МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ – БИТОЛА
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

ПОЛОВИ РАЗЛИКИ ВО ОДНОС НА ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ КАЈ ВОЗРАСНИ

–МАГИСТЕРСКИ ТРУД–

Студент:
Ирена Христова

Ментор:
Доц. д-р Слаѓана Анѓелкоска

Свети Николе, 2021

РЕЗИМЕ

Во овој труд се испитуваат разликите во однос на психосоматски симптоми кај возрасни лица од различен пол. Ова истражување е спроведено на примерок од 144 испитаници со просечна возраст од 40.4 години. Испитаниците се од градот Велес и околните населени места. Инструмент користен во ова истражување е прашалникот за самопроцена Корнел индекс (Cornell Medical Inventory). Согласно со наодите од претходните истражувања кои се занимаваат со оваа тематика, беше претпоставено дека жените се подепресивни од мажите, а резултатите од ова истражување ја потврдија хипотезата. Втората хипотеза претпоставуваше дека жените имаат поизразени фобични тенденции од мажите и наодите од ова истражување ја потврдија и оваа хипотеза. Исто така, беше очекувана позитивна поврзаност помеѓу анксиозниот синдром (анксиозност, фобичност, хиперсензитивност, депресивност и опсесивно-компулсивни тенденции) и конверзивниот синдром (кардио-васкуларни, инхибиторни, гастро-интестинални конверзивни реакции и хипохондриски тенденции) и истото не беше целосно потврдено со наодите од ова истражување. Врз основа на проучената литература,четвртата хипотеза претпоставуваше дека жените имаат поизразени импулсивни тенденции од мажите, а резултатите ја потврдија хипотезата и покажаа дека жените имаат поизразена импулсивност од мажите. Петтата хипотеза претпоставуваше дека со зголемување на возраста, се зголемуваат хиперсензитивноста и хипохондријатаи истото беше потврдено со наодите од ова истражување. Шестата хипотеза претпоставуваше дека со зголемување на анксиозноста се зголемуваат и опсесивно-компулсивните тенденции и инхибиторната конверзија, а резултатите од ова истражување ја потврдија хипотезата. Седмата хипотеза претпоставуваше дека испитаниците кои живеат во град имаат поизразени фобични и хипохондриски тенденции од испитаниците кои живеат во село и резултатите ја потврдија и оваа хипотеза.На крајот на трудот се сумирани предностите и недостатоците на актуелното истражување и дадени се насоки за натамошни истражувања во поглед на психосоматиката кај возрасните.

Клучни зборови: ментално здравје, ментални нарушувања, психосоматски симптоми, психосоматика, стрес, депресивност, анксиозност, возрасни

СОДРЖИНА

ВОВЕД.....5

I.ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ.....9

МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ.....9

Поим за нормалност и психопатологија.....13

Концепт на нормалност.....14

Модели за дефинирање на психопатологијата.....16

Ризични и протективни фактори.....22

Ментални нарушувања.....24

СТРЕСОТ И ЗДРАВЈЕТО.....35

Стресот и болеста.....41

ПСИХОСОМАТИКА.....45

Релевантни емпириски истражувања.....48

II.МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТАП НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....51

Проблем и варијабли на истражувањето.....51

Испитаници.....51

Истражувачки хипотези.....52

Мерни инструменти.....53

Постапка.....55

III.АНАЛИЗА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....56

Резултати.....56

Наоди од Дескриптивна статистичка анализа.....56

Наоди од статистика на заклучување.....64

IV.ДИСКУСИЈА.....69

ЗАКЛУЧОК.....73

ЛИТЕРАТУРА.....75

ПРИЛОЗИ.....

ЛИСТА НА СЛИКИ

Слика 1. Модел на стрес на Ханс Сели.....36
Слика 2. Модел на стрес на Лазарус.....39
Слика 3. Графички приказ на точни и неточни одговори на тврдењето: Подобро се чувствувам кога знам дека можам од некого да побарам совет.....59
Слика 4. Графички приказ на точни и неточни одговори на тврдењето: Добро е да се биде внимателен дури и со своите пријатели.....59
Слика 5. Графички приказ на процентот на испитаници поделени во категории: доверлива личност, умерено доверлива личност и недоверлива личност.....60

ЛИСТА НА ТАБЕЛИ

Табела 1: Дескриптивни статистици за варијаблите предмет на истражувањето..... 56
Табела 2: Дескриптивни статистици за варијаблата дисимулација/социјална пожелност..... 61
Табела 3: Полови разлики во однос на изразеност на депресивноста..... 66
Табела 4: Полови разлики во однос на изразеност на фобични тенденции.....66
Табела 5:Поврзаност на анксиозниот синдром со конверзивниот синдром..... 67
Табела 6: Полови разлики во однос на изразеност на импулсивни тенденции.....69.
Табела 7: Поврзаност на возраста со хиперсензитивните и хипохондриските тенденции..... 70
Табела 8: Поврзаност на анксиозните тенденции со опсесивно-компулсивните тенденции.....71
Табела 9: Разлики во однос на изразеност на фобични и хипохондриски тенденции кај испитаници кои живеат во град и во село.....

ЛИСТА НА ПРИЛОЗИ

ВОВЕД

Развојот на личноста е сложен процес на прогресивно менување, кој започнува уште кај новороденчето и трае сè до крајот на животот. Тој постепен процес на обликување на личноста се одвива преку најизменично диференцирање и интегрирање на се повисоки нивоа и опфаќа промени кои се резултат на созревањето и на учењето, социјализацијата. Развојот на личноста е детерминиран генетски, од средината и одличната активност, како и од интеракцијата на сите три фактори.

Во целиот животен циклус има редоследно појавување на периоди со свој посебен квалитет кои се резултат на биолошките и на социјалните промени во текот на возраста. На секој поголем животен период му претходи период на премин во кој единката го затвора претходниот период во минатото и создава нова животна структура.

Ајзенк ја дефинира личноста како "...сумата која е збир на актуелно или потенцијално однесување – склоп на организмите, кое е детерминирано од наследството и средината, потекнува или се развива низ функционалната интеракција на четири главни сектори во кои овие обрасци на однесување се организирани: когнитивен сектор (интелигенцијата), конативниот сектор (карактерот), афективниот сектор (темпераментот) и соматскиот сектор (конституцијата)" (Eysenck, 1947, стр. 25). Тој сметал дека личноста е релативно стабилна низа на психолошки ми бихејвиорални атрибути со кои се разликува една личност од друга (Eysenck & Eysenck, 1985). Ајзенк цврсто го брани својот став дека постојат три биолошки големи димензии или суперфактори во описот на личноста:
-Екстраверзија – интроверзија;-Невротичност - емоционална стабилност;
-Психотизам - импулсивна контрола. (Eysenck & Eysenck,1985).

Ставот на Ајзенк е дека личноста е предоминантно наследена и промени би настанале веројатно само во екстремни случаи. Ајзенк се согласува дека цртите се наследни: личноста има генетичка база.Многу фактори зборуваат во прилог на ставот дека наследството има многу значајна улога во развојот на сите три димензии на личноста: екстраверзија, невротичност (емоционална стабилност) и психотизам (импулсивна контрола). Се чини декасепак во настанување на индивидуалните разлики, генетските фактори имаат поголема улога отколку факторите на средината (Eysenck, 1973).

Во текот на развојот,според Еиншворт и соработниците(Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall,1978), индивидуите меѓусебно се разликуваат во однос на обрасците на емоционално врзување, кои пак меѓусебно се разликуваат во однос на степенот на сигурност кој го нудат и овие индивидуални разлики се важни за подоцнежниот развој на поединецот. Исто така, се смета дека индивидуалноста, која се изразува во текот на времето произлегува од одредениот начин на мислење или когнитивниот сет, наречен „внатрешен работен модел“ (Santrock, 2011 a, b). Однесувањето кое произлегува од емоционалното врзување во периодот од една до три години се смета (и емпириски е докажано) дека е предиктор на подоцнежната независност, секако ако постоело сигурно емоционално врзување во клучниот период на развој.Адолесценцијата е развоен период во кој има биолошки и социјални промени. Младоста е целосно општествен феномен и тоа е период за испитување на животните избори. Младоста широко отвора опции за избор на различни стилови на живеење и за различни општествени улоги. Во повеќето култури преминот кон зрелоста е период кога луѓето прават сериозни лични напори, формираат брачни заедници, стануваат родители, заработуваат за живот.

При преминот кон рана зрелост, на возраст меѓу 18 и 40 години, се јавуваат посебностите на возрасноста. Во раната зрелост, основните развојни задачи разгледани како целост се од психолошка природа и тоа: воспоставување идентитет, интимност, емоционална стабилност, одговорност за себе и за другите, започнување на професионална кариера, наоѓање животен сопатник, формирање брачна заедница и донесување одлука за родителство, одржување на домот, поврзување со социјалната заедница, воспоставување мрежа од пријатели и преземање граѓанска одговорност (Мурџева-Шкариќ, 2008). Возраста од 40 до 65 години во литературата се наведува како период на средна зрелост, односно животен период со променливи содржини, период во кој се обмислуваат минатите искуства, а особено оние од периодот на раната зрелост, кога младите ги почнуваат трите важни кариери – професионална, брачна и родителска. Оттука, природата и квалитетот на случувањата од раната зрелост, го даваат тонот како на преминот, така и на средната зрелост во целина.

Специфичноста на развојните периоди, изложеноста на притисоци и предизвици во секојдневниот живот, носи ризик кај возрасните да се наруши здравјето,дасепојавиодреденапсихопатологија, да се појават најразлични симптоми и

заболувања, да се развие вулнерабилност или ментално нарушување. Проблемите и нарушувањата на менталното здравје, поради релативно високата преваленца и често хроничниот тек, како и поради почетокот на помлада возраст, претставуваат еден од приоритетните јавно-здравствени проблеми.

Во светот, повеќе од 450 милиони лица страдаат од ментални нарушувања (WHO, 2010). Светската здравствена организација (СЗО) проценува дека околу 151 милион лица страдаат од депресија, 26 милиони од шизофренија, а 125 милиони се соочуваат со растројства поврзани со злоупотреба на алкохол. Околу 40 милиони луѓе страдаат од епилепсија, 24 милиони од Алцхајмер, како и од други типови деменција, а годишно се регистрираат околу 844 000 самоубиства, од кои повеќе од половина се на возраст помеѓу 15 и 44 години. Со оглед на трендот на продолжување на животниот век и возраста на популацијата, се предвидува бројот на лица со ментални нарушувања да се зголеми во наредните две декади (WHO, 2019). Лицата дијагностицирани со шизофренија и клиничка депресија, заедно со нивните влошени социоекономски статуси и поголемите проблеми со физичкото здравје (на пр. дијабетес, малигни заболувања и сл.) покажуваат зголемен ризик од смртност за 1.6 односно 1.4 пати повеќе од општата популација(WHO, 2012).Се проценува дека менталните и бихејвиоралните нарушувања придонесуваат со околу 12-13% за глобалната оптовареност од болести - ГОБ (WHO, 2012). Според Светската банка и пресметките на СЗО засновани на DALY (Disability Adjusted Life Years) или корегирани години на живот во однос на неспособност, односно губење на работни денови/години на продуктивен живот по една личност, постојат три главни психијатриски заболувања: депресија, биполарно заболување и шизофренија кои сочинуваат 9.5% од вкупната оптеретеност со болест и онеспособеноста. Само униполарната депресија е втора водечка причина за оптовареноста од болести, учествувајќи со околу 4.3%, а се предвидува дека до 2030 година депресијата ќе биде водечки фактор во оптовареноста од болести на глобално ниво. Околу 15-20% од лицата дијагностицирани со депресија имале обид за суицид. Сите овие податоци се показател дека менталното здравјекај возрасните е особено загрижувачко,поради високата преваленца и често придружната онеспособеност (Mathers CD & Loncar D, 2006).

Фокусирајќи се на менталното здравје, препознавајќи ја тежината што менталните нарушувања ги наметнуваат на луѓето и семејствата засегнати од нив, потребно е да се намали тивкото страдање во самотија, придружната неспособност, исклучувањето и прераната смрт на ментално заболените, а да се зголеми грижата. За ваква цел потребно е менталните здравствени проблеми да се тема на дискусија, а не да претставуваат табу. Во многу земји на светот, менталното здравје не се прифаќа така значајно како физичкото здравје, туку напротив се игнорира и занемарува. За среќа, во нашата држава има напредок во поглед на грижата за менталното здравје и препознавањето на потребата да се зборува за овој сегмент од здравјетокој е подеднакво битен како и физичкото здравје.

Постојат бројни истражувања на менталното здравје, менталните нарушувања и психопатологијата кај различни групи од популацијата, но, секогаш е потребно да се следи состојбата со психолошкото здравје и добросостојба кај населението со цел преземање чекори и планирање на стратегии во насока да се превенира, а секако и да се третира појавата на некоја психолошка состојба и со тоа да се помогне поединецот кој е засегнат од некоја психопатологија да има подобар, квалитетен живот.

Овој магистерски труд ќе се фокусира на менталното здравје,менталнитенарушувања,психопатолошкитесимптоми, попрецизнонадепресијата, анксиозноста и психосоматскитесимптоми. Ќе се даде опис и увид во клучни проблеми со менталното здравје во периодот на возрасноста. Вопродолжение следува преглед на психосоматските симптоми кои се предмет на интерес за овој труд:

ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ

МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Здравјето е еден од најзначајните атрибути на нашиот живот, услов за извршување на секојдневните активности и еден од предусловите за среќа. На скоро сите јазици светиот збор ”здравје” има позитивно значење и означува цврстина и рамнотежа. Според СЗО, здравјето е состојба на потполна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест и онеспособеност (Цуциќ. В, 2000). Мноштвото дефиниции за здравјето, не ги исцрпуваат сите можни значења на поимот”здравје”. На здравјето веќе одамна не се гледа само како на отсуство на болест, туку како на неразделива целина од физичко, ментално и социјално здравје (WHO, 1946).Здравјето зависи од многу фактори, меѓу кои активното учество на човекот во грижата и унапредувањето на сопственото здравје игра сè поголема улога. Затоа, на здравјето денес повеќе од било кога, се гледа како на главен ресурс на животот. Во тој контекст, менталното здравје станува се порелевантен дел од општото здравје и клучен фактор на квалитетот на живот, а сè поважни стануваат и условите и претпоставките за добро здравје, кои треба да се истражат и обезбедат.

Менталното здравје е комлексна појава, одредена од повеќе општествени, биолошки, психолошки исрединскифактори и делумно зависи од јавно-здравствените напори за контрола на невропсихијатриските нарушувања, меѓу кои и депресија, анксиозност, шизофренија, деменција и епилепсија (СЗО, 1996). Други дефиниции за менталното здравје се фокусираат на функционалноста на поединецот. Канадскиот оддел за здравство и социјална заштита (1988),менталното здравје го дефинира како капацитет на поединецот, групата или средината да интерреагира со другите на начини кои поттикнуваат субјективна добросостојба, оптимален развој и употреба на менталните способности, достигнување на личните и колективните цели во согласност со правото и постигнување и зачувување на условите на фундаментална еднаквост (Тулчински Т., Варавикова Е. , 2003). Доналдсон, менталното здравје го дефинира како состојба во која поединецот е способен да исполни активна улога во општеството, преку интерреакција со другите и со надминување на потешкотиите без да страда од поголеми стресови, абнормално или нарушено однесување(Essential Pablic Health Medicine, 1993) .

Постулатот на позитивната психологија (Peterson, 2010) е едноставен кога објаснува дека самото отсуство навознемиреност или нарушување не е исто што и чувството на среќа и исполнетост, како што ни отсуството на симптом на болест, не значи по автоматизам и физичко здравје или сила. Тоа значи дека, сè повеќе треба вниманието да се насочува конфакторите и условите кои ги поттикнуваат позитивните чувства кај човекот, за тие да го добијат своето вистинско место и да станат повлијателни одфакторитекои предизвикуваат вознемиреност и негативни емоции. Ваквиот став го потврдува и широкиот спектар на здравствени тегоби на современиот човек, кои и покрај востановените медицински дијагнози, се јавуваат во сè понови симптоми, форми и манифестации. Од мускулно-телесна болка, преку хроничен замор и депресија до најразлични функционални промени и ограничувања, сè на истиот континиум, меѓу болеста и здравјето. Евиденцијата на кардиоваскуларното здравје, на пример, покажува дека ,,позитивните фактори'' како што се: задоволството од животот, среќата, оптимизмот, саморегулацијата, смислата и целите, ангажманот и социјалната поддршка, се одлични предиктори на доброто здравје. Сето тоа покажува дека на здравјето веќе не може да се гледа низ призмата на болест и немоќ кои треба да се лекуваат или превенираат, туку во него треба континуирано да се вложува и активно да се учествува, за човекот да може квалитетно да одговори на предизвиците на животот и времето, а во согласност со сопствените потреби, вредности и права.

Концептите за позитивно здравје и квалитетот на животот се тесно поврзани со општата добросостојба на поединецот и затоа сè потешко можат да се разгледуваат одвоено (Radoschewski, 2000). Здравјето како субјективно искуство, со големи индивидуални разлики во описот на симптоми на здравото и/или болното, е ситуационо тесно поврзано со моменталните услови, социјалниот статус, родовата и културната припадност на човекот. Така, здравјето наместо статично, добива статус на динамичен долж целиот животен век, развоен процес (Stainton-Rogers, 1991). Психосоцијалната добросостојба станува сè поважен дел од проценката и следењето на здравјето на целата популација. За тоа колку денес луѓето се здрави, не се проценува исклучиво од аспект на нивните тегоби и ограничувања, туку и од нивната подготвеност и вештини да се носат со предизвиците на времето и условите во кои живеат. Ментално здравствените проблеми стануваат сè попресудни во определувањето на здравствениот статус и квалитетот на животот на секој човек. Честите промени на расположенија, замор, напнатост, иритабилност, депресивност,

се само дел од симптомите кои сè потешко може да се сведат на единечна медицинска дијагноза (Stein, Bauman, Westbrook, Coupey &Ireys, 1993). Оттука и ментално здравствените проблеми го преземаат водечкото место, пред органските болести во дефинирање на спектрумот на морбидитети (Palfrey, Tonniges, Green & Richmond, 2005). Менталните нарушувања се дефинираат според постоење на збир на симптоми, а критериумите за дијагноза се исполнети кога збирот на симптомите се релативно тешки, долготрајни и пропратени со намалена функционална способност или инвалидитет(Тулчински Т., Варавикова Е. , 2003). Во досегашните класификации, психијатриските состојби се сместуваат во групата на психотични или невротски состојби. Психозите се делат на органски и функционални. Органските психози се резултат на видлива физичка абнормалност, додека кај функционалните психози (шизофренија и манична депресија) не постојат знаци на физичко заболување. Невротските состојби може да имаат различен интензитет, но најчесто се манифестираат како пренагласен одговор кон нормални случувања и настани, како на пример анксиозност или опсесивни мисли. Невротските синдроми се делат на: анксиозни неврози, опсесивни неврози, хистерија и депресија.

На менталното здравје на личноста влијаат бројни внатрешни и надворешни фактори. Генетската предиспозиција и семејната историја на психички болести може да биде пресудна, но да се појави под влијание на надворешни фактори. Настани како болест, загуба на близок, невработеност или пензионирање, економски стрес, дисфункционално семејство, семејно насилство, изневерување или развод, можат да иницираат психичконарушување и поради тоа претставуваат ризик фактори кои треба да се земат предвид при дефинирање на превентивните и интервентните програми. Краткоточни или долгорочни психички и емоционални проблеми, до одреден степен може да се јават кај секого во текот на животот. Меѓу овие состојби припаѓаат: анксиозност, депресија, изолираност и осаменост, психотични состојби, депресивно-манични состојби, состојби на нарушено однесување и исхрана, зависност од дрога, деликвенција, самоубиство и насилство, алкохолизам и семејно физичко и психичко злоставување. Овие состојби ја нарушуваат физичката и психичката добросостојба на пациентот, семејството и заедницата. Психичката состојба која има целосна клиничка манифестација на болеста, честопати завршува со долготрајни лекувања и институционализација, наспроти навремено откривање и справување со кризата низ која поминува потенцијалниот пациент.

