетална семејна анамнеза може да се земе во предвид во некое идно истражување. Поточно самоповредувањето може да се гледа пошироко од аспект на семејна-системска терапија, односно влијанието на семејниот систем и релации врз однесувањето на адолесцентот, повеќе отколку врз развој на анксиозност или депресија. Конкретно, семејнните фактори може да се извор сам по себе за појавување на автоагресивно однесување.

Постојат некои нарушувања на менталното здравје кои започнуваат и / или се почести во текот на тинејџерските години. Овие вклучуваат нарушувања во исхраната, нарушување на хиперактивноста со дефицит на внимание (АДХД) и самоповредувањето. Без оглед на специфичното нарушување на менталното здравје, колку порано е забележано и адресирано, толку поефикасен третман може да биде.

Адолесцентот не е дете ниту на физиолошки ниту на когнитивен план. Се вели дека децата созреале и влегле во зрелоста, кога успеале да се ослободат од родителското влијание. Тоа ги вознемирува родителите, бидејќи немаат целосен увид и контрола што адолесцентот прави. Адолесцентот гради свои “проекти“ за иднината во соработка со врсниците. Така гради самодоверба, самопочит и многу други нешта.

Посебна карактеристика е идентитетот и сликата за себе во адолесценцијата. Сликата за себе во адолесценцијата, од главно физичко поимање за себе (11-14 години) се преобразува во апстрактно-психолошко поимање за себе (по 14, односно 17-та година). Поимот за идеално јас, од главно физички опис (11-15 години), преминува во апстрактно-психолошка слика за себе (Такашманова-Соколовска, 1998). Појавата на формалното-логичко мислење овозможува адолесцентот во самоописот да вклучи апстракни идеи за себе и да се проценува врз основа на внатрешните доживувања, посебно врз сопствените мисли и чувства. Себеприфаќањето е на повисоко ниво, кај оние адолесценти кои имаат повисоко ниво на формални операции. Но, себепочитувањето во адолесценција, пред се зависи од општата социо-емоционална клима во семејството и во училиштето: повеќе емоционална топлина, прифаќање, приврзаност и пофалби водат до поголемо самопочитување.

Самодовербата, самопочитта и себеприфаќањето се фактори кои во иднина може да се земат во предвид исто така, при истражување на ризикот од самоповредување.

Фактори кои можат да придонесат за стрес во адолесценцијата вклучуваат изложеност на неволји, притисок да се усогласат со врсниците и истражување на идентитетот. Влијанието на медиумите и родовите норми може да ја влошат разликата

помеѓу живата реалност на адолесцентот и нивните перцепции или аспирации за иднината. Други важни детерминанти го вклучуваат квалитетот на нивниот домашен живот и односите со врсниците. Насилството (особено сексуалното насилство и малтретирањето), грубото родителство и тешките и социо-економските проблеми се признати ризици за менталното здравје.

Некои адолесценти се изложени на поголем ризик од услови за ментално здравје поради нивните животни услови, стигма, дискриминација или исклучување или недостаток на пристап до квалитетна поддршка и услуги. Тие вклучуваат адолесценти кои живеат во хуманитарни и кревки услови; адолесценти со хронична болест, нарушување на спектарот на аутизам, интелектуална попреченост или друга невролошка состојба; бремени адолесценти, родители адолесценти или оние кои се во ран или принуден брак; сирачиња; и адолесценти од малцинско етничко или сексуално потекло или други дискриминирани групи.

Нарушувањето на однесувањето (вклучувајќи симптоми на деструктивно или предизвикувачко однесување) се јавува кај 3,6% кај младите од 10 до 14-години и 2,4% од 15 до 19 години (Institute of health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). Нарушувањата во однесувањето можат да влијаат на образованието на адолесцентите, а нарушувањето на однесувањето може да резултира со криминално однесување.

Самоубиството е четврта водечка причина за смрт кај постарите адолесценти (15-19 години) (WHO Global Health Estimates 2000-2019). Факторите на ризик за самоубиство се повеќеслојни и вклучуваат штетна употреба на алкохол, злоупотреба во детството, стигма против барање помош, бариери за пристап до грижа и пристап до средства за самоубиство. Дигиталните медиуми, како и секој друг медиум, можат да играат значајна улога или во подобрувањето или во слабеењето на напорите за превенција од самоубиства.

Интервенциите за промоција и превенција на менталното здравје имаат за цел да го зајакнат капацитетот на поединецот да ги регулира емоциите, да ги подобрат алтернативите за однесувањето на ризик, да изградат отпорност за управување со тешки ситуации и неволји и да промовираат општествени средини и социјални мрежи за поддршка.

Овие програми бараат пристап на повеќе нивоа со различни платформи за испорака - на пример, дигитални медиуми, здравствени или општествени поставки, училишта или заедница - и различни стратегии за да допрат до адолесцентите, особено до најранливите.

Емпириските истражувања велат дека анксиозните нарушувања генерално се почести кај адолесцентните девојчиња отколку кај момчињата (Merikangas, He, Burstein et al., 2010).

Сепак, треба да се забележи дека избегнувањето на училиште не е специфично за анксиозните растројства, а други причини вклучуваат тешкотии во учењето или конфликти со врсниците. Студиите покажаа дека училишните потешкотии, падот на училишните резултати, па дури и незавршувањето на средното училиште, се поврзани со анксиозност кај децата и адолесцентите од страна на некои, но не сите студии. Социјалното повлекување и од врсниците и од активностите е исто така честа појава (Garland, 2001).

