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



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Влијанието на анксиозноста, депресијата и стресот врз младиот човек во современото живеење

СТУДЕНТ: МИРЈЕТА БАКИИУ
БРОЈ НА ИНДЕКС: М193020
МЕНТОР: ДОЦ. Д-Р СЛАЃАНА АНГЕЛКОСКА

Св.Николе, 2021

Содржина

Вовед.....5

Глава 1 – Теоретски осврт на поимот депресија и анксиозност.....7

1. Поим за депресија.....7

2. Видови депресија.....8

2.1 Големо депресивно растројство.....8

2.2 Адаптивно нарушување со депресивно расположение 10

2.3 Постнатална депресија 13

2.4 Биполарно растројство на расположението 16

2.5 Сезонско афективно растројство (ЕЦД).....23

2.6 Пременструално дисфорично растројство (PMDD) 23

2.7 Атипична депресија.....25

1. Поим за анксиозност.....27
2. Видови на анксиозност.....28

4.1 Генерализиран тип на анксиозност.....30

4.2 Социјална анксиозност.....33

4.3 Панични растројства..... 35

4.4 Фобија..... 38

4.5 Опсесивно-компулсивно растројство.....41

4.6 Посттрауматско стресно нарушување (ПТСН) 44

Глава 2 - Знаци на депресија и анксиозност кај тинејџерите и младите возрасни.....45

5.1 Знаци на депресија кај тинејџерите и младите возрасни.....48

5.2 Знаци на анксиозност кај тинејџерите и младите возрасни.....53

6. Причини за појава на депресија.....53

6.1 Генетски фактори.....53

6.2 Физиолошки фактори.....54

6.3. Лични фактори.....55

6.4 Возраст.....56

6.5 Стрес.....56

6.6 Карактер.....56

6.7. Фактори на животната средина.....58

7. Причини за анксиозност.....59

7.1 Медицински причини.....59

7.2 Генетски фактори.....60

7.3 Фактори на личност.....60

7.4 Тековни стресни настани.....64

Глава 5 - Терапија на анксиозноста и депресијата кај младите.....64

8.1 Користење на лекови за анксиозност и депресија.....67

8.2 Психотерапија.....72

8.1.1 Когнитивно-бихевиорална терапија.....75

8.1.2 Интерперсонална терапија 81

Глава 6 – Емпириско истражување.....81

1. Емпириско истражување.....81

1.1. Предмет на истражување.....82
1.2. Цел на истражување.....83
1.3. Оправданост на истражувањето (општествена и научна).....84
1.4. Хипотетска рамка 84
1.5. Истражување 84

Глава 7– Заклучни согледувања.....94

Заклучок.....94

Користена литература.....96

ВОВЕД

Општеството има тенденција депресијата и анксиозноста да ги смета за проблеми на постарите и возрасни личности. Меѓутоа во последно време сме сведоци дека сѐ повеќе млади се засегнати од вакви проблеми со психата. Многу често родителите не ги замаруваат овие проблеми кај тинејџерите. Обично овие промени со расположението се сметаат како тинејџерски проблеми или драми.

Друга причина зошто родителите ја занемаруваат депресијата и анксиозноста кај тинејџерите и младите луѓе е затоа што симптомите кај тинејџерите и младите можат да бидат многу поразлични отколку кај возрасните.

Депресијата или вознемиреноста кај секој поединец може да изгледа различно и може да варира од тага и безнадежност, до раздразливост и агресивност.

Ако депресијата и анксиозноста не се третираат навреме, некои поединци може да достигнат степен на самоповредување или самоубиство. Најважно е родителот да разговара со своето дете и рано да ги детектира знаците и симтомите на анксиозност или депресија.

Најчесто анксиозноста (вознемиреност) е термин кој се користи за да се опише нормална емотивна состојба кај луѓето кога тие се соочуваат со закани, опасност, или кога се под стрес. Кога луѓето се анксиозни, тие вообичаено се вознемирени и се чувствуваат непријатно и напнато. Чувствата на анксиозност може да се јават како резултат на различни ситуации во животот на луѓето, на пример, губење на работа, раскинување на односите со партнерот, сериозна болест, сериозен несреќен случај или смрт на близок. Нормално е човек да биде вознемирен во овие ситуации и тоа обично трае одредено време. Бидејќи чувствата на вознемиреност се толку вообичаени, важно е да се знае разликата меѓу вознемиреност, која е соодветна на ситуацијата, и симптомите на анксиозно растројство.

Анксиозните растројства не се само една болест, туку група на болести кои се карактеризираат со постојани чувства на голема вознемиреност, претерана

непријатност и напнатост. Поединците ќе бидат дијагностицирани со анксиозно растројство кога вознемиреноста што ја чувствуваат е толку голема, така што таа има значително негативно влијание на нивниот секојдневен живот и ги спречува да го прават тоа што го сакаат.

Анксиозните растројства се најчест вид на ментални болести во кој било период од животот и од нив заболува по едно на секои 20 лица. Тие често се јавуваат во раните зрели години, меѓутоа може да се појават и во текот на детството или подоцна во животот. Веројатноста жените да заболат од анксиозни растројства е поголема во однос на мажите. Анксиозните растројства често се јавуваат ненадејно, без некоја очигледна причина. Тие обично се придружени со силни физички симптоми, на пример, забрзано дишење и зголемен пулс. Другите симптоми можат да вклучуваат: потење, треперење, чувство на гушење, гадење, стомачни болки, вртоглавици, трпки, чувство дека се губи контрола и/или чувства на претстојна опасност.

Анксиозноста, депресијата и несоницата, според една нова британска студија на Универзитетот Оксфорд, се најчестите долгорочни последици од заболувањето од Ковид-19.

Во овој магистерски труд предмет на истражување ќе биде застапеноста на депресивните и анксиозни растројства кај младите. Најпрово ќе се осврнеме на поимите депресија и анксиозност, како и осовните видови на депресија и анксиозност, коишто најчето ги засегнуваат помладите генерации.

Понатаму ќе се издвојат знаците и симптомите кои се јауваат кај младите кои страдаат од овие ментални проблеми, како и причините за нивна појава кај одредена личност. Во продолжение ќе се разгледаат главните третмани за лечење на ваквите состојби.

На крај ќе се обработат податоците добиени во истражувањето, спроведено на 80 испитаници на возраст од 15 до 35 години.

Глава 1 – Теоретски осврт на поимот депресија и анксиозност

1. Поим за депресија

Зборот 'депресија' вообичаено се користи за да се опише чувството на тага, која секој човек ја има почувствувано барем еднаш во животот. Овој поим исто така се користи при опишување на депресивни растројства кои можат да се дијагностицираат и кои се многу посериозни проблеми со менталното здравје.

Депресивните луѓе можат да се чувствуваат тажни, вознемирени, празни, безнадежни, загрижени, беспомошни, безвредни, виновни, раздразливи, повредени или преморени. Тие можат да го изгубат интересот за активностите кои некогаш им биле пријатни, да го изгубат апетитот за јадење или да се прејадуваат, имаат проблеми со концентрација, помнење на детали или донесување одлуки, и може да размислуваат, да се обидат или да извршат самоубиство. Несоница, прекумерно спиење, замор, губење на енергија, или заболувања, болка, или дигестивни проблеми, исто така, можат да бидат симптоми на депресија.[1]

Депресијата ги погодува луѓето на сите возрасти и во сите заедници низ целиот свет. Денес се проценува дека депресијата влијае на 350 милиони луѓе низ целиот свет. Едно испитување, спроведено во 17 земји, покажа дека во просек околу 1 од 20 лица пријавиле дека имале епизода на депресија во претходната година. Депресивните нарушувања често започнуваат на млада возраст. Овие депресивни епизоди ја намалуваат функционалноста на луѓето и честопати се повторуваат.

Бидејќи депресивните чувства се толку многу чести, важно е да се умее да се прави разлика кога човек се чувствува несреќен и тажен во секојдневниот живот и кога има симптоми на депресивно растројство. Повеќето луѓе се чувствуваат несреќни или тажни кога се соочуваат со стрес, на пример, со загуба на некој близок, при раскинување на врската со партнерот, како и при големо разочарување или фрустрација. Овие емотивни реакции се соодветни во ваквите

[1]Kirk, S.A., Gomory, T., Cohen, D. (2013) Mad Science: Psychiatric Coercion, Diagnosis, and Drugs. Transaction Publishers. p. 185.

ситуации и тие обично траат само одредено време. Овие реакции не се сметаат за депресивно растројство, туку како дел од секојдневниот живот. Депресивните растројства се група на болести кои се карактеризираат со долгорочно депресивно расположение или губење интерес за работите кои претходно биле забавни. Симптомите можат сериозно да го пореметат животот на лицето.

Депресијата е водечка причина за попреченост ширум светот, во однос на вкупните изгубени години поради попреченост. Во последно време потребата за спречување на депресијата и другите слични состојби на менталното здравје се зголемува на глобално ниво. [2]

Како што напоменавме, депресивното расположение не секогаш е психијатриско нарушување. Тоа исто така може да биде нормална реакција на одредени животни настани, симптом на некои здравствени состојби, пропратен ефект на некои лекови или медицински третмани.

Депресивните растројства се чести и скоро секое петто лице ќе доживее депресивно растројство во некој период од животот. Депресивните растројства во последните неколку децении сѐ повеќе ги напаѓаат и младите личности.

3. Видови на на депресивно растројство

Постојат голем број на видови и подвидови на депресивни растројства кои ги погодуваат младите генерациии, а во продолжение се наведни најчестите. [3]

2.1 Големо депресивно растројство

Кога луѓето го користат терминот *клиничка депресија*, тоа обично се однесува на големо депресивно нарушување (MDD). Големо депресивно

[2] "Any Mental Illness (AMI) Among U.S. Adults". National Institute of Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services. Archived from the original on 7 April 2017. Retrieved 28 April 2017.
[3] Mental illness - Symptoms and causes. Mayo Clinic. 8 June 2019. Retrieved 3 May 2020.

нарушување е нарушување на расположението, коешто се карактеризира со голем број клучни карактеристики:

- Депресивно расположение;
- Недостиг од интерес за активности, во коишто вообичаено се уживало;
- Промени во тежината;
- Промени во спиењето;
- Замор;
- Чувство на безвредност и вина;
- Потешкотии во концентрирање;
- Мисли за смрт и самоубиство.

Доколку едно лице ги доживее најголемиот дел од овие симптоми подолго од два недели, тие често ќе бидат дијагностицирани со овој вид на депресија.[4]

Лицето со големо депресивно растројство станува многу нерасположено и не ужива во животот. Тој/таа губи концентрација и енергија, а се јавува и нарушување на јадењето и сонот. Исто така, честа е појавата на чувство на вина. Чувствата на безнадежност и очај може да го наведат лицето да помислува на самоубиство. Големото депресивно растројство може да се појави без да постои некоја очигледна причина и тоа може да се јави кај луѓе кои добро се соочуваат со животот, кои се добри во тоа што го работат, среќни се во семејството и друштвените односи со други луѓе. Појавата на растројството исто така може да ја предизвика некој потресен настан со кој лицето не може да се соочи.[5]

[4] Mental Disorders. Medline Plus. U.S. National Library of Medicine. 15 September 2014. Archived from the original on 8 May 2016. Retrieved 10 June 2016.
[5] American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 101–05.

Кога симптомите на големото депресивно растројство се проретчуваат и се поблаги, меѓутоа траат подолго (повеќе од две години), болеста се вика дистимично растројство.[6]

2.4 Адаптивно нарушување со депресивно расположение

Лицата со оваа болест реагираат на стресни случки во нивниот живот, на пример, раскинување на блиска врска или губење на служба, меѓутоа на многу побурен начин отколку што е вообичаено. [7]

Чувствата на депресија се многу силни и често вклучуваат: вознемиреност, недоволно спиење и промени во апетитот. Колку долго ќе траат симптомите е различно и тие може да траат од неколку недели, до повеќе години. Лицата кои боледуваат од овој вид на депресија честопати треба да се лекуваат за да им се помогне да најдат начин за да се соочат со случката и да ги контролираат симптомите. [8]

Некои настани што можат да доведат до овој проблем кај дете или тинејџер се:

- промена во семејството;
- смрт на родител, брат или сестра, баба или дедо или друга значајна личност;
- развод или разделба на родителите;
- смрт на миленичe;
- нов брат или сестра;
- ненадејна болест кај детето или некој член на семејство;
- долготрајна (хронична) болест кај детето или некој член на семејството.

---

[6] Bolton, D. (2008) What is Mental Disorder?: An Essay in Philosophy, Science, and Values. OUP Oxford. p. 6

[7] "Mental disorders". World Health Organization. 9 April 2018. Archived from the original on 18 May 2015. Retrieved 2 February 2019.

[8] Jacka, F.N. (March 2017) "Nutritional Psychiatry: Where to Next?". EBioMedicine(Review). 17 (17):

Нарушувањата на прилагодувањето се реакција на стрес. Не постои една директна причина. Децата и тинејџерите се разликуваат според нивната личност, минатите искуства, ранливоста и способностите за справување. Степенот на нивниот развој и способноста да се справат со некој стрес, исто така може да има улога во тоа како тие реагираат. Стресорите исто така се разликуваат според тоа колку траат, колку се силни и каков ефект имаат.[9]

Нарушувања на прилагодувањето се појавува на сите возрасти и се доста чести кај децата, тинејџерите и младите. Тие се случуваат подеднакво кај момчињата и девојчињата и во сите култури. Но, стресорите и знаците може да вариpаат врз основа на културните влијанија.

Децата и тинејџерите имаат различни симптоми од возрасните. Разликите во возраста влијаат и на тоа колку долго траат симптомите, колку се силни и каков ефект имаат.[10]

Во сите нарушувања на прилагодувањето, реакцијата на стресорот се чини дека е повеќе од она што се смета за нормално, или реакцијата во голема мера се меша со тоа како детето функционира од ден на ден.

Постојат 6 подвидови на ова нарушување. Тие се засноваат на видот на главните симптоми што може да ги почувствува младото лице. Симптомите кај секој може да варираат. Овие се најчестите симптоми на секој подвид:

- Нарушување на прилагодувањето со депресивно расположение. Детето може да се чувствува депресивно, плачливо и безнадежно.
- Нарушување на прилагодувањето со анксиозност. Симптомите може да вклучуваат нервоза, грижа и вознемиреност. Детето исто така може да се плаши дека ќе изгуби важни луѓе во неговиот живот.

[9] Stein, D.J. (December 2013) "What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science". Canadian Journal of Psychiatry.
[10] Stein, D.J. (December 2013) "What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science". Canadian Journal of Psychiatry.

- Нарушување на прилагодувањето со вознемиреност и депресивно расположение. Детето има мешавина на симптоми од двата горенаведени подвида (депресивно расположение и вознемиреност).[11]
- Нарушување на прилагодувањето со антисоцијално однесување. Детето може да ги крши правилата на другите луѓе или да ги крши социјалните норми и правила. Примерите вклучуваат: неодење на училиште, уништување имот, несовесно возење или борба.

Третманот ќе зависи од симптомите, возраста и здравјето на лицето. Исто така, ќе зависи од тоа колку е сериозно нарушувањето.[12]

Третманот може да вклучува:

- Психотерапија со употреба на когнитивни методи на однесување - Детето/тинејџерот учи како подобро да ги реши проблемите, да комуницира и да се справи со стресот. Тој/таа исто така ќе научи како да ги контролира импулсите и лутината.
- Семејна терапија - Оваа терапија е често фокусирана на правење потребни промени во семејството. Може да вклучува подобрување на комуникациските вештини и семејните интеракции. Исто така, може да ја зајакне поддршката кај членовите на семејството.
- Групна терапија - Оваа терапија развива социјални и интерперсонални вештини.
- Лекови - Лековите не се користат често, но на детето може да му бидат потребни за кратко време, ако одреден симптом е сериозен.

2.5 Постнатална депресија

Таканаречените ‘baby blues’ (постнатална депресија) влијаат на скоро половина од сите нови мајки. Тие се чувствуваат малку депресивни, вознемирени,

[11] American Psychiatric Association (2013) "Use of the Manual". Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
[12] "Chapter 6 on mental, behavioural and neurodevelopmental disorders". ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2018 version.

напнати или болни и може да имаат проблеми со спиењето иако поголем дел од времето се уморни. [13]

Бременоста може да доведе до значителни хормонални промени, кои често можат да влијаат на расположението на жената. Депресијата може да започне за време на бременоста или по раѓањето на детето. [14] Многу научници претпоставуваат дека постпарталната депресија е една дефинитивна состојба, но вистината е дека има многу нијанси. Видовите на постпартална депресија се однесуваат на спектарот на сериозност, почнувајќи од благи 'baby blues', до постпартална голема депресија на постпартална психоза.[15]

Ова се главните видови на постпородилна депресија:

- 'Baby Blues'
- Постпартална 'мајор' депресија
- Постпартална психоза

Кога зборуваме за 'baby blues', ние подразбираме краткорочен, поблаг вид на постпартална депресија. Овие симптоми ги чувствуваат од 30 до 80 проценти од сите нови мајки. Симптомите често почнуваат во рок од три до десет дена од породувањето и обично поминуваат од две до три недели после породувањето.

Симптомите вклучуваат: анксиозност, плачење, несоница, замор и тага. Во ова време, жените одеднаш се чувствуваат како да не можат да се справат со грижата за бебето, без разлика колку се подготвени како мајки. За среќа, симптомите обично се краткотрајни.

Прифаќање на помош, разговор со други жени кои „биле таму", а особено излегување од домот и промена на сценографијата може да биде многу корисно.

[13] Edward, Shorter (2013) How Everyone Became Depressed: The Rise and Fall of the Nervous Breakdown, Oxford University Press
[14] Australia, Healthdirect (14 February 2019) "Nervous breakdown". www.healthdirect.gov.au. Retrieved 25 March 2019.
[15] Peter, Tyrer (2013) Models for Mental Disorder, Wiley-Blackwell

За разлика од ‘baby blues’, постпарталната голема депресија - искусена од околу 10 проценти од жените кои родиле, има тенденција да се развие три или повеќе недели по породувањето и може да се појави во секое време додека бебето не наполнило една година.[16]

Симптомите се посилни и траат подолго.[17] Тие може да вклучуваат:

- плачење;
- проблеми со концентрацијата;
- потешкотии за донесување одлуки;
- чувства на несоодветност;
- тага.

Некои жени, исто така, се соочуваат со самоубиствени мисли. Физичките симптоми се слични на хипотироидизмот - вклучувајќи чувствителност на студено, забавено размислување, замор, сува кожа, задржување на течности и опсипација.

Третманот може да вклучува: лекови, психотерапија, групи за поддршка и многу повеќе. Неколку студии покажаа дека вежбањето може да ги намали симптомите на постпартална депресија.

Понекогаш се нарекува пуроперална психоза или постпартална психотична депресија. Овој тип на постпартална депресија се развива кај околу една до две од 1.000 жени.

Постпарталната психоза обично започнува порано од постпарталната депресија, во првите две недели по раѓањето. Постои втор врв во инциденцата, од еден до три месеци по породувањето.

[16] Berrios, G.E. (April 1999) "Classifications in psychiatry: a conceptual history". The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 33 (2): 145–60.
[17] Perring, C. (2005) Mental Illness Stanford Encyclopedia of Philosophy

На постпарталната психоза може да претходи агитација, конфузија, проблеми со меморијата, раздразливост, влошување на несоницата и анксиозност.[18]

Постпарталната психоза се разликува од постпарталната депресија со присуството на заблуди (верувајќи во работите кои всушност не се вистинити) и/или халуцинации (губење на слухот или гледањето работи кои не постојат). Други симптоми може да вклучуваат наметливи мисли или незаинтересираност за детето.

Симптомите на постпартална психоза можат брзо да се менуваат, од периоди на добро расположение, набргу да следува длабока тага или бес. Периодите на луцидност се вообичаени и не се секогаш показатели за закрепнување. Иако оздравувањето е возможно, почесто се случува постпарталната психоза да се развие во тешка, продолжена депресија.[19]

Жените кои имале постпартална психоза по раѓањето на едно дете се изложени на ризик да доживеат психоза повторно со следните бремености. Најмалку 40 проценти од жените ќе имаат повторна депресија по следното раѓање.

Третманот може да вклучува хоспитализација, лекови и помош во грижата за бебето. За жените кои доживеале постпартална психоза во минатото, понекогаш се користи превентивна хормонална терапија.[20]

Значи, поспарталната депресија може да се движи од постојана летаргија и тага, која бара медицински третман, сè до постпартална психоза, состојба во која епизодата е придружена со конфузија, халуцинации или заблуди. Овој вид на депресија може да трае само неколку часа или дена и потоа да исчезне. Меѓутоа, кај околу 10 проценти од мајките ова чувство на тага се развива во сериозно

[18] Katschnig, H. (February 2010) "Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession". World Psychiatry.
[19] Kato, T. (October 2011) "A renovation of psychiatry is needed". World Psychiatry. 10
[20] Doward, J. (11 May 2013) "Medicine's big new battleground: does mental illness really exist?". The Guardian.

растројство, познато како постнатална депресија. На мајките кои боледуваат од оваа болест им станува сѐ потешко да се соочуваат со барањата во секојдневниот живот. Тие може да чувствуваат вознемиреност, страв, малодушност, тага и преголем умор. [21]

Некои мајки може да имаат напади на паника или да бидат напнати и нервозни. Може да дојде до појава на промени во апетитот и спиењето. Како што споменавме, сериозна, меѓутоа ретка форма на постпартална депресија е постнаталната (пуерпералната) психоза. Жената не може да се соочува со секојдневниот живот и може да биде растроена во начинот на кој размислува и се однесува. Неопходно е и за мајката и за детето, постнаталната депресија да се лекува - за тоа постојат многу ефикасни терапии.[22]

2.4 Биполарно растројство на расположението

Биполарното растројство на расположението е вид на депресивно растројство кое во минатото беше познато под името манична депресивна болест. Лицата кои страдаат од биполарно растројство на расположението искусуваат преголеми промени во расположението – од депресија и тага, до занесеност и возбуденост. Промените во расположението обично се повторуваат и може да вариpаат меѓу благи и сериозни, а исто така често може да траат различно време.

Биполарното растројство е нарушено расположение, кое се карактеризира со периоди на абнормално покачено расположение, познато како манија. Овие периоди на манија можат да бидат благи (хипоманија) или пак, можат да бидат толку екстремни, за да предизвикаат значително оштетување на животот на една личност, да бараат хоспитализација или да влијаат врз чувството на реалноста на

[21] Doward, J. (11 May 2013) Medicine's big new battleground: does mental illness really exist?". The Guardian.
[22] Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H., Israel, S., et al. (March 2014) "The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?". Clinical Psychological Science.

лицето. Голем дел од оние кои страдаат од биполарна болест, исто така, имаат епизоди на голема депресија.[23]

Со депресивното расположение и значително намалениот интерес за активностите, луѓето со биполарна депресија често имаат голем број на физички и емоционални симптоми, кои може да вклучуваат:

- замор, несоница и летаргија;
- необјаснети болки и психомоторна агитација;
- безнадежност и губење на самодовербата;
- раздразливост и анксиозност;
- неодлучност и неорганизираност.

Некои деца и тинејџери со овие симптоми исто така може да имаат биполарно растројство, ментално нарушување што предизвикува невообичаени промени во расположението, енергијата, нивото на активност и секојдневното функционирање. Со третман, децата и тинејџерите со биполарно растројство можат да станат подобри со текот на времето.[24]

Младите луѓе со биполарно растројство можат да имаат неколку проблеми истовремено. Тие вклучуваат:

- Злоупотреба на алкохол и дрога - Младите луѓе со биполарно растројство се изложени на ризик од злоупотреба на алкохол или дрога.
- Нарушување на дефицит на внимание/хиперактивност (АДХД) - Децата и тинејџерите кои имаат и биполарно растројство и АДХД може да имаат проблеми да останат фокусирани.
- Анксиозни нарушувања - Децата и тинејџерите со биполарно растројство исто така може да имаат анксиозно растројство.

Понекогаш екстремното однесување оди заедно со епизодите на расположение. За време на манични епизоди, младите со биполарно растројство

[23]Comorbid medical illness in bipolar disorder, The British Journal of Psychiatry
[24] Gizer, I.R. (November 2016) "Molecular genetic approaches to understanding the comorbidity of psychiatric disorders". Development and Psychopathology.

можат да преземат екстремни ризици, коишто обично не би ги презеле или кои можат да им наштетат или да ги повредат. За време на депресивните епизоди, некои млади луѓе со биполарно растројство може да размислат за бегство од дома или да помислат на самоубиство.

Ризикот од самоубиство при биполарна болест е 15 пати поголем отколку кај општата популација. Во поекстремни случаи, исто така, може да се појави психоза (вклучувајќи халуцинации и заблуди).

Навременото откривање и ефикасното навремено лекување се неопходни за здравјето на лицата кои боледуваат од биполарно растројство на расположението. Со ефикасно лекување, заболените во иднина можат да го живеат животот во целост и продуктивно. [25]

Штетното користење на алкохол и дрога често се јавува заедно со симптомите на депресија. Ова го усложнува лекувањето, па затоа е важно ефикасно да се контролира користењето на алкохол и други видови на дрога.

Терминот ‘манија’ се употребува за да се опише најсериозната состојба на преголема емотивна возбуденост и хиперактивност. Мал број на лица кои боледуваат од биполарно растројство на расположението искусуваат само манични епизоди, не депресивни епизоди. [26]

Повеќето луѓе имаат нормално расположение меѓу епизодите на манија и депресија. Тие се способни да водат продуктивен живот и да ги извршуваат домашните и работните обврски. Проценка и лекување на менталната болест се потребни кога расположението станува екстремно и кога го попречува вообичаениот живот.