Здравствените тегоби кај возрасните опфаќаат широка симптоматологија, од главоболка, болки во стомакот и грбот, до психички проблеми или состојби како нервоза, иритабилност, лошо расположение, тешкотии при спиењето и слично, што ги дефинира како психосоматски тегоби. Најчесто тие се стрес-реакции на психосоцијалните притисоци со кои поединецот се соочува секојдневно и во лесно препознатлива форма. Не ретко, тие можат да се јават и во вид на клиничка слика, со ризик да прераснат во хронични медицински состојби кои трајно го обележуваат животот, доживувањата и однесувањето на поединецот. Во зависност од резилиентноста и капацитетите за справување, псхопатолошкитесимптоми завршуваат со закрепнување или стануваат сериозни и трајни нарушувања. Нивна особеност е што тие честопати одат заедно, како кластер состојби кои можат да станат неподнослив товар за возрасниот човек(Klepp, Aas, Maeland & Alsaker, 1996).

Поим за нормалност и патологија

Фокусот на границата помеѓу нормалниот и абнормалниот развој на личноста е централен во развојната психопатолошка перспектива. Ваквото гледиште нагласува не само како знаењето од проучувањето на нормалниот развој може да придонесе за проучување на условите кои се висок ризик за менталните нарушувања, туку исто така, како проучувањето на ризикот и патологијата можат да го подобрат нашето разбирање на нормалниот развој (Cicchetti & Cohen, 2006).

Дефиниции е тешко да се детерминира поимот "нормално ", затоа во психологијата и во психијатријата термините "здрава личност" или "нормална личност" се настојува да се заменат со термините "зрела личност" – термин кој е поблаго детерминиран и има пошироко психијатриско значење, или пак со "успешна адаптација", "способност", "девијантно однесување", "неконфромистичко однесување" или "аберентно однесување". „Ментално заболување" не е стриктен антипод на „ментално здравје", бидејќи преодите меѓу овие две состојби се многу чести, а и разликувањето е многу тешко, бидејќи секогаш нема јасни граници измеѓу двете состојби.

За концептот на „нормална личност", низ историјата, различни автори поставуваат различни дефиниции одредници. Па така, според Фројд - „нормална личност" е личност која постигнала хармонија помеѓу его-то, ид-от и супер его-то. Според Адлер „нормална личност" е личност која е од најголема корист за општеството, а Ериксон пак личноста која е способна да биде самостојна и да не поставува преголеми барања за околината, односноличноста која активно владее со средината и која правилно ја перцепира истата, ја дефинира како „нормална личност" (Белевска, 2018)

Концепт на нормалност

Offer i Sabshin концептот за нормалност го сведуваат на 5 вредности (Offer i Sabshin, 1991).

1. Нормалност како здравје – оваа перспектива се заснова на традиционалниот биомедицински пристап кон здравје и болест. Нормалноста е изедначена со здравјето. Здравјето е отсуство на болест и претставува функционална определба на здравјето.

2. Нормалност како утопија – оптимално вклопување на различните елементи на менталниот апарет во едно човеково функционирање. Овој пристап е застапен кај психијатрите т.е психоаналитичарите кога зборуваат за идеална личност.

3. Нормалност како просечност – се однесува на принципите на веројатната нормална крива. Најзастапен е во бихејвиоралните студии. Варијабилноста е изразена во контекст на групата, па емпириските податоци се значајни за определување на нормалност.

4. Нормалност како систем на трансакција – концепт кој го вреднува нормалното однесување како резултат на интеракцијата на разни системи. Овој пристап е поддржан од страна на бихејвиоралните и социјални теории.

5. Нормалност како прагматизам – концепт во кој значајна улога за дефинирањето на нормалноста и патологијата имаат културолошките карактеристики.

Во сите дефиниции за “нормалното“ и “патолошкото“ се застапени неколку тези кои се значајни да се нагласат. Психичкото здравје (нормалноста) се презентира како просек или норма која е статистички поим за “мерка“. Значи нормално е она што во одредено време, во тој простор, во таа култура е просечно во однесувањето. Потоа, има дефиниции во кои психичкото здравје (нормалноста), се вреднува по некои вредности, па така за социолозите– човек е нормален ако добро функционира на социјален план, ако добро се прилагодува во средината и ако добро воспоставува хармонични односи и меѓусебно разбирање со други личности. Според психолозите – секој човек е нормален ако поседува добра и зрела интеграција на психичките функции. Според соматичарите – секој човек е здрав ако не е болен, односно “нормалноста“ е синоним за “здравје“. Постојат дефиниции кои психичкото здравје

(или нормалноста) го објаснуваат како нешто повеќе од обично отсуство на болест. Тоа е и "психичка благосостојба", чувство на задоволство сосвојот живот, способност да се функционира со полн интелектуален, емоционален, физички и емоционален капацитет на личноста. Во литературата има и дефиниции според кои психичкото здравје (нормалност) е способност на сопственото его за процена на збиднувањата околу него, способност за негово прилагодување и за толеранција на разни стрес ситуации. Психичкото здравје или болест исто така се сфаќа како процес, односно систем на интеракции на личноста во текот на целиот живот (Белевска, Д., Филиповска, А. & Чадловски, Ѓ., 2010),

Во литературата се среќаваат некои карактеристики типични за "здрава" односно зрела личност. Па така зрелата личност има:

-Способност на прилагодување во средината и воспоставување хармонични односи, соработка со други лица;

-Способност за постигнување на урамнотежено стремење и кочење на барањата кои се во противречност со општествените норми;

-Способност за емоционална експресија и контрола на емоциите. Емоционална зрелост каде се учи да не се реагира афективно во ситуации кога би можело да има негативни последици;

-Постојаност и истрајност во работата и вложување на ментални и физички капацитети во работата која се извршува;

-Добар однос кон самиот себе, свесност за самореализација и задоволство со организираност на сопствениот живот, способност за самостојно донесување на одлуки;

-Толерантност, стрпливост, критичност, почитување на мислењето на другите и поддршка на корисни предлози.

Денес е прифатено дека повеќето луѓе поседуваат психопатолошки симптоми во некој степен, во одреден период од животот, а многу од луѓето, поседуваат некое ментално нарушување постојано во текот на животот(Meninger, 1963).

Модели за дефинирање на психопатологијата

Абнормалното ментално функционирање или психопатологијата кај личноста се дефинира по пат на модели, кои се засноваат на сличности во одредувањето на дијагностички критериуми за ментално здравје/болест и операционални дефиции кај кои како критериуми за ментално здравје/болест служат знаци и симптоми.

Во литературата, во обидот да се дефинира психопатологијата кај човекот, се наведува постоење на субјективен модел, нормативен модел, социокултурен модел, статистички модел, бихевиористички модел, психодинамски модел, медицински модел, биомедицински модел, биопсихосоцијален и дијатеза-стрес модел (Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P., 1989).

Субјективниот модел за абнормално однесување/доживување се заснова на лична проценка. Па така, нормално е она однесување кое поединецот врз основа на сопствено уверување смета дека е нормално и обратно. Преовладува сфаќањето дека:„нормален е оној кој се однесува слично како мене“. Критериуми за дефинирање на личност со ментално нарушување според овој модел се: кога личноста сама себе се одредува како ментално болна и бара помош и кога другите ја дефинираат личноста како лице со ментално нарушување и ја упатуваат на испитување.

Наведените критериуми од субјективниот модел имаат неколку недостатоци:

- Не ги вклучуваат оние на кои им треба помош, а кои не побарале, или никој не ги упатил на психолог/психијатар;

- Можноста да се посети психолог/психијатар зависи од средината;

- Се засноваат на лаичка процена на поединецот или групата, па затоа овој модел нема научна примена.

Нормативниот модел за абнормално однесување/доживување како критериуми користи: идеална личност (нормално е она однесување кое се приближува кон идеалното однесувањеили начин на живот) и лоша личност,

неадекватна прилагоденост на личноста во однос на околината во поглед на начинот на мислење, однесување, изразување на емоции, со траен неуспех во задоволување на барањата на средината, кршење на социјалните норми, интелектуална неефикасност, социјална неефикасност, дезорганизација на однесување и присуство на непријатни чувства.

Недостатоци на нормативниот модел:

- Не зема во предвид дека и „идеалните личности“ во некој момент имаат или имале неприлагодени облици на однесување;

-Прашањето што е неприлагодено однесување зависи од времето и местото на дефинирање.

Социокултурниот модел користи социјални критериуми за дефинирање на абнормално однесување/доживување и според овој модел, нормално е она што е прифатено од повеќето од околината, а абнормално е она што не е прифатено.

Недостаток на овој модел е што постојат крос-културни разлики во тоа како е дефинирано абнормалното однесување. Диспозициите за појава на психопатолошки симптоми се подеднакво дистрибуирани насекаде во светот, но нивните манифестации се културно условени.

Статистичкиот модел за абнормално однесување/доживување како критериум ја зема нормалната дистрибуција со различни начини на поделба на таа дистрибуција,просечност. Менталното здравје се наоѓа на средина на нормалната дистрибуција и нормално е она што е најчесто, а абнормално е она што ретко се случува, отстапува од просекот.Предност на критериумот е во тоа што се базира на квантитативни отстапувања, кои можат да се изразат со норми.

Статистичкиот модел ги има следните недостатоци:

- Не секогаш она што е најчесто во популацијата е нормално, односно личните карактеристики не се секогаш нормално дистрибуирани;

- Не се земаат во предвид регионалните, субкултурните и етичките особености кои не се вклопуваат во универзалниот концепт на здравје, болест;

- Голем дел од психопатолошките нарушувања не можат квантитативно да се прикажат, туку квалитативно се разликуваат по принципот или/или (категоријално).

*Бихевиористичкиот модел*произлегува од примената на експериментална психологија, особено психологијата на учењето на полето на психопатологијата. Според овој модел, однесувањето е условено од биолошкото функционирање на телото, од мотивацијата и од претходното учење. Абнормалното однесување е резултат на промена во функционирањето на организмот, како на пример Алцхајмерова болест, промени во мотивацијата (пореметувања на вниманието) и нарушување врз основа на претходно искуство, како на пример кај фобиите.

Психодинамскиот модел произлегува од психоаналитичката теорија на личност и според овој модел психопатолошките нарушувања не се болести, туку пореметувања во функционирањето на личноста, која може да се појави во врска со секоја од структуралните единици на личноста (ид, его, суперего), а посебно со преовладување на идот, репресија на трауматските искуства и фиксирање на одредени развојни фази.

Недостатоците на психодинамскиот модел се:

- Во методологијата – не се прави разлика меѓу забележано и интерпретирано однесување (интроспекција со лични толкувања);

- Во научниот пристап – не може да биде подложен на научна верификација;

- Има пренагласување на несвесното и влијанието на минатото искуство.

Во *медицинскиот модел*, по аналогија со дијагноза на соматските болести, како критериум се користат дијагностичките класификациски системи DSM-IV и ICD-10.

Однесувањето и доживувањето кое според класификациите се дијагностицира како болно, се третира со терапија, а кога симптомите ќе исчезнат лицето се смета за излечено (здравје = отсуство на болест).

Недостаток се неколку аспекти од моделот:

-Претпоставката дека психичките нарушување кои имаат исти симптоми имаат и исти причинители, односно категоризацијата претпоставува дека синдромите не се преклопуваат со симптомите на некој друг синдром;

- Не постоењето на збир на симптоми кои јасно укажуваат на некое нарушување (дијагнозата има својство на ознака, етикета);

- Дијагностичките категории се засновани на нехомогени групи, односно на пригодни нерепрезентативни испитаници.

Според *биомедицинскиот модел*, сите абнормални однесувања/доживувања произлегуваат од биохемиски нарушувања кои водат кон мозочни дисфукнции. Во медицинскиот модел класификацијата е симптоматолошка или синдромска, додека во овој модел се користи етиолошка класификација на менталните болести кои се класифицираат во три категории: инфективни болести, системски болести и неинфективни болести.

Наведениот биомедицински модел не зема во предвид дека методите на третман не мора секогаш да одговараат на етиологијата и тоа се смета за недостаток на моделот. На пример, промена на социјалната околина или психотерапија може да биде корисна во третман на симптоматска–ендогена депресија која има органски причинител, а фармакотерапија да помогне кај функционална–егзогена депресија, која е предизвикана од психолошки причинители.

Според *биопсихосоцијалниот моделинтеракцијата* на биолошките, психолошките и социјалните фактори заедно водат до појава на ментална болест и овие ризик факторине можат поединечно да се разгледуваат.

Недостаток на овој модел е тоа што не може да се одреди степенот на влијание којго има секој фактор поединечно, како и степенот на влијание меѓу факторите и секако постојат варијации меѓу индивидуите и иститезависат од животниот век, циклус итн.

Дијатеза-стрес модел ја воведува хипотезата дека, настанувањето и развојот на психопатолошките симптомисе резултат на интеракција меѓу органски причини, односно биолошки фактори кои произлегуваат од генетската конституција (генетска презиспозиција – дијатеза кон одредени форми на психопатолошки нарушувања) и средински услови, односно психосоцијални фактори кои произлегуват од стресот од животната средина на поединецот. Дијатезата е предизвикувачки фактор, а стресот е покренувачки фактор во развојот на психопатолошки нарушувања (Ingram, R. E. & Luxton, D. D. 2005).

Класификацијата во подрачјето на менталните нарушувања може да се спроведе врз на основа на:

- *Прогноза*, односно очекуван развој на пореметување или на основа на очекуван исход од третман;
- *Етиологија,* на основа на познати биохемиски пореметувања на структурата и функциите на нервниот систем, кои предизвикуваат одредени симптоми;
- *Знаци и симптоми.*

Класификацијата врз основа на знаци и симптоми е примарен начин на класификација на психопатолошки нарушувања. Класификацијата врз основа на прогноза е неупотреблива, а врз основа на етиологија со досегашните знаења е невозможно во повеќе случаи.

Психопатолошките нарушувањапримарно се дефинирани врз основа на клинички синдроми кои се состојат од група на симптоми кои имаат тенденција да се појават заедно или кои најчесто имаат карактеристичен временски редослед. Има индивидуални разлики во манифестирање на симптомите.

Земјите членки на СЗО во 1948 година, во Париз одлучуваат сите соматски и ментални растројства да ги класифицираат по една, единствена класификација која ја нарекуваат МКБ (Меѓународна Класификација на Болести) или ICD, која секои десетина години ќе биде ревидирана од специјална работна група. Земјите и покрај МКБ можат да работат и по свои класификациони системи како што е DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Дијагностички статистички прирачник за ментални растројства, четврта верзија на Американската психијатриска асоцијација (Чадловски., 2006).

Обидувајќи се да одговорат на етиолошките прашања за појавата на психопатологијата, Чичети и Коен (2006) се согласуваат дека треба да се земе предвид улогата на истражувањата за ризик факторите. Во зависност од фазата на истражување, поврзаноста помеѓу факторот или карактеристиката и психопатолошкиот исход ќе индицира покачување на нивоата на специфичност, однесувајќи се на степенот до кој факторот сугерира или конституира каузални процеси кои придонесуваат за психопатолошките исходи (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer, & Offord, 1997; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2001).

Ризични и протективни фактори

Психопатолошките симптоми и воопшто, менталните нарушувања се предизвикани повеќе од мултипли отколку од поединечни причини (Cicchetti & Sroufe, 2000). Така, идентификацијата на каузалните ризик фактори ќе придонесе во разјаснувањето и објаснувањето само на еден аспект од покомплексната матрица на каузални фактори. Кај индивидуите кај кои постои некое нарушување, поголема е веројатноста како причина да се јават процеси кои се составени од мултипли компоненти, отколку еден, единствен фактор во психопатолошкиот исход (Cicchetti & Blender, 2004).

Уште повеќе, различни индивидуи се склони да развијат исто ментално нарушување преку различни констелации на процесите. Важно е вниманието да се насочи кон идентификацијата на мултипли ризик механизми. Делувањето на ризичните процеси и фактори, мора да биде разгледано во контекст на протективните фактори кои индивидуите исто така можат да ги искусат во текот на животот. Протективните процеси функционираат и важно е да промовираат компетентен развој и да го редуцираат негативниот импакт од ризичните процеси (Luthar, Cicchetti,& Becker, 2000).

Чичети и колегите (Cicchetti,1999; Cicchetti & Toth, 1998; Cicchetti & Blender, 2004; Cicchetti & Cohen, 2006) ја нагласиле потребата од концептуализирање на ризичните и протективните фактори во еколошко – трансакционен развоен модел. На секое еколошко ниво, ризичните и протективни фактори може да делуваат заедно со карактеристиките на поединецот (како што се на пр. тековната организација на биолошкиот, емоционалниот, когнитивниот, репрезентационен и интерперсонален развој). Надворешните фактори не се единствени, кои влијаат на развојот на индивидуата, туку исто така, индивидуата влијае врз надворешните нивоа од еколошкиот систем, вклучувајќи ги членовите на семејството, врсниците и училишното опкружување. Обрасците на влијание се реципрочни, бидејќи развојот се одвива со тековни трансакции помеѓу индивидуата и надворешниот свет. Дополнително, трансакциите се одвиваат помеѓу различни внатрешни домени на поединецот (биолошки, когнитивни, афективни, репрезентациони и интерперсонални). Биолошките процеси (генетски предиспозиции, неуроразвојни аномалии) влијаат врз домените на психолошкото функционирање, но исто така и

психолошкото искуство, за возврат, влијае врз биолошките структури и функции (Cicchetti & Cohen, 2006). Квалитетот на трансакциите на взаемните влијанија во самата индивидуа и помеѓу индивидуалниот и надворешниот свет го обликува карактерот на индивидуалниот развој и како резултат на тоа се појавуваат различни развојни обрасци.

Динамички баланс на ризични и протективни процеси кои оперираат во текот на развојот ги структурираат развојните обрасци во кои се инволвирани индивидуите. Како резултат на ова, разбирањето на корените на вулнерабилноста на менталните пореметувања се движи надвор од карактеристиките на контекстот кога овие проблеми се појавуваат да го артикулираат курсот на развојот кој индивидуите го искусиле и како ризичните и протективни процеси ја структурирале организацијата на индивидуата (Ciccheti & Cohen, 2006).

Иако, постои свесност и голем број емпириски наоди кои недвосмислено укажуваат на тоа дека контекстуалните фактори играат важна улога во дефинирање на феномените како психопатолошки, сепак постојат големи разлики како е концептуализиран контекстот за човековиот развој(Cicchetti & Dawson, 2002; Cicchetti & Blender, 2004).Работното место на возрасните, училишните транзиции, насилните заедници, постојаната сиромаштија, и несупортивните, со стрес исполнети еколошки субсистеми се примери на контексти кои влијаат врз развојот на психопатологијата кај децата и возрасните (Cicchetti & Toth, 1998; Lynch & Cicchetti, 1998; Luthar,1999; Cicchetti & Blender, 2004).

Ментални нарушувања

Современиот животен стил полн со грижи и стрес може да доведе до развој на поблаги и потешки психопатолошки симптоми. Покрај различните форми на анксиозни растројства и депресивност често се среќаваат и соматоформни растројства.

Соматоморфните растројства можат да се разберат само заедно со биопсихосоцијалниот модел како резултат на интеракцијата на биолошките, психолошките и социјалните фактори, низ постоењето на биолошката предиспозиција за растројството, со бројните психосоцијални фактори кои придонесуваат на развојот на растројството како рана траума, стекнатиот модел на однесување во соочувањето со стресот и специфичната психологија која е резултат на развојните околности, како на пример соматизацијата како начин на одбрана во пресрет на интрапсихичките и/или интерперсоналните конфликти.

