МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН - СВЕТИ НИКОЛЕ - БИТОЛА - Р.МАКЕДОНИЈА
СВЕТИ НИКОЛЕ: ул. Маршал Тито 77; 032 440 330; 032 440 202; e-mail: info@slavinst.edu.mk;
БИТОЛА: ул. Новачки Пат бб; 047 238 077; 047 222 503; e-mail: info@slavinst.edu.mk;
www.msu.edu.mk

ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

НАСОКА: **КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА**

МАГИСТЕРСКИ ТРУД:

ПЕРЦИПИРАНИТЕ РОДИТЕЛСКИ СТИЛОВИ

И

ОБЕМОТ НА ПАНИЧНИ НАПАДИ КАЈ НИВНИТЕ ВОЗРАСНИ ПОТОМЦИ

Ментор:

Проф. д-р Диана Белевска

Изработил:

Билјана Велковска

инд.бр. M193009

Свети Николе, ноември, 2020

СОДРЖИНА:

РЕЗИМЕ....4
ВОВЕД....5
I. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРЕДМЕТОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ.....9
1. Панични напади....9
1.1. Стравот, анксиозноста и телото....13
1.2. Психоаналитичка перспектива....16
1.3. Панични напади во контекст на анксиозни нарушувања....21
1.3.1. Етиологијата на анксиозни нарушувања како можен патоказ во етиологијата на паничните напади....24
2. Психосоцијален развој....28
2.1. Теорија на афективна приврзаност....31
2.1.1. Стилови на приврзаност....34
2.1.2. Стилот на приврзаност и анксиозноста....38
2.2. Теорија на родителско прифаќање и отфрлање....40
2.2.1. Родителско отфрлање и психопатологија кај потомците....44
2.3. Воспитен родителски стил....46
2.3.1. Димензии на родителски стил: емоционална топлина и заштита....46
2.3.2. Врската на родителските топлина и заштита со стравот и анксиозноста....49
3. Формулирање на проблемот на истражување....52
4. Релевантни истражувања....54
II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО....57
1. Предмет на истражувањето....57
2. Дефинирање на клучни поими....58
3. Цели и задачи....59
4. Формулација на општата хипотеза....61
5. Варијабли на истражувањето....63
6. Истражувачка стратегија....64
6.1 Инструменти....65
6.2 Популација и примерок....71
6.3 Постапка....72
III. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ПОДАТОЦИТЕ....73
1. Статистичка обработка....73
2. Резултати....74
IV. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА....79
1. Препораки....79
2. Заклучоци....81
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА
ПРИЛОЗИ

РЕЗИМЕ

Околу една петина од возрасната популација во текот на животот искусила паничен напад, иако повеќето од овие луѓе не развиле панично нарушување. Паничните напади се појавуваат во рамки на повеќе нарушувања, но и независно од нив. Истражувањата, меѓу другото, го имплицираат и влијанието на воспитниот родителски стил во етиологијата на нарушувањата, во кои се јавуваат панични напади, но недостасуваат студии за поврзаноста меѓу родителскиот стил и паничните напади, што се јавуваат надвор од рамките на одредено нарушување.

Целта на ова корелативно истражување е да се одреди дали родителскиот воспитен стил (чии две клучни димензии се емоционална топлина и контрола или прекумерна заштита) е поврзан со обемот на панични напади (број, зачестеност и присутност на симптоми) што го искусиле испитаниците. Испитаници беа 104 возрасни луѓе со панични напади без историја на психичко нарушување, кои пополнија два прашалника: едниот дизајниран за ова истражување што го мери обемот на панични напади и скратената верзија на прашалникот ЕМБУ (Egna Minnen av Bardnoms Uppfostran) за перципираното однесување на двата родителa при воспитувањето. Добиените резултати не се во потполност конзистентни со досегашните истражувања: покажаа умерена поврзаност на обемот на панични напади со недостатокот од родителска топлина и слаба поврзаност на истите со прекумерната родителска заштита, а дискутирани се заклучоците од наодите, како и ограничувањата на истите.