Мажите и жените се подеднакво изложени на оваа ментална болест. Таа најчесто се јавува кога луѓето се во дваесеттите години, меѓутоа таа може да се

[25] Lahey, B.B., Krueger, R.F., Rathouz, P.J., Waldman, I.D., Zald, D.H. (February 2017) "A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span". Psychological Bulletin. 143

[26] Gazzaniga, M.S., Heatherton, T.F. (2006) Psychological Science. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

јави порано или подоцна во животот. Се верува дека биполарното растројство на расположението го предизвикуваат комбинација на фактори, вклучувајќи ги генетските и биохемиските фактори, како и средината.[27]

Нема крвни тестови или скенирање на мозокот коишто можат да дијагностицираат биполарно растројство. Сепак, докторот може да користи тестови за да види дали можеби нешто друго освен биполарно растројство предизвикува симптоми кај детето. Понекогаш докторите треба да знаат за историјата на медицинските состојби во семејството, како што се депресија или употреба на супстанции.

На глобално ниво, 46 милиони луѓе ширум светот имаат биполарно растројство. Просечната возраст на појава на ова нарушување е 25 години. Луѓето на возраст од 18 до 29 години имале највисоки стапки на биполарно растројство (4,7 %), проследено со 30-40 години (3,5 %) заклучно со 2001-2015 година. Луѓето од 60 и повеќе години имале најниски стапки на биполарно растројство (0,7 %).[28]

2.5 Сезонско афективно растројство (ЕЦД)

Сезонското афективно растројство е уште еден вид на депресивно нарушување, кое ги засега младите од 14 до 35 години. Ова нарушување се карактериира со депресија, поспаност и зголемување на телесната тежина во текот на зимските месеци, а притоа личноста се чувствува совршено добро на пролет. Ова нарушување во моментов се нарекува големо депресивно нарушување, со сезонски модел.[29]

Се верува дека ова нарушување е предизвикано од нарушување на нормалниот циркаден ритам на телото. Светлината која влегува низ очите влијае

---

[27] Jump up to:[a b c] "Mental Health: Types of Mental Illness". WebMD. 1 July 2005. Retrieved 29 September 2009.
[28] https://ibpf.org/,
[29] Американска психијатриска асоцијација. (2013) Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања (5-то издание). Вашингтон, АП.

на овој ритам, и секоја сезонска варијација во текот на ноќта/денот може да предизвика нарушување што води кон депресија. Кога е темно, пинеалната жлезда создава супстанција наречена мелатонин, која е одговорна за поспаност што ја чувствуваме секој ден по зајдисонцето.[30]

Светлината што влегува во очите во зори го исклучува производството на мелатонин. За време на пократки денови во текот на зимата, луѓето можат да станат пред зори или да не ги напуштат своите канцеларии, а по зајдисонце овие нормални ритми можат да бидат нарушени, предизвикувајќи симптоми на ЕЦД.[31]

Оваа депресија е почеста во далеку посеверните или далеку појужните региони на планетата и често може да се третира со терапија со светлина за да се надомести сезонската загуба на дневна светлина.[32]

Исто така, постојат докази кои го поврзуваат ова нарушување со намалено количество на невротрансмитерот серотонин.

Серотонин е супстанција која ја поттикнува личноста да се чувствува добро, која се зголемува со антидепресиви, наречени селективни инхибитори. Намалување во производството на серотонин може да биде одговорно за многу од симптомите на ЕСД, како што се депресија и зголемена желба за јаглехидрати.

Симптомите на оваа депресија се случуваат циклично, односно се враќаат секоја година во текот на зимските месеци. Овие симптоми имаат тенденција да бидат атипични симптоми на депресија, вклучувајќи:

- зголемена потреба за сон;
- зголемен апетит и јаглехидрати;

[30] Akiskal, H.S., Benazzi, F. (May 2006) "The DSM-IV and ICD-10 categories of recurrent [major] depressive and bipolar II disorders: evidence that they lie on a dimensional spectrum". Journal of Affective Disorders. 92

[31] McIntyre, Roger, S. (7 March 2017) "Mixed features and mixed states in psychiatry: from calculus to geometry" (PDF). Cambridge University Press. Retrieved 23 October 2020.

[32] Morey, L.C., Hopwood, C.J., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Shea, M.T., Yen, S. et al. (July 2007) "Comparison of alternative models for personality disorders". Psychological Medicine.

- зголемување на телесната тежина;
- раздразливост;
- интерперсонални тешкотии (особено чувствителност на отфрлање) и
- тешко, оловно чувство во рацете или нозете.

Не постои лабораториски тест за оваа депресија. Се дијагностицира врз основа на историјата на симптомите на лицето, користејќи ги критериумите наведени во *Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања* (DSM-IV).

ДСМ-IV не го смета ЕЦД (Сезонско афективно растројство) за посебно нарушување. Наместо тоа, тој е „назначувач“ на друго депресивно растројство.

Најмалку пет од симптомите, наведени подолу, треба да бидат присутни поголемиот дел од времето во текот на последните две недели. Депресивно расположение кое се должи на здравствена состојба или кое е поврзано со појава на заблуда или халуцинации што ги доживува лицето, нема да се смета. Следниве сиптоми се типични за овој вид на депресија:[33]

- чувство на депресија;
- губење на интерес за нешта во кои некогаш уживале;
- промени во апетитот или тежината кои не се поврзани со намерни промени во исхраната заради стекнување или губење на телесната тежина;
- спиење премногу или премалку;
- психомоторна агитација или ретардација;
- замор или изгубена енергија;
- чувство на безвредност или прекумерна вина;

[33] Gamma, A., Angst, J., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W. (March 2007) "The spectra of neurasthenia and depression: course, stability and transitions" (PDF). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.

- проблеми со концентрација или одлучување;
- мисли за смрт или самоубиство.

Сите симптоми кои би можеле подобро да се објаснат преку нивната врска со здравствената состојба, злоупотреба на дрога или алкохол или тага, исто така, нема да се сметаат. Покрај тоа потребно е лицето да нема психотично растројство, како што е шизоафективно растројство, како причина за симптомите.[34]

Светлосната терапија со помош на уред кој дава бела светлина се смета за најдобра форма на третман за ЕЦД.

Во есента 1998 година, група од 13 канадски специјалисти издадоа професионални упатства за третман на ЕЦД. Дел од нивните заклучоци се:

- Почетната „доза“ за терапија со светлина со флуоресцентна кутија е 10.000 лукса по 30 минути дневно (Лукс е единица за осветлување).
- Алтернативно, кутиите со светлина што испуштаат 2.500 лукса бараат два часа изложеност дневно.
- Светлосната терапија треба да започне во раните утрински часови, по будењето, за да се максимизира третманот.
- Одговорот на терапијата со светлина често се јавува во рок од една недела, но за некои пациенти може да биде потребно до четири недели за да се покаже резултат.
- Чести несакани ефекти на светлосната терапија вклучуваат: главоболка, напрегање на очите, гадење и агитација, но овие ефекти обично се благи и минливи или исчезнуваат

Според д-р Мајкл Терман, шеф на Програмата за сезонална депресија на Универзитетот Колумбија - Пресвитеријан, користињето на широк спектар на бели

[34] Trimble, M. (2002) "Uncommon psychiatric syndromes, 4th edn". Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.

извори на светлина со 10.000 лукса, е прва линија на интервенција. Лековите треба да се внесуваат како дополнителна терапија само ако терапијата со светлина не е доволна. Оптималното дозирање на светлината е од клучно значење, бидејќи ако се направи погрешно, нема да донесе подобрување, ќе има делумно подобрување, или пак, дури и влошување на симптомите.[35]

2.6 Пременструално дисфорично растројство (PMDD)

Меѓу најчестите симптоми на предменструален синдром (ПМС) се: раздразливост, замор, анксиозност, надуеност, зголемен апетит, желба за одредена храна, болки и осетливост на градите.

Предменструалното дисфорично нарушување (PMDD) предизвикува слични симптоми, но оние поврзани со депресијата се поизразени. Тие може да вклучуваат:

- екстремен замор;
- чувство на безнадежност или самокритичност;
- тешки чувства на стрес или анксиозност;
- менување на расположението, честопати пропратено со плачење;
- раздразливост;
- недостаток на концентрација;
- апетит за одреден вид храна или намален апетит.

Хормоналните третмани можат да се користат како додаток на антидепресиви и промени во животниот стил.

Овој тип на депресија ги опфаќа жените на вораст од 15 до 40 години.

[35] Paus, T., Keshavan, M., Giedd J.N. (December 2008) "Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?". Nature Reviews. Neuroscience.

2.7 Атипична депресија

Атипичната депресија се карактеризира со специфичен сет на симптоми поврзани со:

- прекумерно јадење или зголемување на телесната тежина;
- прекумерно спиење;
- замор, слабост и чувство на изнемоштеност;
- интензивна чувствителност кон отфрлање;
- силно реактивни расположенија.

За разлика од другите форми на депресија, луѓето со атипична депресија подобро реагираат на еден вид антидепресив, познат како инхибитор на моноамино оксидаза (МАО).[36]

Тоа е промена на состојбата на умот што се карактеризира со специфични симптоми и манифестации. Оваа психопатолошка промена е класифицирана како еден вид депресија, бидејќи симптомите што ги претставува се главно депресивни. Всушност, атипичната депресија ги исполнува дијагностичките критериуми за воспоставување на големо депресивно нарушување.

Сепак, посебната номенклатура на атипична депресија реагира на фактот дека ова нарушување се карактеризира со презентирање на низа симптоми кои се „нетипични“ и не се многу распространети во повеќето случаи на депресија.

Освен типичните депресивни симптоми, како што се тага или неможност да се доживее задоволство, атипичната депресија обично се карактеризира со манифестации, како реактивно расположение, замор во рацете и нозете, зголемен апетит, преосетливост на лично отфрлање.

Исто така, атипичната депресија се издвојува по тоа што бара различни интервенции од другите видови на депресија. Општо земено, луѓето со ваков тип

[36] Американска психијатриска асоцијација. (2013) Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања (5-то издание). Вашингтон, АП.

на состојба не реагираат добро на третман со трициклични антидепресиви и реагираат на МАОИ.

Општите симптоми на атипична депресија се исти како и за другите депресии. Лицето има депресивно расположение поголемиот дел од денот, како и значително намалување на интересот или задоволството за сите или скоро сите активности.

Овие два главни симптоми се неопходни за дијагностицирање на кој било вид депресивно нарушување. Бидејќи атипичната депресија претставува еден вид депресија, нејзините две основни манифестации се чувството на тага и намалување на интересот и / или задоволството.

Сепак, покрај овие две основни манифестации, атипичната депресија се издвојува поради вградување на малку распространети или не многу важни манифестации во останатите депресивни типологии.

Оваа промена на расположението се издвојува за презентирање на споменатите симптоми, класифицирани како „нетипични“[37]

4. Поим за анксиозност

Анксиозноста е природен одговор на човечкото тело на стрес. Тоа е чувство на страв или страв за тоа што следува. Првиот училишен ден, одење на интервју за работа или одржување говор, може да предизвика повеќето луѓе да чувствуваат страв и нервоза. Но, анксиозните растројства се повеќе од тоа.

Општо, анксиозноста е чувство на општа возбуденост, нејасен страв без очигледен надворешен повод, голем стрес и загриженост. Анксиозноста се манифестира преку повеќе физички и психички симптоми, кои се доживуваат како многу непријатни, а често се јавува во комбинација со други болести, особено со

[37] Paus, T., Keshavan, M., Giedd, J.N. (December 2008) "Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?". Nature Reviews. Neuroscience.

депресија. Според некои процени, дури 10% од населението страда од некоја форма на анксиозност.

Поимот анксиозност често се поистоветува со поимот страв. Но, постојат разлики што произлегуваат:

- од изворот на опасноста која се заканува да го наруши телесниот, психичкиот и социјалниот интегритет на личноста;
- од времетраењето на симптомите.

Се смета дека стравот од опасност е рационален, бидејќи објектот или појавата свесно се перцепираат и можат да се идентификуваат, додека кај анксиозноста не постои свесно перцепиран објект или извор на појавата што предизвикува опасност. Изворот на опасноста е во чувството на очекување да се случи нешто непријатно, нешто опасно. „Неограничените можности за замислување на идните појави“, како што велат Креч и Крачфилд, ни пружат непресушно „гориво“ за анксиозност. Но, изворот на опасноста може да биде и во самата личност. Што се однесува до времетраењето, кое ги прави различни стравот и анксиозноста, се мисли дека стравот редовно трае кратко и исчезнува во моментот кога заплашениот ја совладува или ја избегнува опасноста. Анксиозноста по правило е долготрајна и таа се повторува почесто, независно од просторот и времето.

Анксиозноста е една непријатна емоционална состојба, во која една сегашна и континуирана силна желба или нагон изгледа веројатно дека ќе ја промаши својата цел; тоа е фузија на страв со антиципација на идно зло. Неизвесниот исход од некоја активност е главна причина за трепет, страв, загриженост, возбуденост, кои се само врв од брегот кој не се гледа, бидејќи имаат свои корени во самосвеста (self-concept) и во самооценувањето, а манифестно се појавува во несигурноста, во губењето на самодовербата. Личностите коишто постојано чувствуваат некој неодреден страв, кои премногу се загрижени за секојдневните случувања и се под постојан притисок, најверојатно страдаат од анксиозност. Стравот и анксиозноста се реакции на опасност, но во

случајот со стравот, опасноста е јасна, објективна, додека во случајот со анксиозноста е скриена и субјективна.[38]

Речиси секој човек во одреден период од својот живот почувствувал напнатост, нервоза, или пак, страв како нормална реакција на некоја стресна ситуација. Потиштеноста и стравот секогаш постоеле и тие се важен дел на човековото постоење. Нормалните стравови и повремената потиштеност ни помагаат да ги избегнеме непријатните и опасни ситуации. Стравот секогаш е врзан за некој одреден објект и ситуација, додека анксиозноста е неодредено емоционално доживување. Кај анксиозноста она што е закана за личноста е помалку очигледно, па затоа говориме за т.н. „лебдечки страв“. Кога стравовите и потиштеноста, претераната загриженост ќе почнат да доминираат и да управуваат со нечиј живот, кога го нарушуваат семејниот, друштвениот и професионалниот живот, тогаш веќе станува збор за сериозно анксиозно пореметување.

Анксиозните пореметувања се сѐ поприсутни кај помладата популација во последните неколку години. Појавувањето на Ковид 19 и неговото прогласување за пандемија, доведе до влошување на ситуацијата со менталното здравје кај младите. Во последната година сѐ повеќе млади луѓе покажуваат симптоми на анксиозност и депресија.

5. Видови на анксиозност

Многу луѓе доживуваат симптоми на повеќе видови на анксиозност, а исто така може да доживеат депресија. Постојат повеќе видови на анксиозни нарушувања, меѓу кои најчестите се:

- Генерализиран тип на анксиозност;
- Социјално анксиозно растројство: екстремен страв да не бидат судени од други во социјални ситуации;

[38] Jobe, T.H., Harrow, M. (December 2005) "Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review". Canadian Journal of Psychiatry. **50** (14): 892–900.

- Панично растројство: доживување на периодични напади на паника во неочекувани периоди. Лице со панично растројство може да живее во страв од следниот напад на паника;
- Фобија: прекумерен страв од специфичен предмет, ситуација или активност;
- Опсесивно-компулсивно нарушување: периодични ирационални мисли кои ве водат кон изведување специфични, повторени однесувања;
- Анксиозно растројство на одвојување: страв да не сте дома или блиску;
- Анксиозно растројство за здравјето: вознемиреност за сопственото здравје (порано наречена хипохондрија);
- Посттрауматско стресно нарушување (ПТСН): вознемиреност по трауматски настан.[39]

4.1 Генерализиран тип на анксиозност

Оваа анксиозност се карактеризира со тоа што лицето се чувствува вознемирено повеќето денови, се грижи за многу различни работи, во период од шест месеци или подолго.

Повеќето луѓе се чувствуваат вознемирено и загрижено од време на време, особено кога се соочуваат со стресни ситуации, како полагање испит, зборување во јавност, спортски натпревар или одење на интервју за работа. Овој вид на вознемиреност може да направи да се чувствувате будни и фокусирани, помагајќи ви да ги завршите работите побрзо или да ги изведувате најдобро што можете.

Луѓето со генерализиран тип на анксиозност, сепак, се чувствуваат вознемирени и загрижени поголемиот дел од времето, не само во специфични стресни ситуации. Овие грижи се интензивни, упорни и им пречат во нивниот нормален живот. Нивните грижи се однесуваат на повеќе аспекти од секојдневниот живот, вклучувајќи работа, здравје, семејство и/или финансиски проблеми, наместо само на едно прашање. Дури и помали работи, како што се

[39] Jobe, T.H., Harrow, M. (December 2005) "Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review". Canadian Journal of Psychiatry. **50** (14): 892–900.

домашни работи или доцнење на состанок, може да станат причина на вознемиреност, што ќе доведе до неконтролирани грижи и чувство дека ќе се случи нешто страшно.[40]

Личноста го има овој вид на анксиозно нарушување ако специфичните знаци и симптоми се присутни шест месеци или повеќе, и повеќе денови по ред. Личноста чувствува прекумерна загриженост до степен што секојдневните активности, како што се работа, учење или дружење, стануваат тешки.

Луѓето со оваа анксиозност може да имаат поврзани нарушувања, најчесто депресија, социјална фобија (се карактеризира со избегнување социјални ситуации) или други анксиозни состојби. Тие исто така може да злоупотребат алкохол или дрога и може да доживеат низа физички здравствени проблеми, како што се главоболки или проблеми со варењето.

Како и со многу состојби на менталното здравје, причината за генерализираното анксиозно растројство најверојатно произлегува од комплексна интеракција на биолошки и биохемиски фактори, што може да вклучува:

- дисбаланс во хемијата и функцијата на мозокот;
- генетика;
- разлики во начинот на гледање на заканите;
- развој на личноста.

Кај жените почесто е дијагностицирано генерализирано анксиозно растројство, отколку кај мажите. Следните фактори може да го зголемат ризикот од развој на генерализирано анксиозно растројство:

- Личноста со срамежлив темперамент и негативеност може да биде повеќе склона кон генерализирано анксиозно растројство отколку другите.
- Генетика - генерализирано анксиозно растројство може да се појави во семејства кои имаат историја со овие нарушувања.

[40] Tohen, M., Zarate, C.A., Hennen. J., Khalsa, H.M., Strakowski, S.M., Gebre-Medhin, P., et al. (December 2003) "The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence". The American Journal of Psychiatry. 160

- Искуства - луѓето со генерализирано анксиозно растројство може да имаат историја на значителни промени во животот, трауматски или негативни искуства за време на детството или неодамнешен трауматски или негативен настан.
- Хронични медицински болести или други нарушувања на менталното здравје можат да го зголемат ризикот.

Овој вид на анксиозност е присутен кај младата популација. Детството и адолесценцијата се основната фаза на ризик за развој на симптоми и синдроми на анксиозност, коишто можат да се движат од минливи благи симптоми, до сериозни анксиозни нарушувања.

4.2 Социјална анксиозност

Едно лице има интензивен страв да не биде критикувано, засрамено или понижено, дури и во секојдневни ситуации, како што е јавно зборување, јадење во јавност, нормален разговор со непознати личности или стекнување нови пријатели или познанства. [41]

Сосема е нормално да се чувствуваме нервозно во социјални ситуации кога може да се најдеме во центарот на вниманието на другите, без разлика дали се странци или луѓе што ги познаваме. Држење говор и правење презентација пред колегите на работа, најверојатно, кај повеќето ќе предизвика нервоза и вознемиреност, и пред почетокот и за време на настанот.

Сепак, за луѓето со социјална фобија (понекогаш познато како социјално анксиозно растројство), настапувањето пред другите и вообичаените социјални ситуации може да доведат до интензивна анксиозност. Тие можат да се плашат да бидат судени, критикувани, исмевани или понижувани пред другите, дури и во

[41] Tohen, M., Zarate, C.A., Hennen, J., Khalsa, H.M., Strakowski, S.M., Gebre-Medhin, P., et al. (December 2003) "The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence". The American Journal of Psychiatry. 160

најобичните, секојдневни ситуации. На пример, можноста за јадење пред други во ресторан може да биде застрашувачка за некои луѓе со социјална фобија.[42]

Социјална фобија може да се појави во периодот пред или за време на:

- ситуации во кои индивидуата е во центар на вниманието (како што е држење говор или додека прават нешто на работа);
- ситуации кои вклучуваат социјална интеракција (како што е јадење со пријатели или разговори).

Социјалната фобија исто така може да биде специфична, при што луѓето стравуваат од специфична ситуација или од неколку ситуации поврзани со специфичен страв.

Овој вид на анксиозност е присутна сѐ повеќе кај тинејџерите и младите возрасни. Вообичаените симптоми на социјална анксиозност опфаќаат физички и психолошки симптоми. Физичките симптоми, кои можат да бидат особено вознемирувачки за луѓето со социјална фобија, вклучуваат:

- прекумерно потење;
- треперење;
- руменило или пелтечење кога се обидувате да зборувате;
- гадење или дијареја.

Овие физички симптоми честопати предизвикуваат понатамошна вознемиреност бидејќи лицето стравува дека другите ќе забележат - иако овие знаци обично не се забележуваат од околината.

Луѓето со социјална фобија исто така претерано се грижат дека ќе направат или кажат нешто погрешно и дека како резултат на тоа, нешто страшно ќе се случи.

[42] Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., Leon, A.C., Solomon, D.A., et al. (December 2005) "Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study". Archives of General Psychiatry. **62** (12): 1322–30.

Луѓето со социјална фобија се обидуваат да избегнат ситуации кога се плашат да дејствуваат на понижувачки или срамен начин. Ако избегнувањето не е можно, тие ја издржуваат ситуацијата, но можат да станат крајно вознемирени и може да се обидат да ја напуштат ситуацијата што е можно побрзо. Ова може да има сериозно негативно влијание врз нивните лични односи, професионалниот живот и способноста да продолжат со нивната секојдневна рутина.[43]

Дијагнозата на социјална фобија се заснова на типични симптоми, кои предизвикуваат значителна вознемиреност или нарушување на секојдневното функционирање, а симптомите се постојани, на пример, најмалку шест месеци.

Истражувањата сугерираат дека скоро 11 проценти од населението доживуваат социјална фобија за време на нивниот живот. Се чини дека повеќе жени отколку мажи го развиваат ова нарушување. Состојбата често започнува во детството или адолесценцијата.

Социјалната фобија вообичаено се појавува по пубертетот, или пак, за време на адолесценцијата, а незиниот врв го достигнува околу триесеттите години од животот. За многу луѓе социјалната фобија може да претставува пречка во секојдневниот живот и навиките, а на други пак, може да им ги уништи најубавите години од животот.[44]

Многу мал дел од луѓето кои се соочуваат со овој проблем бараат професионална помош, а уште помал број од нив применуваат правилна терапија за лечење на оваа состојба и сами посегнуваат кон медикаменти. Потребно е социјалната фобија да се одвои од анксиозноста која е пократкотрајна, а луѓето ја чувствуваат како дел од процесот на прилагодување на социјалните околности.

Проблемот е во тоа што социјалната фобија влијае врз ставот и мислењето околу себе. Оние работи и активности кои младите ги прават со леснотија, оние кои се соочуваат со социјална фобија не можат. Тие лица се преосетливи, тажни и

[43] Pilgrim, David; Rogers, Anne (2005) A sociology of mental health and illness (3rd ed.). Milton Keynes: Open University Press. ISBN 978-0-335-21583-6.
[44] Pilgrim, David; Rogers, Anne (2005) A sociology of mental health and illness (3rd ed.). Milton Keynes: Open University Press. ISBN 978-0-335-21583-6.

фрустрирани. Овие млади се парализирани со својот страв, прекумерно се стрaмежливи и оптеретени со впечатокот кој ќе го остават кај останатите, па затоа ги избегнуваат местата каде би можеле да се најдат во социјални ситуации. Тоа често ги доведува до повлекување од околината и резултира со губиток на квалитетот на нивниот живот и антисоцијалност.[45]

Социјалната фобија е големо оптеретување за лицето кое се справува со неа. Често е придружена со други психички проблеми. Според бројните податоци, социјалната фобија често се поврзува и со депресија, алкохолизам, панично пореметување и анксиозност. Доколку не се лечи, социјалната фобија се развива и продлабочува и може хронично да го оневозможи болниот да се справува нормално со својот професионален и личен живот. Затоа е потребно адекватно и навремено да се лекува.

Лечењето е потребно во сите случаи кога социјалната фобија влијае врз личноста. Лечењето може да се одвива со помош на фармакотерапија, или пак, со различни методи на психотерапија и комбинации на методи во консултација и следење од страна на стручно лице психолог - психотерапевт.[46]

4.3 Панични растројства

Кога едно лице има напади на паника, тоа е проследено со интензивни и често неконтролирани чувства на вознемиреност, во комбинација со низа физички симптоми. Некој кој има напад на паника може да чувствува отежнато дишење, болка во градите, вртоглавица и прекумерно потење. Понекогаш, луѓето кои доживуваат паничен напад мислат дека доживуваат срцев удар или се пред смрт. Ако некое лице има повторени напади на паника или упорно се плаши дека ќе има повеќе од еден месец, се вели дека има панично растројство.