Друга заедничка карактеристика на презентацијата на анксиозни растројства е да имате повеќе од едно истовремено анксиозно растројство, како што се генерализирано анксиозно растројство и социјална фобија. Овој феномен, познат како „коморбидитет“, е чест кај адолесцентите и возрасните кои страдаат од анксиозни нарушувања. Анксиозноста и депресијата, исто така, често се коморбидни кај адолесцентите (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002).

Податоците за коморбидна употреба/злоупотреба на супстанци се мешани, при што некои покажуваат дека анксиозните адолесценти се изложени на намален ризик, (Malmberg, Overbeek, Monshouwer, Lammers, Vollebergh, Engels, 2010), додека други покажале зголемен ризик (Low NC, Lee, Johnson, Williams, Harris, 2008; Kilgus & Pumariega, 2009). *Ова може да се должи на родовите разлики со специфични типови на анксиозни нарушувања или интеракцијата.* Поддржувајќи ја оваа можност, (Wu et al., 2010) анксиознсота беше поврзана со помала употреба на дрога. Попреченостите во учењето и растројството на хиперактивност со дефицит на внимание, исто така, често се појавуваат заедно со анксиозните нарушувања кај младите.

Друг ризик фактор за адолесцентните анксиозни нарушувања се родителските анксиозни нарушувања. Поточно, децата и адолесцентите чии родители имаат анксиозно

растројство имаат поголема веројатност да покажат и анксиозност (на пример, коефициент на шансите 4,7% за социјална фобија), што имплицира и генетиката и семејната средина (Merikangas, Avenevoli, Dierker, Grillon, 1999). Трет фактор кој може да предиспонира за анксиозни нарушувања се тешкотиите со односи со врсници, кои се поврзани со последователна анксиозност, особено социјална анксиозност, кај адолесцентите (Siegel, La Greca, Harrison, 2009).

Иако многу се знае за адолесцентните анксиозни нарушувања, сè уште има многу области за идни истражувања. На пример, многу психосоцијални третмани се развиени за деца или возрасни, а потоа се користат за адолесценти во адаптирана форма. Потребни се повеќе истражувања кај адолесцентите независно од децата и возрасните во многу области на адолесцентни анксиозни нарушувања

Луѓето кои се впуштаат во самоповреда без самоубиство намерно ги повредуваат своите тела (на пр. со сечење или палење) како начин да се справат со интензивната емоционална вознемиреност. Несамоубиствено самоповредување е загриженост кај младите луѓе бидејќи често останува неоткриено. Тоа е поврзано со долгорочни лоши резултати на физичкото и менталното здравје кои се протегаат до зрелоста, а исто така често се поврзува со самоубиство. Официјалните статистички податоци веројатно недоволно ги претставуваат самоповредите кои не се самоубиствени, бидејќи ги евидентираат само хоспитализираните повреди. Истражувањата сугерираат дека преваленцата на ниво на популација може да биде двојно повисока или повисока отколку што е прикажано во националната статистика.

Високото ниво на автоагресивно однесување кај адолесцентите од различна возраст останува итен социјален, научен и практичен проблем. Манифестациите на автоагресивно однесување кај адолесцентите се карактеризираат со полиморфни манифестации: високи стапки на употреба на супстанции и манифестации на интерес за оваа тема се комбинирани со зголемување на ризиците од директно самоповредување и самоубиствено однесување.

Во проценка на ризикот во предвид се земаат и анамнестички податоци за фамилијарна историја на суициди или ментални заболувања кај родителите, како и семејно насилство или сексуално злоставување на адолесцентот (Nock, 2006; Hooley, German, 2016).

. Психијатриските состојби кои се специфично поврзани со NSSI кај адолесцентите вклучуваат интернализирачки нарушувања (првенствено депресија, но исто така и посттрауматско стресно растројство и генерализирана анксиозност), екстернализирани нарушувања (вклучувајќи нарушување на однесувањето и спротивставено пркосно нарушување) и нарушувања на злоупотреба на супстанции (Jacobson & Gould, 2007; Nock, Joiner, Gordon et al., 2006). Некои истражувачи тврдат дека постои силна врска помеѓу NSSI и малтретирањето во раното детство, особено сексуалната злоупотреба на децата. Сепак, една неодамнешна мета-анализа најде само скромна корелација помеѓу злоупотребата на деца и несуицидното самоповредување, а тоа се должи на поврзаноста на двете карактеристики со психијатриските фактори на ризик (Klonsky, 2007).

Значителен процент на адолесценти и млади возрасни лица кои појавуваат несуицидално самоповредување (NSSI) - речиси половина - можеби не ги исполнуваат критериумите за депресија, анксиозност, нарушување во исхраната, нарушување на употребата на супстанции или други големи психијатриски нарушувања. Всушност, NSSI се чини дека е вообичаен неспецифичен психијатриски симптом кој се наоѓа кај различни нарушувања, како и кај адолесценти без специфична психијатриска дијагноза. Се чини дека е покорисно да се разбере NSSI во функционална смисла, наместо како посебна дијагноза, бидејќи посебна дијагностичка категорија не е добро поддржана од тековните наоди од истражувањата (Gollust, Eisenberg, Golberstein, 2008).