Клучни зборови: панични напади, авторитарен родителски воспитен стил, емоционална топлина, прекумерна заштита

ВОВЕД

Паничните напади се ненадејни, куси бранови на интензивен страв придружени со бројни симптоми (неправилна или забрзана работа на срцето, препотување, треперење или тресење, скусување на здивот или чувство на задушување, чувство на давење, болка во градите или непријатност, гадење или стомачна иритација, чувство на вртоглавица или онесвестување, дереализација или деперсонализација, страв од губење контрола или од полудување, страв од умирање, чувство на отрпнатост или пецкање, студени или врели бранови), од кои повеќето се соматски. За да се дијагностицира паничен напад, потребно е да се појават најмалку четири од овие симптоми (DSM-IV, 1994, според Katerndahl, 1996). Паничните напади се разликуваат по видот и изразеноста на симптомите и сите што искусиле паничен напад нема да го доживеат на ист начин. На дел од нив паничните напади им влијаат на квалитетот за живот, а како можни компликации од доживеаните панични напади се избегнување на социјални ситуации, проблеми на училиште, на работа и/или дома, депресија и суицидални мисли, злоупотреба на супстанци (Katerndahl, 1996).

Според Дејвидсон и Нил (Davidson & Neale, 1999) прогнозите упатуваат на тоа дека околу 60 милиони луѓе во текот на животот ќе доживеат паничен напад, а статистиките се дека:

- најризичните години за првото појавување на паничен напад се меѓу 15 и 19 години,
- жените два пати почесто отколку мажите доживуваат паничен напад,
- поверојатно е дека паничен напад ќе се јави кај близок член на семејството на некој што има(л) панични напади.

Паничните напади можат да бидат еднократен настан, но неретко се повторуваат. Се појавуваат во рамки на повеќе нарушувања, како што се паничното нарушување, агорафобија со панични напади, специфична фобија, социјална фобија. Симптоми

слични на паничен напад можат да се јават како резултат на одредени медицински состојби како што е кариопулмонарното заболување mitral valve prolapse (Alaor, 2008) или хипертироидизам (Kikuchi, 2005). Состојби налик на панични напади можат да се појават и како последица на злоупотреба на супстанци како што се кокаин и амфетамини, но можат да се јават и независно од овие фактори и дијагностички категории (Arch & Craske, 2013). Речиси 23 отсто од возрасната популација искусила паничен напад во текот на животот, иако повеќето од овие луѓе не развиле панично нарушување (Kessler, Chiu, et al., 2006, според Butcher et al., 2017)

Во стручната литература се сретнуваат извештаи (Schwartz et al. 1990, според Craske & Waters, 2005) за поврзаноста на воспитниот стил на родителите и на психичките нарушувања, меѓу кои и анксиозните нарушувања, во кои може да се појават панични напади (DSM-IV, 1994, според Arch & Craske, 2013). Ова и не е за изненадување ако се знае дека семејството е првата социјална средина во која детето го отпочнува својот живот и го доживува својот развој. Тоа е првата средина, најважната примарна група во која детето се поима себеси, другите и светот, се воспитува, ги стекнува првите навики (културни, хигиенски), ги учи моралните норми и вредности. Една од значајните улоги на семејството е да го подготви потомството за живот во општествената заедница, а родителите се првите модели за идентификација и имитација.

Повеќето психодинамиски, бихејвиорални, когнитивни, па и биолошки теоретичари сметаат дека искуствата во детството имаат клучна улога во развојот на психичкото здравје на возрасните личности (Davidson & Neale, 1999). Љубовта, вниманието, задоволувањето на детските потреби и поттикнувањето на детскиот развој се основа на здравиот психички развој, а влијанието на родителите е неоспорно за правилен развој на детето во здрава, зрела и стабилна личност. Родителите ја градат основата на детските позитивни, но и на негативните чувства за себе и за светот. Во настојувањето да ги реализираат овие цели родителите постапуваат на одреден начин, согласно своите уверувања, своите потреби и своите капацитети. Нивните постапки при одгледувањето на децата имаат влијание врз однесувањето на детето, врз неговиот

вредносен систем и врз неговото психичко здравје. Некои родители одбираат воспитни стилови што водат кон исполнување на детските емоционални потреби и кон позитивни исходи кај нивните деца, но може да изберат и непримерни методи или, пак, однос кон детето што може да има обележје на вистинско занемарување на неговите потреби. Проблемите до кои доаѓа во развојот на личноста на детето може да бидат последица на кумулативните трауми предизвикани од начинот на воспитување (Шурбановска, 2013). Во случаи на сериозно занемарување и злоставување од родителите во детството, евидентирани се тешки последици што траат и целиот живот, а ги вклучуваат нарушеното психичко, но и физичко здравје кај потомците (Teicher, 2000).