Соматоформните растројства се група ментални растројства кај кои присуството на телесни симптоми не може да се објасни со постоење на телесните болести. Симптоми на болниот со соматоформни растројства се:убедувањето во постоење на телесни болести, барање на чести прегледи, посетување на голем број доктори, често правење на непотребни испитувања, фрустрираност со ситуацијата дека не може да се најде телесно заболување и тешко прифаќање на психолошката позадина на растројството. Основен белег на овие нарушувања е манифестација на телесни проблеми за кои нема јасна телесна (органска) причина. Таквите пациенти често бараат помош кај лекарите од општа пракса и другите специјалисти, како што се невролози и кардиолози (NC Andreasen, DW Black, 2001). Пациентите со соматоформни нарушувања прават многу испитувања, бараат помош кај други лекари, често се незадоволни бидејќи не може да им се пронајде никаква телесна болест (Begić D., 2011). Симптомите можат да траат подолго време, па дури и неколку години. Нема органска патологија која би можела да го објасни настанувањето на симптомите.

Соматоформните растројстваво целина се со анксиозни и дисоцијативни растројства бидејќи имаат некои заеднички белези; појавата е обично поврзана со

некое стресно искуство, а анксиозноста секогаш го следи тоа наршување (Begić D., 2011).

Соматоформните нарушувања вклучуваат соматизациско растројство, недиференцирано соматоформно растројство, хипохондриско растројство; соматоформна автономна дисфункција и други неодредени соматоформни растројства.

Најдобро истражувана и проучена форма на соматоформно растројство е соматизациското растројство (Kaplan@ Sadoks, 2007). Пациентите се жалат на бројни телесни симптоми, обично ги опишуваат драматично, кои опфаќаат повеќе делови на телото, вклучително со придружна болка: анксиозност, депресивност, псеудоневролошки, гастроинтестинални, сексуални и други пречки (NC Andreasen, DW Black, 2001).).Соматизациското нарушување се јавува претежно кај жени кај кои преваленцијата е околу 1-2%. Односот на жени наспроти мажи е 20:1 (Jakovljević M., 2006).

Хипохоиндриско растројство е вид на соматоформно растројство. Кај ова растројство присутна е постојана преокупираност со можноста дека постои едно или повеќе сериозни и прогресивни телесни растројства. Болните секогаш се жалат на телесни тегоби, или постојано се зафатени со своите телесни тегоби, или постојано се преокупирани со својот телесен изглед. Растројството ретко се појавува за прв пат после 50-тата година од животот, а текот на симптомите е многу променлив и хроничен. Можат да бидат изразени негативните емоции и чувството на тага, па често можат да се постават дополнителни дијагнози како депресија и анксиозно растројство (МКВ 10, 1999). Хипохондриското нарушување е застапено кај 4-6% од популацијата на пациенти. Според полот, подеднакво се застапени и двата пола. Растројството вообичаено се јавува меѓу 20-тата и 30-тата година од животот. Социјалната позиција, нивото на образование и брачниот статус немаат влијание врз дијагнозата (Kaplan@ Sadoks., 2007). Причините се обично мултифакторијални и не се јасно познати. Може да се каже дека причините на појавување се во раниот развоен период. Можно е постоење на психолошка траума од детството како и одредена генетска предиспозиција (Jakovljević M.,2006).

Неодамнешен стрес или пак траума кој ја надминува психолошката способност на личноста да се соочи со тоа, најчесто се поврзува со појава на дисоцијативните растројства, при тоа улога играат и раните трауми кои довеле до развој на механизмот на одбрана кој го користи дисоцијацијата. Интернационалната класификација на болести, 10-та ревизија (МКБ 10) во поглавјето Невротични растројства, растројства врзани за стрес и соматоформни растројства под F 44 се опишуваат дисоцијативни и конверзивни растројства (СЗО,1999). Тоа е различно од американската класификација ДСМ IV, која посебно ги опишува дисоцијативните растројства, додека конверзивните растројства ги подредува во соматоформни растројства (ДСМ IV, 1995) Дисоцијативните и конверзивните растројства се разликуваат по клиничката слика, но имаат заеднички психолошки механизам на настанување и решавање на психичкиот конфликт со потиснување (конверзија) и со дисоцијација (дисоцијативни растројства), исто така, заедничка им е поврзаноста со стресните случувања и лекувањето кое се базира на психотерапијата. Дисоцијативните растројства се поврзани со тешкотиите на идентитетот, на помнењето, на перцепцијата и свесноста, додека конверзивните растројства се поврзани со губење на телесната функција која не е предизвикана со телесна болест.

Конверзивните растројства се однесуваат на психичките растројства во кои се јавуваат телесни симптоми без вистинско телесно растројство. За разлика од соматизациското растројство кога често постојат различни телесни симптоми кои не можат да го објаснат постоењето на соматизациското, туку повеќе претставуваат израз на психолошката комуникација по пат на телесните симптоми. Кај конверзивните растројства телесните сиптоми се телесна симболизација на интрапсихичкиот конфликт и/или се неадкватно разјаснување на несвесниот психички конфликт.Називот конверзивни се однесува на психолошкиот механизам на претворање на несвесното интрапсихичко или интерперсоналната борба во телесен симптом.Преваленцијата на конверзивните растројства се движи од 5-25% кај пациенти во вонболничката пракса, кај 5-14% од пациентите лекувани во општите болници, како и 4% од пациентите упатени кај невролог.

Анксиозните растројства се последица на интеракција на биопсихосоцијалните фактори, т.е. генетската вулнерабилност, која што е во интеракција со стресот и траумата, продуцирајќи на тој начин клинички симптоми. Симптоматологијата варира во зависност од специфичното растројство. Анксиозните растројства се многу чести психијатриски растројства. Социјално- анксиозно растројство, социјална анксиозност, социјална фобија се современи термини кои се користат во клиничката пракса и научната литература за опишување на едно од најчестите нарушувања од анксиозниот спектар.

Анксиозните нарушувања се хетерогена група на нарушувања, што поголем дел се поклопува со категоријата „Невротски, со стрес поврзани сомстоформни нарушувања'' од 10 ревизија на Меѓународната класификација на болестите (ICD-10). Во оваа категорија спаѓаат следниве психијатриски ентитети: фобично-анксиозно нарушување, останати анксиозни нарушувања, опсесивно-компулсивно нарушување (ОКН), реакции на интензивен стрес и нарушување во прилагодувањето, дисоцијативни(конверзивни) нарушувања, соматоформни нарушувања и останати невротски нарушувања (МКБ-10, СЗО, 1992). Утврдена е поголема застапеност на анксиозните нарушувања кај жените. Според проценките на СЗО, околу 4.5% од жените и околу 2.5% од мажите имаат некое анксиозно нарушување (СЗО, 2017).

Анксиозноста може да се дефинира како мозочен одговор на опасност или стимулуси кои организмот ќе се обиде да ги избегне (Pine, Helfinstein, Bar-Haim, Nelson & Fox, 2009). Овој мозочен одговор, претставува меѓу другото и базична емоција која е присутна кај секој поединец и може да се забележи и кај децата уште во првите месеци од животот.

Анксиозноста не претставува патолошка емоција сама по себе, туку адаптивен одговор наменет за соочување со ситуации кои индивидуата ги перцепира како опасни (Beesdo, Knappe & Pine, 2009).Анксиозноста станува патолошка и маладаптивна кога ќе почне да интерферира со квалитетното функционирање на поединецот и кога вознемиреноста ќе стане премногу честа, интензивна и долготрајна (APA, 1994).

Со обзир на тоа дека постојат различни видови на анксиозност кои се очекувани во одредени развојни фази или адаптивни (како што се сепарациона анксиозност кај

децата или ситуациона анксиозност која се очекува во одреден степен при соочување со непознати или потенцијално загрозувачки ситуации), понекогаш разликувањето на нормалната, адаптивна анксиозност од патолошката (субклиничка или клиничка) може да претставува тешка задача за истражувачите.

Всушност, анксиозните растројства првенствено се одредуваат со долготрајно присуство на патолошка анксиозност која го попречува секојдневното функционирање на поединецот. Покрај патолошката анксиозност и немирот, анксиозните растројства се карактеризираат со присуство на физиолошки симптоми како вознемиреност и општа возбуденост, како и модели на однесување за избегнување на објектот или ситуациите кои предизвикуваат чувство на страв (Beesdo, Knappe & Pine, 2009).

Групата анксиозни нарушувања е многу хетерогена, но сите нарушувања во кластерот имаат слична емоционална основа што создаваат вознемиреност и страв како симптоми за кои важно е да се разликуваат меѓусебно, како поради концептуалните разлики така и поради самите реперкусии (последици) кои тие ги имаат врз онесувањето на секој поединец. (Beesdo, Knappe & Pine, 2009). Групата анксиозни нарушувања во класификацијата на ментални нарушувања DSM-V вклучува: сепарациона анксиозност, специфична фобија, социјална фобија, панично растројство, посттрауматско стресно нарушување и генерализирано анксиозно растројство (APA1 2013)

Социјалната фобија е ментално растојство за кое не постои јасно теоретско определување дали е страв или пак основата е вознемиреност, анксиозност (Kessler,Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Waters, 2005). Една од дефинициите е онаа на Американската психијатриска асоцијација (АПА,2000) која социјалната фобија ја дефинира како сериозен ирационален страв и избегнување на социјални интеракции и/или ситуации кои вклучуваат настап пред други, нивна процена и можни негативни последици. Социјалната фобија е значаен феномен, едно од најчестите психијатриски нарушувања со распостранетост од 12% кај популацијата и кое е почесто и поприсутно кај жените (Tillfors, 2001). Социјалната фобија, или социјално-анксиозното растројство, денес се дефинира како нарушување кое вклучва особена анксиозност при соочување со социјални ситуации, јавни настапи, при што прустуен е страв од срам и критики од страна на другите луѓе(APA,

1994).Анксиозната состојба ја следат телесни симптоми кои се манифестно видливи или се скриени, но особено е непријатна субјективната негативна интерпретација на сопствената личност која се доживува како понижувачка, односно личноста има чувство на мала вредност. Критериуми за поставување дијагноза социјална фобија уклучуваат постоење јасен и перзистентен страв од поголем борј социјални сиутации, јавување анксиозни симтоми при излежување на социјали ситуации, попратено со избегнување на наведените ситуации, при што важно е анксиозните симптоми да не се јавуваат како секундарен симптом на медицинско заболување (на пр. Стравот да не е поврзан со тресењето како симптом на Паркинсковата болест)или друго ментално нарушување или злоупотреба на супстанци. Покрај наведените, критериум кој се наведува како важен е личноста да препознае дека стравот е неразумен или ирационален, што укажува на присуство на когнитивни компненти во склоп на нарушувањето (APA, 1994).

Социјално анксиозните поединци се хетерогена група во однос на интензитетот и траењето на стравовите. Во денешните класификации на ментални нарушување, постојат два типа на социјална анксиозност. Подтиповите на социјална анксиозност се разликуваат по степенот на изразеност и степенот на нарушено социјално функционирање, демографските карактеристики како и коморбидните нарушувања (Lang & Stein, 2001):

Генерализираниот тип подразбира страв од повеќе или страв од сите социјални ситуации, при што лицата често можат да имаат и страв од некои социјални интеракции – страв од учествување во разговор, страв од асертивна комункација, страв од романтични интеракции, забавувања, потоа страв од настап – држење говор свирење музички инструмент во јасвност, потоа страв од тоа да бидат посматрани – одење по улица, вршење работа пред други. Генерализираниоет тип на нарушување започнува порано и е поврзан со понизок степен на образование, со невработеноста и со поголема веројатност за избегнување брачни односи(Heimberg, Hope, Dodge & Becker, 1990). Кај поединците кои страдаат од генерализирано анксиозно растројство поинтензивни се симптомите на депресија, избегнување, страв од негативна евалуација и отежнато функционирање во однос на лицата кои страдаат од негенерализиран тип анксиозно растројство. Лицата со генерализиран тип постигнуваат повисоки скорови на димензијата невритизам и пониски скорови на

димензијата екстраверзија во споредба со негенерализираниот тип (Mineka & Zinbarg, 1995).

Негенерализираниот тип подразбира страв од конкретна ситуација, како и од некоја ситуација, но не од сите социјални ситуации (Turk, Heimberg & Hope, 2001). Избегнувачките ситуации во склоп на негенерализираниот тип на анксиозно растројство се ограничени на јавни настапи (Kessler, 1998). Така на пример, лицата со негенерализирано анксиозно растројство, имаат страв од конзумирање храна во јавност, но во останати ситуации не чувствуваат симпотми на анксиозност. Воопшто земено, социјалната анскиозност може да се манифестира на различни начини. Најчесто клиничакта слика опфаќа присуство на чувство на пониженост, срам или страв од осудување од страна на други лица во разни социјални ситуации. Социјалната фобија се разликува од срамежливоста и ансксиозноста поврзана за јавен настап и тоа по интензитетот и нивото на отежнато функционирање на поединецот (Franklin & Shneier, 2006). Физиолошки симптоми кои се јавуваат во текот на доживувањето страв поврзан со социјалната фобија се: темор на екстремитети, црвенило, силно срцебиење, зголемено потење и тресење(Amies, Gelder & Shaw, 1983). Лицата кои патат од социјална анксиозност избегнуваат важни активности, како што се одење на работа или на состаноци, или избегнубаат активно учество во некои активности. Овие лица често постигнуваат послаби разлутати на работа и поретко стапуваат во брак (Katzelnick & Kobak, 1999). Симптомите на социјална анксиозност поврзани се со ниско задоволство од животот, уклучувајќи и вознемиреност во присуство на авторитети и лицата со ова нарушување често доживуваат анксиозност при медицински прегледи (Hambrick, Turk, Heimberg Schneier & Liebowitz, 2003).Социјално-анксиозните лица имаат ниско себеценење, а често имаат и депресивни симптоми (Cox at al., 2009; Fleet & Stein, 2004).Истражувањата покажуваат дека лицата кои страдаат од социјална фобија се многу самокритични, самосвесни и имаат тенденција за евалуација на себеси во споредба со другите (Alnaes & Torgersen, 1999). Многу често, овие поединци живеат во социјална изолација или во нефункционални лични и професионални средини. Социјалната фобија често се јавува во коморбидитет со други нарушување. Претходни истражувања сугерираат висок коморбидитет на социјалната фобија со депресијата, други анксиозни растројства и растројства на личноста (Stein, Fuetsch, Müller, Höfler, Lieb, & Wittchen, 2001). Зголемено присуство на суицидални мисли,

генерализирана анксиозност, злоупотреба на дрога и алкохол често се во корелација со симптомите на социјалната анксиозност (Alnaes & Torgersen, 1999).

Зачестеноста на социјалната анксиозност во општата популација изнесува помеѓу 8-13% според наодите на поголем број автори (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005; Ruscio, Brown, Chiu, Sareen, Stein, & Kessler, 2008; Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006).

Резултатите од истражувањата покажуваат дека социјално-анксиозните поединци имаат ниско самопочитување, висок степен на критицизам и дека се склони кон депресивни симптоми (Brady & Kendall, 1992; Cox, Pagura, Stein, & Sareen, 2009; Fleet & Stein, 2004; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989). Срамежливост, невротицизам, интроверзија и бихевиорална инхибиција се истражувани како развојни фактори кои може да допринесат за развој и одржување на социјалната фобија (Kagan, Snidman & Arcus, 1992). Кога се зборува за срамежливост во контекст на социјална фобија, важно е да се напомене дека срамежливоста се смета за карактерна црта која може да биде основа за развој на психолошко нарушување, но сама по себе не се смета за нарушување. Социјалната анксиозност потенцијално претставува континиум на кој срамежливоста претставува ниско до умерено изразена социјална анксиозност, социјалната фобија претставува средина на континиумот, додека екстремната изразеност е опишана како избегнувачко нарушување на личноста. Бихевиоралната инхибиција се смета како бихевиорален образец кој се карактеризира со непријатност во контакт со непознати ситуации и зголемен физиолошки одговор (Kagan, 1989). Зголемена активност на системот на бихевиорална инхибиција се смета за фактор на вулнерабилност за развој на социјална анксиозност, иако психолошко нарушување нема да се развие кај сите поединци со зголемена бихевиорална инхибиција. Развојот на ова нарушување е под влијание на голем број фактори – генетски, фактори поврзани со темпераментот, когнитивниот стил итн. (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Rapee & Spence, 2004).

Опсесивно компулсивните растројства (ОКР) во класификацијата на ментални растројства се класифицирани во групата на анксиозни растројства. И покрај тоа што анксиозните симптоми не се карактеристични за опсесивно компулсивните растројства како кај другите анксиозни растројства, симптомите се појавуваат особено кога лицето се обидува да се ослободи од присутните дејства или од

присутните мисли. Карактеристичните симптоми на опсесивно компулсивното растројство вклучуваат присилни мисли и присилни работи. Опсесивните сиптоми ги карактеризираат наметливи, повторувачки, несакани мисли, идеи, предлози и поттикнувања кои се вознемирувачки и од кои лицето не може да се ослободи. Компулзиите опфаќаат повторувачко однесување кое може да биде лесно воочливо (на пример, миење раце) и ментално присутно (на пример, броење). Опсесивните и компулсивните симптоми најчесто се појавуваат заедно. Компулсивните симптоми најчесто служат во намалување на стегите кои ги предизвикуваат опсесиите. Кај голем број заболени, растројството тешко се препознава и поминуваат доста години додека да се постави дијагнозата и да се пристапи кон соодветното лекување.

Преваленцијата на ОКП е различна од истражување до истражување и се движи од 1.6-2.5% (Kay J, Tasman J, 2006). Симптомите се појавуваат кај сите возрасти, ажените имаат повисока преваленција од мажите. Во најголем број од случаите, растројството се појавува на возраст од 17 до 20 години. Најчести се опсесиите од типот на страв од контаминација, патолошко сомневање, потреба за симетрија и агресивните опсесии. Најчести компулзии се проверка, чистење и симетрија. Кај најголем број од заболените се наоѓа комбинација на опсесивните и компулсивните симптоми. Опсесивно компулсивното растројство често се појавува во коморбидитет со друго анксиозно растројство, како на пример, кај социјалната фобија и паничното растројство чест е коморбидитет со депресија.

Професионалците од примарната здравствена заштита забележуваат дека, во просек, 20 % од сите пациенти покажуваат едно или повеќе ментални нарушувања, а меѓу нив депресијата е меѓу најраспостранетите (WHO, 2001).Во земјите во развој, депресијата е 1.5 до 2 пати повеќе присутна отколку во развиенитеземји (WHO, 2003).

Депресијата е често ментално растројство кое го карактеризираат депресивно расположение, губење на интересот или задоволството, намалена енергија, чувство на вина или недоволна вредност, нарушување на сонот или апетитот и лоша концентрација. Покрај тоа, депресијата е често следена со симптоми на анксиозност. Овие проблеми можат да станат хронични или да се повторуваат, и сериозно да ја нарушат способноста на поединецот да ги извршува своите секојдневни обврски. Во најтежок облик, може да доведе до суицид. Иако депресијата е водечка причина за неспособност и кај мажите и кај жените, теретот на депресијата е за 50% поголем кај

жените отколку кај мажите (WHO 2008; според Marcus и сор., 2012). Различни луѓе различно ја доживуваат депресијата, но сепак можат да се издвојат симптоми кои се карактеристични. Депресијата е болест на расположението која го зафаќа и телото и мислите. Најлесно се препознава низ основните симптоми, а најзначајно е дека е потребно да траат најмалку две недели или повеќе. Исто така таа може да биде блага, умерена, тешка и тешка со психотичи елемети. Фактори за појава на депресијата се генетската конструкција (некои личности се склони на депресивни рекации), психолошкиот развој и структурата на личноста (се формира во контекст на семејството и општеството и подразбира постигната степен на зрелост, адекватност на его механизмите на одбрана итн.).Исто така и бројни социјални фактори како што се губење на блиска личност, губење на социјална сигурност, стрес, природни катастрофи, телесни болести, општествени промени и несигурности итн. Сите овие фактори заедно, придонесуваат нарушување на невротрансмитерите во мозокот, што резултира со појава на депресија (Bibić, 2009).