Некои адолесценти кои се вклучени во NSSI имаат зголемени стапки на емоционална реактивност, интензитет и хипервозбуда. Интерперсоналните процеси поврзани со NSSI вклучуваат зголемена употреба на избегнувачко однесување и намалена емоционална експресивност. Адолесцентите кои се самоповредуваат имаат поголема веројатност да пријават дека биле малтретирани од врсници и доживување непријатност во врска со нивниот сексуален идентитет. Една неодамнешна британска студија исто така откри поврзаност со готската субкултура и однесувањето на самоповредување кај тинејџерите. Знаењето за самоповредување кај врсниците е фактор на ризик за NSSI поради очигледен ефект на зараза и има зголемен публицитет за ова однесување. Различни интернет-страници и виртуелни простории за разговор обезбедуваат информации, па дури и поттикнуваат самоповредувачко однесување (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720).

Интерперсоналните функции кои NSSI понекогаш ги служи може да го предизвикаат терапевтскиот сојуз. Лекарите можат да доживеат широк спектар на негативни реакции (понекогаш опишани како форма на контратрансфер) на адолесцентите кои се занимаваат со самоповредување. Термините како што се игривост, манипулативни, барајќи внимание или граница понекогаш се користат од фрустрирани лекари за да ги опишат лицата кои се самоповредуваат. Овие термини може да укажат на потребата за повеќе терапевтска перспектива преку консултација со колега, така што клиничките одлуки не се засноваат на фрустрација (Walsh, 2006). Корисно е да се запамети дека импулсивната NSSI кај адолесцентите генерално произлегува од емоционална болка, а не од злонамерни намери и дека на тинејџерот му требаат поефикасни вештини за да ја замени самоповредата.

Како фактор за ризик од самоповредување кај адолесцентите во теоријата се споменува и искусување на помалку поддржувачко родителство.

Додека некои студии покажуваат дека NSSI е почеста кај девојчињата, отколку кај момчињата, други студии покажуваат дека нема постојани родови разлики (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720).

Иако се разликува од самоубиственото однесување, NSSI често се јавува кај адолесценти кои, во други времиња, размислувале или се обиделе да се самоубијат. Како резултат на тоа, постои значителен ризик од самоубиство и обиди за самоубиство кај тинејџерите кои се со NSSI. Една неодамнешна студија покажа дека 70 проценти од тинејџерите кои се со NSSI направиле барем еден обид за самоубиство, а 55 проценти имале повеќе обиди (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Сепак, несуицидното и самоубиственото однесување служат за различни цели. Некои адолесценти болнички пријавуваат дека се повредуваат конкретно за да престанат со самоубиствените идеи или за да се спречат себеси од вистински обид за самоубиство (Nixon, Cloutier, Aggarwal, 2002). Следствено, Фаваза (Favazza, 2006) го концептуализира однесувањето на самоповредување без самоубиствена намера како „морбидна форма на самопомош“.

Вклучувањето на семејството во поддршката и третманот на адолесцентите со NSSI е исто така многу важно. Лошата комуникација со семејството е поврзана со самоубиствено однесување кај некои адолесценти (Tarner et al., 2000). Подобрувањето на разбирањето на семејството за NSSI може да биде корисно за намалување на

конфликтите. Може да биде корисно за семејството да научи стратегии за деескалација и да ги прошири вештините за слушање и комуникација. Членовите на семејството, исто така, можат да помогнат со плановите за безбедност и практикувањето на вештините за решавање проблеми (Walsh, 2006).

Проблемот на ова истражување беше појавата на автоагресивно однесување кај адолесцентите, а **целта** е да се добијат истражувачки информации за факторите кои влијаат врз појавата на автоагресивното однесување кај адолесцентите.

Предмет на истражувањето е влијанието на анксиозноста и депресијата како фактори за појава на автоагресивно однесување кај адолесцентите од различен пол.

Проблемот на истражувањето беше конкретизиран преку следните прашања:

Дали постои поврзаност помеѓу депресијата и автоагресивното однесување кај адолесцентите од различен пол?

Дали постои поврзаност помеѓу анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесцентите од различен пол?

Дали анксиозноста и депресијата се подобри предиктори за автоагресивно однесување кај адолесцентите од полот?

Истражувањето беше спроведено на примерок од 77 адолесценти на возраст од 15 до 19 години. По статистичката обработка на податоците, се дојде до следните заклучоци:

Главната хипотеза која гласеше: *Присутна е поврзаност помеѓу депресијата, анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесценти од различен пол е делумно потврдена.*

Од добиените резултати потхипотеза 1 која гласеше: Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу депресијата и автоагресивното однесување кај адолесценти не е потврдена.

Потхипотезата 2 која гласеше: Адолесцентите кои имаат повисоко изразена депресивна симтоматологија почесто пројавуваат автоагресивно однесување не е потврдена, бидејќи според корелацијата депресијата е негативно поврзана со автоагресивното однесување. Резултатот може да се должи на тоа што прашалникот користен во ова истражување мери несуицидално самоповредување, кое веројатно е повеќе поврзано со вознемиреност (анксиозност). Додека депресивната

симптоматологија може да се претпостави дека е повеќе поврзана со суицидално самоповрдување.

Потхипотезата 3 која гласеше: Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесценти е потврдена.