Оттаму и ова истражување се стреми да ја испита можната врска меѓу родителскиот воспитен стил и обемот на паничните напади кај нивните возрасни потомци без историја на психички нарушувања. Поконкретно, истражувањето ќе ги следи двете клучни димензии на родителскиот воспитен стил, во литературата именувани како *емоционална топлина* или *прифаќање* и *родителска контрола* или (*прекумерна) заштита*.

Родителската топлина се однесува на поддршката, грижата, љубовта, прифаќањето и охрабрувањето што родителите му ги даваат на детето, што резултира со чувство на удобност на детето во присуство на родителите и ја вклучува свесноста на детето дека е прифатено како личност, додека втората димензија на родителскиот однос е родителска контрола, а особини на оваа димензија се поставување високи барања и контрола врз однесувањето на детето, а се дефинира како присила по пат на казнување и заканување заради исполнување на родителските барања (Parker, 1983, според Chorpita & Barlow, 1998). Секоја комбинација на родителските димензии на однесување сочинува одреден родителски стил (Шурбановска, 2013).

Што се однесува до паничните напади, оваа студија, поради природата на истражувањето и ограничените ресурси за истото, се фокусира и го мери обемот на панични напади искусени од полнолетните потомци, без дијагностицирано психичко нарушување, на родителите со одреден стил на воспитување. Попрецизно дефинирано,

а во рамките на квантитативната методологија, се следат три параметри: бројот на искусени панични напади во текот на животот, зачестеноста или фреквенцијата на истите и бројот на симптоми што се вообичаено присутни при паничен напад.

Се очекува резултатите да бидат во согласност со досегашните наоди од опсервирачките и самопријавените истражувања, кои ја имплицираат поврзаноста на родителскиот стил и анксиозните нарушувања, меѓу кои и оние во чии рамки се појавуваат панични напади. Сепак, постои можност оваа студија да не пронајде врска меѓу родителските емоционална топлина и (прекумерна) заштита и обемот на панични напади кај нивните полнолетни деца првенствено поради фактот што како испитаници во истражувањето се јавуваат возрасни луѓе со панични напади кои немаат дијагностицирано психичко нарушување. И, иако претходните студии го поврзуваат недостатокот на топлина и прекумерната заштита со анксиозните нарушувања, ова истражување се прави со субклинички субјекти со панични напади, за кои напади се очекува да се покаже дека се поврзани со недостатокот на родителска топлина и прекумерната родителска заштита или контрола во детството. Со ова би се покажало дека не само паничните напади кај луѓето со историја на психичко нарушување, туку и паничните напади што се јавуваат надвор од некое нарушување (но не како резултат на медицинска состојба и злоупотреба на супстанци) имаат поврзаност со недостатокот на емоционална топлина и на прекумерна заштита или контрола во детството.

I. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРЕДМЕТОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1. ПАНИЧНИ НАПАДИ

Паничните напади се неочекувани бранови на интензивен страв со кратко траење и се придружени со барем четири или повеќе од овие тринаесет симптоми (DSM-IV, 1994, според Katerndahl, 1996):

(1) неправилна или забрзана работа на срцето,

(2) препотување,

(3) треперење или тресење,

(4) скусување на здивот или задушување,

(5) чувство на давење,

(6) болка во градите или непријатност,

(7) гадење или стомачна иритација,

(8) чувство на вртоглавица или онесвестување,

(9) дереализација (чувство на нереалност) или деперсонализација (чувство на одвоеност од себе),

(10) страв од губење контрола или полудување,

(11) страв од умирање,

(12) чувство на отрпнатост или пецкање,

(13) студени или врели бранови.

Паничните напади имаат дистинктивна констелација на симптоми, почнуваат спонтано и брзо, а во рок од десетина минути, го доживуваат својот интензитет. Првичните симптоми обично се кардиопулмонарни, со често пријавена диспнеа (Arch & Craske, 2013). Широко варираат во интензитет, траење и зачестеност, во бројот и видот на мисли и сензации што ги придружуваат, како и меѓу другите мерени димензии, но, иако има значителна симптоматска варијабилност, паничните напади имаат тенденција да бидат униформен феномен (Barlow, 2002, според Maddux et al., 2015).