---

[45] Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso J., Angermeyer, M.C., et al. (May 2008) "Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world". The British Journal of Psychiatry. **192** (5): 368–75.
[46] Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., et al. (June 2011) "Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis". Lancet. **377**

Паничното растројство може да се карактеризира со:

- Присуство на периодични и неочекувани („необични“) напади на паника.
- Загриженост барем еден месец откако имале напад на паника дека ќе имаат уште еден.
- Загриженост за последиците од нападот на паника (како на пример, размислување дека нападот на паника е знак на недијагностициран медицински проблем). На пример, некои луѓе повторуваат медицински тестови поради овие грижи и, и покрај уверувањето, сè уште стравуваат дека не се чувствуваат добро.
- Значителни промени во однесувањето, што се однесуваат на нападите на паника (како што се избегнување активности, како што се вежбање затоа што тоа го зголемува срцевиот ритам).[47]

Паничните напади го достигнуваат својот врв во рок од околу 10 минути и обично траат до половина час, оставајќи да се чувствувате уморно или исцрпено. Тие можат да се појават неколку пати на ден или може да се случат само еднаш на неколку години. Тие дури можат да се појават и додека луѓето спијат, будејќи ги за време на нападот. Многу луѓе доживуваат напад на паника еднаш или двапати во животот - ова е вообичаено и не е панично нарушување.

Паничните нарушувања се присутни и кај помладата генерација. Паничните напади во последно време се вообичаена појава. До 40 проценти од населението ќе доживее напад на паника во одредено време од нивниот живот. [48]

Некои од вообичаените знаци и симптоми на напад на паника вклучуваат:

- чувство на огромна паника или страв;
- мислата дека умираш, се гушиш, „губиш контрола“ или „полудуваш“;
- зголемен ритам на срцето;

[47] Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., et al. (June 2011) "Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis". Lancet. **377**

[48] O'Connor, R., Sheehy, N. (29 January 2000) Understanding suicidal behaviour. Leicester: BPS Books. pp. 33–37.

- отежнато дишење (чувство дека нема доволно воздух);
- чувство на задушување;
- прекумерно потење;
- вртоглавица, слабост или чувство на слабост.

Луѓето кои доживуваат напад на паника, исто така, можат да доживеат „дереализација“; чувство дека тие или светот околу нив не е реален. Се смета дека овој симптом е поврзан со физиолошките промени што се случуваат во телото за време на одговорот на анксиозноста.

Не постои единствена причина за панично растројство. Обично се вклучени голем број фактори, вклучително:

- Семејна историја - Луѓето со панично растројство имаат тенденција да имаат семејна историја на анксиозни нарушувања или депресивни состојби, а некои студии укажуваат на генетската компонента.
- Биолошки фактори - Некои медицински состојби (срцеви аритмии, хипертироидизам, астма, хронично опструктивно белодробно заболување и синдром на нервозно дебело црево) се поврзани со панично растројство.
- Негативни искуства - Исклучително стресни животни искуства, како што се сексуално злоставување во детството, технолошки вишок или умирање, се поврзани со напади на паника. Периодите на постојан, непрекинат стрес се исто така фактор на ризик.

4.4 Фобија

Загриженоста или стравот за одредени ситуации, активности, животни или предмети не е невообичаена. Многу луѓе се чувствуваат вознемирено кога се соочуваат со змија или пајак, височини или патуваат со авион. Стравот е

рационален одговор на ситуации кои можат да претставуваат закана за нашата безбедност.[49]

Сепак, некои луѓе реагираат на предмети, активности или ситуации (фобичниот стимул) со замислување или ирационално преувеличување на опасноста. Нивните чувства на паника, страв или терор, се целосно несразмерни со реалната закана. Понекогаш само размислувањето за фобичниот стимул или неговото гледање на ТВ е доволно за да предизвика реакција. Овие типови на прекумерни реакции може да бидат показател за специфична фобија.

Луѓето со специфична фобија честопати добро знаат дека нивните стравови се претерани или ирационални, но сметаат дека нивната вознемирена реакција е автоматска или неконтролирана. Специфични фобии честопати се поврзани со напади на паника, при што лицето доживува огромни физички сензации, што може да вклучуваат: зголемено срцебиење, гушење, гадење, слабост, вртоглавица, болка во градите, црвенило и потење.[50]

Специфичните фобии се карактеризираат со:

- Личностите имаат постојан, прекумерен и неразумен страв од одреден предмет, активност или ситуација, на пример, височини, крв или средба со куче.
- Избегнуваат ситуации во кои можеби ќе треба да се соочат со фобичниот стимул, на пример, не одење по улица каде што може да има куче. Ако ситуацијата е неизбежна, веројатно ќе почувствуваат високо ниво на вознемиреност.
- Вознемиреноста или избегнувањето на ситуации поврзани со стравот го отежнуваат секојдневниот живот (на пример, спречува во одвивање на работата, учење или гледање со пријатели и семејство).

[49] O'Connor, R., Sheehy, N. (29 January 2000) Understanding suicidal behaviour. Leicester: BPS Books. pp. 33–37.
[50] Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., et al. (July 2018) "Preventive strategies for mental health". The Lancet. Psychiatry. **5** (7): 591–604.

- вознемиреноста и избегнувањето се постојани и се присутни најмалку 6 месеци или повеќе.

Специфичните фобии генерално се поделени во следниве категории:

- животни: страв што се однесува на животни или инсекти (на пример, страв од кучиња или пајаци).
- природна средина: страв поврзан со природната средина (на пример, страв од грмотевици или височини).
- крв / инјекција / повреда: страв поврзан со инвазивни медицински процедури (на пример, инјекција) или гледање крв или повреда.
- специфична ситуација: страв од специфични ситуации (на пример, лифтови, мостови или возење).
- нешто друго: какви било други специфични фобии (на пример, страв од гушење, страв од повраќање).

Личноста може да има повеќе од еден вид специфична фобија. Другите специфични фобии, како што е стравот од јавно обраќање, се повеќе поврзани со социјалната фобија. Социјалната фобија е состојба кога луѓето се премногу загрижени за тоа како се претставуваат пред другите.[51]

Првите симптоми на специфични фобии обично се јавуваат во детството или раната адолесценција.[52]

Децата доживуваат низа вообичаени стравови додека растат. Тие вклучуваат работи како што се: гласни звуци и странци, имагинарни суштества или мрак (предучилишна возраст), природни катастрофи и животни (рано основно училиште) и болести и смрт (повисоко основно училиште).

[51] Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., McGorry P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., et al. (July 2018) "Preventive strategies for mental health". The Lancet. Psychiatry. **5** (7): 591–604.
[52] Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., et al. (July 2018). "Preventive strategies for mental health". The Lancet. Psychiatry. **5** (7): 591–604.

Личноста учи како да управува со овие стравови. Како и да е, децата, дури и малите деца, можат да развијат специфични фобии и дури можат да доживеат и напади на паника. Децата имаат поголема веројатност да развијат специфични фобии отколку други анксиозни нарушувања и честопати не се свесни дека нивните стравови се ирационални или претерани.

Неколку фактори веројатно го зголемуваат ризикот од развој на специфична фобија. Овие вклучуваат:

- Семејна историја на проблеми со менталното здравје - Специфични фобии може да се појават во семејството, делумно поради генетска предиспозиција.
- Трауматски искуства - Ако лицето било сведок или доживеало трауматски настан (на пример, каснување на животно), потоа може да се чувствува крајно исплашено од ситуации или предмети поврзани со настанот.

4.5 Опсесивно-компулсивно растројство

Вакво растројство има кога едно лице има тековни несакани/нападни мисли и стравови кои предизвикуваат вознемиреност. Иако лицето може да ги препознае овие мисли како глупави, тоа честопати се обидува да ја ослободи својата вознемиреност со изведување на одредени однесувања или ритуали. На пример, страв од микроби и контаминација може да доведе до постојано миење на рацете и облеката.

Овие мисли можат да влијаат на однесувањето, што е корисно на моменти. На пример, размислувањето „можеби ја оставив рерната вклучена“ води кон тоа да се провери дали рерната е исклучена.

Меѓутоа, ако таа мисла стане опсесивна (повторувачка), може да влијае негативно на однесувањето, што можат да предизвика потешкотии во секојдневното функционирање. Опсесивно размислувањето „ја оставив рерната вклучена“ може да доведе до повторна проверка.

За време на детството, пред пубертетот, ритуалното однесување е често нормална појава, без какви било понатамошни значителни проблеми. Студиите покажале дека блиските роднини на заболеното дете презентираат зголемени стапки на ОКР и тик растројства, во споредба со општата популација. Преваленцијата кај децата и адолесцентите е констатирано дека изнесува меѓу 0.3% и 3%, во зависност од примерокот и возраста на групата која била опфатена со студијата. Во групите на помала возраст растројството е почесто кај момчињата, но приближувајќи се до адолесценцијата, не постои разлика меѓу половите. Кај околу 30 до 50% од возрасните пациенти со ОКР симптомите започнале уште во детството. Опсесивно-компулсивното растројство има тенденција да стане хронично. Одложувањето на барањето на психијатриска евалуација и грижа се проценува дека е долго, што има влијание на прогнозата. Се препорачува рана интервенција.[53]

Луѓето со ова нарушување често чувствуваат силен срам за нивната потреба да ги послушаат своите опсесивни мисли. Овие чувства на срам можат да го влошат проблемот и срамот, а потребата од тајност поврзана со опсесивното компулсивно нарушување може да доведе до одложување на дијагнозата и третманот. Исто така, може да резултира во социјална попреченост.

Најчести опсеивно-компулсивни мисли се:

- Чистота - опсесивно миење раце или чистење во домаќинството за да се намали претераниот страв од контаминација; опсесија со ред или симетрија, со огромна потреба за извршување задачи или поставување предмети, како што се книги или прибор за јадење на одредено место.
- Броење / складирање - постојано броење предмети, како што се облека или блокови на тротоарите кога се движат; собирање предмети, како пошта и стари весници.

[53] Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., et al. (July 2018) "Preventive strategies for mental health". The Lancet. Psychiatry. **5** (7): 591–604.

- Безбедност / проверка - кога лицето има опсесивни стравови за штета што може да им се случи на нив самите или на другите, постојано проверување дали шпоретот е исклучен или дали прозорците и вратите се заклучени.
- Сексуални проблеми - има ирационално чувство на одвратност во врска со сексуалната активност.
- Религиозни / морални прашања - чувство на принуда да се моли одреден број пати на ден или во толкава мера што се меша во нивната работа и/или врска.[54]

Луѓето со вакво нарушување исто така може да доживеат други проблеми со менталното здравје, вклучувајќи депресија, други анксиозни нарушувања, нарушување во исхраната и/или проблеми со употреба на алкохол или супстанции.

Близу 3 % од луѓето доживуваат опсесивно-компулсивни нарушувања во текот на нивниот живот и приближно 2 % во период од 12 месеци.

Ова нарушување може да се појави во кое било време од нашиот живот, дури и децата на возраст од шест или седум години можат да имаат симптоми, иако се чини дека симптомите се развиваат целосно за првпат во адолесценцијата.

Се смета дека ова нарушување се развива од комбинација на генетски и фактори на животната средина. Голем број на фактори можат да го зголемат ризикот од развој на ова нарушување, вклучувајќи семејна историја, социјални фактори и психолошки фактори. Други фактори, специфични за ова нарушување, вклучуваат:

- Биолошки фактори - поврзани со неколку невролошки фактори и намалено ниво на серотонин (хемикалија што пренесува пораки помеѓу мозочните клетки);

[54] Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., et al. (July 2018). "Preventive strategies for mental health". The Lancet. Psychiatry. **5** (7): 591–604.

- Однесување/научено однесување - Некои експерти сугерираат дека ОКН може да се развие како резултат на научено однесување, или со директно условување (на пример, развој на присила за миење по заразување со болест од контакт со животно) или учење со гледање на однесувањето на другите, на пример, родители.[55]

Ова нарушување зема сѐ поголем замав и тоа кај помладите генерации. Голема улога има и последната година во која сите бевме сведоци на појава на пандемија која од корен ни го смени животот. Кај сѐ повеќе луѓе е присутно ова нарушување.

ОКН се лекува и барањето стручна поддршка е првиот чекор кон закрепнување. Постојат два главни типа на ефективни третмани за ОКН - психолошките третмани генерално ќе бидат првата линија на третманот. Во некои тешки случаи, лековите исто така можат да бидат ефикасни.

4.6 Посттрауматско стресно нарушување (ПТСН)

Посттрауматско стресно нарушување (ПТСН) е посебен сет на реакции што можат да се развијат кај луѓе кои поминале низ трауматски настан што им се заканувал на нивниот живот или безбедност, или на другите околу нив. Ова може да биде автомобилска или друга сериозна несреќа, физички или сексуален напад, војна или тортура или разни катастрофи, како што се пожари или поплави. Како резултат на тоа, лицето доживува чувство на силен страв, беспомошност или ужас.

Ова може да се случи откако некое лице доживеало трауматски настан (на пример, војна, напад, несреќа, катастрофа). Симптомите може да вклучуваат тешкотии при опуштање, вознемирувачки соништа или враќање назад на настанот и избегнување на што било поврзано со настанот. ПТСН се дијагностицира кога некое лице има симптоми најмалку еден месец.

[55] Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (December 2000). "A twin study of personality disorders". Comprehensive Psychiatry.

Луѓето со ПТСН често чувствуваат паника или екстремен страв, сличен на стравот што го чувствувале за време на трауматскиот настан. Лице со ПТСН доживува четири главни типа на потешкотии.[56]

- Повторно преживување на трауматскиот настан - Лицето го преживува настанот преку несакани и периодични спомени, често во форма на живописни слики и кошмари. Може да има интензивни емоционални или физички реакции, како потење, или паника кога ќе се потсети на настанот.
- Лицето доживува тешкотии во спиењето, раздразливост и недостаток на концентрација и постојано барајќи знаци на опасност.
- Избегнување потсетници за настанот - Лицето намерно избегнува активности, места, луѓе, мисли или чувства поврзани со настанот, бидејќи тие му враќаат болни спомени.
- Чувство на емоционално вкочанетост - Лицето губи интерес за секојдневни активности, се чувствува отсечено и одвоено од пријателите и семејството или се чувствува емотивно рамно и вкочането.

Не е невообичаено луѓето со ПТСН да доживуваат и други проблеми со менталното здравје истовремено. Тие можеби се развиле директно како одговор на трауматскиот настан. Овие дополнителни проблеми, најчесто се: депресија, вознемиреност и употреба на алкохол или дрога.[57]

Секој може да развие ПТСН по трауматски настан, но луѓето се изложени на поголем ризик ако настанот вклучува намерна штета, како што е физички или сексуален напад или имале повторени трауматски искуства, како сексуално злоставување во детството или живеење во воена зона. Освен самиот настан, факторите на ризик за развој на ПТСН вклучуваат историја на траума во минатото или претходни проблеми со менталното здравје, како и постојани стресни животни настани по траумата и отсуство на социјална поддршка.

[56] Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (December 2000) "A twin study of personality disorders". Comprehensive Psychiatry.
[57] Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (December 2000) "A twin study of personality disorders". Comprehensive Psychiatry.

Околу 12 проценти од населението ќе доживеат ПТСН во текот на нивниот живот. Тешките несреќи се една од најголемите причини за појава на ПТСН.

Многу луѓе доживуваат некои од симптомите на ПТСН во првите неколку недели по трауматскиот настан, но повеќето се опоравуваат сами или со помош на семејството и пријателите. Поради оваа причина, третманот обично започнува дури околу две недели по трауматското искуство. И покрај тоа што формалното лекување не може да започне веднаш, важно е во текот на првите неколку дена и недели да се добие некаква помош.[58]

Поддршката од семејството и пријателите е многу важна за повеќето луѓе. Обидот, колку што е можно, да ги минимизира другите стресни животни искуства, му овозможува на лицето да се фокусира повеќе на неговото/нејзиното закрепнување. Ако некое лице се чувствува многу вознемирено во кое било време по трауматски настан, тој/таа треба да разговара со лекар или друг здравствен работник. Ако некое лице доживее симптоми на ПТСН кои траат над две недели, психијатарот може да препорача да започне третман за ПТСН.

Достапни се ефективни третмани. Повеќето вклучуваат психолошки третман (терапија со зборување), но може да се препишат и лекови во некои случаи. Третманите со лекови не се препорачуваат во рок од четири недели од појавувањето на симптомите, освен ако сериозноста на вознемиреност на лицето не може да се поправи само со психолошки техники. [59]

[58] Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience.
[59] Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience.

Глава 2 - Знаци на депресија и анксиозност кај тинејџерите и младите возрасни

Раздразливоста, тагата, промените во навиките на спиење и хранење, лутината и ниската самодоверба се типични за младите кои минуваат низ пубертет, па тешко е да се утврди во кои случаи, всушност, се работи за депресија.[60]

5.1 Знаци на депресија кај тинејџерите и младите возрасни

За да се открие дали адолесцентот страда од депресија или е „само тинејџер“, треба да се земе предвид долготрајноста и сериозноста на симптомите. Симптомите кои не исчезнуваат со седмици или месеци и влијаат врз нормалното функционирање на детето најчесто сигнализираат депресија. Еве некои од симптомите и знаците кои се карактеристични за депресивен тинејџер:

- Постојано е тажен и раздразлив, и тоа не само кога контактира со родителите, туку и со пријателите. Лош сигнал е кога средбите со пријателите не ги тргаат тагата и раздразливоста од однесувањето на тинејџерот.
- Лутина и агресивност, дури и кога не е испровоциран. Треба да се знае дека депресијата кај адолесцентите се манифестира на малку поразличен начин отколку кај возрасните. Додека депресивните возрасни лица најчесто се повлечени и тажни, кај тинејџерите депресијата почесто води до гневно однесување и изблици на лутина. Депресивните адолесценти имаат ниско ниво на толеранција, нетрпеливи се и буквално сѐ може да ги извади од такт. Понекогаш се агресивни, па дури и насилни.
- Често плачење.

[60] Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience.

- Наеднаш влошен успех на училиште. Одличниот ученик кој страда од депресија одеднаш може да започне да добива ниски оценки. Нему му е тешко да се сконцентрира, да помни детали и да донесува одлуки. Му недостига ентузијазам и желба за учење.
- Губи интерес за неговите хобија. Депресијата може да го оттргне тинејџерот од неговите хобија, како свирење гитара, танцување, пеење, тренирање одреден спорт и слично.
- Покажува незаинтересираност за забава и дружење. Тинејџерите кои страдаат од депресија најчесто ја губат желбата за излегување со пријателите или учество во забавни активности кои дотогаш ги развеселувале. Тие може да ги оценуваат друштвените активности како „здодевни“ и „глупави“. Под влијание на депресијата, личностите кои отсекогаш биле активни и екстравертни, одеднаш можат да станат тивки и повлечени.
- Губи апетит и драстично слабее или се храни основно со брза храна и нагло се дебелее. Депресијата најчесто е проследена со губење на апетит, но понекогаш тагата ја поттикнува желбата за мрсна или слатка калорична храна што води до здебелување. Затоа, важно е да се обрне внимание на драстичната промена во начинот на хранење и во телесната тежина.[61]
- Доминантни чувства на беспомошност и бесполезност, ниска самопочит. Коментарите како „Јас во ништо не сум добар“, „Нема ништо убаво во мојот живот“, „Изгледам одбивно“ и „Мојот живот е бесмислен“ се многу чести за тинејџерите кои страдаат од депресија. Депресивните адолесценти чувствуваат вина, често се навраќаат на минат неуспех и се пречувствителни на критицизам.
- Има недостиг на енергија. Му се чини дека секоја активност бара од него преголем напор и најчесто одбива да стапи во акција.

[61] Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience.

- Нетипични бавни движења и забавено зборување. Депресивните лица не чувствуваат ентузијазам и имаат ниска енергија, па тоа резултира со бавни движења, кратки реченици и забавено зборување.
- Инсомнија, предолго спиење, спиење во невообичаен период од денот. Предолгото спиење и будноста во текот на ноќните часови е карактеристично за адолесцентите. Но, инсомнијата и предолгото спиење можат да бидат знаци на депресија. Депресивните тинејџери може да спијат повеќе од 12 часа, а исто така да ги преспиваат оние периоди од денот кои претходно им биле предвидени за забавни активности – саботно излегување на кафе, следење на омилената серија и слично.
- Употреба на цигари, алкохол или дроги. Употребата на дрога и депресијата често одат рака под рака. Депресивните лица полесно се справуваат со негативните емоции и мисли кога користат легални и нелегални дроги.
- Зависност од интернет. Повеќето млади луѓе денес стануваат зависни од интернетот, но депресивните личности го користат како начин да избегаат од реалноста. Тие се приврзуваат толку многу за виртуелниот свет, што презираат сѐ од реалниот.
- Има песимистички и суицидни мисли. Често се шегува за тоа дека ќе се самоубие и користи реченици како „Подобро ќе ми беше да бев мртов“ и „Можеби ќе ме сакате повеќе ако умрам“.[62]

Депресијата има и физички симптоми и тоа:

- Болки во вратот;
- Главоболка - главоболката е често среќаван симптом кај луѓето кои страдаат од депресија;
- Проблеми со дигестивниот систем - чувство на гадење, дијареа или симптоми на запек.
- Болка во градите - болката во градите често е и симптом на депресија;

[62] ^ Insel, T.R. (April 2009) "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". The Journal of Clinical Investigation. **119** (4): 700–5.

- Проблеми со спиењето - луѓето кои страдаат од депресија имаат проблеми со спиењето. Некои од нив тешко можат да заспијат и да се будат порано, а некои спијат многу повеќе од нормалното;
- Промени во апетитот - некои луѓе кои се во депресија го губат апетитот и логично губат тежина. Други пак, постојано мислат на храна, внесуваат многу повеќе јаглехидрати и ја покачуваат телесната тежина;
- Замор, вртоглавица, несвестица - промените во апетитот, проблемите со спиењето, главоболката, сето тоа може да доведе до вртоглавица или дури до несвестица.

5.2 Знаци на анксиозност кај тинејџерите и младите возрасни

- **Претерана загриженост -** Еден од честите симптоми на анксиозното нарушување е претераната загриженост, која започнува од посериозни работи и преминува и кон претерано грижење за обичните, секојдневни работи. Луѓето немаат контрола врз своите мисли, при што нарушувањето им ја отежнува концентрацијата и секојдневното функционирање.
- **Чувство на вознемиреност -** Кога некој се чувствува анксиозно, дел од неговиот нервен систем започнува да се преоптеретува со работа. Испотени дланки, зголемен пулс, раце што се тресат, суви усни, а сите тие симптоми се случуваат бидејќи мозокот започнува да мисли дека е во опасност и го подготвува телото да реагира на тоа. Всушност, претераното, т.е анксиозно размислување, доведува до појава на неконтролиран и нерационален страв.[63]
- **Чувство на неспокој -** Тоа е уште еден чест симптом на анксиозност, кој е особено изразен кај децата и тинејџерите. Кога некој се чувствува неспокоен, тој има потреба да се движи, да избега, бидејќи се чувствува неудобно. При едно истражување во кое биле вклучени 128 деца, кај 74 %

[63] Insel, T.R. (April 2009) "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". The Journal of Clinical Investigation. **119** (4): 700–5.

од нив, неспокојството и внатрешниот немир биле главниот симптом на анксиозното нарушување.

- **Постојан замор -** Лесното заморување е уште еден во низата на препознатливи и чести симптоми дека личноста страда од анксиозно нарушување. Ова воедно можеби звучи изненадувачки, бидејќи анксиозноста често се поврзува со хиперактивност. Кај некои, заморот можеби е хроничен, но кај некои, по заморот следува паничен и анксиозен напад.
- **Потешкотии во концентрацијата -** Многу луѓе кои страдаат од анксиозност имаат потешкотиите при концентрирањето на важните работи. Дури 2/3 од 157 анксиозни деца, вклучени во истражување за нарушувањето, го имале овој симптом. Тоа е бидејќи анксиозноста влијае и ја прекинува работата на меморијата.
- **Раздразливост -** Повеќето луѓе кои страдаат од анксиозност многу лесно стануваат раздраздливи и често сѐ околу нив ги иритира. Во истражување кое вклучило 6.000 возрасни луѓе, повеќе од 90% се соочувале со раздразливост при анксиозните моменти.
- **Притисок во мускулите -** Анксиозноста не го опфаќа само нервниот, психички дел кај човекот, туку лесно може да премине и врз физичкиот. Така, појавата на притисок или чувството на затегнатост во мускулите, во поголемиот дел од времето, може да биде знак на анксиозност. Најчесто за ова експертите препрачуваат музика што ќе релаксира.
- **Проблеми при спиењето -** Честите проблеми при спиењето, односно доколку имате потешкотии да заспиете и воопшто да спиете, тоа може да биде индикатор дека се соочувате со анксиозно нарушување. Едно истражување покажало дека дури 1000 деца, кои биле учесници во истото, страдале од инсоминија, која подоцна резултирала со анксиозност кога пораснале.
- **Го избегнувате социјализирањето -** Најверојатно имате анксиозност доколку чувствувате претерана нервоза и вознемиреност за присуство на некој социјален настан, загрижени сте дека останатите ќе ве осудуваат и

набљудуваат, се плашите дека ќе бидете понижени и засрамени и во целост поради овие симптоми, го избегнувате социјализирањето со други луѓе.[64]

Психолошките симптоми на анксиозноста се претерана плашливост и загриженост, чувство на внатрешна напнатост и немир, ослабена концентрација, раздразливост, зголемена чувствителност на бучава, лесно заморување, слаба меморија, која често е резултат на намаленото внимание и концентрација.