Потхипотезата 4 која гласеше: Адолесцентите кои имаат повисока анксиозност почесто пројавуваат автоагресивно однесување е потврдена.

Потхипотеза 5 која гласее: Анксиозноста има поголемо влијание врз пројавувањето на автоагресивното однесување, за разлика од депресивната симптоматологија е потврдена.

Потхипотеза 6, која гласеше: Адолесцентите од женски пол почесто пројавуваат автоагресивно однесување за разлика од адолесцентите од машки пол не е потврдена.

Од добиените резултати може да се заклучи дека не постојат разлики помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на депресијата, анксиозноста и самоповредувањето. Кај примерокот вклучен во ова истражување сите три варијабли се умерено изразени. Од ова истражуање се доби податок дека анксиозноста е позитивно и статистички значајно поврзана со самоповредувањето и со зголемување на анксиозноста се зголемува и ризикот од самоповредување.

Исто така, би можеле да се испитаат различните димензии кои го зголемуваат ризикот од самоповредување, одделно со независните варијабли: анксиозност, депресија или пол. Би можело да се претпостави дека типот на депресија има влијание, бидејќи клиничката депресија можеби има различно влијание врз самоповредувањето за разлика од акутно депресивно расположение, а испитаниците вклучени во ова истражување немаат дијагностицирана клиничка депресија.

Може да се изведе заклучот дека анксиозноста е значаен фактор кој придонесува во искуството кај адолесцентите со несуицидално самоповредување.

Дополнително од приказите на структурата на примерокот земен за ова истражување беше забележано дека женските од овој примерок кои се самоповредуваат се приближно исто застапени со машките на возраст од 15 години. На возраст од 16 и 17 години побројни се женските кои се самоповредуваат од машките. На 18 годишна возраст повторно како и на 15 годишна возраст, машките се минимално повеќе застапени од женските. На 19 годишна возраст во примерокот нема женски кои се самоповредуваат, а има 4 машки.

Може да се заклучи дека женските најчесто се самоповредуваат на возраст од 16 години, кога е и најголема разликата во однос на машките, кои исто така во најголем број се самоповредуваат на 16 години. Во овој примерок не се најдени женски кои се самоповредуваат на 19 години. Тоа може да е резултат на постигнување на емоционална зрелост нешто порано во однос на машките, што секако може дополнително да се истражи во некое идно истражување. Причината пак на поголемата застапеност пак на женските кои се самоповредуваат во однос на машките на возраст од 16 и 17 години, треба да се побара можеби во начините на емотивно врзување со врсниците или можеби емотивните партнери, или пак е можеби поврзаност со адаптација на физиолошките промени кои се побурни кај женските, а се поврзани со репродуктивните хормони и менструалниот циклус, како дополнителни промени покрај останатите кои ги следат адолесцентите од двата пола, а влијаат на себеперцепцијата, себеприфаќањето, прифаќањето на родовите улоги итн.

РЕЗИМЕ

Во овој труд се истражува автоагресивното директно однесување кај адолесцентите, т.е самоповредувањето.

Проблемот на истражувањето е појавата на автоагресивно однесување кај адолесцентите, а **целта** е да се добијат истражувачки информации за факторите кои влијаат врз појавата на автоагресивното однесување кај адолесцентите.

Предмет на истражувањето е влијанието на анксиозноста и депресијата како фактори за појава на автоагресивно однесување кај адолесцентите од различен пол.

Поставени се две основни цели на истражувањето:

- Да се испита разликата во влијанието на анксиозноста и депресијата врз појава на автоагресивното однесување кај адолесцентите.

-Втората цел е влијанието на полот врз појавата на автоагресивното однесување на адолесцентите.

Основната цел на истражувањето е преку предикција да се добијат сознанија во однос на анксиозноста, депресијата и автоагресивното однесување кај адолесценти од различен пол во Северна Македонија.

Проблемот на истражувањето е конкретизиран преку следните прашања:

Дали постои поврзаност помеѓу депресијата и автоагресивното однесување кај адолесцентите од различен пол?

Дали постои поврзаност помеѓу анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесцентите од различен пол?

Дали анксиозноста и депресијата се подобри предиктори за автоагресивно однесување кај адолесцентите од полот?

Главната хипотеза на истражувањето гласи: *Присутна е статистички значајна поврзаност помеѓу депресијата, анксиозноста и автоагресивното однесување кај адолесценти од различен пол.* Од неа беа изведени 6 подхипотези.

Во прибирање на податоците беа применети: Скала за самопроцена на депресија (SDS-Self-Rating Depression Skale), конструирана од Цунк и Дархем во 1965 година (Paunovic i Timotijevic, 2003), Скала за самопроцена на анксиозност (SAS-Self-Rating Anxiety Scale) конструирана од Цунк во 1971 година (Zung, 1971), Инвентар за изјави за самоповредување (Inventory of Statements About Self-Injury-ISAS), конструиран од Клонски и Глен (Klonsky & Glenn, 2009) и Анкетен прашалник од кој се добиваат податоци за: возраст и пол.

Единици на анализа во истражувањето се адолесценти на возраст од 15 до 19 години.

Предметната популација ја сочинуваат адолесценти кои пројавувиле автоагресивно однесување.