Изолирани панични напади можат да се јават кај пациенти без никакво нарушување, но кои се под емоционален притисок, па појавата на паничен напад не е уникатно дијагностичка за панично нарушување, ниту за кое било нарушување (Arch & Craske, 2013).

Паничните напади можат да бидат еднократен или повеќекратен настан, а кај лицата што ги искусуваат повеќе пати во животот почетокот обично е дефиниран со иницијален неочекуван паничен напад (Barlow, 1988, според Craske & Waters, 2005), типично во средните дваесетти години (Brown et al. 2001, според Craske & Waters, 2005).

Паничните напади често се појавуваат непредизвикани од одредени аспекти на непосредната ситуација што може да се идентификуваат. Иако понекогаш паничните напади се неочекувани и непредизвикани од надворешен стимул, треба да се земе в предвид фактот дека досегашните извештаи ја потврдуваат активацијата на амигдалата како одговор на визуелен стимул под прагот на свесноста, па со ова останува можноста паничните напади всушност да се предизвикани од надворешни признаци, што служат како тригер, но за кои лицето останува несвесно (Whalen et al., 1998).

Понекогаш панични напади се појавуваат во ситуации во кои можат да бидат најмалку очекувани, како што е за време на опуштање или на спиење, но сепак, во други случаи, паничните напади можат да бидат ситуационо предиспонирани и се случуваат само понекогаш додека личноста е во одредена ситуација (возење

автомобил, посета на продавница) или по некој многу стресен животен настан како што е загуба на ближен, загуба на важен однос/врска, загуба на работа или криминална виктимизација (Barlow 2002; Klauke et al., 2010, според Butcher et al., 2017).

Во зависност од врската меѓу мигот кога се случува паничниот напад и присуството или отсуството на непосреден предизвикувач или тригер, што може да се идентификува, паничните напади се делат на:

1. Неочекувани панични напади што се јавуваат навидум непредизвикани и при кои нема ситуационен, надворешен тригер и ова е најчестиот вид паничен напад во паничното нарушување,

2. Ситуационо шредизвикани панични напади што се случуваат при изложување или очекување на ситуацијата што служи како тригер, но не се неодвоиво поврзани со тригерот во смисла дека нападот не мора да се случи веднаш по изложувањето на тригерот, а карактеристични се за социјалната и за специфичната фобија, иако ситуационо предиспонирани панични напади можат да се сретнат и во рамки на паничното нарушување,

Неретка е и појавата на панични напади, што се случуваат во особен емоционален контекст како што е загуба на ближен, загуба на важен однос/врска, загуба на работа или криминална виктимизација (Barlow 2002; Klauke et al., 2010, според Butcher et al., 2017),

Иако луѓето што искусуваат панични напади најчесто ги доживуваат додека се будни, постојат и панични напади што се случуваат ноќе додека лицата спијат (Butcher et al., 2017). Околу 50 отсто од лицата што пријавиле дека искусуваат панични напади пријавиле дека имаат искусено паничен напад додека спијат барем еднаш во животот (O'Mahony & Ward, 2003, според Butcher et al., 2017). Ноќниот паничен напад се однесува на будење од сон во состојба на паника и се чини дека се случува околу 20 до 40 отсто кај луѓето со панично нарушување и често е поврзано со несоница и чести будења за време на спиењето (Papadimitriou & Linkowski, 2005, според Butcher et al., 2017).

Иако може да се помисли дека будењето од сон во состојба на паника или на ноќен паничен напад може да се должи на сонување кошмар, големо истражувачко тело покажува дека ова не е точно (Butcher et al., 2017). Спиењето има пет фази што се случуваат во речиси редовна секвенца повеќе пати во текот на ноќта: едната фаза е наречена REM (rapid eye movement) фаза кога се случуваат соновите и четири фази на не-REM сон кога соништа не се случуваат. Ако ноќните панични напади се случуваат како одговор на кошмар, би очекувале да се случат за време на REM фазата на спиењето (кога се случува сонувањето и/или кошмарите), ама тие се случуваат во фаза на сонот каде нема сонување.