Телесните симптоми на анксиозноста се [65]

- забрзана работа на срцето,
- тешко дишење, чувство на недостаток на воздух,
- стегање во градите,
- сува уста, потешкотии во голтањето („кнедла во грлото“),
- зголемено потење на дланките, често мокрење, вртоглавица, „пеперутки“ во стомакот,
- болки во мускулите,
- ослабена сексуална желба,
- треперење на целото тело.
- присутни се и пореметувања во однесувањето: чувство на блокираност, преувеличување на доживувањата, тешкотии во спиењето во смисла на несоница, често будење, или пак, ноќни кошмари.

Ако кај една личност се присутни повеќето од овие симптоми повеќе од шест месеци, најверојатно таа личност страда од анксиозно пореметување. Возрасните со ова нарушување често се загрижени за секојдневниот живот, за одговорностите на работното место, финансиите, за здравјето на своите најблиски, се мачат со катастрофични предвидувања во врска со своите најблиски. Анксиозната личност целата е облеана со неодреден, ирационален

[64] Insel, T.R. (April 2009) "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". The Journal of Clinical Investigation. **119** (4): 700–5.
[65] Insel, T.R. (April 2009) "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". The Journal of Clinical Investigation. **119** (4): 700–5.

страв со кој се парализира во своето функционирање, а се јавува и силно чувство на немоќ.

Една студија спроведена од страна на Центарот за контрола и превенција на болести (ЦДЦ), покажа дека 7,1% од децата на возраст од 3 до 17 години (приближно 4,4 милиони) се дијагностицирани со анксиозност и 3,2% од децата на возраст од 3 до 17 години (приближно 1,9 милиони) се дијагностицирани со депресија.[66]

Многу научници одговорот на ова прашање го гледаат во хемискиот дисбаланс во мозокот. Често го мерат според Хамилтонова скала, па вредностите се од 0 до 59. Сепак, за депресијата постојат 2 биолошки причини и 7 од влијанието на околината.

Причините се различни и имаат различна улога во животите на депресивните и анксиозни луѓе. Дури и Светската здравствена организација испраќаше предупредувања дека треба да се почне со подлабоко анализирање на причините што доведуваат до депресија и анксиозност. Главните причини за депресија се должат на генетските фактори (генетска предиспозиција), па така многу е важно да се процени дали пациентот има семејна историја на болеста.

Слично на тоа, депресивните слики исто така можат да бидат резултат на физиолошки фактори, како и на личната состојба и причините за животната средина. Секој од овие фактори ќе биде објаснет во продолжение.

Во една студија за откривање на причините за дебелеењето се забележало дека голем број од лицата што имаат прекумерна тежина, особено жените, дошле до таква состојба бидејќи не сакале да го привлечат вниманието од спротивниот пол.

Испитувањето открило дека 55% од нив на млада возраст биле сексуално злоупотребени. Жените, всушност, несвесно се дебелееле за да не им го

[66]2. Ghandour, R.M., Sherman, L.J., Vladutiu, C.J., et al. (2019) Преваленца и третман на депресија, анксиозност и проблеми во однесувањето кај децата во САД. J Педијатр. 2019; 206: 256-267.e3.

привлечат вниманието на мажите, за кои сметале дека ќе ги повредат. Ваквите податоци поттикнале дополнителни истражувања, односно се анализирало колку траумите што биле доживеани во детскиот период влијаат врз подоцнежното психичко здравје. Се откриле дека траумите доживеани во детството го предизвикуваат ризикот за појава на депресија во возрасна доба. Ако сте имале 7 категории на трауматско искуство како дете, тогаш имате 3.100 проценти повеќе шанси да имате самоубиствени мисли како возрасен човек и повеќе од 4.000 проценти за да станете зависник од наркотици.

Научниците откриле дека доколку се дискутира за преживеаните трауми со авторитетна фигура во која се има доверба, а се разбира да се потенцира и дека не е по вина на пациентот, тогаш тоа помага во намалувањето на срамот што луѓето го чувствуваат. Со тоа почнува заздравувањето.[67]

6. Причини за појава на депресија

6.1 Генетски фактори

Утврдено е дека склоноста да се заболи од депресија е наследна. Тоа е слично на склоноста кон други болести, на пример, шеќерна болест и срцеви заболувања. Ако се открие присуство на историја на депресија во потесното семејно опкружување (родители и/или браќа и сестри), ова може да ги зголеми шансите за добивање на оваа болест од 25 % на 30 %. Постојат студии со монозиготни близнаци (кои доаѓаат од еден зигот што се дели на два дела по оплодувањето) кои покажуваат дека веројатноста едниот близнак да страда од депресија се зголемува до 50% во случај на историја кај другиот. Веројатноста, сепак, е значително намалена кај дизиготни близнаци, дури 25% помалку.[68]

---

[67] Insel, T.R. (April 2009) "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". The Journal of Clinical Investigation. **119** (4): 700–5.
[68] Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (December 2000) "A twin study of personality disorders". Comprehensive Psychiatry. **41**

6.2 Физиолошки фактори

Се смета дека депресивните растројства делумно се должат на хемиската неурамнотеженост во мозокот. Депресијата е поврзана со намалување на невротрансмитерот наречен серотонин, конкретно во дендритите кои пренесуваат импулси од аксонот на еден неврон во сомата на другиот. Ова неурамнотеженост се лекува со антидепресанти.

Поради оваа причина, психијатрите понекогаш користат група лекови, селективни инхибитори на повторното навлегување на серотонин, чија главна функција е да ја зголемат предиспозицијата за серотонергични нивоа кај пациенти со депресија, од кои најпознат е несомнено оној што се продава под името на брендот Прозак, чија активна супстанција е флуоксетин.

Други лекови, како што се анксиолитици кои делуваат на друг невротрансмитер ГАБА (γ-аминобутирна киселина) исто така можат да се користат. Анксиозноста се смета за сестра на депресијата и тие обично се поврзани во поголема или помала мера. Анксиолитичките лекови, како што се бензодиазепини се оние кои најчесто се препишуваат.

Меѓу најчестите причини со кои е поврзана депресијата, се истакнуваат дијабетес и хипертироидизам. Од друга страна, забележано е дека воспалителните процеси кои влијаат на мозокот значително ги зголемуваат шансите за развој на клиничка депресија. Ова значи дека широк спектар на проблеми во телото можат да влијаат на менталното здравје повеќе или помалку индиректно, бидејќи има многу биолошки компликации што завршуваат со генерирање на воспаленија.[69]

[69] Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (December 2000) "A twin study of personality disorders". Comprehensive Psychiatry. **41**

6.3. Лични фактори

Докажано е дека преваленцата на оваа болест е значително поголема кај жените, особено за време на бременост и постпартално (ДПП) поради хормонални варијации.

Постпарталната депресија (ППД) се дефинира како минливо нарушување што се јавува помеѓу два и четири дена по породувањето и исчезнува спонтано во период од две недели. Постојат два вида на ППД, депресија *модринки* и самото депресивно растројство.[70]

Во медицината се нарекува *модринки,* до благо нарушување на расположението на мајката, со благи депресивни симптоми. Тоа се манифестира со недостаток на концентрација, вознемиреност, тага, но пред сѐ со нестабилност на расположението со голема тенденција да се плаче. Не бара третман бидејќи исчезнува спонтано по кратко време.

Како и да е, во случај на ППД, симптомите се појавуваат во 12 недела и претставуваат поакутна слика. Можат да се појават и психолошки и физички симптоми, на пример, во првиот случај може да се појават чувства на безвредност, самоубиствени идеи или мисли поврзани со смртта, а во случај на физички симптоми, тие може да вклучуваат главоболка и непријатност во цревата меѓу другото. Во овој случај, потребен е медицински третман.

6.4 Возраста

Возраста е исто така детерминирачки фактор. Периодот помеѓу 35 и 45 години е оној со најголема инциденца на оваа болест. Иако вреди да се потенцира и депресијата кај малолетните лица, главно во периодот на пубертет и

[70] Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience. **12** (1)

адолесценција, возраст во која доживуваме многу важни хормонални промени, додека психолошки се дефинираме како луѓе.

6.5 Стрес

Стресот се поврзува со појавата на депресивни растројства, посебно личните трагедии или несреќи. Депресивните растројства почесто се јавуваат во одредени фази од животот, кои вклучуваат големи промени во животот, на пример, раѓање на дете, климактериум и смртни случаи. Како резултат на тоа, тие почесто се јавуваат кај младите возрасни лица, жените, постари лица и лица со физички здравствени проблеми.

6.6 Карактер

Луѓето со одредени карактери се повеќе склони да добијат симптоми на депресија. Депресијата обично се јавува кај луѓе кои лесно се обеспокојуваат, кои се многу чувствителни и емотивни и кои бурно реагираат или лесно се вознемируваат за работите кои им се случуваат во животот. Лицата кои се перфекционисти и самокритични и кои поставуваат високи стандарди за себе и за другите, се склони на депресија. Лица кои се многу зависни од други лица исто така се склони на депресија ако се разочараат. За разлика од нив, лицата кои се оптимисти и кои позитивно размислуваат не се склони да заболат од депресија.

Користење на алкохол и други видови на дрога ги прави луѓето да бидат многу склони на депресија. Тоа исто така придонесува за зголемување на ризикот од самоубиство кај луѓето со депресивни растројства.[71]

[71] Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience. **12** (1):

6.7. Фактори на животната средина

Се разгледуваат причините поврзани со животната средина како надворешни стимули кои влијаат на лицето и кои можат да дејствуваат како катализатори за депресија.

Негативните ситуации, семејството и/или работата, можат да предизвикаат стрес и да предизвикаат депресија, особено ако лицето има историја на зависност од алкохол или употреба на дрога. Ниската врска со другите луѓе, како и тешкотијата во комуникацијата и изолацијата се клучни фактори кои ја зголемуваат веројатноста дека поединецот развива слика на депресија.

Користењето лекови може да го оневозможи процесот на осознавање на причините за депресијата, анксиозноста и срамот. Можно е поради тоа да не се дознае подлабоката причина за депресијата, а и да не дојде до намалување или ослободување од неа. Од наведеното може да се заклучи дека депресијата и анксиозноста, сепак, се предизвикани од настани што се случиле во нашите животи, односно не е причина дисбалансот во мозокот, туку начинот на кој многумина од нас биле принудени да живеат. Постојат и вистински биолошки фактори, како нашите гени, кои можат да нѐ направат почувствителни на овие причини, но тие не се примарните предизвикувачи. Болката што многумина ја чувствуваат е вистинска и доколку се погледне длабоко во причините, ќе се види дека во најголемиот број случаи не е ирационална. Затоа, експертите советуваат дека за да се справиме со депресијата, потребно е да се справиме и со нејзините предизвикувачи што се скриени во нас.[72]

[72] Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience. **12** (1):

Како што напоменавме, експертите не се сигурни за точната причина. Но, најверојатно тоа е комбинација од фактори кои играат улога. Ова вклучува генетски и фактори на животната средина, како и хемијата на мозокот.[73]

7. Причини за појава на анксиозност[74]

7.1 Медицински причини

За некои луѓе, вознемиреноста може да биде поврзана со некое основно здравствено прашање. Во некои случаи, анксиозните знаци и симптоми се првите показатели на медицинска болест. Ако вашиот лекар се сомнева дека вашата вознемиреност може да има медицинска причина, тој или таа може да нарача тестови за да побара знаци на проблемот.

Примерите на медицински проблеми кои можат да бидат поврзани со анксиозност вклучуваат:

- срцева болест,
- дијабетес,
- проблеми со тироидната жлезда, како што се хипертироидизам,
- респираторни нарушувања, како што се хронично опструктивно белодробно заболување (ХОББ) и астма,
- злоупотреба или откажување од наркотични средства,
- откажување од алкохол, лекови против анксиозност (бензодиазепини) или други лекови,
- хронична болка или синдром на нервозно дебело црево,
- ретки тумори кои произведуваат одредени хормони за борба или бегство,

[73] Fumagalli, F., Molteni, R., Racagni, G., Riva, M.A. (March 2007) "Stress during development: Impact on neuroplasticity and relevance to psychopathology". Progress in Neurobiology.
[74] Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience. **12** (1):

- понекогаш вознемиреноста може да биде несакан ефект на одредени лекови.

7.2 Генетски фактори

Некои луѓе кои доживуваат анксиозни состојби може да имаат генетска предиспозиција кон анксиозност и овие состојби понекогаш можат да се појават во кругот на семејството. Сепак, ако личноста има родител или блиска роднина со анксиозност или друга состојба на ментално здравје, не значи дека автоматски ќе се развие анксиозност.

7.3 Фактори на личност

Истражувањата сугерираат дека луѓето со одредени карактеристики на личноста имаат поголема веројатност да имаат анксиозност. На пример, децата кои се перфекционисти, лесно раздразливи, плашливи, инхибирани, немаат самопочит или сакаат да контролираат сè, понекогаш развиваат вознемиреност за време на детството, адолесценцијата или како возрасни.[75]

7.4 Тековни стресни настани

Услови за вознемиреност може да се развијат поради еден или повеќе стресни настани во животот. Вообичаени предизвикувачи вклучуваат:

- стрес при работата или промена на работата,
- промена во аранжманите за живеење,
- бременост и породување,
- проблеми со семејството и врската,
- голем емоционален шок после стресен или трауматски настан,
- вербална, сексуална, физичка или емоционална злоупотреба или траума,
- смрт или загуба на некој близок.

[75] Fumagalli, F., Molteni, R., Racagni, G., Riva, M.A. (March 2007). "Stress during development: Impact on neuroplasticity and relevance to psychopathology". Progress in Neurobiology.

Овие фактори може да го зголемат ризикот од развој на анксиозно растројство:

- **Траума -** Децата кои претрпеле злоупотреба или траума или биле сведоци на трауматски настани, имаат поголем ризик да развијат анксиозно растројство во одреден период од животот. Возрасните кои доживуваат трауматски настан исто така можат да развијат анксиозни нарушувања.
- **Стрес поради болест -** Нарушената здравствена состојба или сериозна болест може да предизвика значителна загриженост за прашања како што се третман и иднина.
- **Зголемување на стресот -** Голем настан или натрупување на помали стресни животни ситуации можат да предизвикаат прекумерна вознемиреност - на пример, смрт во семејството, работен стрес или постојана грижа за финансиите.
- **Личност -** Луѓето со одредени типови на личност се повеќе склони кон анксиозни нарушувања отколку другите.
- **Други нарушувања на менталното здравје -** Луѓето со други нарушувања во менталното здравје, како што е депресијата, често имаат и анксиозно растројство.
- **Роднини со анксиозно растројство -** Анксиозни нарушувања може да се појават во семејства.
- **Дрога или алкохол -** Користење на дрога или алкохол или злоупотреба или откажување може да предизвика или влоши вознемиреност.

Анксиозноста најчесто доведува до влошување на други ментални и физички состојби, како што се:

- депресија (што често се случува со анксиозно растројство) или други нарушувања на менталното здравје,
- злоупотреба на супстанции,
- проблем со спиењето (несоница),
- проблеми со варењето и цревата,
- главоболки и хронична болка,

- социјална изолација,
- проблеми со функционирањето на училиште или на работа,
- лош квалитет на живот,
- самоубиство.[76]

Речиси една година по појавата на новиот вид коронавирус САРС – КоВ-2 познато е дека овој агресивен патоген не ги напаѓа само белите дробови и дишните патишта, туку може сериозно да го оштети срцето, крвните садови, нервите, бубрезите и кожата. Во јули британските невролози беа шокирани од сознанието дека САРС-КоВ-2 дури и кај пациенти со лесни симптоми или веќе излечени, може да предизвика тешки последици на мозокот и централниот нервен систем, како психози, парализа и мозочни удари кои често доцна се препознаваат. Научниците од Центарот за биомедицинско истражување на Оксфорд откриј дека секој петти пациент може да развие проблеми со менталното здравје како последица на болеста. Особено изолацијата може да доведе до нарушувања како анксиозност, депресии и несоница. Научниците ги објавија своите наоди во стручниот магазин „Лансет психијатрија“.

За обемната студија, спроведена заедно со здравствената мрежа ТриНеткс, беа анализирани речиси 70 милиони анонимизирани електронски досиеја на пациенти во САД. Меѓу нив беа и 62.000 ковид-пациенти со лесни симптоми. Се испитуваше дали овие пациенти развиле психички проблеми во периодот од две недели до три месеци по дијагнозата.

Според студијата, кај 18,1% од ковид- пациентите во анализираниот период е дијагностицирано психичко заболување, што значи кај секој петти заболен

[76] Fumagalli, F., Molteni, R., Racagni, G., Riva, M.A. (March 2007) "Stress during development: Impact on neuroplasticity and relevance to psychopathology". Progress in Neurobiology.

пациент. Кај 5,8% од анализираните за првпат се дијагностицира психичко заболување.[77]

Во истовреме британските научници предупредуваат дека не треба да се преценуваат резултатите од студијата, бидејќи за одредени абнормалности сѐ уште нема убедливо објаснување. Така, според податоците, постои 65 % зголемен ризик за заразување со САРС КоВ -2 кај лица со психички заболувања.

Освен тоа, деменција беше дијагностицирана двапати повеќе кај ковид-пациенти за анализираниот период. Тоа не мора да значи дека САРС КоВ-2 има директно влијание врз мозокот. Можно е деменцијата да е почесто дијагностицирана едноставно само поради тоа што повеќе луѓе се одеднаш прегледани, вели Пол Харисон, професор по психијатрија на Универзитетот Оксфорд.

Не се земени предвид полот и староста на пациентите, дали пушат или консумираат дрога. Сето тоа се фактори кои го зголемуваат ризикот од психичко заболување. Не се земени предвид и социоекономските аспекти и општиот стрес од пандемијата. Притоа ризикот од заболување е повисок за лица од помалку привилегирани социоекономски околности поради лошите услови за работа и живеење. Тие почесто страдаат од психички заболувања. Следните години ќе покажат во кој обем вирусот предизвикал долгорочни последици и психички заболувања. [78]

[77] Fumagalli, F., Molteni, R., Racagni, G., Riva, M.A. (March 2007) "Stress during development: Impact on neuroplasticity and relevance to psychopathology". Progress in Neurobiology.
[78] Fumagalli, F., Molteni, R., Racagni, G., Riva, M.A. (March 2007) "Stress during development: Impact on neuroplasticity and relevance to psychopathology". Progress in Neurobiology.

Глава 5 - Терапија на анксиозноста и депресијата кај младите

Како и со секоја болест, третманот треба да биде прилагоден на одредена дијагноза. Планот за третман и дијагноза на депресија и анксиозно растројство треба да биде дизајниран така што ќе му помогне на лицето да управува и да ги намалува симптомите на обете нарушувања, честопати во исто време.

Лекувањето на анксиозноста вклучува лекови, психотерапевтски третман без лекови, како и некои други процедури. Најчесто се спроведува комбинирана терапија, со примена на индивидуален пристап.

8.1 Користење на лекови за анксиозност и депесија

Анксиозноста се третира со анксиолитици, како:

- диазепам,
- оксазепам,
- бромазепам,
- алпразолам,
- лоразепам итн.

Притоа, бензодиазепините дејствуваат анксиолитички, антиконвулзивно, седативно и миорелаксирачки. Обично, овие лекови се поднесуваат добро, не се токсични и немаат пошироки индикации, а основната предност е во тоа што делуваат брзо, уште при првото земање на лекот. Од друга страна, најголемиот недостаток на овие лекови е тоа што пациентот развива толеранција, така што со текот на времето е потребно да се зголемува дозата за да се постигне истиот ефект. Ако бензодиазепините се користат повеќе од 4-6 недели, до 40% од пациентите стануваат зависни од нив. Оттука, нивната употреба за лекување на

анксиозноста треба да биде временски ограничена и внимателна, т.е. да се даваат што помали дози и во што пократко време.[79]

Следната група лекови што се користат при лекување на анксиозноста се антидепресивите, од кои честа примена во долгорочниот третман на анксиозноста имаат SSRI (селективни инхибитори на повторно преземање серотонин), како што се:

- флувоксамин,
- сертралин,
- пароксетин,
- циталопрам и
- есциталопрам.

Овие лекови се безбедни, добро се поднесуваат и не предизвикуваат зависност. Притоа, според истражувањата, со нивната примена кај 72% од пациентите се обезбедува излекување во период од осум недели. Од другите антидепресиви, во лекувањето на анксиозноста се користат миртазапин и венлафаксин, но често тие предизвикуваат привремено влошување на симптомите. Во поново време, помалку застапени во лекувањето на анксиозноста се трицикличните антидепресиви. [80]

Најпосле, во третманот на анксиозноста се користат и други лекови, како:

- бета-блокаторите, особено пропранолол, кои се користат при анксиозност проследена со кардиоваскуларни манифестации;
- антипсихотиците, кои се покажале ефикасни кај тешките и долготрајни форми на анксиозност, особено ако се комбинирани со други психички нарушувања, итн.

[79] Krabbendam, L., van Os, J. (October 2005) "Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk". Schizophrenia Bulletin.
[80] Krabbendam L., van Os, J. (October 2005) "Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk". Schizophrenia Bulletin.

Антидепресивите (ннд-А) (venlafaxine, amitriptyline, doxepin, mianserin, селективните серотинински инхибитори, итн) може да се покорисни од бензодиазепините (ннд-С) кај подолготрајниот третман на анксиозноста.

Најважната разлика помеѓу разните бензодиазепини е фармакокинетиката. Обично се користат бензодиазепини со долготрајно дејство (diazepam, chlordiazepoxide, chlorazepate) посебно кај хроничните растројства, а и при намалување и прекин на земањето лекови.

Oxazepam и lorazepam имаат средно траење на дејствувањето, а поради нивниот минимален метаболизам во црниот дроб, се поволни за употреба кај старите лица и кај пациентите со болест на црниот дроб. Најопштите нусефекти од бензодиазепини вклучуваат седација, влошување на психомоторните функции и преодни нарушувања на меморијата. [81]

Акутен паничен напад посебно може да се третира со бензодиазепини, на пример, алпразолам (повремена или краткотрајна употреба). Кај долгорочниот третман антидепресивите imipramine и clomipramine и серотонинските селективни антидепресиви (ССРИ) се ударни лекови во терапијата. Во старт на третманот, лековите, сепак, може да ги зголемат паничните симптоми, па затоа дозите треба да се зголемуваат постепено. Buspirone е веројатно без ефект кај паничното растројство.

Clomipramine и ССРИ се покажале како ефикасни за опсесивно-компулсивно растројство. Дозирањето е исто како и кај третманот на депресија. Терапевтскиот ефект, вообичаено, започнува да биде очигледен по неколку недели или месеци од започнување на земање на лековите.

Во случај на мешани анксиозни-депресивни растројства се употребуваат антидепресиви, а buspirone, исто така, е алтернатива во овие случаи.[82]

[81] Krabbendam, L., van Os, J. (October 2005) "Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk". Schizophrenia Bulletin.
[82] Krabbendam, L., van Os, J. (October 2005) "Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk". Schizophrenia Bulletin.

Бензодиазепините треба да се употребуваат во мали дози и третманот треба да е со кратко траење (2-6 недели), ако е можно тоа. Пред да се прекине со лекот, дневните дози треба полека да се намалат за да се избегнат можните преоблеми при откажување. Buspirone е non-benzodiazepine (azapirone) состав, чие терапевтско дејствување се јавува за 1-3 недели по почетокот на третманот (како и со антидепресивите). Индикациите се хронични анксиозни рајстројства кај кои не е потребно симптомите веднаш да се потиснат. Не е докажано дека има проблеми при откажување од лекувањето, нарушување на психомоториката или на сознајните функции. Антагонистите на бета-рецепторот (бета-блокери) ги намалуваат симптомите предизвикани од стимулација на симпатикусот, поврзано со анксиозноста. Може да се од корист антихистамините или carbamazepine или, во одредени случаи, alpha 2-агонисти (clonidine), или мали дози на невролептици.

Кај третманот на анксиозно растројство употребата на лекови може да не е соодветна, и одредените карактеристики на секое растројство да не бидат земени предвид. Соодветна терапија со лекови може многу да ги намали многуте симптоми на анксиозни растројства. Најдобри резултати во третманот на анксиозните растројства е постигнат со комбинација на психофармаколошки и психотерапевтски третман. Корисни се и когнитивната терапија, бихевиоралната терапија и динамските психотерапии, посебно кај третманот на продолжени анксиозни растројства.

8.2 Психотерапија

Психотерапијата е општ термин кој се користи за да се опише процесот на третирање на психолошки нарушувања и ментални проблеми со употреба на вербални и психолошки техники. Во текот на овој процес, обучен психотерапевт му помага на клиентот да се справи со специфични или општи проблеми, како што е одредена ментална болест или извор на животниот стрес.[83]

[83] O'Connell, M.E., Boat, T., Warner, K.E. (2009) "Table E-4 Risk Factors for Anxiety". Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. National Academies Press.

Во зависност од пристапот што го користи терапевтот, може да се користи широк спектар на техники и стратегии.

Сепак, скоро сите видови на психотерапија вклучуваат развој на терапевтски односи, комуникација и создавање на дијалог и работа за надминување на проблематични мисли или однесувања.[84]

Психотерапијата сѐ повеќе се гледа како посебна професија сама по себе, но многу различни видови на професионалци редовно се ангажираат во психотерапијата, како на пример: клинички психолози, психијатри, советници, брачни и семејни терапевти, социјални работници, советници за ментално здравје и психијатриски медицински сестри .

Многу луѓе кога го слушнат зборот психотерапија, тие веднаш замислуваат пациент кој лежи на кревет додека зборува, а терапевтот седи на блиско столче и ги запишува размислувањата во жолт бележник. Всушност, постојат различни техники и практики кои се користат во психотерапијата. Точниот метод што се користи во секоја ситуација може да варира врз основа на различни фактори, вклучувајќи ја и обуката и позадината на терапевтот, преференциите на клиентот и точната природа на тековниот проблем на клиентот.