Важно е да се направи разлика помеѓу депресивност и депресија. Депресијата е болест која е опишана во дијагностичкиот прирачник на WHO и се лекува. Депресивноста е само состојба, а не болест. Тоа е состојба на намалена психофизичка активност во која преовладува чуството на тага, безволност, обезхрабреност и отежнато размислување. Според Чадловски (2006) депресивното расположение е квантитативно растројство на емоциите, и е состојба на смалено расположение кое најчесто е проследено со безволност и со безиницијалност. Депресијата се одликува со симптоми како намалено расположение, безволност, чувство на тага, негативен поглед на светот, на себе и на иднината. Личноста се чуствува тажно, нема волја за живот, губи апетит, го обземаат депресивни и налудничави мисли.Според проценките на СЗО (2017), депресијата е застапена кај околу 5% од жените и 3.5% кај мажите во светот.

Според податоците на СЗО, преваленцата на депресија и анксиозни заболувања е повисока кај женската популација во однос на машката и тоа во сооднос 1.5:1 за депресијата и 2:1 за анксиозните состојби (WHO, 2011). Во светот, жените страдаат од депресија двапати повеќе од мажите–додека веројатноста мажите да станат зависни од алкохол е двојно поголема (WHO, 2001).Една од четири жени доживува депресија. Од 10-15% од преваленцата на менталните заболувања се

случуваат во текот на перинаталниот период (во текот на бременоста и во првата година по породувањето). Перинаталниот период е поврзан со низа ризици – суицидот е причина за 10-20% од смртта на жените во текот на првата година по породувањето и во земјите во развој и во развиените индустриски земји (WHO, 2008).

Институтот за јавно здравје во 2015 година известува дека менталните нарушувања во Република Северна Македонија во целокупниот болнички морбидитет се застапени со 4% во 1996 година, 4.6% во 2000 година, 3.6% во 2005 година, 3.8% во 2006 година, 2.9 во 2010 година, 2.8 во 2011 година, 2.6 во 2012 година, 2.7 во 2013 година и 2.6 во 2014 година (ИЈЗ – Институт за јавно здравје на РСМ, 2015). Според податоците од амбулатно поликлиничкиот морбидитет далеку најзастапени случаи во Република Северна Македонија за 2019 година се со дијагноза невротски, со стрес поврзани и соматоформни нарушувања со 63% од вкупниот број на случаи, вторите и третите по ред се со доста помала затапеност и тоа нарушувања на расположението (афектот) со 14.16% и шизофренија, шизиотипни и налудничави растројства со 7.58%, а најзастапена во болничкиот морбидитет од ментални заболувања во 2014 година е возрасната група од 45-64 години кај двата пола (ИЈЗ – 2019), а до 2025 година се очекува процентот на менталните заболувања да се зголеми до 50% (ИЈЗ, 2015)

СТРЕСОТ И ЗДРАВЈЕТО

Правото на здравје е фундаментално право на сите луѓе и секој човек има должност и обврска да си го штити и заштитува сопственото здравје, како свое најголемо благо. Стресот стана сериозно заболување на современиот живот и заслужи да биде наречен „болест на новиот милениум“, бидејќи турбулентното време го окупира животот на многумина и значителновлијае на личната благосостојба.

Според Кнежевиќ (Knežević, 2010), терминот стрес потекнува од средновековниот англиски јазик (eng. stress) и во XIV век бил употребуван со значењето на страдање, мака, тегоба, несреќа или тага. Во XIX век, медицината го третира стресот како основа за слабо здравје и е поврзуван со голем број случаи на ангина пекторис.Стресот е предмет на интерес и на истражувања во рамките на многу научни дисциплини, како што се биологијата, психологијата, медицината, социологијата, а за него се пишува и во популарната литература. Интересот е оправдан ако се земе предвид дека денес е потврдено дека голем број болести се директно или индиректно етиолошки поврзани со стресот, а тоа се рефлектира и на други важни аспекти на општествениот живот.

Постои долга историја во областите на психологијата и медицината во однос на тоа што претставува стресот. Предложени се најразлични теоретски модели и направени се илјадници истражувања на оваа тема, а еден од најзначајните придонеси во оваа област дал Hans Seyle (1936, според Hill Rice, 2012). Тој утврдил дека долгорочните стресни реакции негативно влијаат врз здравјето, односно посочил на механизмот со кој психичките фактори може да дејствуваат врз телесното здравје. Првите систематски проучувања на стресот како феномен му се припишуваат на канадскиот ендокринолог и научник Сели (Selye, според Rice, 2012), кој ја поставилтеоријата на одговор на стрес (“stress-response theory”) и систематски ја истражувал поврзаноста на стресот со здравјето.Во својата прва публикација за стресот во 1936 година, Сели стресот го дефинира како: “неспецифичен исход на секое барање што му е наметнато на организмот” (според Rice, 2012).

Во бројните лабораториски експерименти што ги спровел со животни, кои ги изложувал на различни физички и емоционални дразби (силна светлина, заглушувачка бучава, екстремна топлина или студ, фрустрации), тој забележал дека кај сите животни се јавиле патолошки промени, како што се стомачен чир,

намалување на лимфното ткиво и зголемување на надбубрежните жлезди. Подоцна покажал дека изложеноста на постојан стрес предизвикува различни заболувања кај експерименталните животни, како срцев удар, мозочен удар, бубрежни заболувања, ревматоиден артритис итн., и заклучил дека истото се јавува и кај луѓето. Овие наоди послужиле како основа за моделот на физиолошки стрес според кој до болест доаѓа заради нарушување на рамнотежата на организмот под дејство на надворешни и внатрешни фактори. Сели го воведува терминот стресор како заеднички назив за широк спектар на дразби кои предизвикуваат исти физиолошки промени, а одговорот на организмот го нарекува реакција на стрес.

Реакцијата на стресот е од невро-ендокрин карактер и се манифестира како збир од симптоми кои го чинат општиот адаптивен синдром (GAS). На Сликата 1 е прикажан процесот од дејствувањето на стресорот, до развивањето психосоматска болест.



Слика 1.- Модел на стрес на Ханс Сели

Доколку помеѓу стресните дразби не постои потребен период на опоравување, туку стресните настани се надоврзуваат еден на друг, се појавува хроничен стрес кој може да доведе до сериозни здравствени нарушувања на организмот. По долготрајно изложување на стресни ситуации доаѓа до зголемено лачење на кортикостероиди, хипертрофија на кората на надбубрежните жлезди, односно атрофија на тимусот и на други лимфни структури.

Општиот адаптивен синдром се смета како главна причина за здравствените проблеми што ги предизвикува стресот. Со промена на начинот на кој организмот нормално функционира, стресот ја нарушува природната рамнотежа, односно

хомеостазата, која е круцијална за благосостојбата. Воедно, се забрзува и процесот на стареење и се откочуваат механизмите кои се вклучени во развојот на болестите.

Според погорниот модел, одговорот на стресот минува низ 3 фази, кои главно се однесуваат на состојбата на жлездите со внатрешно лачење:

1.*фаза на аларм (шок)* – кога организмот се соочува со стресорот;

2.*фаза на резистентност*– кога организмот му дава отпор на стресорот обидувајќи се да воспостави рамнотежа;

3) *фаза на исцрпеност* – кога организмот ја исцрпува силата во обидот да се одбрани од влијанието на штетниот фактор и му се "препушта", што резултира со развој на болести, па дури и смрт.

Seyle разликува два вида на стрес:

- eustress – стрес кој е пријатен и го подобрува здравјето и
- distress – стрес кој е непријатен и го загрозува здравјето на организмот.

Во своето најшироко значење, стресот ги опфаќа сите реагирања предизвикани од причинители кои ја менуваат внатрешната рамнотежа (хомеостаза) на организмот и неговата рамнотежа со средината која го опкружува. Со оваа дефиниција се опфатени и eustressot и disstresot. Кратките и благи пореметувања на хомеостазата, кои поглегнуваат на контрола, се доживуваат како пријатни. Тие исто така поттикнуваат на емоционален и интелектуален раст и развој, на зголемување на личната самодоверба. Разрешувањето на ваквите стресогени ситуации го збогатуваат искуството и ја оспособуваат индивидуата за успешно конфронтирање со нови стресни ситуации во иднина.

Во концептуализацијата на стресот понатаму Мејсон (Mason, 1975; според Aldwin, 1994) укажува на три начини на кои се користи поимот стрес:

1. како *внатрешна состојба* на организмот;

2. како *надворешна дразба* или стресор и

3. како *доживување* кое произлегува од интеракцијата на индивидуата со средината.

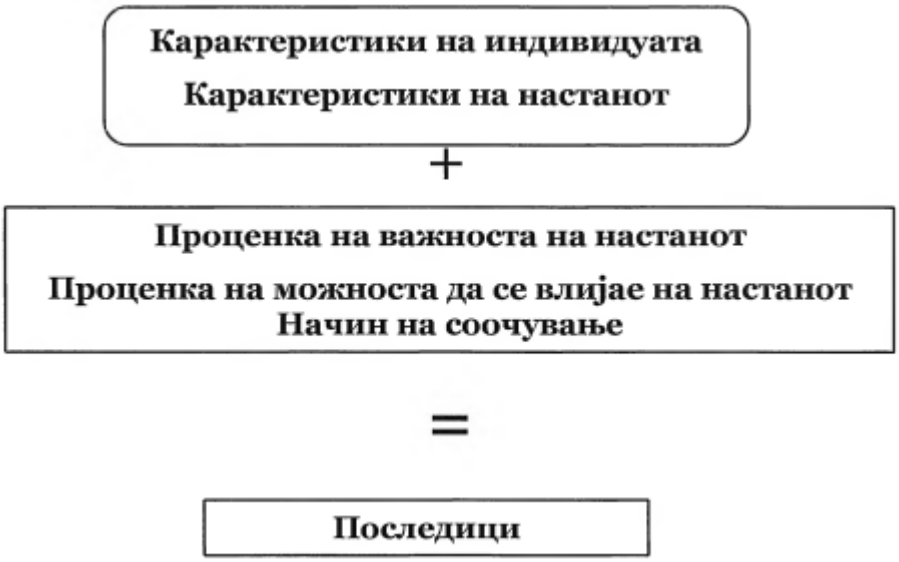
Стресот како внатрешна состојба на организмот опфаќа физиолошки и емоционални реакции. Истражувањата на физиолошките реакции ги опфаќаат периферниот и централниот нервен систем, како и ендокриниот и имунолошкиот систем. Иако најчесто се укажува дека стресот има негативни физиолошки ефекти, поисправно е да се каже дека неговиот ефект е активирачки, а зависно од контекстот тој се определува како позитивен или негативен. Што се однесува до емоционалните реакции на стрес, тие обично се со непријатен емоционален тон, како што се анксиозност, лутење, тага, но и срам, обвинување, здодевност.

Од историска перспектива, на стресот се гледало како на штетна *надворешна дразба* (стресор), која бара од индивидуата нов начин на прилагодување. Раните студии на стресот се фокусирале на големи трауми, како што се војната и природните катастрофи, а подоцна се вклучуваат и важните животни настани, како што се бракот, разводот, вработувањето, добивањето отказ итн. Биле спроведени и истражувања на ефектите од влијанието на физички стресори (бучава, загаденост, пренаселеност) и на други стресори во секојдневниот живот.

Во современата психологија преовладуваат истражувањата на стресот кој произлегува од *интеракцијата на личноста со средината*, особено кога доаѓа до неусогласеност на барањата на средината и личните ресурси. Главен претставник на овој приод е Лазарус (Lazarus, 1966). Тој смета дека стресот не е ниту својство на надворешната средина, ниту состојба на личноста, туку секогаш е однос или штетна трансакција помеѓу индивидуата и одредено својство на средината. Доколку се третира само како надворешен настан, би се игнорирале индивидуалните разлики во неговата перцепција и проценка (она што е стресно за некого во еден период и контекст, не е стресно за друг или за истото лице во друг контекст и време).

Во рамките на моделот на Лазарус, стресот се дефинира како склоп на емоционални, телесни и/или бихејвиорални реакции кои се јавуваат кога некој настан ќе го процениме како опасен или вознемирувачки или кога не можеме да одговориме на

барањата што пред нас се поставуваат. Моделот на стрес на Лазарус може да се претстави шематски на следниов начин (Слика 2):



Слика 2. Модел на стрес на Лазарус

Во моделот на стрес на Лазарус (Lazarus, 1966) основни елементи се особините на поединецот (црти на личност, вредности, верувања) и карактеристиките на средината илинастанот (барања, ограничувања, траење на настанот, социјална поддршка), како и когнитивната процена на ситуацијата. Когнитивната процена се однесува на важноста на настанот (примарна процена) и можностите за влијание на него (секундарна процена). Примарната процена се врши согласно степенот на загрозеност на поединецот од настанот, во смисла на непосредна опасност, штета или губиток, закана или предизвик. Секундарната процена се однесува на проценатa на личните способности и можности да се совлада ситуацијата, односно на можноста за избор на алтернативни облици на соочување.

Значи, преку сознајните процеси поединецот ја проценува актуелната ситуација и оценува дали таа е можна причина за идните незгодни и штетни состојби. Ако се процени дека ситуацијата е загрозувачка, се јавува чувство на страв, тегобност и потиштеност, за кои Лазарус смета дека се типични стресни реакции.

Нагласувањето на когнитивната страна на стресот, односно на перцепцијата и евалуацијата на стресната ситуација се среќава и во сфаќањето на Кранц и соработниците (Krantz, Grunberg & Baum, 1985). Авторите го определуваат стресот како внатрешна состојба на лицето кое што перципира загрозеност на неговата физичка или психичка благосостојба. Перцепцијата на загрозеност произлегува од споредувањето на барањата што му се наметнати на лицето и индивидуалната способност да ги задоволи тие барања. Перципираната нерамнотежа произведува стресен одговор, кој што може да биде физиолошки или бихејвиорален.

Континуираното доживување на стрес придонесува да се јават психосоматски заболувања, со што се нарушува и физичкото здравје на поединецот. Бројот на можните извори на стрес е огромен, како во секојдневниот, така и во професионалниот живот.

Стресот и болеста

Врската помеѓу стресот и болеста е согледана многу рано. Пишани документи за тоа постојат уште од шеснаесетиот век. Во осумнаесетиот век лекарот Dzon Hanter забележал: „Мојот живот е во рацете на секој мангуп кој ќе реши да ме разлути‘‘. Хантер навистина починал за време на емоционален конфликт со член од персоналот на својата болница (Smith, 1986).

Два века пред тоа кардиологот Harvi забележал дека „Психичките возбудувања предизвикуваат болест, претераната радоста, надежта или тагата, стигнуваат до срцето и влијаат на наеговото забрзување и ритам, влошувајќи ја општата состојба и виалност‘‘ (Williams, C. L., & Berry, J. W. (1991)

Дваесетите години од минатиот век дошло до појава на повеќе истражувања во врската помеѓу психологијата и здравјето, односно влијанието на психичкото врз телесното. Поради тоа постои многу богата литература за влијанието на стресот врз здравјето. Доколку ја следиме дефиницјата на СЗО за „здравјето како физичка и емоциохнална благосостојба‘‘ тогаш последиците од стресот по здравјето ќе ги проценуваме според степенот до кој стресот предизвикал пореметување на благосостојбата кај човекот.

Доколку стресот трае долго, влијае на работата на сите органи и системи на телото: мозокот, ендокриниот, кардиоваскуларниот, дигестивниот ситем, респираторниот систем, мускулите и имунолошкиот систем, Тоа предизвикува зголемување или намалување на активноста на органите или системите. Долготрајната зголемена или намалена функција на загрозениот орган доведува до појава на органска или психичка болест. Многу современи истражувања ја докажуваат врската помеѓу психичките стресори и појавата на чир на дигестивниот систем (Friedman, Booth-Kewley. 1987).

Стресот доведува и до покачен крвен притисок, кој пак од своја страна предизвикува оштетување на бубрезите и мозочен удар. Продолжениот стрес доведува и до заболување на срцето (Taylor, S. E. 1990). Дел од современите истражувања не ја потврдуваат во целост хипотезата за специфичната врска помеѓу психичкиот стрес и сите претходно наброени психофизиолошки нарушувања. Општо земено, повеќето од нив се согласуваат со констатацијата дека хроничната вознемиреност и депресија многу почесто се среќаваат кај луѓе со психофизиолошки нарушувања од различпно

потекло (Friedman, Boot- Kewley. 1987). Овие емпириски податоци се интересни бидејќи покажуваат дека освен непосредното влијание, кое го имаат врз органите во реакцијата „борба или бегство‘‘ стресот може да ги наруши и функциите на имуниот систем. Постојат современи показатели дека животниот стрес и психичките нарушувања можат да ги нарушат имуните реакции на организмот (OLeary, 1990). Голем дел од заболувањата и состојбите кои се поврзани со стресот, наречени психосоматски заболувања или состојби, стресот ги зголемува или ги потенцира.

Перципираниот стрес е независен ризик фактор за развој на исхемична срцева болест(Yang Y, Bi M, Xiao L, et al. ,2015).Преоптоварувањето на работното место, според резултатите од бројни студиие ризик фактор што ја зголемува можноста до 40% за појава на кардиоваскуларни заболувања(Kivimäki M, Kawachi I. , 2015). Долготрајниот стрес предизвикува дисфункција на артериските ендотеллни клетки со формирање на атеросклеротични наслаги на васкуларниот sид. Наслагата може да пукне и потоа се формира тромб што може да го затвори протокот на крв низ артеријата. Кога тромбот се одвојува од местото каде е формиран, станува ембол што може да се затвори далечна артерија (Tan MP, Morgan K., 2015).

Кога зборуваме за стрес поради преоптоварување при работа, секако е неопходно да се спомене поделбата на тип Аличност и тип Б личност која датира од 1950 -тите години на минатиот век и е воведена од американските кардиолози Мејер Фридман и Реј Росман (Friedman M, Rosenman RH. , 1959).

Личност „тип А“ е амбициозна, импулсивна, нетрпелива, строго организирана на време, склона кон преоптоварување со работа. Личноста од „тип А“ неретко прибегнува кон пушење, обидувајќи се да го намали акумулираниот стрес. Личност од „тип А“ е потенцијален ризик фактор за развој на кардиоваскуларни заболувања.

Личност од „тип Б“ е спротивна на „типот А“. Таа е повеќе ориентирана кон креативноста и склона е да учи нови идеи и концепти. Личноста од „тип Б‘‘ е трпеливаи ориентирана кон постигнување, но не по секоја цена.

Истражувањата упатуваат на поврзаност помеѓу стресот и зголемена секреција на желудочна киселина (Kivimäki M, Kawachi I. , 2015).Стресот дејствува директно, преку автономниот нервен систем, врз секрецијата на желудочната киселина, но и индиректно, како последица на несоодветните начини на справување со стресот.

Резултатите од многу студии покажуваат дека честите стресни животни настани му претходат на појавата и текот на дијабетесот (Keegan D, Byrne K, Cullen G, et al., 2015). Преголемата реакција на имунолошкиот систем предизвикува алергии или автоимуни заболувања. Во имунолошка реакција клучна улога играат Т – лимфоцитите кои се клеточни носители на имунитетот и Б лимфоцити во кои се произведуваат антитела (Parkin J, Cohen B., 2001).

Бидејќи инфекциите често се поврзуваат со стрес, а пушењето е дел од нездравото однесување од репертоарот за справување со стрес, стресот е важен "предизвикувач" во развојот на хипертироидизам. Стресот е поврзан со влошување на симптомите и намален квалитет на живот кај луѓе со мултиплекс склероза.Стресните животни настани, од една страна, честопати претходат на појавата и влошувањето на ревматоидниот артритис, а од друга страна, болеста влијае на перцепцијата на стресот кај пациетите. Пациентите честопати ги поврзуваат респираторните инфекции соперцепираниот стрес, толкувајќи ја причината за нивните проблеми како „пад на имунитетот“.