Исто така, важно е ноќните панични напади да се разликуваат од таканаречените ноќните ужаси (night terrors) кои вообичаено ги искусуваат децата. Ноќните панични напади се разликуваат и од парализата во сон (sleep paralysis), што понекогаш може да се случи на преминот од сон кон будење. Парализата во сон вклучува свесност за окружувањето на лицето придружувано со чувство на страв и ужас, како и со неможноста за помрднување што се чини дека се случува бидејќи лицата се будни, не сонуваат, но од вратот надолу нема никаква мускулна активност (Hinton et al, 2005, според Butcher et al., 2017)

Проценките на една студија се дека повеќе од една петтина од возрасната популација искусила паничен напад во текот на животот, но повеќето од нив не развиле панично нарушување (Kessler, Chiu, et al., 2006, според Butcher et al., 2017)

Можно е некои „панични напади“ воопшто да не се психолошки индуцирани. За некои од нив, причина е медицинската состојба mitral valve prolapse, срцева маана чии ефекти, што се јавуваат ненадејно, се забрзано срцебиење, чувство на несвестица, препотување и вртоглавица, слични на симптомите на паничен напад (Alaor, 2008). Можно е состојбата налик на паничен напад да биде од здравствена состојба или од други физички причини: хипертироидизам, хипогликемија, употреба на стимуланси како амфетамини, кокаин, кофеин (Sue et al., 2015).

1.1. Стравот, анксиозноста и телото

Дека анксиозноста е функционално различна од стравот или од паниката доаѓа од комплексна статистичка анализа на субјективните известувања за паника и анксиозност и од големиот корпус на невробиолошки докази (Bouton, 2005; Bouton et al., 2001; Davis, 2006; Grillon, 2008, според Butcher et al., 2017).

Историски, вообичаениот начин за разграничување меѓу шемите на одговор на страв и на анксиозност е во тоа дали постои јасен и очигледен извор на опасност, што се смета за таков од повеќето луѓе. Кога изворот на опасност е очигледен, емоцијата што се искусува се нарекува страв (пример, се плашам од змии). При анксиозноста честопати не можеме точно да одредиме што е опасноста (пример, анксиозна сум за здравјето на моите родители).

Изминативе години, многу истакнати научници предложуваат пофундаментална дистинкција меѓу шемите на одговор на страв и на анксиозност (Barlow, 1988, 2002; Bouton, 2005; Grillon, 2008; McNaughton, 2008, според Butcher et al., 2017). Според нив, стравот е базична емоција што ја подразбира активацијата на механизмот “fight-or-flight” и што е речиси мигновена реакција на секоја непосредна опасност (опасен предатор или стоење пред наполнет пиштол), при што во телото се случуваат низа каскадни реакции, кои вклучуваат излачување на одредени хормони и активација на симпатичкиот дел од автономниот нервен систем.

Неговата адаптивна улога е во тоа што е примитивен аларм и подготовка на телото (преку затегнување на мускулите, засилување на сетилата, засилено срцебиење за да се збогати крвта со кислород, зголемување на шеќерот во крвта за да се добие енергија) да се соочи со опасноста, да се бори или да се оддалечи, да избега од неа.

Кога одговорот на страв ќе се случи без очигледна надворешна опасност, се вели дека личноста имала спонтан или непредизвикан паничен напад, а симптомите на паничен напад се речиси идентични на оние искусени за време на состојба на страв освен што паничните напади често се придружувани со субјективно чувство на

надвиснувачка опасност, вклучувајќи го стравот од умирање, полудување или губење контрола (Butcher et al., 2017).

Овие последниве (страв од умирање, полудување или губење контрола) се когнитивни симптоми што генерално не се случуваат за време на состојба на страв, ниту при активацијата на механизмот "fight-or-flight". За разлика од ова, иако најголемиот дел од симптомите кај паничните напади се соматски (стимулација на респираторниот, срцевиот и гастроинтестиналниот систем), при паничен напад физиолошките симптоми често се појавуваат со когнитивни симптоми, што подразбираат страв од умирање, од полудување или од онесвестување (Cannistraro & Rauch, 2003), од што може да се заклучи дека при паничен напад, стравот и паниката имаат три компоненти:

1. Когнитивни/субјективни компоненти (се чувствувам исплашено/преплашено, ќе умрам),

2. Физиолошки компоненти (како што е забрзана работа на срцето и отежнато дишење),

3. Бихејвиорални компоненти (силна желба да се избега).