Некои од главните видови на терапија се:

Психоаналитичка терапија: Додека психотерапијата се практикувала во разни форми исто како и во времето на античките Грци, таа доби официјален почеток кога Зигмунд Фројд почна да користи терапија на разговор со пациенти. Психотерапијата, исто така, може да има голем број различни формати во зависност од стилот на терапевтот и потребите на пациентот. Некои од нив вклучуваат:

[84] O'Connell, M.E., Boat, T., Warner, K.E. (2009) "Table E-4 Risk Factors for Anxiety". Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. National Academies Press.

Бихевиорална терапија: Бихевиоралната терапија честопати користи класично уредување, операционализирање и социјално учење за да им помогне на пациентите да ги менуваат проблематичните однесувања.

Хуманистичка терапија: Почнувајќи од 1950-тите, пристапот познат како хуманистичка психологија почна да има влијание врз психотерапијата. Хуманистичкиот психолог Карл Роџерс развил пристап познат како клиент-центрирана терапија, која се фокусирала на терапевтот кој покажува безусловно позитивен однос кон клиентот.

Денес, аспектите на овој пристап остануваат широко користени. Хуманистичкиот пристап кон психотерапијата се фокусира на помагање на луѓето да го максимизираат нивниот потенцијал. Ваквите пристапи имаат тенденција да ја нагласат важноста на самоистражувањето и слободната волја.

Интерперсонална терапија: Интерперсоналната терапија (IPT) е програма за третман од 12 до 16 недели, првично развиена за депресија. Третманот е високо структуриран и се фокусира на социјалниот контекст на нарушувањата и подобрувањето на меѓучовечкото функционирање.

Индивидуална терапија, која вклучува работа „еден на еден“ со психотерапевт.

Терапија за двојки, која вклучува терапевт кој работи со двојка за да помогне во подобрувањето на начинот на кој двајцата функционираат во нивната врска.[85]

Семејна терапија, која се фокусира на подобрување на динамиката во рамките на семејствата и може да вклучува повеќе лица во рамките на семејната единица.

Групна терапија, која вклучува мала група на поединци кои имаат заедничка цел. Овој пристап им овозможува на членовите на групата да понудат и

[85]Смит, М.Л. (2006) Што е истражувањето за ефективноста на психотерапијата. Психијатриски услуги;

да добијат поддршка од другите, како и да практикуваат нови однесувања во поддржувачка и рецептивна група.

Постојат голем број прашања или проблеми за терапевтите и за клиентите. Кога избирате терапевт, размислете дали се чувствувате удобно да ги откривате личните податоци пред терапевтот. Исто така, треба да ги процените квалификациите на терапевтот, вклучувајќи го видот на степенот кој тој го поседува и долгогодишното искуство.[86]

Луѓето кои нудат психотерапија можат да имаат повеќе различни називи или степени. Некои називи како „психолог“ или „психијатар“ се заштитени и носат специфични барања за образование и лиценцирање. Некои од лицата кои се квалификувани да вршат психотерапија се: психијатри, психолози, советници, лиценцирани социјални работници и напредни психијатриски медицински сестри.[87]

Кога им пружаат услуги на клиентите, психотерапевтите треба да ги разгледуваат прашањата, како што се: информирана согласност, доверливост на пациентот и должност да предупредуваат. Информираната согласност вклучува известување на клиентот за сите можни ризици и придобивки поврзани со третманот. Ова вклучува објаснување на точната природа на третманот, можните ризици, трошоци и достапните алтернативи.

Бидејќи клиентите често дискутираат за прашања кои се многу лични и чувствителни по природа, психотерапевтите имаат законска обврска да го заштитат правото на пациентот на доверливост. Сепак, еден пример каде што психотерапевтите имаат право да ја прекршат доверливоста на пациентот е ако клиентите претставуваат закана за себе или за другите. Обврската да предупредат им дава на советниците и терапевтите право да ја нарушат доверливоста доколку клиентот претставува ризик за друго лице.

---

[86] O'Connell, M.E., Boat, T., Warner, K.E. (2009) "Table E-4 Risk Factors for Anxiety". Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. National Academies Press.

[87] *Хенрик, Р. (1980) Прирачник за психотерапија. Прирачникот на AZ за повеќе од 250 психотерапии како што се користи денес. Нова американска библиотека; 1980 година.*

Една од главните критики против психотерапијата е онаа што ја доведува во прашање нејзината ефикасност. Во една рана и често споменувана студија, психологот Ханс Ејзенк открил дека две третини од учесниците или се подобриле или се опоравиле самостојно во рок од две години, без оглед на тоа дали добиле психотерапија.[88]

Меѓутоа, во една анализа која се осврна на 475 различни студии, истражувачите откриле дека психотерапијата е ефикасна во подобрувањето на психолошката благосостојба на пациентите. Во својата книга „The Great Psychotherapy Debate“, статистичарот и психолог Брус Вамволд објави дека факторите, како што е изборот на терапевтот, или довербата на пациентот во ефективноста на третманот играле улога во исходот на психотерапијата. Изненадувачки, Вамволд сугерираше дека типот на терапија и теоретската основа на третманот немаат ефект врз исходот.

Психотерапијата може да се јави во многу форми, но сите се дизајнирани да им помогнат на луѓето да ги надминат психолошките проблеми и да живеат подобар живот.

Во третманот на анксиозноста се применува и когнитивно-бихевиорална терапија, која вклучува посебни техники на опуштање, на позитивно размислување, на когнитивно реструктурирање и развивање на социјалните вештини. Исто така, во третманот на анксиозноста се применува и индивидуална психотерапија, како: динамична психотерапија, супоративна психотерапија, групна психотерапија итн. Целта на психотерапијата е да се зајакне егото на пациентот и да се обезбеди приспособување кон промените во реалниот свет.

Притоа, во динамичната психотерапија на пациентот му се поставува некој проблем, а психотерапевтот му укажува на пациентот постојана грижа. Супоративната психотерапија се применува при лесни анксиозни нарушувања, во акутни емоционални кризи или кога другите форми на третман не постигнале поголеми резултати. Групната психотерапија е наменета за лица со ниска

[88] Eysenck, H.J. (1957) Ефектите од психотерапијата: Евалуација. Весник на консултантска психологија. 1957; 16: 319-324

самодоверба, проблеми во комуникацијата и тешкотии во контролата на реакциите. Автогениот тренинг е систем на вежби за физичка и ментална релаксација, со цел да се постигне контрола на автономниот нервен систем, а се применуваат и техники на визуелизација на пријатни ситуации.

Неколку типови на психотерапија или „терапија со разговор“ можат да им помогнат на луѓето со депресија и анксиозност. Најчесто користени за лекување се:

- когнитивно-бихевиорална терапија (КБТ)
- и интерперсонална терапија (ИПТ).

Истите во продолжение подетално ќе бидат обработени.

8.1.1 Когнитивно- бихевиоралната терапија

Когнитивно-бихевиоралната терапија (CBT) е најчесто користената терапија за справување со анксиозни пореметувања. Оваа терапија наоѓа и своја примена при ефективни третмани на многу состојби, меѓу кои и третман на панични пореметувања, фобии, социјална анксиозност.

Овој пристап негативните „шеми на однесување“ и нарушувања ги гледа од перспективата од која ние го набљудуваме светот, а и самите себе.

Когнитиваната терапија испитува како негативните мисли влијаат врз анксиозноста, а бихевиоралната терапија пак, го испитува начинот на кој се однесуваме и реагираме на ситуациите кои се тригери односно влијаат врз појавата на анксиозноста.[89]

Когнитивната револуција од 1960-тите години, исто така, имаше големо влијание врз практиката на психотерапија, бидејќи психолозите почнаа сѐ повеќе да се фокусираат на тоа како човековите мисловни процеси влијаат врз

[89] O'Connell, M.E., Boat, T., Warner, K.E. (2009) "Table E-4 Risk Factors for Anxiety". Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. National Academies Press.

однесувањето и функционирањето. Когнитивната терапија е центрирана на идејата дека нашите мисли имаат силно влијание врз нашата ментална благосостојба. На пример, ако имате тенденција да ги видите негативните аспекти на секоја ситуација, најверојатно ќе имате повеќе песимистички изглед и потемно целокупно расположение. Целта на когнитивната терапија е да се идентификуваат когнитивните нарушувања кои водат кон овој тип на размислување и да ги заменат таквите мисли со пореални и позитивни. Со тоа луѓето можат да ги подобрат своите расположенија и целокупната благосостојба.[90]

Пристапот, познат како когнитивно-бихевиорална терапија (КБТ) е вид на психотерапевтски третман кој им помага на пациентите да ги разберат мислите и чувствата кои влијаат на однесувањето.

КБТ најчесто се користи за лекување на широк спектар на нарушувања, вклучувајќи: фобии, зависност, депресија и анксиозност. КБТ е вид на психотерапија која вклучува когнитивни и техники на однесување за промена на негативните мисли и несаканото однесување. Овој пристап вклучува промена на основните мисли кои придонесуваат за вознемирување и менување на проблематичното однесување кое произлегува од овие мисли.

Нашите мисли, а не и настаните кои се случуваат во нашата околина, односно екстерните настани, се оние кои влијаат на начинот на кој ние се чувствуваме.

Анксиозноста е често предизвикана од мислите и стравовите кои ги имаме за нештата. Затоа во основата на оваа терапија се крие и самата суштина на генералниот проблем со перцепцијата на анксиозноста - ситуациите не се оние кои го детерминираат начинот на кој се чувствуваме, туку нашата перцепција на нештата и ситуациите.

Истражувањата покажуваат дека КБТ може успешно да се применува кај луѓе со различни клинички и неклинички проблеми, како што се:

---

[90] Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (March 2009) "Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression". Archives of General Psychiatry.

- Депресија
- Генерализирано анксиозно растројство
- Панични напади
- Социјална фобија и анксиозност
- Хипохондрија
- Опсесивно-компулсивно растројство
- Стрес
- Согорување (Burnout)
- Проблем „solving“.

Добри резултати се постигнуваат со примена на КБТ во комбинација со медикаментозна терапија, доколу е неопходна во дадениот случај.

Некои луѓе може да имаат нарушување што предизвикува најголем дел од вознемиреноста и разумно е прво тоа да се реши. На пример, ако некое лице е во голема депресија, не е во можност да започне третман за анксиозно растројство, за кое е потребна голема мотивација и енергија, затоа можеби ќе биде потребно прво да се лекува депресијата. Честопати, сепак е тешко да се каже кој сет на симптоми е доминантен, така што третманот на двете состојби може да започне истовремено.

Честопати депресијата и анксиозното растројство може да се третираат слично. Во многу случаи, терапијата може да биде прилагодена на индивидуата, така што ќе се работи на намалување на симптомите на обете нарушувања.[91]

Ефикасни се неколку форми на психотерапија. Од нив, когнитивно-бихевиоралната терапија (КБТ) работи на замена на негативните и непродуктивни мисловни обрасци со пореални и покорисни. Овие третмани се фокусираат на

[91] Kashner, T.M., Rush, A.J., Surís, A., Biggs, M.M., Gajewski, V.L., Hooker, D.J., et al. (May 2003) "Impact of structured clinical interviews on physicians' practices in community mental health settings". Psychiatric Services.

преземање специфични чекори за надминување на анксиозноста и депресијата. Третманот често вклучува соочување со нечиј страв како дел од патот кон закрепнување. Интерперсоналната терапија и терапијата за решавање проблеми се исто така ефикасни.

Пример: ***Партнерот ја изненадува личноста со купување авионска карта за одмор.***

Да разгледаме 3 различни начини на кои луѓето размислуваат при вакво сценарио и како нивните мисли ќе влијаат врз нивните емоции.

Мисла#1: Ова патување звучи одлично, со сигурност ќе уживаме заеднички во оваа авантура!

Емоции: среќа, возбуда.

Мисла #2: Не би можела да патувам со децата. Подобро е да одиме на некоја поблиска дестинација додека се помали.

Емоции: неутрални.

Мисла #3: Никогаш не би можела да летам со авион, од самата помисла градите ме стегаат, не би можела да преживеам лет со авион.

Емоции: анксиозност, тага, негативни емоции.

Еден настан кај различни лица може да води до најразлични емоции. Емоциите зависат од индивидуалните очекувања, ставовите и верувањата. Кај лицата со анксиозно пореметување, негативниот начин на мислење само го поттикнува создавањето на негативните емоции, анксиозноста и стравот. Целта на когнитивно-бихевиоралната терапија за случаите на анксиозност е да ги идентификува и коригира овие негативни мисли и уверувања.

Главна карктеристика на оваа терапија е мислата: „Доколку го промените начинот на кој мислите, ќе го промените и начинот на кој се чувствувате!“.

8.1.2 Интерперсоналната терапија

Интерперсонална терапија (IPT) е програма за третман од 12 до 16 недели, првично развиена за третирање на депресија. IPT беше создаден од Џералд Клерман и Мирна Вајсман во 1980-тите. Третманот е високо структуриран и се фокусира на социјалниот контекст на нарушувањата и подобрувањето на меѓучовечкото функционирање.

Интерперсоналната терапија, исто така, се покажала како ефикасна во третманот на нарушувања во исхраната и биполарното растројство.

Со оглед на тоа што една третина од пациентите со социјално анксиозно растројство (ЕЦД) не реагираат на лекови или когнитивно-бихевиорална терапија (КБТ), како и поради интерперсоналната природа на ЕЦД, сега ИПТ се смета за алтернативна терапија за третман.[92]

Интерперсоналната терапија (ИПТ) е вид на третман за пациенти со депресија кои се фокусираат на минатите и сегашните општествени улоги и интерперсонални интеракции. За време на третманот, терапевтот обично избира една или две проблематични области во тековниот живот на пациентот за да се фокусираат на нив. Примери на опфатени области се: спорови со пријатели, семејство или соработници, тага и загуби и транзиции на улоги, како што се пензионирање или развод.

ИПТ не се обидува да истражува во внатрешните конфликти како резултат на искуствата од минатото. Наместо тоа, се обидува да му помогне на пациентот да најде подобри начини да се справи со тековните проблеми.

Оваа терапија ги учи луѓето да ги променат негативните стилови на размислување и однесување, што можат да придонесат за нивната депресија. IPT им помага на луѓето да разберат и да работат преку проблематични лични односи што можеле да ја предизвикаат нивната депресија или да ја влошат ситуацијата. За лесна до умерена депресија, психотерапијата може да биде најдобра опција за

[92] Kashner, T.M., Rush, A.J., Surís, A., Biggs, M.M., Gajewski, V.L., Hooker, D.J., et al. (May 2003) "Impact of structured clinical interviews on physicians' practices in community mental health settings". Psychiatric Services.

третман. Сепак, за напредна форма на депресија или за одредени луѓе, психотерапијата можеби не е доволна.

За тинејџери, комбинацијата на лекови и психотерапија може најдобро да помогне за лекување на напредна форма на депресија и да помогне депресијата да не се повтори. Исто така, во една студија за лекување на депресија кај возрасни лица е откриено дека одредени лица имале подобрување со комбинирана терапија со лекови и пихотерапија. Ваквиот комбиниран третман треба да го продолжат најмалку две години.

ИПТ генерално напредува преку три различни фази кои се состојат од неделни сесии за третман.

Фаза 1: Седници 1 - 3

Во текот на фаза 1, вашиот терапевт ќе ги идентификува меѓучовечките области во вашиот живот кои имаат потреба од внимание. Ова вклучува инвентар во кој се наведени сите клучни врски во вашиот живот и основните области на меѓучовечки потешкотии, како што се социјално избегнување или неасертивност.

Фаза 2: Седници 4-14

Вашиот терапевт ќе ги реши проблемите во вашите односи.

Фаза 3: Седници 15-16

Во последната фаза, вашиот терапевт ќе разговара и ќе го разгледа вашиот напредок и ќе ве подготви за крајот на терапијата.

Во моделите на депресија на IPT, во текот на третманот обично се опфаќаат четири области: интерперсонални спорови, транзиции на улоги, тага и интерперсонални дефицити. Подолу се прикажани клучните аспекти на секоја област.

Интерперсонални спорови: Вашиот терапевт ќе ги идентификува проблемите со комуникацијата и ќе ве научи на стратегии за решавање на проблемите во вашите односи.

Транзиција на улоги: Вашиот терапевт ќе ви помогне да пронајдете решенија за да се справите со проблемите при прилагодување кон нови околности.

Тага: Ако тагата поради смрт или друга загуба одиграла улога во вашите тешкотии, ќе биде истражена.

Интерперсонални дефицити: Вашиот терапевт ќе ви помогне да ги идентификувате проблемите во начинот на кој се поврзувате со другите. Ако немате меѓучовечки односи во вашиот живот, вашиот терапевт ќе го искористи односот помеѓу вас како основа за истражување на тешкотии и ќе ви помогне да научите како да развиете нови односи.

Многу техники на ИПТ се усвоени од други терапии, како што се психоаналитичката психотерапија и КБТ. Некои од техниките што ги користи терапевтот на ИПТ вклучуваат: појаснување, слушање на поддршка, играње улоги, анализа на комуникација и поттикнување на ефектот.

Истражувањата за употреба на IPT со ЕЦД сѐ уште се во развој. Во една мала студија за 9 пациенти со ЕЦД, 78% биле оценети дека имаат многу подобрени симптоми по третманот со IPT. Пациентите, исто така, дале конкретни примери на позитивни промени по терапијата, како што се: наоѓање нова работа, враќање во училиште или датирање.

Во критичен преглед, ИПТ беше откриено дека покажува подобри резултати за ЕЦД од психодинамичната психотерапија, но помали резултати во споредба со КБТ.

IPT за ЕЦД е испорачан дури и преку мобилни уреди (mIPT), но сепак, наодите покажуваат дека IPT предаден во овој тип на формат за самопомош е помалку ефикасен, во споредба со mCBT.

Иако ИПТ изгледа ветувачки како третман за ЕЦД, потребно е многу повеќе истражувања. Особено, истражувачите забележале дека ИПТ може да бара дополнителни модификации за да се примени за анксиозни нарушувања.

Поттипови на интерперсонална терапија

Постојат два поттипа на IPT. Првиот тип се користи за краткотраен третман на депресивна епизода.

Пациентот и терапевтот обично се состануваат еднаш неделно во текот на два до четири месеци и третманот завршува откако симптомите се повлекуваат. Вториот тип е третман за одржување (IPT-M), кој е долгорочен третман со цел да се спречи или намали бројот на идните епизоди на депресија. IPT-M може да се состои од месечни сесии во период од две до три години.

Четири основни проблематични области идентификувани од интерперсонална терапија

IPT идентификува четири основни проблематични области кои придонесуваат за депресија. Терапевтот му помага на пациентот да утврди која област е најодговорна за неговата депресија, а терапијата потоа е насочена кон помагање на пациентот да се справи со оваа проблематична област.

Четирите основни проблематични области признати со интерперсонална терапија се:

Нерешена тага - Во нормална загуба, лицето обично почнува да се враќа во нормално функционирање во рок од неколку месеци. Нерешената тага е генерално тага која е или одложена и искусена долго по загубата или искривената тага, во која лицето не може да чувствува емоции, туку наместо тоа доживува други симптоми.

Спорови во врска со улогата - улогата на улога се случува кога пациентот и значајните луѓе во неговиот живот имаат различни очекувања за нивната врска.

Улоги во транзиција - Депресијата може да се случи за време на животните транзиции кога улогата на човекот се менува и не знае како да се справи со промената.[93]

Интерперсонални дефицити - Ова може да биде област на фокус ако пациентот има проблеми со формирање и одржување на квалитетни односи.

IPT е развиена за третман на депресија и нејзината ефикасност за оваа апликација е поддржана од неколку големи рандомизирани контролни испитувања.[94]

Таа, исто така може да се користи како терапија на оние парови чии брачни проблеми придонесуваат за нивната депресија. Податоците во врска со неговата ефикасност во лекувањето на булимија нервоза е „скромна, но ветувачка“, според Меѓународното друштво за интерперсонална психотерапија. Покрај тоа, прелиминарните податоци покажуваат дека тоа е потенцијална употреба во лекувањето на адолесцентна депресија, дистимично нарушување, биполарно растројство и постпартална депресија.

Во некои поблаки форми на анксиозност и депресија можат да помогнат:

- Техники за релаксација, медитација и вежби за дишење;
- Разговор со членови на семејството и пријателите кои можат да бидат корисни;
- Психијатарот може да препорача материјали за самопомош;
- Редовното вежбање може да ги намали симптомите на депресија и анксиозност.

[93] Shear, M.K., Greeno, C., Kang, J., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H.A., Hanekamp, M. (April 2000) "Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics". The American Journal of Psychiatry.
[94] Kashner, T.M., Rush, A.J., Surís, A., Biggs, M.M., Gajewski, V.L., Hooker, D.J., et al. (May 2003) "Impact of structured clinical interviews on physicians' practices in community mental health settings". Psychiatric Services.

Глава 4 – Емпириско истражување

Предмет на истражување

Предмет на истражување во овој магистерски труд се анксиозните и депресивни растројства кај тинејџерите и младите лица. Во светски рамки, најчесто ментално нарушување е депресијата и анксиозните нарушувања. И покрај тоа што се засегнати огромен број луѓе, овие нарушувања сè уште се табу тема, не им се посветува соодветно внимание и се предмет на дискриминација.

Овој вид на информација е особено потребен од клиничка перспектива за да се информира за потребата од рано препознавање и диференцијална дијагноза, како и за превенции и третман во оваа возраст.

Цел на истражување

Цел на ова истражување е застапеноста и серозноста на депресивните и анксиозни нарушувања кај младите и тинејџерите. Односно, целта на истражувањето е да се дојде до сознанија за менталното здравје на младите личности во нашето општество – влијанието на средината врз менталното здравје кај младите. Всушност, главна цел на истражувањето е да се види влијанието на стресното модерно живеење врз менталното здравје на младите.

Главната и основна цел е се дојде до сознанија за постоењето на евентуални причини за појава на депресија и анксиозност. Спроведеното истражување ќе овозможи збогатување на досегашните теоретски сознанија и емпириски докази и ќе стимулира идни истражувања поврзани со оваа тема. Добиените сознанија ќе имаат и практична корист и ќе можат да се искористат во насока на подигнување на свеста од потребата за поголема психичка поддршка на младите лица, со што би се превенирал падот на нивното психичко и ментално здравје, како и појавата на симптоми на депресија и анксиозност.

Промените честопати дејствуваат како предизвикувачи: преселување, промена на училиште или раѓање на брат или сестра, на пример. Некои личности кои започнуваат на училиште се чувствуваат возбудено и среќно кога помислуваат

на стекнување нови пријатели и почнување нови активности, но исто така може да има и такви кои се чувствуваат вознемирени од влегувањето во нова средина.

Голем број на истражувања сугерираат дека младите денес имаат поголеми проблеми со менталното здравје отколку пред 30 години. Тоа веројатно се должи на промените во начинот на кој живееме сега и како тоа влијае врз созревањето на младите. Најчесто работите што им се случуваат на децата не доведуваат до проблеми со менталното здравје самостојно, но трауматските настани можат да предизвикаат проблеми за децата и младите кои се веќе ранливи.

Тинејџерите честопати доживуваат емоционални промени додека се развиваат нивните умови и тела. Важен дел од растењето е работење и прифаќање на тоа што сте. На некои млади им е тешко да го направат овој премин кон зрелоста и можат да експериментираат со алкохол, лекови или други супстанции што можат да влијаат на менталното здравје.

Оправданост на истражувањето

Со депресија и анксиозност се соочува скоро секој барем еднаш во животот. Според интензитетот овие нарушувања можат да бидат со слаб интензитет, со среден интензитет и навистина интензивни. Од нив страдаат стотици милиони луѓе во светот, а тоа се одразува и врз нивните најблиски. Во некој период од својот живот, секој четврти човек ќе се соочи со ментално нарушување — или самиот ќе биде во таква состојба или некој негов близок.

Во нашето општество сѐ уште, за жал, постои стигма кога се работи за овие ментални нарушувања. Според СЗО, многумина од оние што имаат депресија и анксиозност не бараат стручна помош од страв дека ќе бидат отфрлени од околината.

Голем број од овие ментални нарушувања можат успешно да се лекуваат. Затоа, првиот важен чекор е да се добие точна дијагноза од искусен професионалец за ментално здравје.

Последната година дополнително доведе до влошување на состојбата со менталното здравје кај луѓето. Појавата на пандемија со коронавирусот и постојаната опасност доведе до влошување на менталното здравје кај сите луѓе, а посебно се засегнати младите и луѓето коишто веќе имаат проблем со анксиозност. Луѓето постојано се соочени со лоши и негативни вести и тоа влијае врз влошување на хроничниот страв којшто го имаат луѓето. Сведоци сме на секакви трауматични ситуции поврзани со оваа пандемија. Следната пандемија со која ќе се соочува човештвото е пандемијата на влошено ментално здравје.

Хипотетска рамка

Општа хипотеза: Стресниот начин на живот влијае врз појавата на анксиозност и депресија кај младите и постојат разлики помеѓу машката и женската популација во однос на нивото на анксиозност и депресија.

Посебна хипотеза 1. Постои поврзаност помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста и депресијата кај младите.

Поединечна хипотеза 1.1. Постои поврзаност помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста кај младите.

Поединечна хипотеза 1.2. Постои поврзаност помеѓу стресниот начин на живот влијае и депресијата кај младите.