Достапната популација ја сочинуваат адолесценти кои се ученици во државното средно училиште за ликовни уметности и дизајн ДСУЛУД Лазар Личеноски-Скопје, како и адолесценти кои се јавиле за психолошка поддршка во приватна пракса за семејно-системско советување кај истражувачот.

Примерокот содржи 77 адолесценти. Од нив, 37 се од машки и 40 се од женски пол. Теренскиот дел на истражувањето беше реализиран во периодот од Јануари до Март 2022 година. Податоците што се добиени се обработени со соодветни статистички постапки.

Од добиените резултати може да се заклучи дека не постојат разлики помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на депресијата, анксиозноста и самоповредувањето. Кај примерокот вклучен во ова истражување сите три варијабли се умерено изразени. Од ова истражуање се доби податок дека анксиозноста е позитивно и статистички значајно поврзана со самоповредувањето и со зголемување на анксиозноста се зголемува и ризикот од самоповредување.

Може да се изведе заклучот дека анксиозноста е значаен фактор кој придонесува во искуството кај адолесцентите со несуицидално самоповредување.

ЛИТЕРАТУРА

1. Asarnow JR, Jaycox LH, Tompson MC. (2001). Depression in youth: psychosocial interventions. *J Clin Child Psychol*, Mar;30(1):33-47.

2. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ.* Feb 3;180(3):291-7. PubMed

3. Beesdo K, Lau JY, Guyer AE, et al. (2009). Common and distinct amygdalafunction perturbations in depressed vs anxious adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 66:275–285.

4. Boscolo, L. & Bertrando, P. (2022). *Индивидуална Системска терапија-интерен превод.* Институт за брак, семејство и системка пракса "Алтернатива": Скопје.

5. Brković, A. D. (2011). *Razvojna psihologija*. Čačak: Regionalni centar za profesionalni razvoj zaposlenih u obrazovanju.

6. Brown, RA., Lewinsohn, PM., Seeley, JR., Wagner, EF. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* Dec;35(12):1602-10.

7. Carlson, CR., & Hoyle, RH. (1993). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: a quantitative review of behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol.* 61:1059–1067

8. Compton, SN., Walkup, JT., Albano, AM. et al. (2010). Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS): rationale, design, and methods. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010;4:1.

9. Erikson, E. (1980). *Identity and life cyrcle*. New York: Norton.

10. Erikson, E.(1976). *Omladina, kriza, identifikacija*. Titograd: Pobjeda.

11. Favazza, AR. (2006). Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics.* 117(6)2283–2284.

12. Foa, EB, Andrews, LW. (2006*). If Your Adolescent Has an Anxiety Disorder: An Essential Resource for Parents.* New York: Oxford University Press, Inc.

12. Garland, EJ. (2001). Rages and refusals. Managing the many faces of adolescent anxiety. *Can Fam Physician*. 47:1023–1030.

14. Garcia-Lopez, LJ., Olivares, J., Beidel, D., Albano, AM,, Turner, S., Rosa, AI. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *J Anxiety Disord.* 2006;20:175–191.

15. Glenn, C.R. , & Klonsky, E.D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in non-suicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 67-75.

16. Glenn, C.R. & Klonsky, E.D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18(3), 375-378.

17. Global status report on alcohol and health, 2018. Преземено од: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639

18. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, et al. (2019). Преваленца и третман на депресија, анксиозност и проблеми во однесувањето кај децата во САД. *J Педијатр*, 206: 256-267.e3. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322701/

19. Gollust, SE., Eisenberg, D., Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *J Am Coll Health.* 56(5)491–498.

20. Gratz, KL. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sc Pract.* 10(2)192–205.

21. Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Arch Gen Psychiatry*, 47:465-473.

22. Holoroyd, KA. (1976). Cognition and Desensitization in the Group Treatment of Test Anxiety. *J Consult Clin Psychol*. 44:991–1001.

23. Institute of health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange* (GHDx).

24. Jacobson, CM., Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 11(2)129–147.

25. Kahng, SW., Iwata, BA. & Lewin, AB. (2002). Behavioral treatment of self-injury, 1964 to 2000. Am *J Ment Retard*;107(3)212–221.

26. Kendall, PC., Hudson, JL., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol.* 76:282–297

27. Kendall, PC., & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

28. Kessler, RC., Angermeyer, M., Anthony, JC., et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 6:168–176.

29. Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.

30. Klonsky, E.D. , & Glenn, C.R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS) . *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219.

31. Klonsky, E.D., & Olino, T.M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 22-27.

32. Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.

33. Kovacs, M., Feinberg, TL., Crouse-Novak, M., Paulauskas, SL., Pollock, M., Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood II. A longitudinal study of the risk for a subsequet major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41:643-649.

34. Kilgus, MD., Pumariega, AJ. (2009). Psychopathology in cocaine-abusing adolescents. *Addict Disord Their Treat*. 8:138–144.

35. Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, KA. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *J Youth Adolesc.* 34(5)447-457.

36. Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2009). *Handbook of adolescent psychology, volume 1: Individual Bases of Adolescent Development (3rd ed.)*. Достапно на: https://books.google.mk/books?hl=en&lr=&id=HtdwZDroKxQC&oi=fnd&pg=PR13&dq=psychology+of+adolescence&ots=kTxtTQyKJi&sig=qXmtTSHX4R2sGonBYKfShMxM8u0&redir_esc =y#v=onepage&q=psychology%20of%20adolescence&f=false

37. Lloyd-Richardson, EE., Perrine, N., Dierker, L,, Kelley, ML. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med.* (8)1183–1192.