Овие компоненти се само лабаво поврзани (Lang, 1985, според Butcher et al., 2017), што значи дека некој може да покажува, на пример, физиолошки и бихејвиорални индикатори на страв или паника без субјективната компонента или обратно, па оттаму и разноликоста на паничните напади во смисла на бројот и видот на симптоми што се искусуваат.

Спротивно на стравот и на паниката, анксиозната шема на одговор е комплексна мешавина на непријатни емоции и сознанија што се поорјентирани на иднината и подифузни од стравот (Barlow and Allen, 2004). Исто како и при искусување страв, и при искусувањето анксиозност се разликуваат когнитивни/субјективни, физиолошки и бихејвиорални компоненти зашто емоционалните состојби и емоциите се изразуваат преку когнитивна, бихејвиорална и физиолошка компонента, па така и анксиозноста,

како и стравот, е карактеризирана со истовремена присутност на симптомите на сите подрачја и нивната меѓусебна интеракција:

1. Когнитивната компонента на анксиозноста ги вклучува мислите, верувањата, интерпретациите врзани за одредена ситуација и нејзините очекувани резултати и, на когнитивно ниво, анксиозноста инволвира негативни расположенија, грижа за идни закани или опасности и чувство на неспособност да се предвидат идни закани или губење контрола кога ќе се случат.

2. Бихејвиоралната компонента се однесува на моторичките реакции кои обично вклучуваат превземање акција – избегнување или бегство. На бихејвиорално ниво анксиозноста може да создаде силна тенденција да се избегнуваат ситуации каде може да биде сретната, но при анксиозноста не постои непосреден бихејвиорален нагон да се избега како што има при стравот (Barlow and Allen, 2004).

3. Физиолошката компонента на анксиозноста е видлива во соматските симптоми, што кај анксиозноста можат да се поделат во неколку групи:

   а) кардиоваскуларни (тахикардија, зголемен крвен притисок, бледило или вцрвенување),

   б) респираторни (чувство на гушење, забрзано дишење),

   в) промени на кожата (црвени дамки, промени во температурата на кожата, парестезија),

   г) мускулни (тремор, мускулна тензија, грчеви),

   д) гастринтестинални (дијареа, мачнина, абдоминална болка) и

   ѓ) други (главоболка, болка во градите, несоница, вртоглавица, зачестено мокрење и така натаму).

На физиолошко ниво, анксиозноста често создава состојба на тензија и хронично преголемо возбудување што ја одразува подготвеноста за справување со опасноста

што треба да се случи и, иако нема активација на одговорот „fight-or-flight“, анксиозноста ја подготвува личноста за ваквиот одговор доколку опасноста се случи.

При паничен напад, соматските симптоми што се јавуваат се следени со субјективни доживувања на когнитивен и на афективен план, на пример забрзаното чукање на срцето за лицето со панични напади често е прв знак на страв дека ќе се изгуби контролата или дека личноста ќе се онесвести, а стравот дека промените поврзани со анксиозноста како што се засиленото срцебиење или отежнатото дишење ќе има негативни психолошки, социјални или телесни последици се нарекува анксиозна сензитивност.

Понатаму, може да се хипотезира дека анксиозноста околу можноста за доживување нов паничен напад ќе предизвика соматски симптоми, кои од лицето со панични напади ќе бидат протолкувани како знак дека ќе се изгуби контролата или дека ќе дојде до полудување или онесвестување. Во оваа смисла, конзистентна карактеристика на паничен напад (истото се случува при хипохондија и одредени делузиони состојби) е дека она од што лицето се ужаснува ќе се случи, макар и само во неговата фантазија и самата помисла на нападот потоа е тригер што ќе го направи следниот паничен напад возможен, при што воспоставено е зедничко психосоматско коло меѓу телото и психата, во кое стравот/паниката ги засилува соматските реакции и когнитивните конструкти за црни сценарија (Masi, 2004).