Посебна хипотеза 2. Постојат разлики помеѓу машката и женската популација во однос на нивото на анксиозност и депресија.

Поединечна хипотеза 2.1. Постои разлика помеѓу машката и женската популација во однос на нивото на анксиозност.

Поединечна хипотеза 2.2. Постои разлика помеѓу машката и женската популација во однос на нивото на депресија.

Во рамки на истражувањето двата пола ќе бидат застапени во подеднаков број во секоја од истражуваните групи, преку примена на постапката на балансирање.

Во истражувањето ќе бидат вклучени лица од 15 до 35 години

Истражувачкиот примерок ќе го сочинуваат 80 испитаници, кои ќе бидат 40 мажи и 40 женски од неколку градови од Република Северна Македонија.

Од мерни инструменти во истражувањето ќе бидат применети: Прашалник за влијанието на депресијата и анксиозните нарушувања врз младите и нивното нормално функционирање, преку алатката „Survey Monkey“.

Ова истражувањето ќе биде спроведено онлајн преку алатката за истражување „Survey Monkey“ во текот на месец февруари во 2021 година. Прашалникот ќе биде испратен преку социјалните мрежи до млади луѓе од 15 до 35 години.

Релевантни варијабли за истражувањето

Пол

Во рамки на истражувањето двата пола ќе бидат застапени во подеднаков број во секоја од истражуваните групи, преку примена на постапката на балансирање.

Возраст

Во истражувањето ќе бидат вклучени лица од 15 до 35 години

Примерок

Истражувачкиот примерок ќе го сочинуваат 80 испитаници, кои ќе бидат 40 мажи и 40 женски од неколку градови од Република Северна Македонија.

Мерни инструменти

Од мерни инструменти во истражувањето ќе бидат применети: Прашалник за влијанието на депресијата и анксиозните нарушувања врз младите и нивното

нормално функционирање, преку алатката „Survey Monkey“, Скалата за клиничка анксиозност и депресија (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) и Скалата за перцепиран стрес (Perceived Stress Scale) (Cohen et al., 1983).

Постапка на истражување

Дел од ова истражување ќе биде спроведено онлајн преку алатката за истражување „Survey Monkey“ во текот на месец февруари во 2021 година. Прашалникот ќе биде испратен преку социјалните мрежи до млади луѓе од 15 до 35 години. Потоа на оние лица кои ќе влезат во примерокот на истражување ќе им бидат зададени Скалата за клиничка депресија и анксионзност (HADS) и Скалата за перцепиран стрес (Perceived Stress Scale).

Постапката на администрирање на инструментите ќе се одвива во согласност со правилата и стандардите кои се однесуваат информирана согласност, анонимност, прочитано упатство итн. За целите на ова истражување инструментите ќе се администрираат поединечно на секој испитаник.

Резулатати од истражувањето

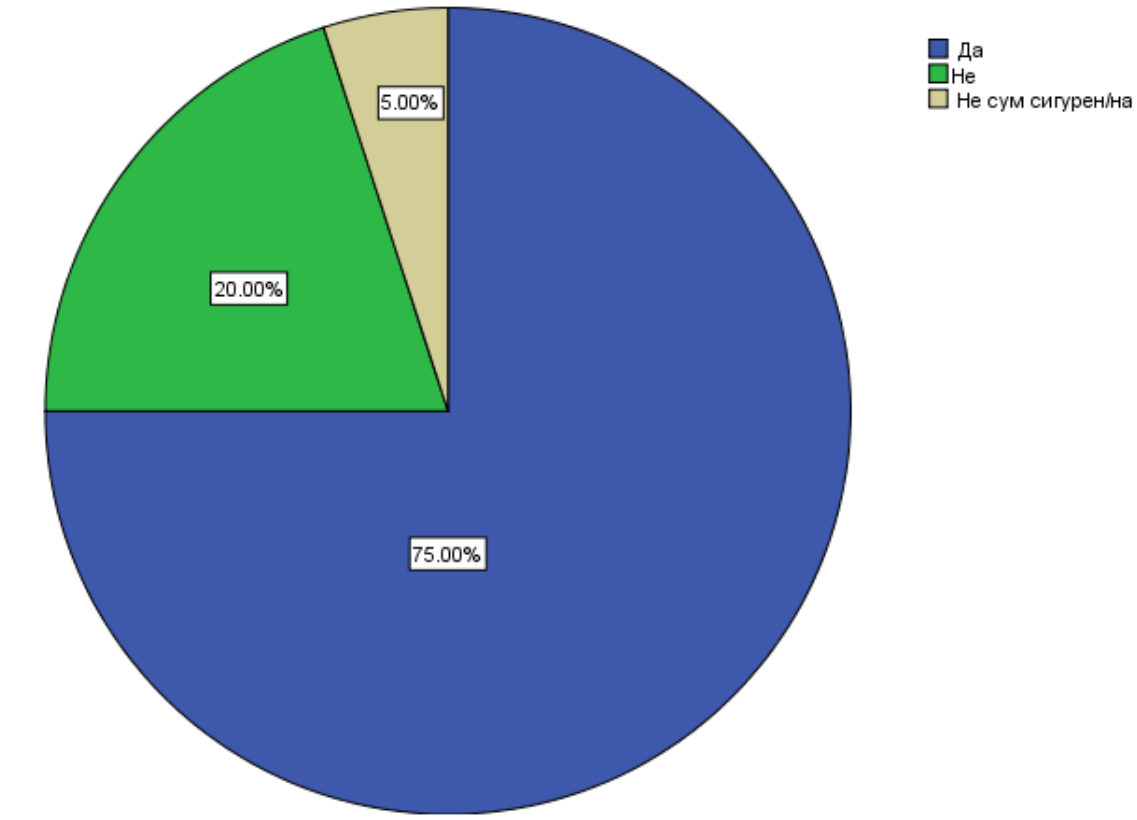
Во продолжение се собрани и обработени податоците од спроведеното истражување на 80 индивидуи.

На прашањето: „Дали некогаш во животот сте се соочиле со анксиозност или депресија?“, со „да“ одговориле 75 %, со „не“ 20%, а 5 % дале одговор „не сум сигурен“. Резултатите се прикажани табеларно во Табела 1 и графички на Графикон 1.

Табела 1: Дали некогаш во животот сте се соочиле со анксиозност или депресија?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	60	75,0	75,0	75,0
	Не	16	20,0	20,0	95,0
	Не сум сигурен/на	4	5,0	5,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

График 1. Дали некогаш во животот сте се соочиле со анксиозност или депресија?

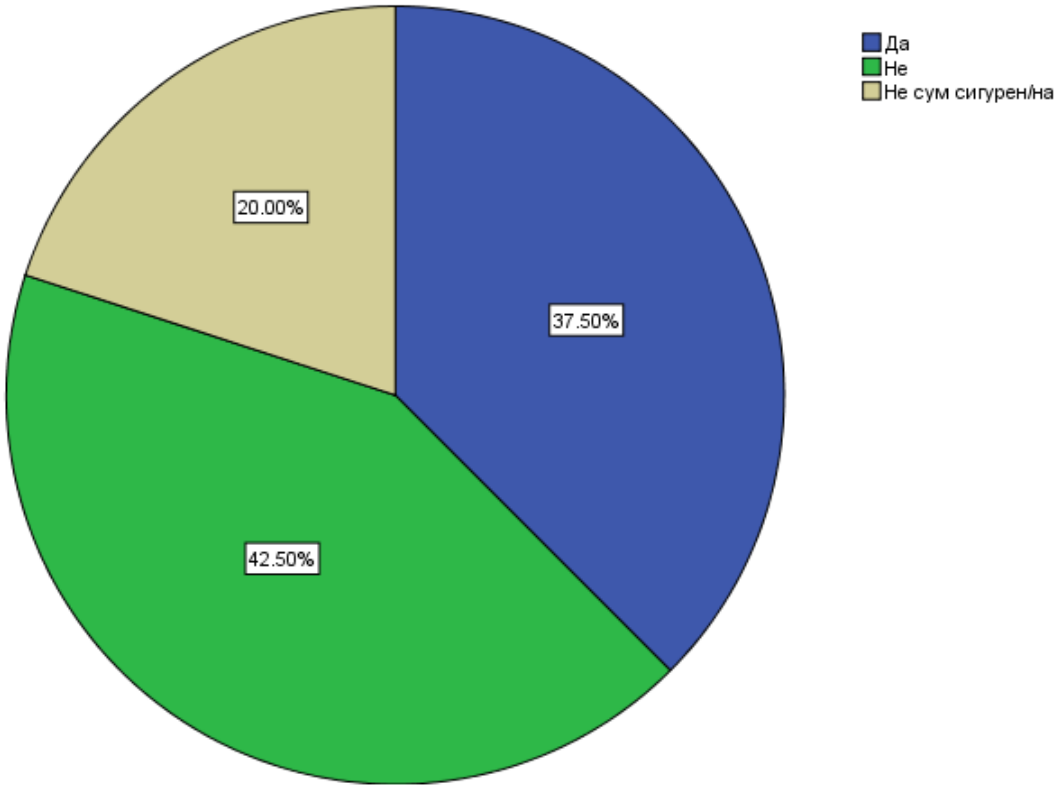


На прашањето: „Дали сте се соочиле со паничен напад?“, со „да“ одговориле 37,5 % , со „не“ 42,5% а со „не сум сигурен“ 20%. Добиените резултати се прикажани во Табела 2 и на Графикон 2.

Табела 2: Дали сте се соочиле со паничен напад?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	30	37,5	37,5	37,5
	Не	34	42,5	42,5	80,0
	Не сум сигурен/на	16	20,0	20,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

График 2. Дали сте се соочиле со паничен напад?

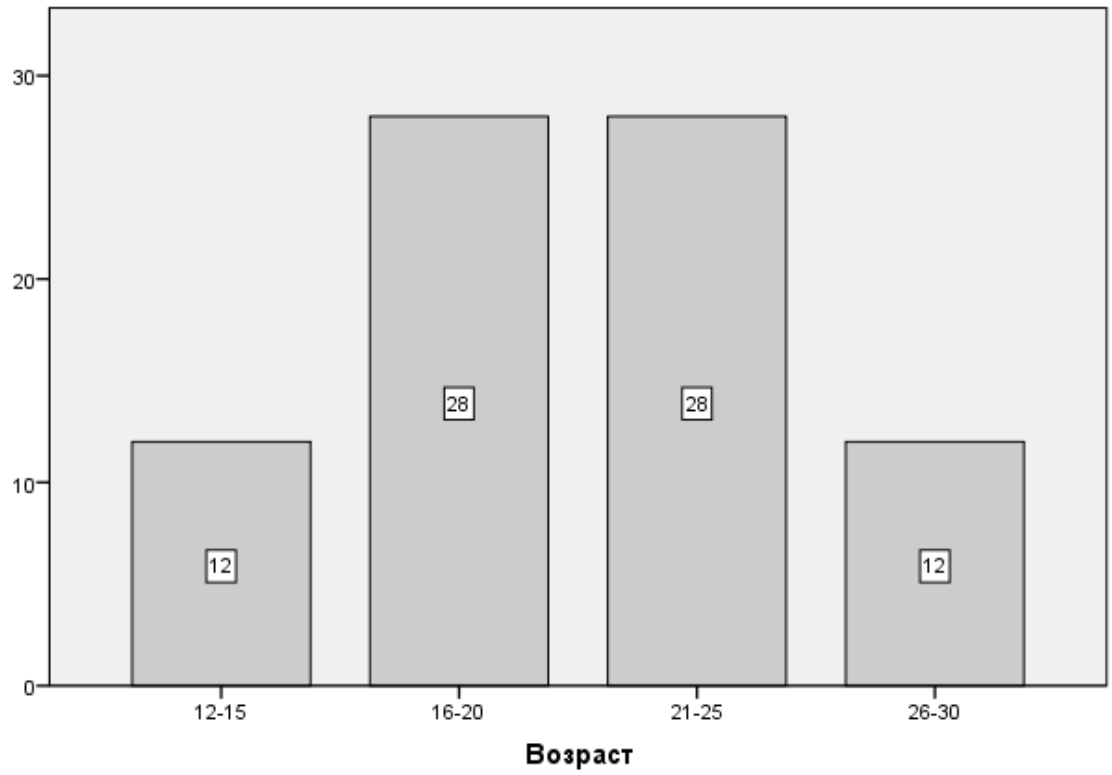


На прашањето: „На која возраст првпат сте почувствувале анксиозност или депресија?“, 15 % од испитаниците дале одговор „од 12 до 15 години“, 35% одговориле „од 16 до 20 години“, 35 % дале одговор „од 21 до 25“ и 15% одговориле „од 26 до 30 години“. Резултатите се прикажани во Табела 3 и на графички на Графикон 3.

Табела 3: На која возраст првпат сте почувствувале анксиозност или депресија?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12-15	12	15,0	15,0	15,0
	16-20	28	35,0	35,0	50,0
	21-25	28	35,0	35,0	85,0
	26-30	12	15,0	15,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

График 3. На која возраст прв пат сте почувствувале анксиозност или депресија?

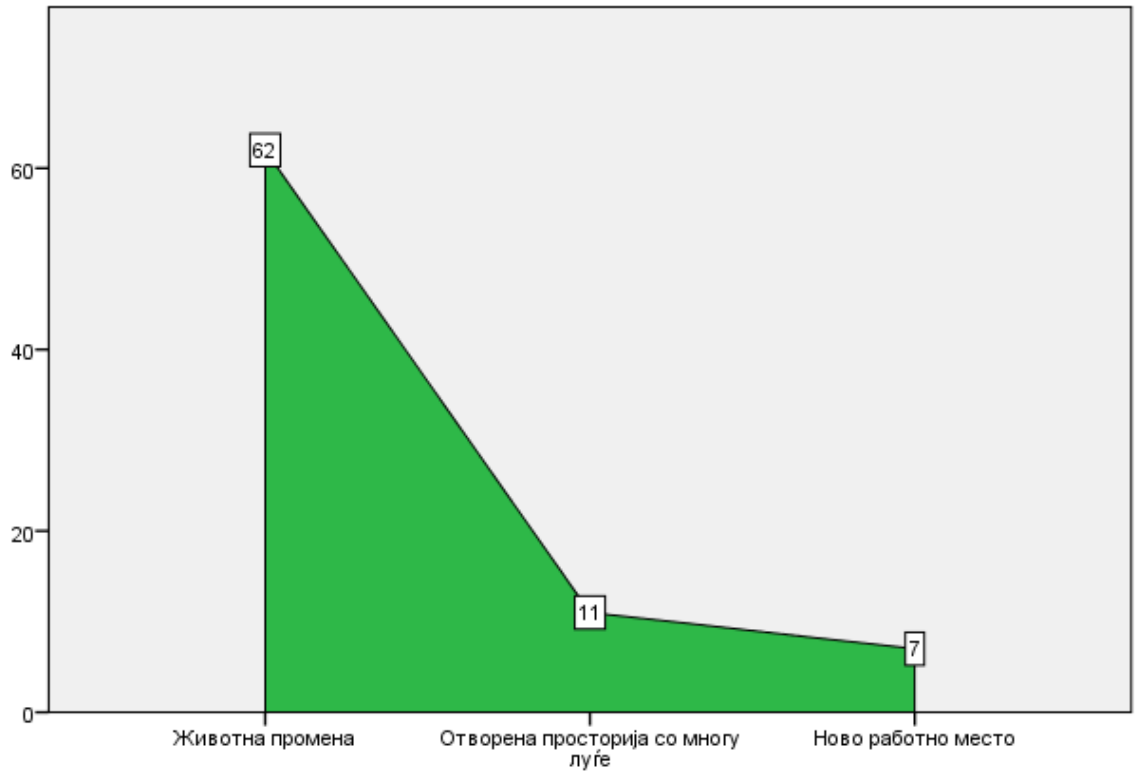


На прашањето: „Која ситуација ве тера да се почувствувате анксиозни?“, 77,5 % одговориле „животна промена“, потоа 13,8% „отворена просторија со многу луѓе“, а 8,8% одговориле „ново работно место“. Резултатите се прикажани табеларно и графички во Табела 4 и Графикон 4.

Табела 4: Која ситуација ве тера да се почувствувате анксиозни?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Животна промена	62	77,5	77,5	77,5
	Отворена просторија со многу луѓе	11	13,8	13,8	91,3
	Ново работно место	7	8,8	8,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Табела 4. Која ситуација ве тера да се почувствувате анксиозни?

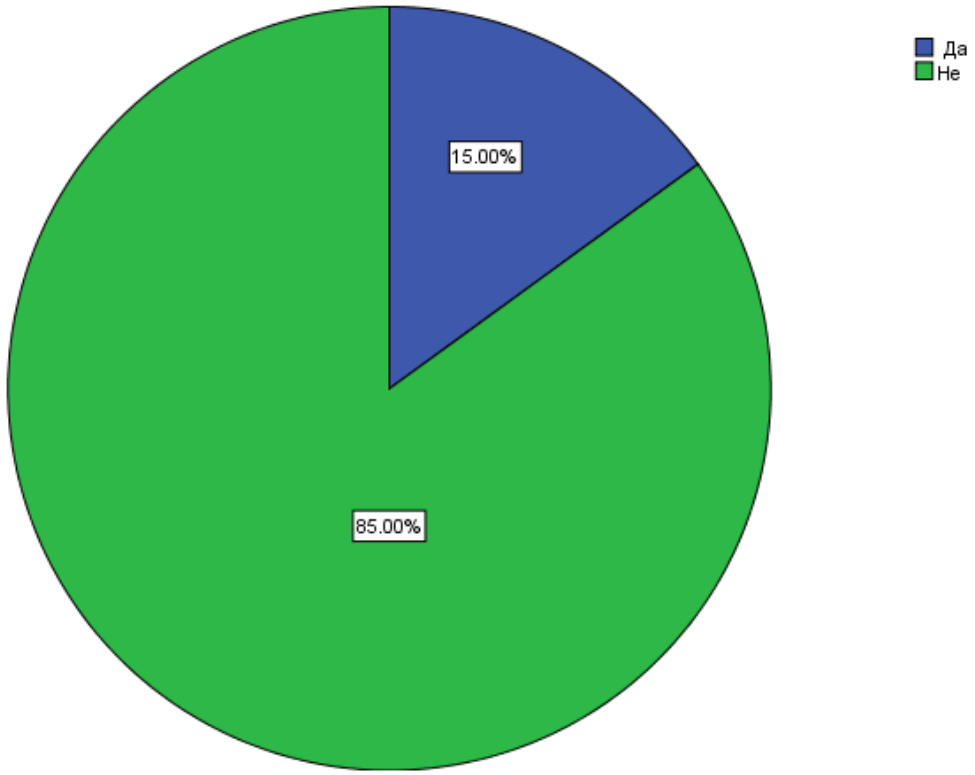


На прашањето: „Дали сте посетиле психијатар или користите лекови за вашата состојба?“, со „да“ одговориле 15%, а со „не“ одговориле 85% и овие резултати се прикажани во Табела 5 и на Графикон 5.

Табела 5: Дали сте посетиле психијатар или користите лекови за вашата состојба?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	12	15,0	15,0	15,0
	Не	68	85,0	85,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

График 5. Дали сте посетиле психијатар или користите лекови за вашата состојба?

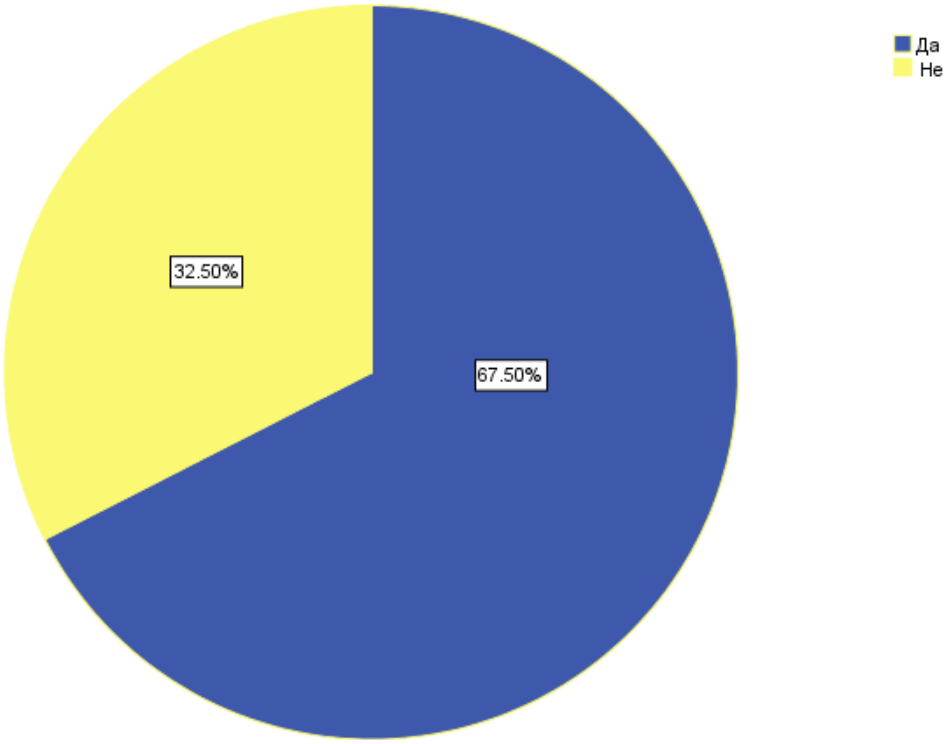


На прашањето: „Дали се чувствувате слободни да разговарате за вашата состојба со вашите најблиски?“, со „да“ одговориле 67,5%, со „не“ одговориле 32,5% (Табела 6 и Графикон 6).

Табела 6: Дали се чувствувате слободни да разговарате за вашата состојба со вашите најблиски?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	54	67,5	67,5	67,5
	Не	26	32,5	32,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

График 6. Дали се чувствувате слободни да разговарате за вашата состојба со вашите најблиски?

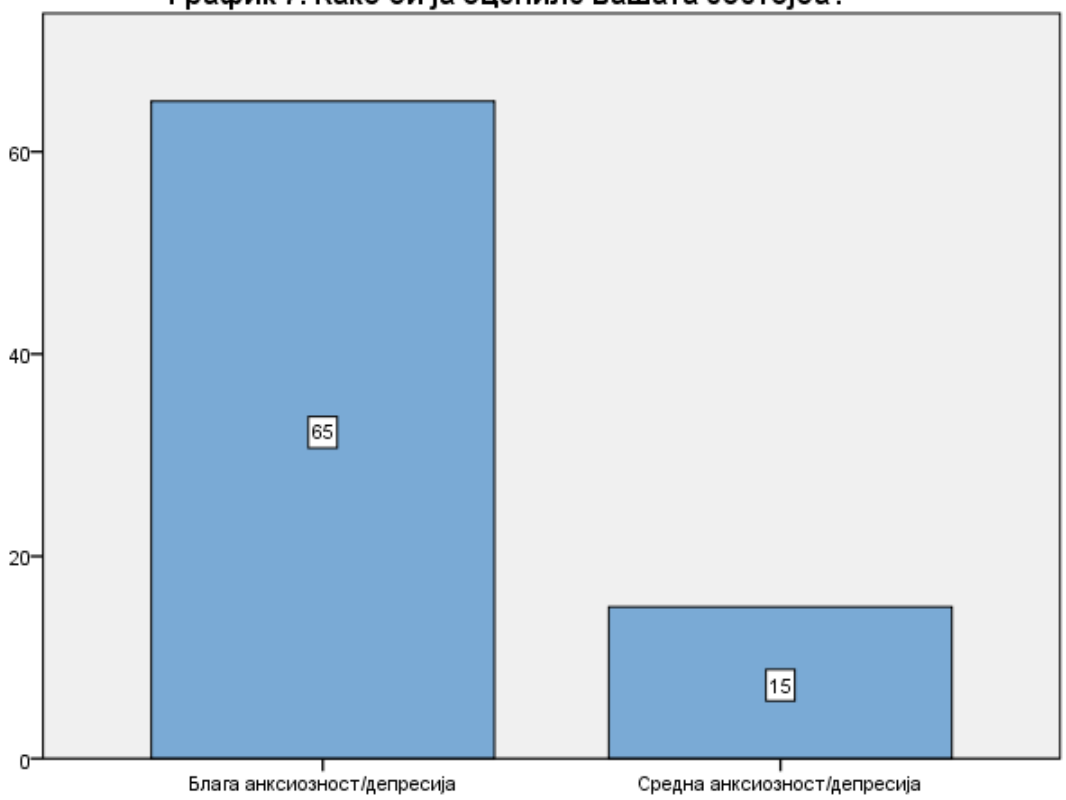


На прашањето: „Како би ја оцениле вашата состојба?“, како „блага анксиознос/депресија“ ја оцениле 81,25 % од испитаниците, како „средна анксиозност/депресија“ ја оцениле 18,75 %, а ниту еден испитаник не ја оценил својата состојба како „интензивна анксиозност и депресија“. Добиените резултати се прикажани во Табела 7 и на Графикон 7.

Табела 7. Како би ја оцениле вашата состојба?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Блага анксиозност/депресија	65	81,25	81,25	81,25
	Средна анксиозност/депресија	15	18,75	18,75	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

График 7. Како би ја оцениле вашата состојба?