38. Low, NC., Lee, SS., Johnson, JG., Williams, JB., Harris, ES. (2008). The association between anxiety and alcohol versus cannabis abuse disorders among adolescents in primary care settings. *Fam Pract.*25:321–327.

39. Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, WA., Engels, RC. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *J Behav Med.* 33:474–485.

40. Merikangas, KR., Avenevoli, S., Dierker, L., Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biol Psychiatry.* 46:1523–1535.

41. Merikangas, KR., He, JP., Burstein, M. et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 49:980–989.

42. Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet ,I., Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. *J Consult Clin Psychol*. 66:193–198.

43. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, Jun; 61(6):577-84.

44. Mufson, L., Firbanks, J. (1996). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1145-1155.

45. Мурџева-Шкариќ, О. (2009). *Психологија на детството и на адолесценцијата. Развојна психологија 1*. Скопје: Филозофски Факултет.

46. Мурџева-Шкарић, О. (2004). *Развојна психологија.* Скопје: Филозофски Факултет.

47. Nixon, MK., Cloutier, PF., Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 41;1333–1341.

48. Nock, MK., Mendes, WB. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem–solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Cin Psychol.* 76(1)28–38.

49. Nock, MK., Joiner, TE., Gordon, KH. et al. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 14465–72.

50. Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.

51. Nock, M.K. , & Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.

52. Novak, MA. (2003).Self-injurious behavior in rhesus monkeys: new insights into its etiology, physiology, and treatment. *Am J Primatol*. 59(1)3–19.

53. Ollendick, TH., Hirshfeld-Becker, DR. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 51:44–58.

54. Ost, LG., Svensson, L., Hellstrom, K., Lindwall, R. (2001). One-Session treatment of specific phobias in youths: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 69:814–824.

55. Ost, LG. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther.* 25:397–409.

56. Paunovic, V. i Timotijevic, M. (2003). *Instrumenti klinicke procene u psihijatriji.* Institut za mentalno zdravlje: Beograd. str. 134-135.

57. Peterson, J. et al. (2008). Nonsuicidal Self injury in Adolescents. *Psychiatry (Edgmont).* 5(11): 20–26. Преземено од: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720/ на: 04.03.2022

58. Reinecke, MA., Dattilio, FM., Freeman, A. (2003). What makes for an effective treatment? In: *Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A, editors. Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice. 2nd ed.* New York: The Guilford Press. pp. 1–18.

59. Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77.

60. Siegel, RS.., La Greca, AM., Harrison, HM. (2009). Peer victimization and social anxiety in adolescents: prospective and reciprocal relationships. *J Youth Adolesc*. 38:1096–1109.

61. Silverman, WK., Pina, AA. (2008). Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. J *Clin Child Adolesc Psychol.* 37:105–130.

62. СЗО–*Адолесцентно ментално здравје*. Преземено од: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health Пристапено на: 01.10.2021 год.

63. *Службен весник на Република Македонија*, број 43/12, Упатство за практикување на медицина заснована на докази при депресија кај адолесцентите.

64. Thapar, A., Collishaw, S., Potter, R., Thapar, AK. (2010). Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*, Jan 22;340, 209.

65. Sallee FR, Vrindavanam NS, Deas-Nesmith D, Carson SW, Sethuraman G. (1997). Pulse intravenous clomipramine for depressed adolescents: double-blind, controlled trial. *Am J Psychiatry*, 154:668-673.

66. Silverman, WK., Kurtines, WM., Ginsburg, GS., Weems, CF., Lumpkin, PW., Carmichael, DH. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behaviorial therapy: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 67:995–1003.

67. Такашманова-Соколовска, Т. (1998). *Когнитивниот развој и сликата за себе во периодот на адолесценцијата.* Скопје: Графохартија.

68. Terhaag, S., & Rioseco, P. (2021). *Self-injury among adolescents (Growing Up in Australia Snapshot Series – Issue 4).* Melbourne: Australian Institute of Family Studies.

69. Turner, SG., Kaplan, CP., Zayas, L. et al. (2002). Suicide attempts by adolescent Latinas: an exploratory study of individual and family correlates. *Child Adolesc Soc Work J.* 19(5)357–374.

70. US Preventive Services Task Force. (2009). Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, Apr;123(4):1223-8.

71. Упатство за практикување на медицина заснована на докази, врз основа на Законот за здравствената заштита. *Службен весник на Република Македонија*, број 43/12, член 27, став 1.

72. Walsh, BW. (2006). *Treating Self Injury: A Practical Guide.* New York: Guilfor.

73. Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.

74. WHO. *Global Health Estimates 2000-2019.*

75. WHO. (2020). *Global Health Estimates 2019 (GHE).*

76. Windle, RC., Windle, M. (1997). An investigation of adolescents' substance use behaviors, depressed affect and suicidal behaviors. *J Child Psychol Psychiatry*, 38:921-929.

77. William,W.K. Zung. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. Преземено од: https://www.statisticssolutions.com/free-resources/directory-of-survey-instruments/zung-self-rating-anxiety-scale-sas/ Пристапено на: 10.10.2021

78. World Drug Report, 2020.

79. Wu, P., Goodwin, RD., Fuller, C., Comer, JS., Cohen, P., Hoven, CW. (2010). The relationship between anxiety disorders and substance use among adolescents in the community: Specificity and gender differences. *J Youth Adolesc*. 39:177–188.