1.2. Психоаналитичка перспектива

Разгледувајќи ги паничните напади од психоаналитичка гледна точка, Маси (Masi, 2004) наведува дека во конструкцијата на паничниот напад, можат да се разликуваат три тесно поврзани нивоа. Најдолното ниво е под контрола на амигдалата и може да стави во погон вегетативни и соматски реакции. Средното ниво е она на трауматската меморија и може да изгради асоцијативни врски и визуелни слики што стануваат дел од фантазијата поврзана со катастрофални исходи (полудување, умирање). Најгорното, трето ниво е поврзано со структурата на личноста, искуствата во детството или

психичките одбрани, со други зборови со комплексната динамичка конфигурација од која симптомите произлегуваат и која го условува внатрешниот и релациониот свет на пациентот.

Според класичната психоаналитичка теорија, паничниот напад е последица на кршењето на одбранбената организација на различни нивоа и може да се случи за време на периоди на криза, а специфична карактеристика на паничните напади е потфрлањето во менталната функција што треба да ја задржи анксиозноста, па субјективната драма искусена за време на криза е еквивалентна со безимениот ужас кој е таков бидејќи умот, во неможност да го контролира стравот, го истура во телото. (Masi, 2004).

За да го дообјасни погоре наведеното Маси (Masi, 2004), го расчленува паничниот напад и наведува:

- На почетокот колку се поостри соматските симптоми (тахикардија, мускулни контракции, локализирана или дифузна болка, чувство на задушување итн.) и психичките (интензивна, преплавувачка анксиозност), толку пациентот станува поубеден дека смртта е близу или дека ќе полуди;

- Поради анксиозноста, дишењето и срцевиот ритам се засилуваат, паниката се шири. Невровегетативните кола што ја поврзуваат свеста со сигналите за опасност се интензивно стимулирани кај оние кои страдаат од паничен напад и стануваат независни од рационалната контрола. На едно ниво пациентот знае дека нема да умре или да полуди, но во исто време го губи капацитетот да го смири стравот и навистина верува дека ќе умре;

- По првиот напад, често се јавува и втор. Иако преживеале еден и виделе дека се во ред, лицата не можат да се спротистават. Како резултат на циклусот што носи автоматски одговор на секој анксиозен сигнал, нападот се стреми да се повтори и да се засили во интензитет;

- На нападот, дури и кога е неочекуван, секогаш му претходи бавен процес на подготовка и ментални асоцијативни канали што тежнеат да се повторуваат на

константен начин. За време на паничниот напад, пациентот го „слуша“ своето тело на ист начин како што некој кој преживеал катастрофален замјотрес ги чули ушите за сомнителни звуци. Овие пациенти ќе го идентификуваат секој невообичаен сигнал (срцебиење, мускулна болка и слично), а при налет на анксиозност, нивната имагинција ќе конструира опасност што го почнува стравот. Оваа психолошко-емотивна компонента, доколку не се запре, води до соматски ужас;

- Имагинација игра важна улога во подготовките и отпочнувањето на паничниот напад. Една од причините за повторувањето и влошувањето на симптомите е кондиционирањето што го воспоставува умот меѓу стимулот, имагинацијата и емоционалниот одговор. Последниов и невровегетативниот одговор се продукт на имагинацијата, таа дава чувство на реалност на перцепцијата на опасност, полудување или смрт. Оние што доживуваат паничен напад веруваат дека нивниот страв ќе се обистини или веќе се обистинил;

- Трауматска анксиозност. Создаден во имагинацијата, но конкретно искусен од пациентот, паничниот напад откако ќе се појави се воспоставува како трауматичен настан. Кај некои трауматичните подрачја имаат тенденција да стануваат прогресивно пошироки, но кај некои останува ограничен на конкретна ситуација како страв од лифтови, тунели, отворени простори и слично.

Ретроспективно гледано, Фројд (Freud, 1893–95, 1894a, 1894b, според Masi, 2004) предлага дека постои тип на анксиозност што не е психолошка (која нема корени во емотивниот живот), при што разликува психоневрози, каде анксиозноста е поврзана со несвесна содржина конвертирана во соматски симптоми, и неврози (фобија и паника), каде што не постои репресија, ниту дејство со намера да се трансформира анксиозноста. Според овој став, последниве форми на невроза не потекнуваат од психолошки фактори, туку се поврзани со физиопатолошки проблеми. Подоцна Фројд (Freud, 1920, според Masi, 2004) го менува ставот за анксиозноста, давајќи им релевантност на несвесните конфликти и нагласувајќи ја важноста на агресивниот и на

сексуалниот конфликт само во случаи на фобија, додека неговите наследници ги припишуваат и на паничните кризи.