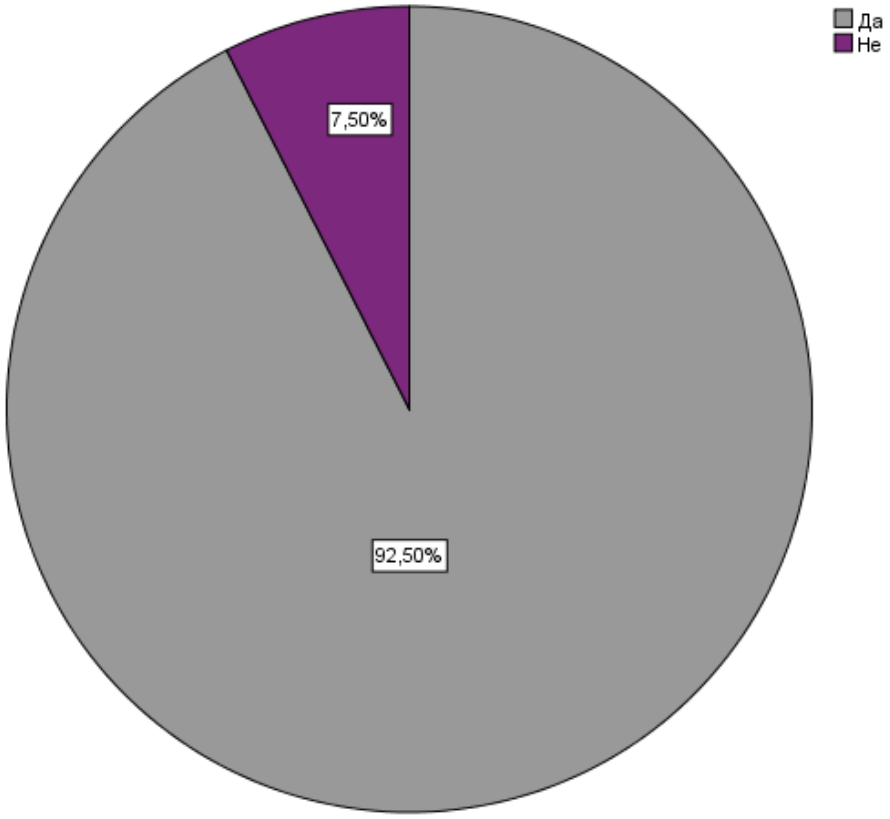


На прашањето: „Дали сметате дека можете да ја контролирате вашата состојба без помош на лекови, терапија и психијатар?“, со „да“ одговориле 92,5 %, а со „не“ 7,5%.

Табела 8: Дали сметате дека можете да ја контролирате вашата состојба без помош на лекови, терапија и психијатар?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	74	92,5	92,5	92,5
	Не	6	7,5	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

График 8. Дали сметате дека можете да ја контролирате вашата состојба без помош на лекови, терапија и психијатар?

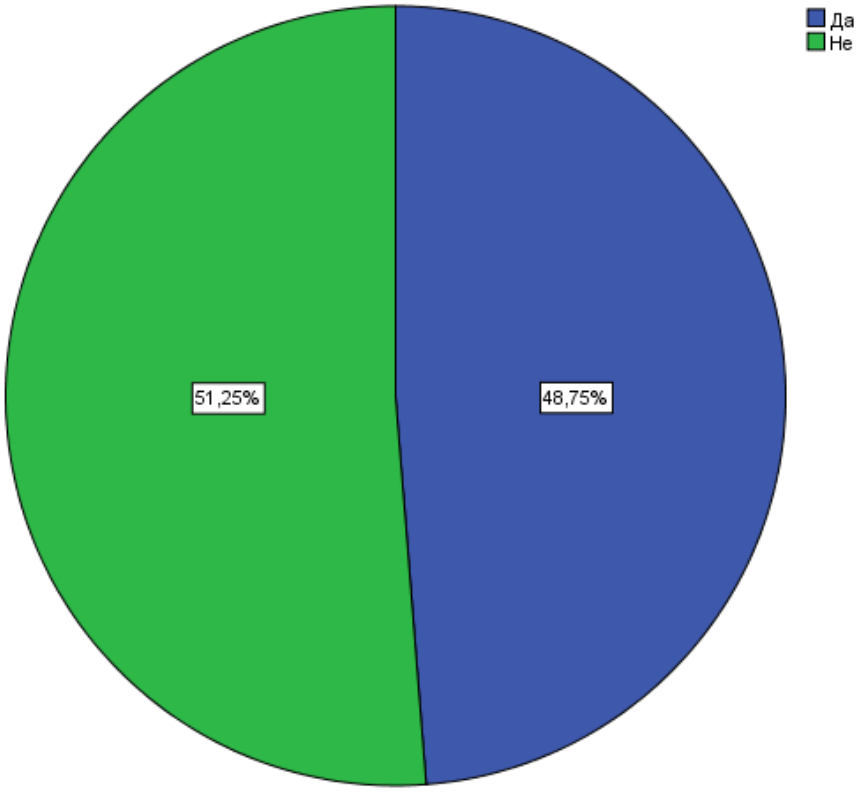


На прашањето: „Дали постои уште некој во вашето семејство кој се соочува со анксиозност или депресија?“, со „да“ одговориле 48,75 %, а со „не“ одговориле 51,25 %.

Табела 9: Дали постои уште некој во вашето семејство кој се соочува со анксиозност или депресија?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	39	48,75	48,75	48,75
	Не	41	51,25	51,25	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

График 9. Дали постои уште некој во вашето семејство кој се соочува со анксиозност или депресија?



Од спроведенето истражување можеме да заклучиме дека голем дел од младите доживеале анксиозност, депресија или слични нарушувања на манталното здравје. Најголем дел од испитаниците ја навеле животната промена како причина за анксиозност.

Најголем дел од испитаниците се изјасниле дека не посетиле психијатар и некористат лекови за нивната состојба. Повеќето посочиле дека се чувствуваат слободно да разговараат со своите најблиски. Поголем дел од испитаниците се сигурни дека можат нивната состојба успешно да ја контролираат без помош на лекови и психијатар. Исто така, нивната состојба ја оцениле како блага анксиозност и депресија и посочиле дека во нивното семејство нема некој кој се соочил со сличен проблем.

Резултати за поврзаноста помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста и депресијата кај младите

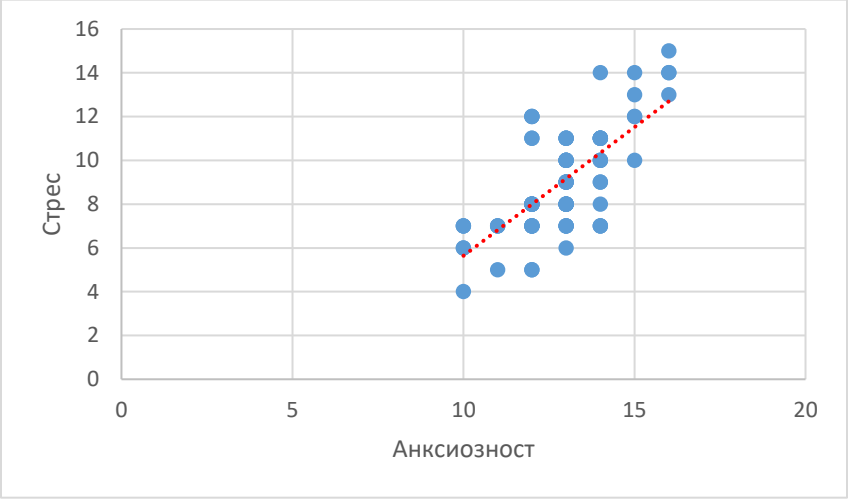
Во рамки на овој дел се прикажани резултатите кои се однесуваат на поврзаноста помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста и депресијата кај испитаниците. За таа цел е применет е Пирсонов коефициент на корелација, чиишто резултати се прикажани во Табела 10 и се насочени кон проверување на вистинитоста на посебна хипотеза 1. Добиените резултати графички се прикажани и на Графикон 10 и Графикон 11.

Табела 10: Поврзаност помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста и депресијата кај младите

Correlations			
		Анксиозност	Депресија
Стрес	Pearson Correlation	,696**	,633**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000
	N	80	80

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

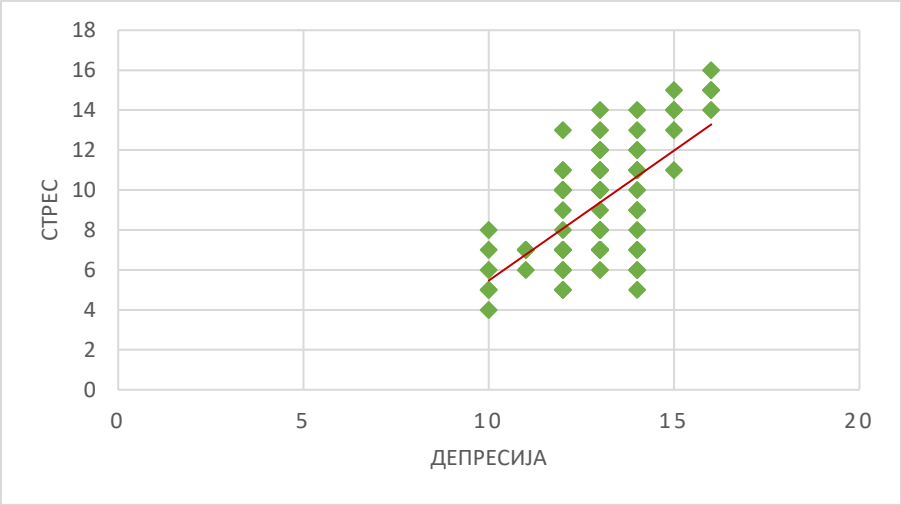
Добиениот резултат од Пирсоновиот коефициент за корелација помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста кај младите покажува дека постои статистички значајна позитивна поврзаност помеѓу двете варијабли на ниво помало од .01 (r = 0,696; p< 0.01). Резултатот е прикажан графички и на Графикон 10 и од него лесно може да се воочи дека зголемувањето на нивото на стрес, води кон зголемување на нивото на анксиозност кај испитаниците. Ваквиот резултат **ја потврдува вистинитоста на поединечна хипотеза 1.1.,** според која *постои поврзаност помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста кај младите.*



Графикон 10: Поврзаност помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста кај младите

Резултатот од Пирсоновиот коефициент за корелација помеѓу стресниот начин на живот и депресијата кај младите покажува дека постои статистички значајна позитивна поврзаност и помеѓу овие две варијабли на ниво кое е помало од .01 (r = 0,633; p< 0.01). Резултатот е прикажан графички и на Графикон 11. Според овој резултат може да се каже дека зголемувањето на нивото на стрес води кон зголемување на нивото на депресија кај испитаниците. Вака добиениот

резултат **ја потврдува вистинитоста на поединечна хипотеза 1.2.,** според која *постои поврзаност помеѓу стресниот начин на живот и депресијата кај младите.*



Графикон 11: Поврзаност помеѓу стресниот начин на живот и депресијата кај младите

Со оглед на тоа дека е потврдена вистинитоста на двете поединечни хипотези на посебната хипотеза 1, може да се каже дека **посебна хипотеза 1,** според која *постои поврзаност помеѓу стресниот начин на живот и анксиозноста и депресијата кај младите,* **се прифаќа како целосно вистинита.**

Резултати од споредбите меѓу младите со различен пол во однос на анксиозноста и депресијата

Во овој дел се прикажани резултатите кои произлегоа од споредбите помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на анксиозноста и депресијата, а чија цел е утврдување на разликите помеѓу нив. За таа цел применет е t-тест за независни примероци, со кои се утврдува статистичката значајност на разликите во артиметичките средини помеѓу двете групи испитаници. Добиените резултати се насочени кон проверување на вистинитоста на посебна хипотеза 2.

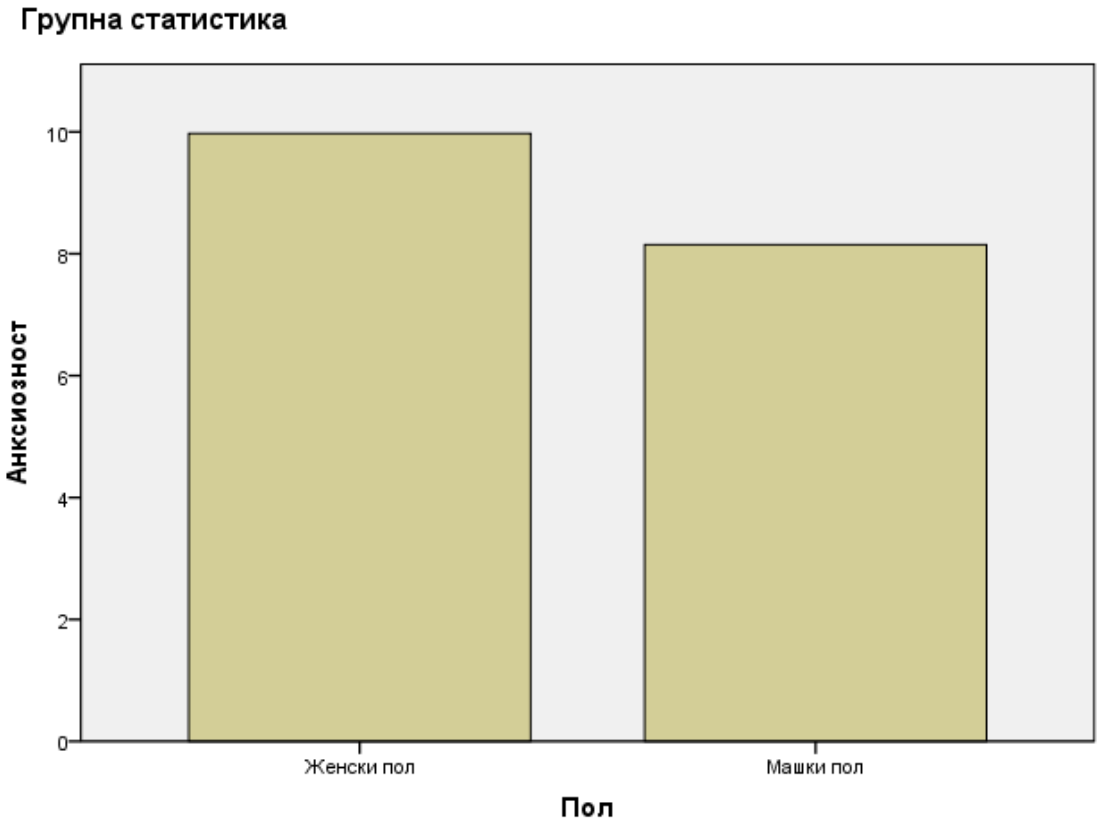
Во Табела 11 и на Графикон 12 најпрво се прикажани дескриптивните статистички резултати за анксиозноста кај испитаниците од различен пол.

Табела 11: Дескриптивни статистички резултати за анксиозноста кај младите од различен пол

Групна статистика

	Пол	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Анксиозност	Женски пол	40	9,98	2,270	,359
	Машки пол	40	8,15	2,202	,348

Од табеларниот и графичкиот приказ на дескриптивните резултати се забележува дека младите од женски пол имаат повисока аритметичка средина за анксиозноста (M = 9,98), во споредба со младите од машки пол (M = 8,15). Статистичката значајност на вака добиената разлика е утврдена со t-тест на независни примероци, чиј резултат е прикажан во Табела 12 и е насочен кон проверување на вистинитоста на поединечна хипотеза 2.1.



Графикон 12: Анксиозност кај младите од различен пол

Табела 12: Разлика помеѓу младите од машки и женски пол во однос на анксиозноста

Тест за независни примероци

		t-test for Equality of Means						
							95% Confidence Interval of the Difference	
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Анксиозност	Equal variances assumed	3,650	78	,000	1,825	,500	,829	2,821
	Equal variances not assumed	3,650	77,928	,000	1,825	,500	,829	2,821

Добиениот резултат од t-тестот покажува дека младите од женски пол (M = 9,98; SD = 2,270) имаат статистички значајно повисоко ниво на анксиозност во споредба со младите од машки пол (M = 8,15; SD = 2,202) (t (78) = 3,650; p<.01). Ваквиот резултат **ја потврдува вистинитоста на поединечната хипотеза 2.1.,** според која *постои разлика помеѓу машката и женската популација во однос на нивото на анксиозност.*

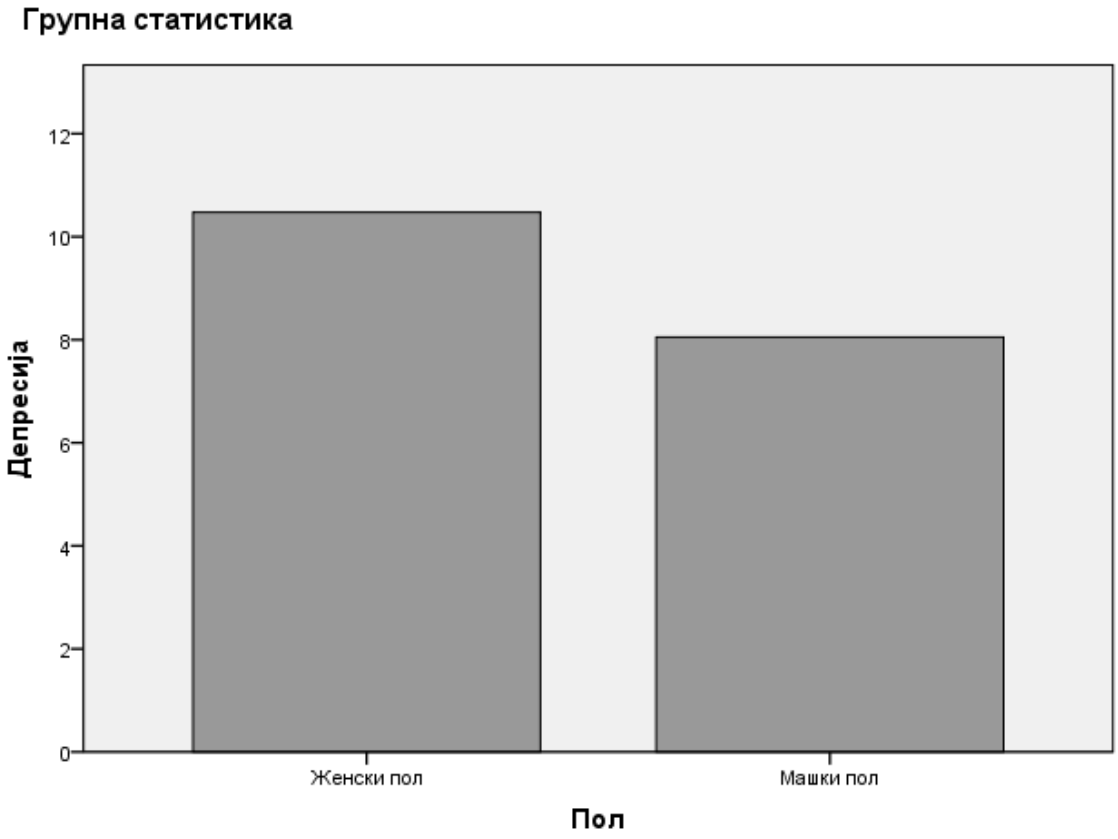
Во Табела 13 и на Графикон 13 се прикажани дескриптивните статистички резултати за депресијата кај испитаниците од различен пол.

Табела 13: Дескриптивни статистички резултати за депресијата кај младите од различен пол

Групна статистика

	Пол	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Депресија	Женски пол	40	10,48	3,072	,486
	Машки пол	40	8,05	2,230	,353

И во овој случај од табеларниот и графичкиот приказ на дескриптивните резултати се забележува дека младите од женски пол имаат повисока аритметичка средина за депресијата (M = 10,48), во споредба со младите од машки пол (M = 8,05). Статистичката значајност на вака добиената разлика исто така е утврдена со t-тест на независни примероци, а неговиот резултат е прикажан во Табела 14 и е насочен кон проверување на вистинитоста на поединечна хипотеза 2.2.



Графикон 13: Депресија кај младите од различен пол

Табела 14: Разлика помеѓу младите од машки и женски пол во однос на депресијата

Тест за независни примероци

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Депресија	Equal variances assumed	4,041	78	,000	2,425	,600	1,230	3,620
	Equal variances not assumed	4,041	71,169	,000	2,425	,600	1,228	3,622

Резултатот од t-тестот покажува дека младите од женски пол (M = 10,48; SD = 3,072) имаат статистички значајно повисоко ниво на депресија, во споредба со младите од машки пол (M = 8,05; SD = 2,230) (t (78) = 6,232; p<.01). Со овој резултат **се потврдува вистинитоста на поединечна хипотеза 2.2.,** според која *постои разлика помеѓу машката и женската популација во однос на нивото на депресија.*

Со оглед на тоа дека е потврдена вистинитоста на двете поединечни хипотези на посебна хипотеза 2, произлегува дека **посебната хипотеза 2, според која** *постојат разлики помеѓу машката и женската популација во однос на нивото на анксиозност и депресијата*, **се прифаќа како целосно вистинита.**

Бидејќи двете посебни истражувачки хипотези се прифатени како вистинити, следува дека и *општата истражувачка хипотеза,* според која *стресниот начин на живот влијае врз појавата на анксиозност и депресија кај младите и постојат разлики помеѓу машката и женската популација во однос на нивото на анксиозност и депресијата*, **исто така се прифаќа како целосно вистинита.**

Од спроведеното истражување можеме да заклучиме дека голем дел од младите доживеале анксиозност, депресија или слични нарушувања на менталното здравје. Најголем дел од испитаниците ја навеле животната промена како причина за анксиозност.

Најголем дел од испитаниците кажале дека не посетиле психијатар и не користат лекови за нивната состојба. Повеќето посочиле дека се чувствуваат слободно да разговараат со своите најблиски. Поголем дел од испитаниците се сигурни дека можат нивната состојба успешно да ја контролираат без помош на лекови и психијатар. Исто така, нивната состојба ја оцениле како блага анксиозност и депресија и посочиле дека во нивното семејство нема некој кој се соочил со сличен проблем.

Скала за анксиозност и депресија во болница (HADS)

Одберете го одговорот што е најблиску до тоа како се чувствувавте во изминатата недела.

D	A		D	A	
		Се чувствувам напнато или „изморено “:			Се чувствувам како да сум забавен:
	3	Најчесто	3		Цело време
	2	Многу време	2		Многу време
	1	Од време на време, повремено	1		Понекогаш
	0	Воопшто не	0		Воопшто не
		Сѐ уште уживам во работите што ги сакав порано:			Често добивам некакво чувство на страв како „пеперутки“ во стомакот:
0		Дефинитивно многу		0	Воопшто не
1		Не толку многу		1	Повремено
2		Само малку		2	Доста Често
3		Воопшто не		3	Многу често
		Имам чувство како да			Изгубив интерес за

		ќе се случи нешто страшно:			мојот изглед:
	3	Дефинитивно	3		Дефинитивно
	2	Да, но не премногу	2		Не се грижам толку колку што треба
	1	Малку, но не ме загрижува	1		Не се грижам како предходно
	0	Воопшто не	0		Јас внимавам исто како и секогаш
		Можам да се смеам и да ја видам смешната страна на нештата:			Се чувствувам немирно кога треба да направам нешто важно.
0		Се смеам како што секогаш можев		3	Навистина многу
1		Сега не толку многу		2	многу
2		Дефинитивно не толку многу сега		1	Не многу
3		Воопшто не		0	Воопшто не

		Загрижувачките мисли минуваат низ мојот ум:			Со задоволство очекувам нови работи:
	3	Голем дел од времето	0		Да
	2	Многу време	3		помалку од порано
	1	Од време на време, но не премногу често	2		Дефинитивно помалку од порано
	0	Само повремено	1		Воопшто не
		Се чувствувам весело:			Имам ненадејни чувства на паника:
3		Воопшто не		3	Многу често навистина
2		Не често		2	Доста често
1		Понекогаш		1	Не многу често
0		Најчесто		0	Воопшто не
		Може да седам мирно и да се			Можам да уживам во

		чувствувам опуштено:			добра книга или радио или ТВ-програма:
	0	Дефинитивно	0		Често
	1	Обично	1		Понекогаш
	2	Не често	2		Не често
	3	Воопшто не	3		Многу ретко

Бодување:

Вкупен резултат: Депресија (Д) _____ Анксиозност (А) _____

0-7 = Нормално

8-10 = Гранична ненормална (граничен случај)

11-21 = Ненормално (случај)

Според Скалата за депресија и анксиозност, 30 луѓе се оценети со нормално, односно во границите на 07. Понатаму, 40 луѓе се нашле во рамките на 8 до 10, односно во гранична нормала. Останатите 10 се наоѓаат од 11 до 21 на скалата, односно во ненормалните рамки.

PHQ-9 (Прашалник за здравјето на пациентот - 9)

Воопшто не - 0

Неколку дена + 1

Повеќе дена + 2

Скоро секој ден +3

Се чувствувате потиштено, депресивно или безнадежно?

Воопшто не 0

Неколку дена + 1

Повеќе од половина дена + 2

Скоро секој ден + 3

Имате проблем да заспиете или спиете премногу?

Воопшто не 0

Неколку дена + 1

Повеќе дена + 2

Скоро секој ден +3

Се чувствувате уморни или имате со малку енергија?

Воопшто не 0

Неколку дена + 1

Повеќе дена + 2

Скоро секој ден + 3

Лош апетит или прејадување?

Воопшто не 0

Неколку дена + 1

Повеќе дена + 2

Скоро секој ден +3

Се чувствувате разочарано од себе - или дека сте неуспешен или сте се изневериле себе си или семејството?

Воопшто не 0

Неколку дена + 1

Повеќе дена + 2

Скоро секој ден +3

Имате проблем да се концентрирате на работи, како што се читање весник или гледање телевизија?