Истражувањата покажаа дека физиолошкиот одговор на организмот на стрес-ситуација делува имуносупресивно. Стресот не е поврзан само со почетокот, туку влијае и на текот на заразните болести. Намалувањето на стресот со релаксирачка медитација го подобрува здравје на некои ХИВ-позитивни пациенти и пациенти заболени од сида (Riley KE, Kalichman S., 2015). Со оглед на сознанието дека намалениот имунолошки систем е поврзан со малигните заболувања, се претпоставува дека психичкиот стрес кој го менува имунолошкиот одговор, игра улога во настанувањето и текот на малигното заболување.Бројни студии ја потврдија оваа хипотеза.Според истражувањето на Ханун и сор., автономно нервниот систем ја регулира хомеостазата. Стресот ја менува активноста на автономниот нервен систем, кој, меѓу другите фактори, ја зголемува можноста за малигна трансформација на матичните клетки (Hanoun M, Maryanovich M, Arnal-Estapé A, et al. , 2015). Хормоните на стресот, адреналин и норадреналин имаат значајна улога во прогресијата на малигниот тумор (Qin JF, Jin FJ, Li N, et al., 2015). Хроничниот стрес ја менува експресијата на генот на рецепторот на допамин а со тоа го фаворизира почетокот и ширењето на ракот на дојката. Неизвесноста што ја придружува малигната болест, предизвикува кај пациентот психички стрес кој влијае на текот на болеста.

Перцепираниот стрес со тешкотии и болки, го зголемува уморот кај лицата со рак на дојки во раниот стадиум (Pornour M, Ahangari G, Hejazi SH, et al., 2014).

Третманот на психопатолошки симптоми и психосоматски симптоми е секојдневна задача во семејната медицина. Затоа важно е да се знае улогата на психолошкиот стрес во појавата на психопатолошките симптоми и итекот на психосоматските заболувања. Исто така, важно е матичните лекари да ги совладаат техниките за психолошка поддршкаи да посочуваат на здрави навики во секојдневието на своите пациенти. Медитацијата и релаксацијата го намалуваат стресот и симптомите на болеста (Senders A, Bourdette D, Hanes D, et al. , 2014).

ПСИХОСОМАТИКА

Поимот „психосоматика“ потекнува од грчките зборови “soma” што значи тело и “psyche” – душа,дух. Последните неколку децении се говори за психосоматски пристап, психосоматика, психосоматска медицина. Сите наведени термини би требало да укажуваат на холистички пристап, односно на тоа дека човекот е интегрирано, единствено психофизичко суштество, а неговата болест е единствена психофизичка состојба. Самиот термин психосоматска медицина опфаќа две значења: прво, специфичен научен пристап во медицината што ја прифаќа методологијата од природните, социјалните и хуманистичките науки и второ, посебна клиничка специјалност која применува специфичен научен пристап во дијагнозата и третманот (Pieringer W, Meran JG, Stix P, Fazekas Ch. ,2002)

Интересот за тоа како настануваат болестите, кај кои луѓе се јавуваат одредени заболувања и дали се од нешто условени постои од секогаш. Мислењето дека силните емоции како што се бесот, тагата и стравот, можат да предизвикаат телесно заболување постоело уште во времето на Хипократ, Сократ и други антички лекари и големи мислители (Zorić D, Bjelica AL, Kovačević-Petljanski V. , 2003). Низ годините оваа тема останала актуелна, така што можеме да сретнеме податоци за слични размислувања во среден век, кај двајца персиски лекари, АхмедаИбн Сахлал Балкија (934) и ХалиАбаса (994),кои уште тогаш тврделе дека болеста настанува како последица од интеракцијата на умот и телото. Тие сфатиле дека физиолошките и психолошките функции во организмот влијаат една на друга, а до овие заклучоци дошле со утврдување на разликите меѓу пациенти кои биле психо-физички здрави со оние кои биле психо-физички болни (Nurdeen Deuraseh and Mansor Abu Talib, 2005).

Во 1818 година, германскиот лекар J. Хајнрот зборувал за сомато-психичките пореметувања кои се телесна рекција на психичките конфликти и потешкотии, на пр. Настанување на инсомнијата. Тој всушност и прв го користи термнинот “психосоматски”. Во 1838 англ. Christian Friedrich Nasse тврди: препознавањето, превенцијата и лекувањето во услови на ментално нарушување се заснова на истовремено проучување на психичките и соматските функции на поединецот (Overholser, Winfred, 1948).Овие негови ставови подоцна добиле и научна поддршка и постепено станале основен принцип за проучување на организмот како целина, кој

е прифатен како оперативен (психосоматски) концепт, познат и како психосоматска медицина. Најистакнат во оваа област, човек кој ја поставил основата на психосоматската медицина е Франц Габриел Александер. Тој на почетокот на 20 век започнал со истражување поврзаноста помеѓу умот и телото. кој ги издвоил 7-те најтипични психосоматски заболувања: висок крвен притисок, гастродуоденален чир, улцератувен колитис, хипертироидизам, бронхијална астма, хроничен ревматиоиден полиартритис, невродерматитис (Alexander F., 1950).Се смета дека луѓето со хипертензија се личности кои подолго време ја потиснуваат лутината и бесот во себе, иако можат навидум да изгледаат смирено.

Micheale Balint и неговата група во шеесетите години на 20 век укажале дека неопходно е лекарот на пациентот да гледа како на целина. Тие сметале дека околу 30% од пациентите се консултираат со својот лекар поради симптоматологија која во основата има емоционална дисфункција (Balint M., 1960)

За значењето и улогата на психолошките фактори во создавањето на соматските заболувања, иако примарно не се бавел со тоа, размислувал и Фројд додека ги правел своите истражувања, како и многу други психолози, лекари и научници.

Психосоматска болест се дефинира како телесна болест, која настанува поради психолошки фактори. Симптомите се јавуваат на некој конкретен орган, а со самото тоа се менува и неговата нормална функција. Таа промена на почеток е од реверзибилна природа, но доколку стресната состојба трае подолг временски период, добива иреверзибилен карактер, односно, природно е да се очекува дека ваквата состојба прави пореметување на хомеостазата на организмот. Се смета дека долготрајната изложеност на стрес, предизвикува психосоматско нарушување, додека краткотраен и неочекуван стрес, дури и де е силен, не предизвикува психосоматско нарушување (Десимировић В. 1994).

Денес, е јасно дека стресот, акутен или хроничен, навистина влијае на нервниот, респираторниот, ендокриниот, кардиоваскуларниот, репродуктивниот, имунолошкиот систем, системот за варење и на мускулносклетниот систем. Секако, она што за една личност е силен стресор, друга личност не го ни перцепира како стрес воопшо. Во случај на психосоматско нарушување кај секој пациент значајна улога има дејството на многубројни фактори (мултифакторијалност). Психосоматиката,

всушност има за цел да ги идентификува сите овие промени, поврзаноста и специфичното влијание на факторите во пореметувањето на хомеостазата во организмот (Deutsch, Felix 1953). Психосоматиката го испитува психолошкиот фактор кој допринел до настанување на болеста, кој во интеракција со биолошките и социјалните фактори ја одредува болеста или здравјеso на една индивидуа.

Современата психосоматска медицина означува повторно прифаќање на сфаќањето за интегративно единство на душата и телото кое произлегува од современите научно емпириски сознанија. Во својот холистички пристап, психосоматската медицина и понатаму ја наглаува важноста на социјалните фактори, со што на човекот се гледа како на биопсихосоцијално интегрирана индивидуа.Голема заблуда е да се потценат психосоматските нарушувања и да се сметаат за имагинарни, според принципот „сето тоа е во нечиј ум“. Всушност, физичките симптоми предизвикани од психосоматска состојба се вистински нарушувања и треба да се третираат брзо, како и секоја друга болест (Elizabeth Scott, 2006). Се проценува дека над 90% од посетите на лекар се последица на здравствени проблеми кои биле барем делумно, ако не и целосно погодени од стрес, така што психосоматските болести имаат многу повеќе заедничко со стресот отколку што се претпоставува (Elizabeth Scott, 2011).

Постои разлика помеѓу соматоформните нарушувања и психосоматските нарушувања. Тие се разликуваат во поглед на патогенезата и психодијагностиката, но имаат слични клинички манифестации (Tomic, 2003). Карактеристично за овие два вида наршушувања е тоа што се појавуваат физички симптоми кои се под влијание на психички фактори. Главна разлика е тоа што кај психосоматските нарушувања доаѓа до оштетување на ткивата и органите кое се потврдува со медицинските испитувања, додека пак, кај соматоформните нарушувања има појава на симптоми врз основа на кои може да се претпостави дека постои некое физичко заболување, но со медицинските испитувања не може да се утврди органско оштетување.

Релевантни емпириски истражувања

Постојат голем број психолошки истражувања чиј предмет на интерес е испитување на половите разлики во однос на психопатологијата, односно изразеноста на невротичноста и психотизмот кај мажите и жените. Глобалниот заклучок е дека резултатите укажуваат на повисоко ниво на невротичност кај жените и повисоко ниво на психотизам кај мажите. Високото ниво на невротичност може да биде индикатор за постоење анксиозни нарушувања и/или депресија, додека високиот степен на психотизмот може да се поврзе со антисоцијално и гранично нарушување на личноста, како и со шизофренија и слични нарушувања. Анксиозните нарушувања, депресијата и граничното нарушување на личноста почесто се јавува кај жените, додека антисоцијалните нарушувања се почести кај мажите.

Lynn и Martin направиле истражување во 37 земји чија цел било да се утврди дали постојат полови разлики во однос на психопатологијста и резултатите од истражувањето покажале дека жените во сите земји имале повисоко ниво на невротизам од мажите (Lynn и Martin, 1997). Во ова истражување добиено е дека нивото на психотизам е повисоко кај мажите отколку кај жените.

Eysenck, Eysenck и Barrett (1985), во текот на валдацијата на кратката верзија на Ајзенковиот тест на личност откриле дека жените покажуваат повисоки резултати на скалата на невротизам од мажите. Оваа скала во својата подолга верзија содржи прашања кои се однесуваат на чести промени во расположението, загриженост за минатото и иднината, иритабилност, чувство на вина, нервоза, постојан умор, претерана загриженост за својот изглед и впечатокот кај другите и проблемите со контрола на бесот и вулнерабилност. Во оваа валидациона студија просечните вредности на скоровите на скалата психотизам биле повисоки кај мажите. Скалата на психотизмот содржи тврдења кои се однесуваат на:бескрупулозност, неуредност, непочитување на социјалните норми, грубост кон останатите, неконвенционалност и позитивен став кон експериментирање со непознати или опасни психоактивни супстанци.

Weisberg, DeYoung и Hirsch (2011) известуваат за постоење полови разлики како за невротизмот како димензија на личност, така и за интернализирање и екстернализирање на негативните емоции. Резултатите од нивната студија,

покажуваат дека жените постигнуваат повисоки резултати на димензијата невротизам, а и поголема склоност од мажите не само да ги интернализираат негативните емоции, на пример во вид на депресивно расположение туку и да ги екстернализираат, особено во вид на импулсивност и хостилност. Интернализирањето на негативните афективни состојби (withdrawal), во буквален превод би значело повлекување, што би можело да се поистовети со индикаторите за интроверзија. Екстернализирањето на негативните афективни состојби (volatility), означува непостојаност, односно променливост. Станува збор за два аспекта на невротизмот како еден од домените на моделот на големите пет (DeYoung, Quilty & Peterson, 2007)

Costa, Terracciano и McCrae (2001) на примерок поголем од 20000 испитаници, припадници на 26 култури, добиле статистички значајни полови разлики во корист на жените на сите аспекти на невротизмот: хостилност, депресија, анксиозност, самосвесност, вулнерабилност и импулсивност. Самосвесноста во овој контекст се однесува на чувството на претерана изложеност во текот на комуникација со други лица. Високо самосвесна личност зазема параноидна перспектива, чувствувајќи анксиозност поради очекување негативна социјална евалуација.

Во онлајн истражувањето на Vianello, Scnabel, Sriram и Nosek спроведено на примерок поголем од 14000 испитаници, утврдени се полови разлики во полза на жените во однос на невротизмот, односно емоционалната нестабилност.

Поголемо ниво на невротичност кај вработени жени, во однос на вработени мажи, добиено е во истражувањето на Martin и Kirkcaldy (1998). Жените од овој примерок кои покажале повисоко ниво на невротичност имале послаби перформанси на работа.

Според истражувањата на Jovanoviç, Zuljevic & Brsaric (2011) и Misic (2014), невротичноста е црта на личност поврзана со анксиозноста и депресивноста, при што последните две варијабли се и меѓусебно поврзани (Karadag & Solpuk, 2018).

Во истражувањето на Kessler et al., (2005) кое е спроведено на примерок поголем од 9000 испитаници ризикот од постоење анксиозно нарушување е 1.6 пати поголем кај жените.

Наодите од истражувањето на Armstrong & Khawaya (2002), покажуваат дека нивото на анксиозност е статистички значајно поголемо кај жените кај кои има и поизразени когнитивни и соматски (физиолошки) симптоми.

Студијата на Kessler и сор., (2005) потврдува поголема зачестеност на нарушувањата на расположението (помеѓу другите и депресијата) кај жените. Според ова истражување ризикот за појава на нарушување на расположението е 1.5 пати поголем кај жените во однос на мажите.

Piccinelli и Wilkinson (2000) понудиле критички приказ на литературата за преваленцијата, инциденцијата и ризикот за депресивно нарушување, со оглед на полот. Тие потврдиле дека депресивното нарушување навистина почесто се појавува кај жените, но истакнале дека се уште не е познато кои фактори се заслужни за овие полни разлики.

Мета-аналитичка студија која вклучува 158 истражувања направена од Walk, Hyde & Abramson (2017), укажува на 1.95 пати поголем ризик за депресија кај лицата од женски пол. Авторите на оваа студија истакнуваат дека половите разлики се најголеми во периодот на адолесценцијата, потоа се намалуваат и во периодот на возрасната се релативно стабилни, но сепак во полза на жените.

Во истражувањето на Alnsari (2006) спроведено на примерок од 8538 испитаници, се испитуваат половите разлики во однос на депресивноста и добиените резултати укажуваат дека постојат полови разлики во полза на жените.

Според Wittchen и Fehm кога станува збор за разлики во половата застапеност на социјалната фобија, некои епидемиолошки студии покажуваат дека кај општата популација социјалната фобија ги погодува повеќе жените отколку мажите (3: 2), додека кај клиничката популација односот меѓу половите е најчесто еднаков (Wittchen HU, Fehm L. , 2003)

МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТАП НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Целта на ова истражување е да се испита поврзаноста на некои психопатолошки симптоми и да се детектира дали постојат разлики во однос на присуството на психосоматски симптоми со оглед на полот. Врз основа на проучената литература, во истражувањето е поставен следниот главен проблем: *Дали постојат полови разлики во поглед на степенот на изразеност на психосоматски симптоми кај возрасни лица?*

Дополнителна цел на истражувањето беше да се утврдат и разликите во изразеноста на некои психопатолошки симпотми кај возрасните од различно место на живеење како и дали постои разлика во однос на дисимулација во одговарање на прашалникот за самопроцена, односно дали мажите прикриваат некои симптоми и даваат социјално пожелни одговори повеќе од жените.

Варијабли кои се предмет на ова истражување се: *дисимулација/социјална пожелност, анксиозност, фобичност, хиперсензитивност, депресивност, кардио-васкуларни тенденции, инхибиторна конверзија, гастро-интестинална конверзија, хипохондриски тенденции, опсесивно-компулсивни тенденции, импулсивност и параноидност.*

Испитаници

За потребите на ова истражување беше користен пригоден примерок од возрасни лица од Велес и околните населени места. Главниот критериум за учество во истражувањето беше статусот редовно вработено лице. Учествуваа вкупно 144 испитаници од кои 74 машки возрасни лица и 70 женски возрасни лица. Од вкупниот број на испитаници, 14 испитаника имаат завршено основно образование (9.7 %), 85 испитаника имаат завршено средно образование (66 %) и 35 испитаника имаат завршено високо образование (24.3 %).

Опсегот на возраста на испитаниците се протегаше од 23 до 60 години, а просечната возраст изнесуваше M = 40.4 со стандарно отстапување SD = 11,2.

Истражувачки хипотези:

Х1: Жените се подепресивни од мажите

Х2: Жените имаат поизразени фобични тенденции од мажите

Х3: Со зголемување на анксиозниот синдром се зголемува и конверзивниот синдром

Х4: Жените имаат поизразени импулсивни тенденции од мажите

Х5: Со зголемување на возраста се зголемуваат хиперсензитивните и хипохондриските тенденции

Х6:Со зголемување на анксиозноста се зголемуваат опсесивно-компулсивните тенденции

Х7: Возрасните кои живеат во град имаат поизразени фобични и хипохондриски тенденции од возрасните кои живеат во село

Мерни инструменти

За потребите на истражувањето беше користен еден мерен инструмент – прашалник за самопроцена Корнел индекс (Cornell Medical Inventory) наменет за брза процена на нуропсихијатриски и психосоматски нарушувања. Пред да одговорат на овој прашалник, од испитаниците се бараше да ги наведат нивната возраст, пол, образование, работно место и место на живеење.

Корнел индекс (Cornell index)

Корнел индекс е еден од најстарите инструменти за процена на патолошките конативни фактори. Првиот облик е настанат во 1945 година од страна на Weider, Brodman, Mittelmann, Wechsled и Wolff (според Weider et all. 1997) како техника за брза процена на некои особини на личност и психосомтски нарушувања кај припадниците на воените сили на САД. Настанувањето на овој инструмент е врз основа на темелни и богати клинички искуства во собирањето анамнестички и други дијагностички вредни податоци во процесот на работа со лица со различни невропсихијатриски, и психосоматски проблеми. Корнел индексот е прилично, често користен инструмент во психодијагностичката пракса, а тоа е резултат на неговата едноставност и економичност како и можноста за диференцијална дијагноза на најчестите невротски нарушувања и неговата генерално солидна теоретска и практична валидност (Momirovic и Kovacevic, 1970 и сор. 1997). Токму наведените карактерстики биле главна причина за негово користење во психолошките истражувања и воработата на клиничкиот психолог, психологот во организацијата и воениот психолог. Корнел индексот има неколку преуредувања и адаптации. За разлика од верзијата N2, облицитеN3 и N4 содржат тврдења чии понудени одговори не се прашањата – да, не, туку испитаникот треба да заокружи точно/неточно. Освен во начинот на формулирање на типот на одговори овие верзии се разликуваат и по бројот и содржината на субскалите или подрачјата на неуротски однесувања кои можат да се издвојат и посебно дијагностички да се третираат. Оваа верзија овозможува квантитативен третман и толкување на резултатите на ниво на 12 примарни неуротски фактори.Корнел индекс N4 содржи вкупно 109 ајтеми обликувани како тврдења на кои испитаникот треба да одговори со заокружување Т (точно) или Н (неточно) во зависност од тоа дали се пронаоѓа во содржината на

тврдењето со своето типично однесување или доживување. Содржината на N4 е групирана во следниве 12 клинички(патолошки) и две (L и F) контролни скали:

- Анксиозни тенденции: тенденција на неодреден страв, несигурност;
- Фобична тенден.: склоност кон мошне интензивен страв, страв без причина;
- Хиперсензитивни тенденции : претерана осетливост на различни дразби;
- Депресивни тенденции: долготрајни состојби на тага, нерасположение;
- Кардио-васкуларна конверзија: психосоматски нарушувања на кардио-васкуларниот систем;
- Инхибиторна конверзија): патолошка дисфункција на некои органи;
- Гастро-интестинална конверзија: психосоматски нарушувања на гастроинтестиналниот тракт;
- Хипохондриски тенденции: конверзивна реакција на страв од болести;
- Опсесивно-компулсивни тенденции: склоност кон опсесивни принудни мисли и дејства;
- Импулсивни тенденции: неколтолирани реакции на зголемено ниво на тензија, нетрпеливост, однесување без размислување на последиците;
- Агресивни тенденции: склоност кон асоцијално и деструктивно однесување;
- Параноидни тенде.:– склоност кон шизоидни ставови и параноидни реакции.

На опишаните клинички скали додадени се и скала на лажење (Л- скала) и корекциона Ф скала- скала на банални тврдења(Ф-скала) чија намена е процена на склоноста за симулација или дисимулација, односно, невообичаено реагирање. Освен наведените 12 примарни неуротски фактори, Момировиќ и Ковачевиќ (1970) сугерирале и емпириски документирана можност за формирање и користење на резултатите на три пошироки, секундарни фактори. Тоа се:

-*Анксиозен синдром* кој е одреден со примарните неуротски ракции на анксиозност, фобичност, хиперсензитивност, депресивност и опсесивност-компулсивност.