80. Yates, TM., Tracy, AJ., Luthar, SS. (2008). Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol.* 76(1)52–62.

81. https://www.morressier.com/article/10--specific-types-autoaggressive-behaviour-among-adolescents/5d1a038557558b317a140f29 Пристепено на: 30.09.2021 год.

82. https://mentalhealthtx.org/mk/население/тинејџери/ Пристапено на: 30.09.2021 год.

83. https://psychology.wikia.org/wiki/Zung_Self_Rating_Anxiety_Scale Пристапено на 10.10.2021

84. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

85. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720/ Пристапено на: 08.12.2021

ПРИЛОЗИ

Анкетен прашалник

Возраст 14 15 16 17 18 години

Пол М Ж

Скала за самопроцена на депресија (СДС)

Ве молам да не изоставите ниту еден одговор и да определите колку многу секое од подолу наведените тврдења , во теков на **последните седум дена** одговара на вашите чувства (расположение)

1. СЕ ЧУВСТВУВАМ ПОТИШТЕН И ТАЖЕН
2. НАЈДОБРО СЕ ЧУВСТВУВАМ НАУТРО
3. ИМАМ НАПАДИ НА ПЛАЧЕЊЕ ИЛИ СЕ ЧУВСТВУВАМ ПЛАЧЛИВО
4. ИМАМ ТЕШКОТИИ ВО НОЌНОТО СПИЕЊЕ
5. ЈАДАМ КОЛКУ ШТО СУМ ЈАДЕЛ ПОРАНО
6. УЖИВАМ ДА ГЛЕДАМ, ДА ЗБОРУВАМ ИЛИ ДА СУМ ВО ДРУШТВО НА УБАВА ЖЕНА/МАЖ
7. ЗАБЕЛЕЖУВАМ ДЕКА СЛАБЕАМ
8. ИМАМ ПРОБЛЕМИ СО ЗАПЕК(ЗАТВОР)
9. СРЦЕТО МИ БИЕ ПОЗАБРЗАНО ОТКОЛКУ ПОРАНО
10. СЕ ЗАМОРУВАМ БЕЗ ПРИЧИНА
11. УМОТ МИ Е ЧИСТ КАКО ПОРАНО
12. РАБОТИТЕ ГИ ИЗВРШУВАМ ЛЕСНО, КАКО ШТО ТОА ГО ЧИНЕВ ПОРАНО
13. НЕСПОКОЕН СУМ И НЕ МОЖАМ ДА СЕ СМИРАМ
14. ВЕРУВАМ ВО ИДНИНАТА
15. ПОЛЕСНО СЕ РАЗДРАЗНУВАМ ОТКОЛКУ ПОРАНО
16. ЛЕСНО ДОНЕСУВАМ РЕШЕНИЈА
17. ЧУВАСТВУВАМ ДЕКА СУМ КОРИСЕН И ПОТРЕБЕН
18. ЖИВОТОТ МИ Е ПРИЛИЧНО ИСПОЛНЕТ
19. ЧУВСТВУВАМ ДЕКА НА ДРУГИТЕ БИ ИМ БИЛО ПОДОБРО ДА СУМ МРТОВ
20. СЕУШТЕ ВО НЕШТАТА УЖИВАМ КАКО ПОРАНО

ВООПШТО НЕ	ИЗВЕСЕН	ДОБАР	ПОГОЛЕМ ДЕЛ

	ИЛИ МАЛ ДЕЛ ОД ВРЕМЕТО	ДЕЛ ОД ВРЕМЕТО	ДЕЛ ОД ВРЕМЕТО	ОД ВРЕМЕТО ИЛИ ПОСТОЈАНО	
1	1	2	3	4	
2	4	3	2	1	
3	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	
5	4	3	2	1	
6	4	3	2	1	
7	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
9	1	2	3	4	
10	1	2	3	4	
11	4	3	2	1	
12	4	3	2	1	
13	1	2	3	4	
14	4	3	2	1	
15	1	2	3	4	
16	4	3	2	1	
17	4	3	2	1	
18	4	3	2	1	
19	1	2	3	4	
20	4	3	2	1	

СДС индекс = _____

Скала за самопроцена на анксиозност (САС)

Ве молам да не изоставите ниту еден одговор и да определите колку многу секое од подолу наведените тврдења , во теков на **последните седум дена** одговара на вашите чувства (расположение)