Воопшто не 0

Неколку дена + 1

Повеќе дена + 2

Скоро секој ден +3

Се движите или зборувате толку бавно што другите луѓе забележуваат? Или толку сте невешт или немирен што се движите многу повеќе од вообичаено?

Воопшто не 0

Неколку дена + 1

Повеќе дена + 2

Скоро секој ден + 3

Мислите дека ќе биде подобро ако сте мртви или мислите да се повредите на некој начин?

Воопшто не 0

Неколку дена + 1

Повеќе дена + 2

Скоро секој ден +3

Според добиените податоци од оваа скала за депресија, само 2 испитаници се оценети со повисок резултат, односно имаат тешка депресија. Резултати од 20 и повеќе бодови укажуваат на тешка депресија. Пациентите обично треба веднаш да започнат со фармакотерапија и забрзано упатување кај специјалист за ментално здравје.

Функционално, пациентот смета дека е „исклучително тешко“ да се извршуваат животни задачи поради нивните симптоми. Овој пациент размислува

за самоубиствена идеја или самоповредување и треба дополнително да се испита, упати или пренесе за итна психијатриска евалуација, како што е соодветно клинички и зависи од целокупната проценка на ризикот на лекарот.

Останатите испитаници имаат помали резултати од 5 до 15 поени, односно имаат мала или блага депресија.

Од спроведенето истражување можеме да заклучиме дека голем дел од младите доживеале анксиозност, депресија или слични нарушувања на манталното здравје. Најголем дел од испитаниците ја навеле животната промена како причина за анксиозност. Тоа значи дека стресот од модерното живеење има огромно влијние врз појавата на анксиознот и депресија кај младите.

Вообичаените предизвикувачи вклучуваат:

- стрес во работата или промена на работата;
- промена во аранжманите за живеење;
- бременост и породување;
- проблеми со семејството и врската;
- голем емоционален шок после стресен или трауматски настан;
- вербална, сексуална, физичка или емоционална злоупотреба или траума;
- смрт или загуба на некој близок.

Овие фактори можат да го зголемат ризикот од развој на анксиозно растројство:

- Траума - Децата кои претрпеле злоупотреба или траума или биле сведоци на трауматски настани имаат поголем ризик да развијат анксиозно растројство во одреден период од животот. Возрасните кои доживуваат трауматски настан исто така можат да развијат анксиозни нарушувања.
- Стрес поради болест - Нарушена здравствена состојба или сериозна болест може да предизвика значителна загриженост за прашања како што се третман и иднина.

- Зголемување на стресот - Голем настан или натрупување на помали стресни животни ситуации можат да предизвикаат прекумерна вознемиреност, на пример, смрт во семејството, работен стрес или постојана грижа за финансиите.
- Тип на личност - Луѓето со одредени типови на личност се повеќе склони кон анксиозни нарушувања отколку другите.
- Други нарушувања на менталното здравје - Луѓето со други нарушувања во менталното здравје, како што е депресија, често имаат и анксиозно растројство.
- Роднини со анксиозно растројство - Анксиозни нарушувања може да се појават во семејства.
- Дрога или алкохол - Користењето на дрога или алкохол или нивно откажување може да предизвика или да ја влоши вознемиреноста.

Многу малку луѓе се спремни да го прифатат фактот дека страдаат од анксиозност. Многу од нив анксиозноста ја кријат позади чувството на физичка непријатност, како што е срцебиење и замор; некои ја кријат позади бројните стравови кои им изгледаат реални и оправдани; кај некои луѓе анксиозноста може да биде скриен импулс кој ги гони да се препуштат на заборавот во алкохолот и други зависности. Точната причина за анксиозноста не е позната, но постојат многу фактори што можат да го поттикнат развојот на анксиозноста. Улога играат генетските фактори, биохемиските процеси во мозокот и влијанието на средината. Разните трауми или стресни моменти во текот на животот, смрт на блиска личност, развод, промена на работното место, промена на местото на живеење - можат да предизвикаат анксиозност.

Покрај тоа, експертите велат дека може да бидат погодени областите од мозокот кои се одговорни за контролата на стравот.

Емоциите на тинејџерите се комплексни. Бурата од хормони, промените во физичкиот изглед и желбата за поголема независност имаат силно влијание на психичката состојба на младите.

Депресијата многу почесто се појавува кај децата, чии родители страдале од оваа состојба, но таа може да биде предизвикана и од:

- Смрт на блиска личност;
- Нарушени односи во домот – постојани кавги, семејно насилство;
- Развод на родителите;
- Сексуално малтретирање;
- Финансиски проблеми, сиромаштија;
- Преселување во нов дом и промена на училиштето;
- Несподелена љубов, раскинување;
- Разочарување или неуспех на училиште;
- Стрес поради промените во физичкиот изглед кои ги носи пубертетот;
- Лоши социјални вештини кои резултираат со изолираност од пријателите;
- Инвалидитет;
- Физички недостаток;
- Вербално или физичко малтретирање од соучениците.

Депресивните растројства почесто се јавуваат во одредени фази од животот кои вклучуваат големи промени во животот, како на пример, раѓање на дете, климактериум и смртни случаи. Како резултат на тоа, тие почесто се јавуваат кај младите возрасни лица, жените, постари лица и лица со физички здравствени проблеми.

Во случај на депресивно однесување за време на детството, потребно е да се посвети поголемо внимание бидејќи може да има многу поинаква манифестација од онаа кај возрасните и понекогаш е камуфлирана со други видови на нарушувања, но од исклучително значење е да се посвети посебно внимание на областа семејство.

Како што науката напредува во генетиката, откриени се гените поврзани со предиспозицијата дека индивидуата е повеќе или помалку подложна на депресија (како што се: SERTs краток ген транспортер на серотонин). Се проценува дека до 214 гени можат да бидат вклучени во ризик од депресија.

Многу од лицата што во детството доживуваат насилство или какво било малтретирање, подоцна тоа ги доведува до самодеструктивно однесување. Кога сме деца, имаме многу малку моќ за да ја смениме средината во која живееме. Но, имаме два избора: да си признаеме дека сме немоќни или да ја префрлиме вината на себе. Ако го сториме тоа, всушност добиваме малку моќ, барем во нашиот ум. Ако не е наша вина, тогаш можеме нешто да преземеме за да ја смениме ситуацијата. Ние ја имаме контролата, на некој чуден начин. Но, ако сметаме дека е наша вина, тогаш мислиме и дека сме го заслужиле страдањето. Така продолжуваме и во возрасната доба.

Како што напоменавме, точната причина за анксиозноста и депресијата не е позната, но постојат многу фактори што можат да го поттикнат развојот на анксиозноста и депресијата. Улога играат генетските фактори, биохемиските процеси во мозокот и влијанието на средината. Разните трауми или стресни моменти во текот на животот, смрт на блиска личност, развод, промена на работното место, промена на местото на живеење - можат да предизвикаат анксиозност.

Споменатите знаци на тинејџерска депресија треба да се разгледуваат внимателно за да не бидат погрешно протолкувани. Повеќето од нив се карактеристични за нормалниот развој и однесувањето на адолесцентите. Депресијата е сериозен проблем кој има потенцијал да влијае на многу аспекти на животот на индивидуата.

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

Тинејџерските години се емоционална бура. Среќните периоди се чести, но не се ретки и миговите на тага и очај. Депресијата во пубертетот често минува незабележана од родителите кои мислат дека промената во однесувањето е само лош период кој ќе помине. За жал, депресијата е многу повеќе од само лош период. Таа може да доведе до сериозни последици – проблеми дома или во

училиште, употреба на дрога, ризични сексуални односи, омраза кон себе, насилство, па дури и до самоубиство.

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

Тинејџерската депресија е голем предизвик за родителите, затоа што е тешко да се воочи разликата помеѓу знаците на депресијата и знаците на адолесценцијата. Трауматизирачкото искуство на премногу протективни родители или пак одбивачки родители во раното детство, предизвикува најчесто потешкотии во развојот на личноста на детето, влијаат врз неговата самодоверба чувство на вредност. Она што околината но и семејството треба да го покажат кон лицето кое се справува со проблеми е поддршка, позитивен став и прифаќање на проблемите со разбирање.

ЗАКЛУЧОК

Многу малку луѓе се спремни да го прифатат фактот дека страдаат од анксиозност или депресија. Денес, ако некоја личност е депримирана или анксиозна, обично се лекува сама или се упатува на доктор. Докторот вообичаено ќе каже дека умот не функционира како што треба, односно не ги произведува потребните материи. Потоа препишува лекарства кои ќе помогнат во тој процес. Сепак, искуствата на многумина постојано докажуваат дека лековите се само привремено решение, а некогаш дури и имаат негативен ефект. Болката и понатаму продолжува.

Се разбира дека многу научници одговорот на тоа прашање го гледаат во хемискиот дисбаланс во мозокот. Често го мерат според Хамилтонова скала, па вредностите се од 0 до 59.

Во секој случај, за појава на депресијата постојат 2 биолошки причини и 7 од влијанието на околината. Причините се различни и имаат различна улога во животите на депресивните и анксиозни луѓе. Дури и Светската здравствена организација испраќаше предупредувања дека треба да се почне со подлабоко анализирање на причините што доведуваат до депресија и анксиозност.

Од медицинска гледна точка, депресијата е дефинирана како нарушување на расположението кое предизвикува постојано чувство на тага и често длабоко губење на интерес за работи кои обично ви донесуваат задоволство. Тоа влијае на тоа како се чувствувате, мислите и се однесувате и може да ја попречите вашата способност да функционирате и да продолжите со секојдневниот живот.

Родителите треба одблиску да го следат однесувањето на детето во тинејџерските години. Родителот ќе знае кога некое однесување не е само фаза и кога треба да се интервенира. Депресијата е сериозен проблем кој не смее да биде игнориран.

Во една студија за откривање на причините за дебелеењето се забележало дека голем број од лицата што имаат прекумерна тежина, особено жените, дошле до таква состојба бидејќи не сакале да го привлечат вниманието од спротивниот

пол. Зошто? Затоа што се открило дека 55% од нив на млада возраст биле сексуално злоупотребени. Ваквите податоци поттикнале дополнителни истражувања, односно се анализирало колку траумите што биле доживеани во детскиот период влијаат врз подоцнежното психичко здравје.

Користењето лекови може да го оневозможи процесот на осознавање на причините за депресијата, анксиозноста и срамот. Можно е поради тоа да не се дознае подлабоката причина за депресијата, а и да не дојде до намалување или ослободување од неа. Постојат и вистински биолошки фактори, како нашите гени, кои можат да ве направат почувствителни на овие причини, но тие не се примарните предизвикувачи.

Последниве недели видовме колку може да биде сериозна пандемијата на коронавирусот. Многу настани се откажани и многу канцеларии остануваат затворени. Лесно е да станете нервозен или загрижен со едноставно следење на вестите.

Многумина се под стрес поради ситуацијата. Експертите велат дека преголемото впивање информации за пандемијата може да предизвика анксиозност, особено кога луѓето се заглавени дома и ги следат социјалните мрежи. Целото наше внимание е свртено кон заканувачките делови од ситуацијата. Во насловите доминираат места погодени од коронавирусот, а властите постојано предупредуваат за опасноста од правење секојдневни активности, како ракување или собирање во големи групи. Иако предупредувањата се прават за да се зголеми безбедноста, тие може да изгледаат како сите да се во паника. Згора на тоа, никој од нас нема контрола врз ситуацијата, што честопати ги прави луѓето анксиозни. Контролата и сигурноста се основни, од еволуциска гледна точка, за одржувањето во живот на нашиот вид. Кога не сме сигурни, преземаме мерки да се осигуриме дека нема да бидеме убиени или дека нема да умреме.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. "Mental illness - Symptoms and causes". Mayo Clinic. 8 June 2019. Retrieved 3 May 2020.
2. "Any Mental Illness (AMI) Among U.S. Adults". National Institute of Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services. Archived from the original on 7 April 2017. Retrieved 28 April 2017.
3. "Mental Disorders". Medline Plus. U.S. National Library of Medicine. 15 September 2014. Archived from the original on 8 May 2016. Retrieved 10 June 2016.
4. "Mental disorders". World Health Organization. 9 April 2018. Archived from the original on 18 May 2015. Retrieved 2 February 2019.
5. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 101–05.
6. Bolton, D. (2008) What is Mental Disorder?: An Essay in Philosophy, Science, and Values. OUP Oxford. p. 6
7. Jacka, F.N. (March 2017) "Nutritional Psychiatry: Where to Next?". EBioMedicine(Review). **17** (17): 24–29. doi:10.1016/j.ebiom.2017.02.020. PMC 5360575. PMID 28242200.
8. Stein, D.J. (December 2013) "What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science". Canadian Journal of Psychiatry.
9. American Psychiatric Association (2013) "Use of the Manual". Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
10. "Chapter 6 on mental, behavioural and neurodevelopmental disorders". ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2018 version.
11. Pickering, N. (2006) The Metaphor of Mental Illness. Oxford University Press. p. 1.

12. Australia, Healthdirect (14 February 2019). "Nervous breakdown". www.healthdirect.gov.au. Retrieved 25 March 2019.
13. Edward Shorter (2013) How Everyone Became Depressed: The Rise and Fall of the Nervous Breakdown, Oxford University Press
14. Peter Tyrer (2013) Models for Mental Disorder, Wiley-Blackwell ISBN 978-1-118-54052-7
15. Berrios, G.E. (April 1999). "Classifications in psychiatry: a conceptual history". The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. **33** (2): 145–60.
16. Perring, C. (2005) Mental Illness Stanford Encyclopedia of Philosophy
17. Katschnig, H. (February 2010) "Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession". World Psychiatry. **9**
18. Kato, T. (October 2011) "A renovation of psychiatry is needed". World Psychiatry. **10**
19. Doward, J. (11 May 2013) "Medicine's big new battleground: does mental illness really exist?". The Guardian.
20. "NIMH » Mental Disorders as Brain Disorders: Thomas Insel at TEDxCaltech". National Institute of Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services. 23 April 2013. Archived from the original on 7 May 2013.
21. Hankin, B.L., Snyder, H.R., Gulley, L.D., Schweizer, T.H., Bijttebier, P., Nelis S., et al. (November 2016) "Understanding comorbidity among internalizing problems: Integrating latent structural models of psychopathology and risk mechanisms". Development and Psychopathology.
22. Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H., Israel, S., et al. (March 2014) "The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?". Clinical Psychological Science.
23. Forbes, M.K., Tackett, J.L., Markon, K.E., Krueger, R.F. (November 2016) "Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span". Development and Psychopathology. .

24. Gizer, I.R. (November 2016) "Molecular genetic approaches to understanding the comorbidity of psychiatric disorders". Development and Psychopathology. **28**
25. Lahey, B.B., Krueger, R.F., Rathouz, P.J., Waldman, I.D., Zald, D.H. (February 2017) "A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span". Psychological Bulletin. **143**
26. Gazzaniga, M.S., & Heatherton, T.F. (2006). Psychological Science. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
27. Jump up to:[a b c] "Mental Health: Types of Mental Illness". WebMD. 1 July 2005. Retrieved 29 September 2009.
28. Jump up to:[a b] Office of the Surgeon General; Center for Mental Health Services; National Institute of Mental Health (1999). "The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness" (PDF). Mental Health: A Report of the Surgeon General. National Institute of Mental Health
29. NIMH (2005) Teacher's Guide: Information about Mental Illness and the BrainArchived 12 October 2007 at the Wayback Machine Curriculum supplement from The NIH Curriculum Supplements Series
30. Akiskal, H.S., Benazzi, F. (May 2006) "The DSM-IV and ICD-10 categories of recurrent [major] depressive and bipolar II disorders: evidence that they lie on a dimensional spectrum". Journal of Affective Disorders. **92**
31. McIntyre, Roger S. (7 March 2017) "Mixed features and mixed states in psychiatry: from calculus to geometry" (PDF). Cambridge University Press. Retrieved 23 October 2020.
32. Clark, L.A. (2007) "Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization". Annual Review of Psychology. **58** .
33. Morey, L.C., Hopwood, C.J., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Shea, M.T., Yen S., et al. (July 2007). "Comparison of alternative models for personality disorders". Psychological Medicine.
34. "Eating Disorders". National Alliance on Mental Illness (NAMI). Retrieved 6 May 2019.
35. "NIMH » Eating Disorders". www.nimh.nih.gov. Retrieved 6 May 2019.

36. Gamma, A., Angst J., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W. (March 2007) "The spectra of neurasthenia and depression: course, stability and transitions" (PDF). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.
37. Trimble M (2002) "Uncommon psychiatric syndromes, 4th edn". Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.
38. Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Ustün, T.B. (July 2007) "Age of onset of mental disorders: a review of recent literature". Current Opinion in Psychiatry.
39. Paus, T., Keshavan, M., Giedd, J.N. (December 2008) "Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?". Nature Reviews. Neuroscience.
40. van Os, J., Kapur, S. (August 2009) "Schizophrenia". Lancet. **374**
41. Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., et al. (June 2001). "Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study". The British Journal of Psychiatry. **178**
42. Jobe, T.H., Harrow, M. (December 2005) "Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review". Canadian Journal of Psychiatry. **50** (14): 892–900.
43. Tohen, M., Zarate, C.A., Hennen, J., Khalsa, H.M., Strakowski, S.M., Gebre-Medhin, P., et al. (December 2003) "The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence". The American Journal of Psychiatry. **160**
44. Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., Leon, A.C., Solomon, D.A., et al. (December 2005) "Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study". Archives of General Psychiatry. **62** (12): 1322–30.
45. Collins, P.Y., Patel, V., Joestl, S.S., March, D., Insel, T.R., Daar, A.S., et al. (July 2011) "Grand challenges in global mental health". Nature. **475** (7354): 27.
46. Center for Psychiatric Rehabilitation What is Psychiatric Disability and Mental Illness? Archived 4 January 2012 at the Wayback Machine Boston University, Retrieved January 2012

47. Jump up to:[a b] Pilgrim, David; Rogers, Anne (2005) A sociology of mental health and illness (3rd ed.). Milton Keynes: Open University Press. ISBN 978-0-335-21583-6.
48. Ferney, V. (2003) The Hierarchy of Mental Illness: Which diagnosis is the least debilitating? New York City Voices Jan/March
49. Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer MC, et al. (May 2008) "Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world". The British Journal of Psychiatry. **192** (5): 368–75.
50. Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., et al. (June 2011) "Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis". Lancet. **377**
51. "CIS: UN Body Takes On Rising Suicide Rates – Radio Free Europe / Radio Liberty 2006".
52. O'Connor R, Sheehy N (29 January 2000) Understanding suicidal behaviour. Leicester: BPS Books. pp. 33–37.
53. Bertolote J.M., Fleischmann A. (October 2002) "Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective". World Psychiatry. **1** (3): 181–5.
54. Arango, C, Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman J.A., et al. (July 2018) "Preventive strategies for mental health". The Lancet. Psychiatry. **5** (7): 591–604.
55. Jump up to:[a b c d e] "Risks To Mental Health: An Overview Of Vulnerabilities And Risk Factors"(PDF). WHO.int. 2012.
56. Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (December 2000) "A twin study of personality disorders". Comprehensive Psychiatry.
57. Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience.
58. Jump up to:[a b] Bienvenu OJ, Ginsburg GS (December 2007). "Prevention of anxiety disorders". International Review of Psychiatry.

59. Insel, T.R. (April 2009) "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". The Journal of Clinical Investigation. **119** (4): 700–5.

60. American Psychiatric Association 3 May 2013 Release Number 13-33

61. Nordsletten AE, Larsson H, Crowley JJ, Almqvist C, Lichtenstein P, Mataix-Cols D (April 2016) "Patterns of Nonrandom Mating Within and Across 11 Major Psychiatric Disorders". JAMA Psychiatry. **73** (4): 354–61.

62. Arango, C, Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., et al. (July 2018) "Preventive strategies for mental health". The Lancet. Psychiatry.

63. Jump up to:**a b c d e** "Risks To Mental Health: An Overview Of Vulnerabilities And Risk Factors"(PDF). WHO.int. 2012.

64. Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (December 2000) "A twin study of personality disorders". Comprehensive Psychiatry. **41**

65. Reichborn-Kjennerud, T. (1 March 2010) "The genetic epidemiology of personality disorders". Dialogues in Clinical Neuroscience. **12** (1):

66. Jump up to:**a b** Bienvenu OJ, Ginsburg GS (December 2007). "Prevention of anxiety disorders". International Review of Psychiatry.

67. Insel, T.R. (April 2009) "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". The Journal of Clinical Investigation. **^** American Psychiatric Association 3 May 2013 Release Number 13-33

68. Nordsletten, A.E., Larsson, H., Crowley, J.J., Almqvist, C., Lichtenstein, P., Mataix-Cols, D. (April 2016) "Patterns of Nonrandom Mating Within and Across 11 Major Psychiatric Disorders". JAMA Psychiatry.

69. Fumagalli, F., Molteni, R., Racagni, G., Riva, M.A. (March 2007) "Stress during development: Impact on neuroplasticity and relevance to psychopathology". Progress in Neurobiology.

70. Hiday, V.A. (June 1995) "The social context of mental illness and violence". Journal of Health and Social Behavior.

71. Jump up to:[a] [b] Krabbendam L, van Os J (October 2005) "Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk". Schizophrenia Bulletin.
72. Jump up to:[a] [b] Sarris J, Logan AC, Akbaraly TN, Amminger GP, Balanzá-Martínez V, Freeman MP, et al. (March 2015) "Nutritional medicine as mainstream in psychiatry". The Lancet. Psychiatry (Review). **2**
73. "The Report". The Schizophrenia Commission. (13 November 2012) Archived from the original on 5 April 2013. Retrieved 23 April 2013.
74. O'Connell, M.E., Boat, T., Warner, K.E. (2009) "Table E-4 Risk Factors for Anxiety". Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. National Academies Press.
75. Miklowitz, D.J., Chang, K.D. (2008) "Prevention of bipolar disorder in at-risk children: theoretical assumptions and empirical foundations". Development and Psychopathology.
76. Jump up to:[a] [b] [c] "Cannabis and mental health". Royal College of Psychiatrists. Retrieved 23 April, 2013.
77. Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (March 2009) "Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression". Archives of General Psychiatry.
78. Winston, A.P., Hardwick, E., Jaberi, N. (October 2005) "Neuropsychiatric effects of caffeine". Advances in Psychiatric Treatment. **11** (6)
79. Vilarim, M.M., Rocha Araujo, D.M., Nardi, A.E. (August 2011) "Caffeine challenge test and panic disorder: a systematic literature review". Expert Review of Neurotherapeutics. **11**
80. Picchioni, M.M., Murray, R.M. (July 2007) "Schizophrenia". BMJ. **335**
81. Khan, M.A., Akella, S. (December 2009) "Cannabis-induced bipolar disorder with psychotic features: a case report". Psychiatry. **6**
82. "The Relationship between Mental Health, Mental Illness and Chronic Physical Conditions". ontario.cmha.ca. Retrieved 21 November 2019.

83. Jeronimus, B.F., Kotov, R., Riese, H., Ormel, J. (October 2016) "Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants". Psychological Medicine.
84. Jump up to:[a] [b] Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B, et al. (July 2013) "Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship". Clinical Psychology Review. **33**
85. Kendler, K.S. (April 2012) "The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism". Molecular Psychiatry.
86. Kinderman, P., Lobban, F. (2000) "Evolving Formulations: Sharing Complex Information with Clients". Behavioural and Cognitive Psychotherapy.
87. HealthWise (2004) Mental Health Assessment. Archived 26 June 2006 at the Wayback Machine Yahoo! Health
88. Davies, T. (May 1997) "ABC of mental health. Mental health assessment".
89. Kashner, T.M., Rush, A.J., Surís, A., Biggs, M.M., Gajewski, V.L., Hooker, D.J., et al. (May 2003) "Impact of structured clinical interviews on physicians' practices in community mental health settings". Psychiatric Services.
90. Shear, M.K., Greeno, C., Kang, J., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H.A., Hanekamp M (April 2000) "Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics". The American Journal of Psychiatry.
91. "What is HoNOS?". Royal College of Psychiatrists.
92. "Introduction to HoNOS". Royal College of Psychiatrists.
93. Pirkis, J.E., Burgess, P.M., Kirk, P.K., Dodson, S., Coombs, T.J., Williamson, M.K. (November 2005) "A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures". Health and Quality of Life Outcomes.
94. Audin, K., Margison, F.R., Clark, J.M., Barkham, M. (June 2001). "Value of HoNOS in assessing patient change in NHS psychotherapy and psychological treatment services". The British Journal of Psychiatry.

95. Caplan, P.J. (28 April 2012) "Psychiatry's bible, the DSM, is doing more harm than good". Opinions. Washington Post.
96. ^ Frances, A. (August 2013) "The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis". Ideas and Opinions. Annals of Internal Medicine.
97. Kirk, S.A., Gomory T., Cohen D. (2013) Mad Science: Psychiatric Coercion, Diagnosis, and Drugs. Transaction Publishers. p. 185.
98. Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (April 2002) "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering". Education And Debate; Commentary.
99. Abuse; Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht (2004) Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report (PDF). Geneva: World Health Organization
100. Campion, J., Bhui, K., Bhugra, D. (February 2012) "European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders". European Psychiatry.
101. "Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case". London School of Economics and Political Science. 2 February 2011. Retrieved 27 May 2013.
102. "NIMH » Research Priorities for Strategic Objective 3".
103. Barth RP (2009) "Preventing child abuse and neglect with parent training: evidence and opportunities" (PDF). The Future of Children. 12 March 2014.
104. Stewart-Brown SL, Schrader-McMillan A (December 2011) "Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project". Health Promotion International.