-*Конверзивен синдром*, интегрална мера на кардиоваскуларни, инхибиторни и гастроинтестинални конверзивни ракции и хипохондриски симптоми

-Агресивно-асоцијален синдром, добиен со акумулација на примарните мерки на импулсивност, агресивност и параноидните реакции.

Постапка

Ова истражување беше спроведено во месец мај, 2021 година. Во текот на истражувањето, прашалникот преведен на македонски јазик беше зададен индивидуално. Изгледот на прашалникот е прикажан во прилогот на овој труд. Задавањето на прашалникот се одвиваше во непосреден контакт со испитаниците. Пред задавање на прашалникот,на секој испитаник, без исклучок, му е објаснета целта на истражувањето, беше информиран за загарантираната анонимност на неговите податоци и беше замолен за максимална искреност во своите одговори. Исто така испитаниците беа информирани и за доброволниот карактер на учество, односно за можноста да се откажат во било кое време, а потоа им беа дадени упатства за пополнување на прашалникот.

На инструментот се наоѓаа соодветните инструкции, со цел да се запази објективноста при тестирањето.

Испитаниците го пополнуваа прашалникот самостојно. Просечно време на одговарање на прашалникот беше околу 10 минути. На крајот беше изразена благодарност кон секој испитаник за неговото учество во ова истражување.

АНАЛИЗА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Резултати

Во продолжение се соопштени наодите од дескриптивната анализа на варијаблите за целокупниот примерок, а потоа следуваат и наодите од тестирањето на хипотезите во ова истражување.

Табела 1. *Дескриптивни статистици за варијаблите анксиозност, фобичност, хиперсензитивност, депресивност, кардиоваскуларни тенденции, инхибиторна конверзија, гастроинтестинална конверзија, хипохондриски тенденции, опсесивно-компулсивни тенденции, импулсивност и параноидност*

	Минимален постигнат скор	Максимален постигнат скор	Аритметичка средина (M)	Стандардно отстапување (SD)
Анксиозност	9	82	29.19	18.72
Фобичност	14	98	30.87	20.86
Хиперсензитивност	8	56	18.97	13.67
Депресивност	14	70	28.90	16.22
Кардиоваскуларни тенденции	20	100	43.75	26.60
Инхибиторна конверзија	11	44	18.15	11.01
Гастро-интестинална конверзија	9	63	21.16	14.88
Хипохондриски тенденции	9	90	25.74	23.95
Опсесивно-компулсивни тенден.	17	66	23.41	10.85
Импулсивни тенденции	34	68	41.03	14.01
Агресивни тенден.	11	55	18.56	12.86
Параноидни тенден.	14	70	21.81	13.76

Ако ги земеме предвид максималниот скор (82) и минималниот скор (9) за анксиозните тенденции, според наодите прикажани во табелета погоре се забележува дека добиената вредност (M=29.19) во ова истражување е поблиска до минималниот скор, а резултатот укажува дека поголемиот дел од возрасните испитаници кои учествувале во истражувањето имале послабо изразени анксиозни тенденции.

Според наодите прикажани во Табела 1 се забележува дека добиената вредност (M=30.87) за средно постигнување за фобичните тенденции во ова истражување е поблиска до минималниот скор (14), а резултатот укажува дека поголемиот дел од возрасните испитаници кои учествувале во истражувањето имале послабо изразени фобични тенденции.

Доколку ги имаме предвид максималниот постигнат скор (56) и минималниот скор (8) за варијаблата хиперсензитивност, според наодите претствени во Табела 1, се забележува дека добиената вредност (18.97) во ова истражување е многу поблиска до минималниот скор, а резултатот укажува дека поголемиот дел од возрасните испитаници кои учествувале во истражувањето имале слабо изразени хиперсензитивни тенденции.

Ако ги земеме предвид максималниот скор (70) и минималниот скор (14) за депресивните тенденции, според наодите прикажани во табелета погоре се забележува дека добиената вредност (M=28.90) во ова истражување е многу поблиска до минималниот скор, а резултатот укажува дека поголемиот дел од возрасните испитаници кои учествувале во истражувањето имале послабо изразени депресивни тенденции.

Според наодите прикажани во табелета погоре се забележува дека добиената вредност (M=43.75) во ова истражување е поблиска до минималниот скор, а резултатот укажува дека поголемиот дел од возрасните испитаници кои учествувале во истражувањето имале слабо изразени кардиоваскуларни тенденции.

Слични наоди се забележуваат и кај резултатите од испитувањето на инхибиторната конверзија и гастроинтестиналната конверзија, односно средното постигнување на испитаниците е поблиску до минималните постигнати скорови, со што може да се заклучи дека поголемиот дел од испитаниците кои учествувале во истражувањето имале слабо изразена инхибиторна и гастроинтестинална конверзија.

Доколку ги имаме предвид максималниот постигнат скор (90) и минималниот скор (9) за варијаблата хипохондрија, според наодите претствени во Табела 1, се забележува дека добиената вредност (25.74) во ова истражување е поблиска до минималниот скор, а резултатот укажува дека поголемиот дел од возрасните испитаници кои учествувале во истражувањето имале послабо изразени хипохондриски тенденции.

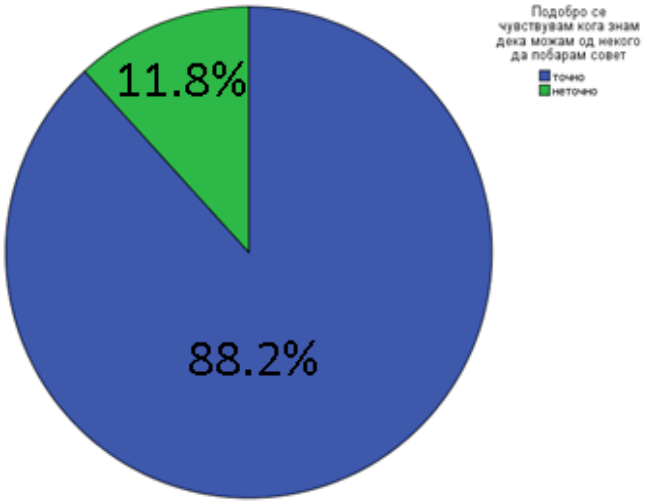
Ако ги земеме предвид максималниот скор (66) и минималниот скор (17) за опсесивно-компулсивните тенденции, според наодите прикажани во Табеле 1 погоре се забележува дека добиената вредност (M=23.41) во ова истражување е поблиска до минималниот скор, а резултатот укажува дека поголемиот дел од возрасните испитаници кои учествувале во истражувањето имале послабо изразени опсесивно-компулсивни тенденции.

Слични наоди се забележуваат и кај резултатите од испитувањето на импулсивните тенденции, односно средното постигнување на испитаниците е поблиску до минималните постигнати скорови, со што може да се заклучи дека поголемиот дел од испитаниците кои учествувале во истражувањето имале послабо изразени импулсивни тенденции.

Според наодите прикажани во Табела 1 се забележува дека добиената вредност (M=30.87) за средно постигнување за варијаблата агресивност во ова истражување е поблиска до минималниот скор (11), со што можеда се заклучи дека поголемиот дел од испитаниците во ова истражување имале послабо изразени агресивни тенденции.

Вакви слични наоди се добиени и за параноидните тенденции, односно добиената вредност (M=21.81) е поблиска до минималниот постигнат скор (14) што укажува на тоа дека поголемиот дел од испитаниците кои учествувале во ова истражување имале послабо изразени параноидни тенденции.

Со цел да се добие подетален увид во некои ставови на испитаниците, врз основа на досегашните сознанија, извршени се дополнителни анализи според ставките од прашалникот. Досегашното користење на овој мерен инструмент покажува голем процент на позитивни одговори (Точно) кај одредени ставки. Па така, издвоени се 2 ставки и тоа една ставка од варијаблата анксиозност *(Подобро се чувствувам кога знам дека од некого можам да побарам совет*) и уште една ставка од варијаблата опсесивно-компулсивни тенденции *(Добро е да се биде внимателен дури и со своите пријатели).*



Очекувано, дескрипитивните анализи покажаа дека 88.2% од вработените испитаници одговориле дека да, точно е: *Подобро се чувствувам кога знам дека можам од некого да побарам совет.* Односно, од вкупно 144 испитаници (n=127) одговориле точно, а (n=17) неточно.

Графички приказ на точни и неточни одговори на тврдењето:
Подобро се чувствувам кога знам дека можам од некого да побарам совет

Во однос на ставката Добро е да се биде внимателен дури и со своите пријатели, (n=95) испитаници одговориле точно, а n=49 испитаници одговориле неточно на ова тврдење или во проценти, 66% од испитаниците во ова истражување сметаат дека да, добро е да се биде внимателен дури и со своите пријатели.

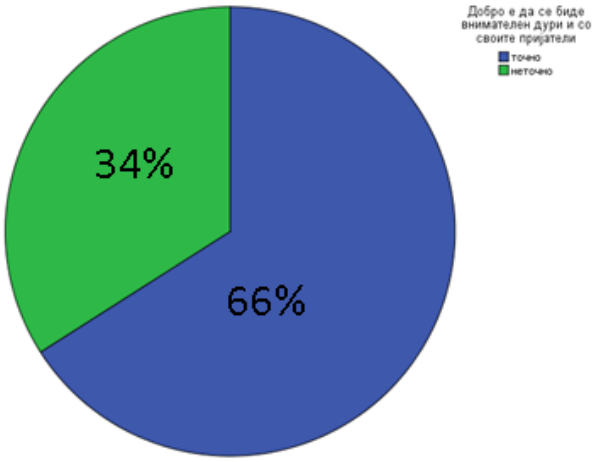
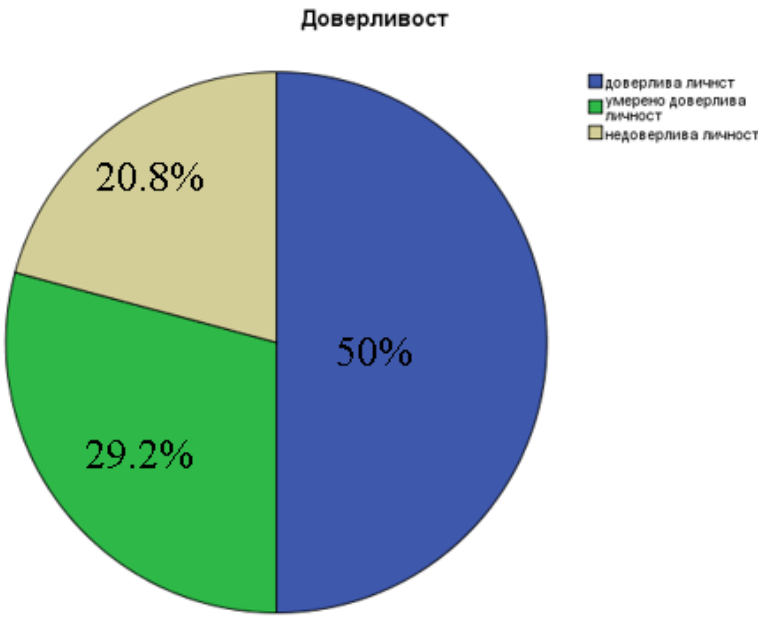


График : Приказ на одговори на тврдењето:
Добро е да се биде внимателен дури и со своите пријатели

Во поглед на доверливоста или искреноста при одговорањето на прашалникот од страна на испитаниците, дескриптивните статистици покажаа дека во ова истражување, според одговорите на тврдењата од Л и Ф корекционите скали, 50% од испитаниците се во категоријата - доверлива личност, што значи дека при одговарање на прашалникот од страна на испитаниците немало дисимулација –намерно и свесно прикривање на некои симптоми, абнормалности или патолошки процеси.

Од вкупно 144 испитаници 29.2% се во категоријата – умерено доверлива личност, со присуство на мал степен на дисимулација и 20.8% испитаници се во категоријата – недоверлива личност,односно кај вкупно 30 испитаника при одговарање на прашалникот имало изразен степен на дисимулација и намерно и свесно прикривале симптоми и истите давале социјално пожелни одговори



Графички приказ на процентот на испитаници поделени во категории: доверлива личност, умерено доверлива личност и недоверлива личност.

Табела 2. *Дескриптивни статистици за варијаблата дисимулација/социјална пожелност*

		Доверливост			
		доверлива личнст	умерено доверлива личност	недоверлива личност	ВКУПНО
Пол	**женски**	38	19	13	70
	машки	34	23	17	74
Вкупно		72	42	30	144

Во однос на полот, во ова истражување се претпоставуваше дека мажите имаат поизразена дисимулација во однос на жените и тоа се потврди. Од податоците од Табелата бр.2 може да се забележи дека бројот на доверливи лица од женски пол е 38, а бројот на доверливи лица од машки пол е 34 или во проценти, 26.6% од испитаниците од женски пол се во категорија доверлива личност, а од мажите 25.16%.

Од дескриптивната анализа може да се заклучи дека 50% од вкупниот број на испитаници целосно сериозно и искрено пристапиле кон решавање на тестот. Додека пак, во однос на полот, жените за нијанса биле поискрени во давање на своите одговори на ајтемите од прашалникот за самопроцена.

По тестирањето на хипотезите добиени се следните резултати:

Хипотеза 1: Жените се подепресивни од мажите

За тестирање на првата хипотеза беше спроведен t-тест за независни групи, чии резултати се прикажани во Табела 3 во продолжение.

Табела 3. *Полови разлики во однос на изразеност на депресивноста*

	Пол	Аритметичка средина (M)	Стандардно отстапување (SD)	t	df	Sig.
ДЕПРЕСИВНИ ТЕНДЕНЦИИ	женски	35.00	18.82	2.06	27	.048*
	машки	23.20	11.20			

*p<.05

Од табелата 3, гледаме дека жените имаат поголема изразеност на депресивните тенденции од мажите. По спроведената статистичка анализа, резултатите покажаа дека оваа разлика е статистички значајна (t_{27}=2.06,p<.05). Врз основа на добиените резултати, X_1 е потврдена, односно жените имаат поизразени депресивни тенденции од мажите.

Хипотеза 2: Жените имаат поизразени фобични тенденции од мажите

За тестирање на *Хипотеза* $_2$ повторно беше користен t-тест за независни групи. Резултатите се прикажани во Табела 4 во продолжение. Табела 4.

Табела 4. *Полови разлики во однос на изразеност на фобични тенденции*

	Пол	Аритметичка средина (M)	Стандардно отстапување (SD)	t	df	Sig.
ФОБИЧНИ ТЕНДЕНЦИИ	женски	36.11	21.93	2.59	53	.012*
	машки	21.70	15.38			

*p<.05

Од табелата број 4 можеме да забележиме дека кај жениите е поголема изразеноста на фобичните тенденции од мажите. По спроведенеата статистичка анализа, резултатите покажаа дека оваа разлика е статистички значајна (t_{53}=2.59, p<.05). Врз основа на добиените резултати, X_3 е потврдена, односно жените имаат поизразени фобични тенденции од мажите.

Хипотеза 3: Со зголемување на анксиозниот синдром, се зголемува конверзивниот синдром.

За тестирање на третата хипотеза, користен е Пирсонов коефициент на корелација.Резултатите од анализата се прикажани во табела 5.

Табела 5.*Поврзаност на анксиозниот синдром со конверзивниот синдром*

АНКСИОЗЕН СИНДРОМ ↓

КОНВЕРЗИВЕН СИНДРОМ ↓	Анксиозни тенденции	Фобични тенденции	Хиперсензитивни тенденции	Депресивни тенденции	Опсесивно - компулсивни тенденции
Кардиоваскуларни тенденции	r = .219 p = .228	*r = .365* *p = .061*	*r = .341* *p=.065*	*r=.528* *p=.052*	*r=.301* *p.099*
Инхибиторна конверзија	*r = .366** *p = .020*	*r = .634*** *p = .000*	*r=.316* *p=.060*	*r=.485* *p=.079*	*r=.337** *p=.033*
Гастроинтестинална конверзија	*r = .005* *p = .978*	*r = .043* *p = .829*	*r=-.023* *p=.894*	*r=.283* *p=.256*	*r=-.053* *p=.766*
Хипохондриски тенденции	*r = .191* *p = .155*	*r = .551*** *p = .001*	*r=.649*** *p=.000*	*r=.332* *p=.166*	*r=.334** *p=.014*

** p<.01

* p <.05

Резултатите од анализата (Табела 5) покажаа дека постои релативно слаба корелација помеѓу анксиозноста и кардиоваскуларните тенденции, меѓутоа таа корелација не е статистички значајна. Во однос на поврзаноста на анксиозноста со

гастро-интестиналната конверзија и хипохондриските тенденции податоците покажуваат дека не постои поврзаност помеѓу овие варијабили. Резултатите од анализата покажаа дека постои статистички значајна и позитивна поврзаност меѓу анксиозните тенденции и инхибиторната конверзија (r=.366, p<.05), односно со зголемување на анксиозноста се зголемуваат и патолошките дисфункции на некои органи (инхибиторна конверзија).

Во однос на поврзаноста на фобичните тенденции со варијаблите од конверзивниот синдром, резултатите покажаа дека постои статистички значајна позитивна поврзаност помееѓу фобичните тенденции и инхибиторната конверзија (r=.634**, p<.01). Исто така, податоците од табела 5 покажуваат дека постои статистички значајна позитивна поврзаност помеѓу фобичните тенденции со хипохондриските тенденции (r=.551**, p<.01). Од овие податоци можеме да заклучиме дека со зголемување на фобичните тенденции, се зголемува патолошката дисфункција на некои органи (инхибиторната конверзија) и се зголемува хипохондријата (стравот од болести).

Во поглед на корелацијата помеѓу фобичните тенденции со кардиоваскуларните тенденции и со гастроинтестинална конверзија, податоците покажуваат дека не постои статистички значајна поврзаност.

Податоците од Табела 5 покажуваат дека помеѓу хиперсензитивните тенденции како дел од анксиозниот синдром и кардиоваскуларните тенеденции како и инхибитнорната и гастроинтестиналната конверзија како дел од конверзивниот синдром, нема статистички значајна корелација Додека пак, анализата на податоците покажуваат статистички значајна позитивна поврзаност меѓу хоперсензитивните тенденции и хипохондриските тенденции (r=.649**, p<.01), односно со зголемување на хиперсензитивноста се зголемуваат хипохондриските тенденции.

Резултатите од анализата на податоците покажуваат дека депресивните тенденции немаат статистички значајна корелација со ниту една варијабла од конверзивниот синдром.

Од табела 5 можеме да забележиме дека, опсесивно-компулсивните тенденции имаат статистички значајна позитивна корелација со инхибиторната конверзија (r=.337, p<.05) и со хипохондриските тенденции (r=.334, p<.05), додека пак со

останатите варијабли од конверзивниот синдром, кардиоваскуларните тенденции и гастроинтестиналната конверзија, не постои статистички значајна поврзаност.

Од оваа анализа може да се заклучи дека Хипотезата 3 не е целосно потврдена. Односно, со зголемување на вредностите на сите варијаблите кои се дел од анксиозниот синдром, не се зголемуваат и вредностите на сите варијабли кои се дел од конверзивниот синдром.

Резултатите од анализата (Табела 5) покажаа дека постои статистичка поврзаност помеѓу некои варијабли од анксиозниот синдром со некои варијабли од конверзивниот синдром.

Па така, постои позитивна поврзаност помеѓу анксиозните тенденции со инхибиторната конверзија, потоа, фобичните тенденции и опсесивно-компулсивни тенденции се позитивно поврзани со инхибиторната конверзија и хипохондриските тенденции. Следно, хиперсензитивните тенденции се поврзани со хипохондриските тенденции, додека пак, депресивните тенденции не покажуваат поврзаност со ниту една варијабла дел од конверзивниот синдром.