1. СЕ ЧУВСТВУВАМ ПОНЕРВОЗЕН И ПОНАПНАТ ОД ОБИЧНО
2. СЕ ЧУВСТВУВАМ ЗАПЛАШЕН БЕЗ БИЛО КАКВА ПРИЧИНА
3. ЛЕСНО СЕ ВОЗНЕМИРУВАМ ИЛИ СЕ ЧУВСТВУВАМ ПАНИЧНО
4. ЧУВСТВУВАМ КАКО ДА СЕ РАСПАЃАМ
5. ЧУВСТВУВАМ ДЕКА СЕ Е ВО РЕД И ДЕКА НИШТО ЛОШО НЕ ЌЕ СЕ СЛУЧИ
6. МИ ТРЕПЕРАТ И МИ СЕ ТРЕСАТ РАЦЕТЕ И НОЗЕТЕ
7. МЕ ИЗМАЧУВААТ ГЛАВОБОЛКИ И БОЛКИ ВО ВРАТОТ И СЛАБИНИТЕ
8. СЕ ЧУВСТВУВАМ СЛАБ И ЛЕСНО СЕ ЗАМОРУВАМ
9. СМИРЕН СУМ И ЛЕСНО МИ Е ДА БИДАМ МИРЕН
10. МОЖАМ ДА ОСЕТАМ КАКО СРЦЕТО МИ БИЕ ПОЗАБРЗАНО
11. МИ ПРЕЧАТ НАПАДИ НА ВРТОГЛАВИЦА
12. ИМАМ НАПАДИ НА НЕСВЕСТИЦА ИЛИ ОСЕЌАМ НЕШТО СЛИЧНО НА ТОА
13. МОЖАМ ЛЕСНО ДА ВДИШУВАМ И ДА ИЗДИШУВАМ
14. ИМАМ ЧУВСТВО НА ЗДРВЕНОСТ И БОЦКАЊЕ ВО ПРСТИТЕ НА РАЦЕТЕ И НОЗЕТЕ
15. МЕ ИЗМАЧУВААТ БОЛКИ ВО СТОМАКОТ И ТЕШКОТИИ ВО ВАРЕЊЕТО
16. ЧЕСТО МОРАМ ДА МОЧАМ
17. РАЦЕТЕ ОБИЧНО МИ СЕ СУВИ И ТОПЛИ
18. ЛИЦЕТО МИ СЕ ЗАЖАРУВА И РУМЕНЕЕ
19. ЗАСПИВАМ ЛЕСНО И НОЌНИОТ СОН ДОБРО МЕ ОДМОРУВА
20. ИМАМ СТРАШНИ СОНИШТА

	ВООПШТО НЕ ИЛИ МАЛ ДЕЛ ОД ВРЕМЕТО	ИЗВЕСЕН ДЕЛ ОД ВРЕМЕТО	ДОБАР ДЕЛ ОД ВРЕМЕТО	ПОГОЛЕМ ДЕЛ ОД ВРЕМЕТО ИЛИ ПОСТОЈАНО	
1	1	2	3	4	
2	1	2	3	4	
3	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	
5	4	3	2	1	
6	1	2	3	4	
7	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
9	4	3	2	1	
10	1	2	3	4	
11	1	2	3	4	
12	1	2	3	4	
13	4	3	2	1	
14	1	2	3	4	
15	1	2	3	4	
16	1	2	3	4	
17	4	3	2	1	
18	1	2	3	4	
19	4	3	2	1	
20	1	2	3	4	

CAC индекс = _____

Инвентар за изјави за самоповредување (ИСАС)

Овој инвентар е направен за да ни помогне подобро да го разбереме искуството од не-самоубиствено самоповредување. Подолу е листа со одговори која може да биде или да не биде релевантна за вашето искуство при самоповредување. Ве молиме, обележете ги одговорите што се најрелевантни за вас:

• Заокружете **0** ако изјавата воопшто не е релевантна за вас

• Заокружете **1** ако изјавата е донекаде релевантна за вас

• Заокружете **2** ако изјавата е многу релевантна за вас

„Кога се самоповредувам, јас ...

1.	... се смирувам	0	1	2
2.	... поставувам граница помеѓу мене и другите	0	1	2
3.	... се казнувам себеси	0	1	2
4.	... го избегнувам импулсот за обид за самоубиство	0	1	2
5.	... правам работи кои предизвукуваат возбуда или воодушевување	0	1	2
6.	... се поврзувам со врсници	0	1	2
7.	... им покажувам на другите за степенот на мојата емоционална болка	0	1	2
8.	... создавам физички знак дека се чувствувам ужасно	0	1	2
9.	... се враќам кај некој од минатото	0	1	2
10.	... се ослободувам од емоционален притисок што се изградил во мене	0	1	2
11.	... демонстрирам дека сум одделен од другите луѓе	0	1	2
12.	... изразувам гнев кон себе затоа што сум безвреден или глупав	0	1	2
13.	... добивам самоубиствени мисли без обид за самоубиство	0	1	2
14.	... се забавувам себеси или другите правејќи нешто екстремно	0	1	2
15.	... пробувам да се вклопам со другите	0	1	2
16.	... барам грижа или помош од другите	0	1	2
17.	... докажувам дека мојата емоционална болка е вистинска	0	1	2
18.	... покажувам одмазда кон другите	0	1	2
19.	... ја намалувам вознемиреноста, фрустрацијата, лутината и други емоции	0	1	2
20.	... воспоставувам бариера помеѓу мене и другите	0	1	2
21.	... реагирам на чувство на незадоволство од себе или гадење од себе	0	1	2
22.	... ги запирам самоубиствените мисли	0	1	2
23.	... се чуствувам на начин сличен на скокање со падобран	0	1	2
24.	... создавам знак за пријателство или сродство со пријателите или саканите	0	1	2
25.	... се обидувам да го спречам саканиот да ме напушти	0	1	2
26.	... ја обележувам емоционалната неволја што ја доживувам	0	1	2
27.	... се обидувам емоционално да повредам некој близок до мене	0	1	2