Хипотеза 4: Жените имаат поизразени импулсивни тенденции од мажите

За тестирање на *Хипотеза 4* беше користен t-тест за независни групи. Резултатите се прикажани во Табела 6 во продолжение.

Табела 6. *Полови разлики во однос на изразеност на импулсивни тенденции*

	Пол	Аритметичка средина (M)	Стандардно отстапување (SD)	t	df	Sig.
ИМПУЛСИВНИ ТЕНДЕНЦИИ	женски	45.33	16.49	2.26	27	.032*
	машки	34.00	.000			

*p<.05

Од табелата број 6гледаме дека женииите имаат поголема изразеност на импулсивните тенденции од мажите. По спроведенеата статистичка анализа, резултатите покажаа дека оваа разлика е статистички значајна (t_{27}=2.26, p<.05). Врз основа на добиените резултати, X_4 е потврдена, односно жените имаат поизразени импулсивни тенденции од мажите.

Табела 7. *Поврзаност на возраста со хиперсензитивните и хипохондриските тенденции*

	Возраст
Хиперсензитивни тенденции	.279**
Хипохондриски тенденции	.424**

***p<.01*

Хипотеза 5: Со зголемување на возраста се зголемуваат хиперсензитивните и хипохондриските тенденции

За тестирање на Хипотеза 5 , користен е Пирсонов коефициент на корелација. Резултатите од анализата (Табела 7) покажаа дека постои статистички значајна позитивна поврзаност помеѓу возраста и хиперсензитивните тенденции(r= .279, p<.01). Исто така, анализата од тестирањето на хипотезата покажува дека постои статистички значајна позитивна поврзаност помеѓу возраста и хипохондриските тенденции (r= .424, p<.01). Врз основа на овие резултати X_5 е потврдена.

Хипотеза 6: Со зголемување на анксиозноста се зголемуваат опсесивно-компулсивните тенденции

За тестирање на Хипотеза 6 повторно е користен Пирсонов коефициент на корелација. Резултатите од анализата се прикажани во Табела 8.

Табела 8. *Поврзаност на анксиозноста со опсесивно-компулсивните тенденции*

	Анксиозни тенденции
Опсесивно-компулсивни тенденции	.467**
Инхибиторна конверзија	.366*

***p<.01*
**p<.05*

Резултатите од анализата (Табела 8) покажаа дека постои статистички значајна и силна позитивна поврзаност помеѓу анксиозните тенденции и опсесивно-компулсивните тенденции (r= .467, p<.01). Воедно, постои позитивна поврзаност и помеѓу анксиозните тенденции и инхибиторната конверзија (r= .366, p<.05). Податоците и статистичката анализа ја потврдуваат *X_6: Со зголемување на анксиозноста се зголемуваат опсесивно-компулсивните тенденции и инхибиторната конверзија.*

Дополнителна цел на истражувањето беше да се утврдат и разликите во изразеноста на некои психиопатолошки симпотми кај возрасните со различно место на живеење.

Хипотеза 7: Возрасните кои живеат во град имаат позиразени фобични и хипохондриски тенденции од возрасните кои живеат во село

За тестирање на Хипотеза $_7$ беше спроведен t-тест за независни групи, чии резултати се прикажани во Табела 9 во продолжение.

Табела 9. *Разлики во однос на изразеност на фобичните и хипохондриските тенденции кај испитаниците кои живеат во град и во село*

	Пол	Аритметичка средина (M)	Стандардно отстапување (SD)	t	df	Sig.
ФОБИЧНИ ТЕНДЕНЦИИ	град	33.26	21.86	3.66	41	.001**
	село	18.67	7.00			
ХИПОХОНДРИСКИ ТЕНДЕНЦИИ	град	28.20	26.14	2.54	52	.014*
	село	16.50	8.43			

**$p<.01$

*$p<.05$

Од табелата 9, гледаме дека кај испитаниците кои живеат во град е поголема изразеноста на фобичните тенденции. По спроведената статистичка анализа, резултатите покажаа дека оваа разлика е статистички значајна ($t=_{41}=3.66$, $p<.01$). Исто така анализата на податоците покажува дека кај испитаниците кои живеат во град поизразени се хипохондриските тенденциии оваа разлика е статистички значајна ($t_{52}=2.54$, $p<.05$). Врз основа на добиените резултати, X_7 е потврдена, односно испитаниците кои живеат во град имаат поизразени фобични и хипохондриски тенденции.

ДИСКУСИЈА

Оваистражувањебешеспроведеносоцелда се испита дали постојат полови разлики во однос на изразеноста на психосоматските симптоми кај возрасни лица. Наодите одоваистражувањеги потврдија првата и втората хипотеза, при штоможедасезаклучидекажените се подепресивни од мажите и истотака, жените имаат поизразени фобични тенденции од мажите. Наодите не ја потврдијавоцелост третата хипотеза, при што со зголемување на анксиозниот синдром (анксиозност, фобичност, хиперсензитивност, депресивност, опсесивно-компулсивнитенденции) не се зголемува и конверзивниот синдром (кардио-васкуларнитенденции, инхибиторнии гастроинтестинални конверзивни ракции и хипохондриски симптоми). Четвртата хипотеза се прифаќа, односно најдена е статистички значајна полова разлика помеѓу испитаниците во однос на изразената импулсивност, односно жените се поимпулсивни од мажите. Наодите од ова истражување ја потврдија петтата хипотеза, при што со зголемување на возраста се зголемуваат хиперсензитивните и хипохондриските тенденции. Наодите потврдуваат дека со зголемување на анксиозноста се зголемуваат опсесивно-компулсивните тенденции и инхибиторната конверзија, при што шестата хипотеза се прифаќа. Дополнителна цел на истражувањето беше да се утврди дали постојат разлики во однос на изразеноста на одредени психопатолошки симптоми со оглед на местото на живеење. Па така, наодите ја потврдија и седмата хипотеза, односно, испитаниците кои живеат во град имаат поизразени фобични и хипохондриски тенденции од испитаниците кои живеат во селои овојподаток е во согласност со некои претходни теоретски сознанија за оваа тематика.Дополнително, ова истражување покажа дека постои полова разлика во однос на дисимулацијата, односно мажите и жените се разликуваат во поглед на признавање на психопатолошките симптоми, па така жените се за нијанса поискрени од мажите кои што даваат повеќе социјално пожелни одговори.Ова може да се објасни со поголемиот степен на агресивност и со хормоналните разлики помеѓу мажите и жените. Исто така истражувањата покажуваат дека тенденцијата за социјална доминација е подоминантна кај мажите и токму тоаможе и да е причина за повисоко ниво на психотизам (антисоцијалнооднесување) кај мажите (Snellman, Ekehammar&Akrami, 2009).

Потврдувањето на првата хипотеза и статистички значајните полови разлики во изразеноста на депресивноста во корист на жените, е во согласност со претходно добиени резултати кои се наведени во достапната литература, а според кои преваленцијата на депресивноста во периодот навозрасноста е 1.5:1 заженитe (WHO, 2011). Исто така и резултатите од претходните истражувачки наоди (Piccinelli& Wilkinson) за преваленцијата и манифестацијата на депресивните симптоми зборуваат во прилог на полови разлики, поточно дека жените имаат поизразена депресивност од мажите како што докажале Коста, Терасиано и МекКреј (Costa, Terracciano& McCray, 2001).

Во однос на втората хипотеза, во ова истражување се добија наоди слични на досегашните истражувања, па така може да се заклучи дека жените имаат поизразени фобични тенденции како штодокажале Витален и Рем (Wittchen HU, Drum L., 2003). Неприфаќањето на третата хипотеза во целост, се поклопува со некои истражувања спроведени досега во кои се јавува поврзаност помеѓу одредени варијабли од анксиозниот синдром, со дел од варијаблите од конверзивниот синдром. Па така, може да заклучиме дека постои поврзаност меѓу анксиозните тенденции и инхибиторнат аконверзија, како што веќе и докажале авторите Армстронг и Кајгана, дека лицата со изразена анксиозност имаат поизразени когнитивни и соматски симптоми, односно со зголемување нааксиозноста се зголемуваат и патолошките дисфункции на некои органи (инхибиторна конверзија).

Врз основа на добиените резултати четвртата хипотеза е потврдена, односно жените имаат поизразени импулсивни тенденции од мажите и овие резултати се во согласност со резултатите од истражувањето на Коста, Терасиано и МкКраеко и покажуваат значајни полови разлики во корист на жените на сите аспекти на невротизмот како што се депресија, анксиозност и импулсивност. Потврдувањето на петата хипотеза покажува дека повозрасните испитаници имаат поизразени хиперсензитивни и хипохондриски тенденции, додека потврдувањето на шестата хипотеза е во согласност со претходните наоди од истражувањата на Јованович, Зуљевиќ и Брсариќ според кои, невротичноста е поврзана со анксиозноста и депресивноста, а и тие се меѓусебно поврзани, а докажано е дека често се јавуваат заедно со хиперсензитивноста и хипохондријата, а и со опсесивно-компулсивните тенденции (МКВ 10, 1999).

Актуелното истражување покажа дека постојат полови разлики во однос на изразеноста на психопатолошките симптоми и тоа во корист на жените и со тоа уште еднаш ја потврдува важноста од потребата јавно да се зборува за менталните потешкотии и во никој случај да не се занемаруваат психопатолошките симптоми кајжените и воопшто кај возрасната популација.

Резултатите со потврдувањето на хипотезите кои тврдат дека жените имаат поизразена невротичност во однос на мажите одат во прилог на досегашните истражувања од оваа област. Тоа што во ова истражување се потврдија хипотезите поставени врз основа на досегашните истражувања, а кои претпоставуваа дека жените имаат поизразена депресивност и поизразени фобични и импулсивни тенденции од мажите е во согласност со достапните емпириски сознанија. Присуството на депресивни, фобични и импулсивни симптоми е индикатор за постоење невротичност, односно нарушена емоционална стабилност.

Повисокото ниво на невротичност може да се објасни со самата природа на оваа димензија. Емоционалната нестабилност се однесува на афективната страна на личноста, односно емоционалниот аспект на доживување и реагирање. Постои можност кај жените да е подоминантна оваа страна на личноста и ова однесување, а познато е мислењето дека жените се поемотивни од мажите. Стереотипната улога на жените вклучува осетливост, импулсивност и чести промени во расположението, ова од една страна е социјален конструкт, а од друга страна и биолошка специфичност.

Од друга страна не треба да се занемари влијанието на социјализацијата како еден од социокултурни фактори со кој делумно може да се објаснат половите разлики. Во принцип од девојките и жените се очекува да бидат грижливи, љубезни, пријатни и полни со емпатија, додека пак социјалната средина на момчињата и мажите е супортативна за развој на доминантност и искажување на агресивност во поголема мера отколку што социјалната средина тоа го поддржува кај лицата од женски пол.

Дискусија за актуелното истражување презентирано во овој труд

Со цел конструктивно да се заврши овој труд, ќе бидат разгледани предностите и недостатоците на истражувањето презентирано во него и ќе бидат понудени сугестии за натамошни истражувања.

Првиот недостаток произлегува од начинот на формирање на примерокот. Примерокот е пригоден, а и не е запазено правилото за случаен избор. Користењето на пригоден примерок е недостаток на ова истражување, бидејќи резултатите не може да се генерализираат на популацијата, односно наодите добиени од ова истражување важат само за примерокот на кој се добиени. Следниот, втор недостаток произлегува од инструментот. Имено податоците се добиени само со мерка за самоизвестување. Треба да се земат предвид забелешките на критичарите за самоизвестувачките инструменти кои што често можат да бидаат "искривени" поради одредени особини на испитаниците кои примерокот во целина. Постои можност испитаниците да вршат дисимулацијат или да даваат со социјално пожелни одговори.

Како сугестии за наредните истражувања, добро би било да се спроведе исто или слично истражување, со соодветна големина на примерокот кој би бил репрезентативен, со усовршени инструменти со цел да се добијат попрецизни наоди кои би можеле да се генерализираат на цела популација на возрасни во нашата земја. Тогаш ова истражување би имало и практична вредност, односно би се добиле наоди со кои може да се помогне кон намалување на психопатолошки симптоми.

Главна предност на ова истражување е фактот што проучувањето на психопатологијата особено кај возрасните е секогаш важно, па ова истражување би можело да послужи како иницијатор на следни присхолошки истражувања. Понатаму, проучувањето на менталното здравје кај возрасните е секогаш актуелно, така што секој придонес кон разбирањето на психопатологијата и воопшто состојбата на менталното здравје кај возрасните има своја вредност и значајност. Исто така секогаш е корисно да се истражува менталното здравје кај возрасните, бидејќи тоа обезбедува увид во тоа каква е потесната и поширокатa заедница и какво е целосното општествено функционирање и нуди основа за подобро изготвување на систематизирана превентивна програма која би се променила и која на долг рок може да доведе до позитивни промени во целокупното општество.

ЗАКЛУЧОК

Менталното здравје е многу важно за целокупното здравје на една личност. Светската здравствена организација здравјето го дефинираше како состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест и изнемоштеност. Значи тука е модерниот интегративен пристап кон умот и телото како неразделиво единство, вграден во специфично физичко и социјално опкружување. Менталното здравје е состојба на благосостојба во која едно лице го реализира својот потенцијал, може да се справи со нормалниот животен стрес, може да работи продуктивно и плодно и е во состојба да придонесе за заедницата (СЗО, 2001).

Современиот животен стил полн сомногубројни извори на стрес и грижи може да доведе до развој на поблаги и потешки психопатолошки симптоми кои доколку не се третираат може да прераснат во ментални нарушувања. Менталното здравје е предизвик особено во пандемиски услови какви што ја зафатија нашата држава овие двегодини. Пандемијата на коронавирусот го измени начинот на живот и навиките на поединецот и со тоа придонесе да се појави и пандемија на психопатолошки симптоми и нарушувања, па така преваленцијата на менталните заболувања е сé поголема и поголема.

Важно е да се посвети внимание на откривање на раните симптоми на ментални тешкотии кои често може да се манифестираат преку физички нарушувања без јасна причина, во некои ситуации тоа може да бидаттелесни реакции на стрес, а понекогаш може да биде и маскирана психопатологија.

Одржувањето на менталното здравје е од суштинско значење и за поединецот и за околината. Психосоматските симптоми и заболувања сé уште се причина за силна стигматизација, затоа мора да се подигне свеста за менталното здравје, да се направат напори да се елиминира стигмата, да се изготват структурирани активностии преку едукација на популацијата да се укажена неопходноста од преземање мерки за зачувување и постојанагрижа за менталното здравје.

Како за крај на овој, впечатлив е цитатот на проф. Владета Јеротиќ кој гласи:

„И покрај бројните истражувања ...има уште многу нерешени проблеми во областа на психосоматиката што не можевме да ги допреме.Едно е сигурно: човекот е суштество отворено за животот и сите негови облици. Тој својата отвореност која е

истовремено и залог за неговата слобода ја плаќа со болести.Помалку важно е прашањето за примарното влијание на душата врз телото или телото врз душата, поважно е да откриеме што сака телото да ни каже кога е болно “.

ЛИТЕРАТУРА

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Eysenck, H.J., Dimensions of personality. New York: Praeger. 1947.

Eysenck, H. J. and Eysenck, S. B. G. A factorial study o f psychotism as a dimension of personality. Multivariate Behavioural Research. Special Issue, 1968.

Eysenck, H. J. (1973). Eysenck on Extraversion. New York: Wiley

Santrock, J.W.(2011 a).Essentials of Life-Span Development. New York: McGraw Hill Companies. ,Inc.

Santrock, J.W.(2011 b).A Topical Approach to Life-Span Development. New York: McGraw Hill Companies.,Inc

Мурџева-Шкарић, Олга, Психологија на возрасните и стареењето (Развојна психологија 2) , Филозофски факултет, 2010

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2010. WHO, 2010. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V

WHO Regional Committee for Europe – 63rd session, Fact sheet – Mental health. World Health Organization, 2019 . http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index.html

Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. WHO. 2012: A65/1. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-en.pdf

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006, 3: e442.

Цуцић В.Социјална медицина, Савремена администрација Београд, 2000

World Health Organization (WHO). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100); entered into force on 7 April 1948.

Светска здравствена организација, Здравје 21- здравје за сите во 21-от век, Регионална канцеларија за Европа, Копенхаген,1999

Тулчински Т., Варавикова Е., Новото јавно здравство, НИП "Студентски збор" Скопје, 2003 405-2
(Essential Pablic Health Medicine, 1993) .

Peterson C. Positive psychology and what makes life worth living. The good life; 2010.

Radoschewski M, Health related quality of life – concetps and measures – the state fo the art. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung. 2000; 43:165-89.

Stainton-Rogers W. Explaining health and illness: An exploration of diversity. Hemel Hempstead: Harvester; 1991.

Stein R, Bauman L, Westbrook L, Coupey S, Ireys H. Framework for identifying children who have chronic conditions: The case for a new definition. J Paediatrics. 1993; 122,342-47.

Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J. Introduction: addressing the millennial morbidity—the context of community. Pediatrics. 2005; 115:1121-23.

Klepp I, Aas H, Maeland JG, Alsaker F. Self-reported health problems among school-students: a three-year follow-up study. Tidsskr Nor Laegeforen. 1996; 116(17): 2032-2037.

Cicchetti,D & Cohen,J.(Eds.)(2006). Developmental psychopathology: Theory and method (Vol. 1). Hoboken, NJ: Wiley.

Белевска, Д. (2018), Здравствена психологија со психодијагностика, Меѓународен центар за славјанска просвета;

Offer, D., Sabshin, M., The Diversity of Normal Behaviour, Basic Books, New York, 1991.

Белевска, Д.; Филиповска, А.; Чадловски, Ѓ. (2010), Медицинска психологија, Скопје: Просветно дело

The Vital Balance: The Life Process in Mental Health by Karl Menninger (1963-11-12)

Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1989). Abnormal Psychology Second Edition. New York: W.W. Norton.

Ingram, R. E. & Luxton, D. D. (2005). "Vulnerability-Stress Models." In B.L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), Development of Psychopathology: A vulnerability stress perspective (pp. 32-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

Чадловски, Г. (2006). Психопатологија. Скопје: Печатница „Софија“ – Богданци.

Kazdin, A. E., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D., & Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. Clinical Psychology Review, 17, 375–406.

Cicchetti, D., & Sroufe, L. A. (Eds.). (2000). Reflecting on the past and planning for the future of developmental psychopathology [Special issue]. Development and Psychopathology, 12(3), 255–550.

Cicchetti, D., & Blender, J. A. (2004). A multiple-levels-of-analysis approach to the study of developmental processes in maltreated children. Proceedings of the National Academy of Sciences, 101(50), 17325–17326.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71, 543– 562

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. In W. Damon (Ed.), Handbook of child psychology (5th ed., Vol. 4, pp. 479–583). New York:Wiley

Cicchetti, D. (1999). A developmental psychopathology perspective on drug abuse. In M. D. Glantz & C. R. Hartel (Eds.), Drug abuse: Origins and interventions (pp. 97–118). Washington, DC: American Psychological Association.

Cicchetti, D., & Dawson, G. (Eds.). (2002). Multiple levels of analysis [Special issue]. Development and Psychopathology, 14(3), 417–666.

Introductory Textbook of Psychiatry, NC Andreasen, DW Black, Psychiatry, Third edition,American Psychiatric Publishing, Washington,DC, London, England, 2001;

Begić D. Psihopatologija, Medicinska naklada, 2011, str. 295-299;

Kaplan@ Sadoks, Synopisis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinica Psychiatry, Tenth Edition,Lippincott Williams @ Wilkins, 2007, Philadelphia, USA;

Jakovljević M. Neurotički, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji. U Hotujac Lj i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006, str. 185-219;

MKB 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaj ponašanja, Klinički opisi i diajgnostičke smjernice, Deseta revizija, Medicinska naklad, Zagreb, 1999;

Svjetska zdravstvena organizacija Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (MKB 10) Klinički opisi i dijagnostičke smjernice Deseta revizija (WHO1992) Zagreb: Medicinska naknada, 1999;

Diagnostic and Statistical manule of Mental Disorders Fourth Edition ,DSM IV International version with ICD 10 codes Washington DC American psychiatric Associations, 1995;

World Health Organisation. (1992). ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organisation.

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization.

Pine, D.S., Helfenstein, S., Bar-Haim, Y., Nelson, E., Fox, N.A. (2009). Challenges in the development of novel therapeutics for the treatment of childhood central nervous system disorders. Neuropsychopharmacology, 34, 213–228.

Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. Psychiatric Clinics of North America. 2009;32:483–524

American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 593-602.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)

Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 79-86.

Lang, A. J., & Stein, M. B. (2001). Social phobia: prevalence and diagnostic threshold. Journal of Clinical Psychiatry.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R Subtypes of Social Phobia: Comparison of Generalized Social Phobics and Public Speaking Phobics. The Journal of Nervous and Mental Disease, 178(3), 172-179.

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. American psychologist, 61(1), 10.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder.Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual,3, 114-153.

Kessler, S. (1998). Berglund. Social phobia subtypes in de National Comorbidity Survey.” American Journalof Psychiatry, 155, 613-619.

Franklin, R. & Schneier, M.D. (2006). Social Anxiety Disorder. The New England Journal of Medicine, 1029-1035.

Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. British Journal of Psychiatry, 142,174–179.

Katzelnick, D., & Kobak, K. A. (1999). The direct and indirect costs of social anxiety disorder in managed care patients. In Societal Impact of Anxiety Disorders Symposium, held May (Vol. 16).

Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. Depression and Anxiety, 18(1), 46-50.

Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. Journal of Affective Disorders, 82(2), 227-234.

Alnaes, R., & Torgersen, S. (1999). A 6-year follow-up study of anxiety disorders in psychiatric outpatients: Development and continuity with personality disorders and personality traits as predictors. Nordic Journal of Psychiatry, 53, 409–416.

Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. Archives of general psychiatry, 58(3), 251-256.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry, 62(6), 593-602.

Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. Psychological Bulletin, 111(2), 244–255. https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.2.244

Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D. M. (1992). Initial reactions to unfamiliarity. Current Directions in Psychological Science, 1, 171–174.

Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. American Psychologist, 44, 668–674.

Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental and psychopathology of social anxiety disorder. Biological Psychiatry, 51(1), 44–58. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01305-1

Kay. J, TasmanJ 2006 Essentials of Psychiatry

WHO. 2001. The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO

WHO. 2003. Investing in Mental Health. Geneva: WHO

Marcus, M., Yasamy, M., Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression A Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse

Bibić, Ž. (2009). Depresija. In Mentalno zdravlje. Novi Sad: Novosadski humanitarni centar (NSHC).

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, Switzerland: WHO; 2011 Apr.

(Институт за јавно здравје на РСМ, 2015) ИНФОРМАЦИЈА ЗА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА, 2005 – 2014 ГОДИНА

ДО СТРЕСОТ И ЗДРАВЈЕТО Е НАПИШАНО

Knežević, B. (2010). Stres na radu i radna sposobnost zdravstvenih djelatnika u bolnicama. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu. Достапно на: http://medlib.mef.hr/863

Rice, V. H. (2012). Theories of stress and its relationship to health. In Rice, V.H. (ed.), Handbook o f stress, coping, and health. (2nd ed) SAGE Publications, Inc.

Aldwin, C.M. (1994)- Stress, coping and development. New York: The Gilford Press

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and coping process. New York : McGraw-Hill.

Krantz, D. S., Grunberg, N. E. & Baum, A.(1985). Health psychology. Annual Review o f Psychology, No. 36,349-383.

Smith(1986) Smith RE. Toward a cognitive-affective model of athletic burnout. Journal of Sport Psychology. 1986;8:36–50. doi: 10.1123/jsp.8.1.36.

Williams, C. L., & Berry, J. W. (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees: Application of psychological theory and practice. American Psychologist, 46(6), 632–641. https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.6.632

Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. Psychological Bulletin, 101(3), 343–362. https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.3.343

Taylor, S. E. (1990). Health psychology: The science and the field. American Psychologist, 45(1), 40–50. https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.1.40

O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. Psychological Bulletin, 108(3), 363–382. https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.363

Yang Y, Bi M, Xiao L, et al. Perceived stress status and sympathetic nervous system activation in young male patients with coronary artery disease in China. Eur J Intern Med. 2015 Nov;26(9):726-30

Kivimäki M, Kawachi I. Work stress as a risk factor for cardiovascular disease. Curr Cardiol Rep. 2015;17(9):74.

Tan MP, Morgan K. Psychological interventions in cardiovascular disease: an update. Curr Opin Psychiatry. 2015 Sep;28(5):371-7.

Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. J Am Med Assoc. 1959 Mar 21;169(12):1286-96.

Keegan D, Byrne K, Cullen G, et al. The Stressometer: A Simple, Valid, and Responsive Measure of Psychological Stress in Inflammatory Bowel Disease Patients. J Crohns Colitis. 2015 Oct;9(10):881-5.

Parkin J, Cohen B. An overview of the immune system. Lancet. 2001 Jun 2;357(9270):1777-89.

Riley KE, Kalichman S. Mindfulness-based stress reduction for people living with HIV/AIDS: preliminary review of intervention trial methodologies and findings. Health Psychol Rev. 2015;9(2):224-43.

Hanoun M, Maryanovich M, Arnal-Estapé A, et al. Neural regulation of hematopoiesis, inflammation, and cancer. Neuron. 2015 Apr 22;86(2):360-73

Qin JF, Jin FJ, Li N, et al. Adrenergic receptor β2 activation by stress promotes breast cancer progression through macrophages M2 polarization in tumor microenvironment. BMB Rep. 2015 May;48(5):295-300.

Pornour M, Ahangari G, Hejazi SH, et al. Dopamine receptor gene (DRD1-DRD5) expression changes as stress factors associated with breast cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(23):10339-43.

Haruma K, Kinoshita Y, Sakamoto S, et al. Lifestyle factors and efficacy of lifestyle interventions in gastroesophageal reflux disease patients with functional dyspepsia: primary care perspectives from the LEGEND study. Intern Med. 2015;54(7):695-701.

Senders A, Bourdette D, Hanes D, et al. Perceived stress in multiple sclerosis: the potential role of mindfulness in health and well-being. J Evid Based Complementary Altern Med. 2014 Apr;19(2):104-11.

Pieringer W, Meran JG, Stix P, Fazekas Ch. Psychosomatic medicine-historical models and current theories. Wien Med Wochenschr 2002;152(19-20):488-94.

Zorić D, Bjelica AL, Kovačević-Petljanski V. Psihosomatika - koncept, istorijat, savremeni trendovi. Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja. 2003; 11(2):71-76. UDK 616.89(091)[мртва веза], Приступљено 24. 4. 2013.
Nurdeen Deuraseh and Mansor Abu Talib (2005), "Mental health in Islamic medical tradition", The International Medical Journal 4 (2), pp. 76-79.

Overholser, Winfred 1948 Psychiatry and General Medicine. Mental Hygiene 32:226-234.

Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York: Norton, 1950

Balint M. Le medicine, son maladie et la maladie. Paris: P. U. F., 1960.

Десимировић В. Савремена медицинска психологија, Наука, Београд 1994

Deutsch, Felix (editor) 1953 The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. New York: International Universities Press.).

Elizabeth Scott, PsychosomaticAbout.com Guide, 2006, Приступљено 24. 4. 2013

Tomić, N. (2003) Somatoformni i psihosomatski poremećaji: dijagnostička paralela. Psihijatrija danas. 35 (1), 91-96

Lynn, R. i Terrence, M. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. The Journal of Social Psychology, 137, 369-373. doi:10.1080/00224549709595447

Eysenck, S. B., Eysenck, H. J. i Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. Personality and Individual Differences, 6, 21-29. doi:10.1016/0191-8869(85)90026-1

Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G. i Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across the ten aspects of the Big Five. Frontiers in Psychology, 2, 178. doi:10.3389/fpsyg.2011.00178

DeYoung, C. G., Quilty, L. C. i Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the Big Five. Journal of Personality and Social Psychology, 93, 880-896. doi:10.1037/0022-3514.93.5.880

Costa, P. T., Terracciano, A. i McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. Journal of Personality and Social Psychology, 81, 322-331. doi:10.1037/0022-3514.81.2.322

Vianello, M., Schnabel, K., Sriram, N. i Nosek, B. (2013). Gender differences in implicit and explicit personality traits. Personality and Individual Differences, 55, 994-999. doi:10.1016/j.paid.2013.08.008

Martin, T. i Kirkcaldy, B. (1998). Gender differences on the EPQ-R and attitudes to work. Personality and Individual Differences, 24, 1-5. doi:10.1016/S0191-8869(97)00143-8

Jovanović, V., Žuljević, D. i Brdarić, D. (2011). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) – Struktura negativnog afekta kod adolescenata. Engrami, 33, 19-28. Dostupno na https://scindeksclanci.ceon.rs/data/pdf/0351-2665/2011/0351-26651102019J.pdf

Mišić, V. (2014). Empirijska provera konstruktne valjanosti i prediktivne vrednosti Skale ruminativnog stila mišljenja. Doktorska disertacija. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet.

Karadag, E. i Solpuk, N. (2018). Relationship between depression and anxiety symptoms: A meta-analysis study. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 31, 1-14. doi: 10.5350/DAJPN2018310204

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. i Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593

Armstrong, K. i Khawaja, N. G. (2002). Gender differences in anxiety: An investigation of the symptoms, cognitions, and sensitivity towards anxiety in a nonclinical population. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 30, 227-231. Dostupno na https://eprints.qut.edu.au/ 4462/1/4462. Pdf

Piccinelli, M. i Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. British Journal of Psychiatry, 177, 486-492. doi:10.1192/bjp.177.6.486

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. Psychological Bulletin, 143(8), 783–822. https://doi.org/10.1037/bul0000102

Alansari, B. M. (2006). Gender differences in depression among undergraduates from seventeen Islamic countries. Social Behavior and Personality: An International Journal, 34, 729-738. doi: 10.2224/sbp. 2006.34.6.729

Weider, H. G. Wolff, K. Brodman, Bela Mittelmann i D. Wechsler: Priručnik za Cornell indeks. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1997., 14 str.

Momirović, K., & Kovačević, V. (1970). Evaluacijadijagnostičkih metoda.Zagreb: Republic Office for Em- ployment

Snellman, A., Ekehammar, B., & Akrami, N. (2009). The role of gender identification in social dominance orientation: Mediating or moderating the effect of sex? Journal of Applied Social Psychology, 39(4), 999–1012. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00469.x

Costa, P. T., Terracciano, A. i McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. Journal of Personality and Social Psychology, 81, 322-331. doi:10.1037/0022-3514.81.2.322

MKB 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaj ponašanja, Klinički opisi i diajgnostičke smjernice, Deseta revizija, Medicinska naklad, Zagreb, 1999;

Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. Acta Psychiatar Scand 2003:417(Suppl):4–18.

Прилог 1:

КОРНЕЛ ИНДЕКС

Презиме и име: _____

Дата на раѓање: _____

Адреса: _____

УПАТСТВО: Заокружете го знакот **X** под ознаката ‘‘точно‘‘ ако со некои тврдења се согласувате, или знакот **X** под ознаката ‘‘неточно‘‘ ако со некои тврдења не се согласувате или воглавно не се согласувате. Треба да одговорите на сите тврдења. Не треба премногу да размислувате за значењето на секое тврдење, туку треба брзо да работите.

Р. бр.	**Прашање**	**Точно**	**Неточно**
1.	Ја сакам пролетта.	**X**	**X**
2.	Човекот има најмногу доверба во себе.	**X**	**X**
3.	Некои луѓе се непоштени.	**X**	**X**
4.	Не е паметно секому да му се каже вистината во очи.	**X**	**X**
5.	На паметен човек и еден збор му е доста.	**X**	**X**
6.	Никогаш не ме боли, ниту ме болела главата.	**X**	**X**
7.	Понекогаш лажам.	**X**	**X**
8.	Ги сакам сите луѓе кои ги познавам.	**X**	
9.	Во мојот живот имав доживувања што не би сакал да ги признаам пред другите луѓе.	**X**	**X**
10.	Јас од ништо не се плашам.	**X**	**X**
11.	Често ме фаќа несвестица.	**X**	**X**
12.	Понекогаш чувствувам како да ми поминуваат морници по телот.	**X**	**X**
13.	Чувствувам трема пред непознати луѓе или непознати места.	**X**	**X**

14.	Во животот сум се онесвестил повеќе од два пати.	**X**	**X**
15.	Станувам нервозен и несигурен кога ми приоѓа претпоставениот.	**X**	**X**
16.	Ми доаѓа да паднам во несвест штом ќе видам крв.	**X**	**X**
17.	Имам често вртоглавица.	**X**	**X**
18.	Повеќе грешам кога знам дека ме гледа препоставениот.	**X**	**X**
19.	Многу ми е непријатно кога се наоѓам сам без ниеден пријател во близина.	**X**	**X**
20.	Токму сега се чувствувам нервозен и збунет.	**X**	**X**
21.	Често се збунувам кога морам нешто брзо да работам.	**X**	**X**
22.	Секогаш добивам погрешни наредби и упатства за работа.	**X**	**X**
23.	Секогаш се потам и треперам кога некој ја контролира мојата работа.	**X**	**X**
24.	Подобро се чувствувам кога знам дека можам од некого да побарам совет.	**X**	**X**
25.	Морам да работам сосема полека за да бидам сигурен дека работам правилно.	**X**	**X**
26.	Освен дома, непријатно ми е да јадам каде и да било на друго место.	**X**	**X**
27.	Чувствувам неодложна потреба да повторувам некои движења или работи и тоа многу ме вознемирува (гримаси со рака, нога или тело).	**X**	**X**
28.	Тешко се одлучувам за било што.	**X**	**X**
29.	Ретко кога се чувствувам расположен без оглед на тоа што работам.	**X**	**X**
30.	Обично лошо сум расположен без оглед на тоа што и да работам.	**X**	**X**
31.	Често сум несреќен и тажен.	**X**	**X**
32.	Животот обично ми изгледа безнадежен.	**X**	**X**
33.	Често се чувствувам потиштен.	**X**	**X**
34.	Многу тешко ми поаѓа од рака да се развеселам.	**X**	**X**
35.	Често сакам да сум мртов и далеку од се.	**X**	**X**
36.	Луѓето мислат дека сум нервозен.	**X**	**X**
37.	Се плашам од некои работи од кои другите луѓе не се плашат.	**X**	**X**
38.	Тешко заспивам.	**X**	**X**
39.	Секоја ситница ме нервира.	**X**	**X**
40.	Ме исцрпува постојаната загриженост.	**X**	**X**
41.	Во мојот живот имаше моменти кога нервите сосема ми попуштија.	**X**	**X**
42.	Еднаш барав совет од специјалист за нервни болести.	**X**	**X**
43.	Се задишувам многу побрзо отколку повеќе од луѓето што ги познавам.	**X**	**X**
44.	Чувствувам болки околу срцето и градите.	**X**	**X**
45.	Срцето често силно ми чука без причина.	**X**	**X**
46.	Често тешко дишам.	**X**	**X**
47.	Често ме вознемирува чукањето на срцето.	**X**	**X**
48.	Некогаш ми се случува одненадеж да се исплашам додека размислувам за нешто.	**X**	**X**
49.	Често се тресам или рацете силно ми треперат.	**X**	**X**
50.	Често ми се случува да ме разбудат страшни соништа.	**X**	**X**
51.	Секогаш се плашам кога ноќе ќе чујам бука или тресок.	**X**	**X**

52.	Кога некој ќе ми се развика често малаксувам и почнувам да се тресам.	**X**	**X**
53.	Ненадејните шумови ме тераат да скокнам и да се тресам.	**X**	**X**
54.	Брзо пламнувам и брзо се карам – имам импулсивни реакции.	**X**	**X**
55.	Имам мисли од кои не можам да се ослободам, а кои необично ме вознемируваат и плашат.	**X**	**X**
56.	Многу патам од чести и тешки болки во главата.	**X**	**X**
57.	Често ме вознемирува тежок јадеж.	**X**	**X**
58.	Се потам и кога е ладно, иако не работам ништо тешко.	**X**	**X**
59.	Понекогаш замуцкувам (тепкам).	**X**	**X**
60.	Понекогаш имам мрдања на лицето, главата или раменатa кои тешко можам да ги совладам.	**X**	**X**
61.	Сум се помочувал некогаш во постела од 8-14 г.	**X**	**X**
62.	Чувствувам дека нозете и рацете ми се ладни дури и кога е топло времето.	**X**	**X**
63.	Имам напади за време на кои одвај дишам.	**X**	**X**
64.	Ми рекле дека ми се случува да одам во сон.	**X**	**X**
65.	Ми се случува да се измочам в кревет.	**X**	**X**
66.	Сум имал напади со грчеви.	**X**	**X**
67.	Многу често, толку ме болат плеќите и крстот да одвај работам.	**X**	**X**
68.	Понекогаш толку ме болат очите што едвај гледам.	**X**	**X**
69.	Лесно се заморувам и тогаш кога не работам тешка работа.	**X**	**X**
70.	Имам толку тешки болки што не можам да си ја работам работата.	**X**	**X**
71.	Често запаѓам во состојба на тежок умор.	**X**	**X**
72.	Моето здравје ме загрижува.	**X**	**X**
73.	Секогаш ме боли нешто.	**X**	**X**
74.	Често наутро станувам уморен како да не сум спиел.	**X**	**X**
75.	Не можам да работам кога ме боли главата или чувствувам притисок на неа.	**X**	**X**
76.	Постојано се чувствувам толку уморен и малаксан што не можам да јадам.	**X**	**X**
77.	Имам лош апетит.	**X**	**X**
78.	Страдам од запек.	**X**	**X**
79.	Често имам тешкотии во желудникот.	**X**	**X**
80.	Страдам од лошо варење на стомакот.	**X**	**X**
81	Често чувствувам гадење.	**X**	**X**
82.	Често ме боли стомакот.	**X**	**X**
83.	Стомакот и цревата обично лошо ми работат.	**X**	**X**
84.	Болките во стомакот ми се зголемуваат после секој оброк.	**X**	**X**
85.	Редовно имам тешкотии во варењето на храната.	**X**	**X**
86.	Често имам пролив.	**X**	**X**
87.	Лекарот ми кажа дека имам чир во стомакот.	**X**	**X**
88.	Луѓето не ме разбираат.	**X**	**X**

89.	Чувствувам како некој ме следи одзади.	**X**	**X**
90.	Луѓето со мене обично не постапуваат добро.	**X**	**X**
91.	Кога одам по улица имам впечаток дека луѓето ме загледуваат или дека зборуваат за мене.	**X**	**X**
92.	Обично ме задеваат, се шалат на моја сметка.	**X**	**X**
93.	Многу сум срамежлив и чувствителен.	**X**	**X**
94.	Лесно се вознемирувам и раздразнувам.	**X**	**X**
95.	Тешко склопувам пријателство.	**X**	**X**
96.	Постојано се плашам да не направам некоја глупост.	**X**	**X**
97.	Повеќе од луѓето немаат доверба во мене.	**X**	**X**
98.	Би се чувствувал подобро кога би биле сите закони отфрлени.	**X**	**X**
99.	Мислам дека често сум казнуван без причина.	**X**	**X**
100.	Во училиште понекогаш бев испраќан кај директорот заради изостаноци или други прекршоци.	**X**	**X**
101.	Моите лични пријатели до крајни граници ме вознемируваат.	**X**	**X**
102.	Се лутам ако некој ми дава совети без да го прашам за тоа.	**X**	**X**
103.	Страшно ме навредува ако некој ме критикува или прекорува.	**X**	**X**
104.	Јас сум нагол (брз) човек.	**X**	**X**
105.	Луѓето секогаш ме лажат.	**X**	**X**
106.	Се разбеснувам ако не можам веднаш да го имам она што го сакам.	**X**	**X**
107.	Од време на време имам силна потреба да направам нешто штетно или нечуено.	**X**	**X**
108.	Добро е да се биде внимателен дури и со своите пријатели.	**X**	**X**
109.	Често се разбеснувам жестоко.	**X**	**X**