Во аналитичката литература се до времето кога преовладува психосексуалниот модел, прифатено е дека и паничните напади, како и фобиите, имаат корени во конфликтите поврзани со инстинктите. Така, на пример Гринсон (Greenson, 1959, според Masi, 2004), следејќи го психосексуалниот модел, ги поврзува симптомите на панична криза со агресивните или сексуалните инфантилни конфликти и истакнува дека дури и пред кризата, пациентот е во состојба на тензија, а паничниот напад се случува кога специфичен настан ќе го засили невротичниот конфликт.

Забележано е (Silberer, 1989) и дека во психоаналитичкиот третман пациентот може да развие панични напади во фаза на терапијата кога почнува да станува свесен/да освестува значајни и трауматични настани од минатото. За Феро (Ferro, 1996) паничниот напад се случува кога пациентот ќе искуси примитивни емоции како омраза, љубомора или бес по прв пат, па овие важни чувства ги искусува како катастрофални.

Проблемот на паничните напади (нивното потекло, значењето и модулацијата) е директно поврзан со поширокиот проблем на анксиозноста, тврди Маси (Masi, 2004) и додава дека подобро психоаналитичко разбирање за генезата на анксиозноста може да биде најдена со промената на теоретските парадигми, во поместувањето од инстинктуалниот кон релациониот модел во психоаналитичката мисла.

Современото гледиште дека предиспозицијата за анксиозност се разбира и се разгледува во термини на недостасувачки, искривени или неуспешни односи е тесно поврзано со концептот на Фројд (Freud, 1920, според Masi, 2004) за заштитничката бариера (protective barrier), во кој предлага дека умот е заштитен од прекумерна стимулација, ама оваа заштита може да се „дупне' или да се „расцепи". За бебињата и малите деца функцијата на заштитничка бариера ја врши мајката зашто таа има природна способност да одреди што нејзиното дете може да толерира во некој даден момент. На пример, Виникот (Winnicott, 1958, според Masi, 2004) смета дека опасноста

дека ќе се распадне или стравот од прогонство кај пациентот потекнува од недостасувачкиот одговор од страна на објектот што треба да ја прими и зацели детската анксиозност т.е. од мајката или од примарниот старетел. За Бион (Bion, 1962, според Masi, 2004) анксиозноста поврзана со смртта претставува примитивна и природна форма на комуникација што е насочена кон мајката за таа да ја прими и подоцна да ја врати во поподнослива форма, па ако мајката не успее во оваа задача (да ја трансформира анксиозноста), таа анксиозност станува безимен ужас. Борди (Bordi, 2002) нагласува дека теоретскиот придонес на теоријата за приврзаност (Attachment Theory) за капацитетот на мајката ментално „да ги задржи“ афективните состојби, што се искусуваат како неиздржливи од страна на нејзиното дете во термини на физичка грижа, тогаш емоционалниот стрес е модулиран на таков начин што детето стекнува претстава за ситуацијата дека може да се справи со неа и дека е поднослива. Борди (Bordi, 2002) вели дека анксиозноста добива катастрофално значење за оние лица кои, како бебиња не добиле адекватно задоволување на потребите од мајката и, како резултат на тоа, не се опремени со симболичка бариера способна да ги задржи состојбите на физиолошки имбаланс; нивната дефективна стратегија за справување со анксиозноста се чини дека е поврзана со неадекватното внатрешно присуство на мајчиниот ум што може да биде свесен за детската физичка состојба на стрес и може да ги раздели физичката и психичката нелагодност со тоа што ќе ги претстави како поднесливи. И Кан (Khan, 1963, според Masi, 2004) го опишува ефектот на пролонгирана психолошка штета на детето кога мајката систематски не успева да ја исполни својата функција како заштитнички штит и помошно его зашто таквата мајка не дозволува адекватна стратегија за регулација на анксиозноста и самата станува извор на анксиозност.

Од наведеното произлегува дека паничните состојби дополнително можат да се разберат ако се разгледуваат исходите од интеракциите со патолошкиот родител во најраните фази на психолошкиот развој кога детето уште не е способно да си го претстави или да му даде значење на трауматичниот настан: потоа ова е инкорпорирано во несвесното и поврзано со оние автоматски одговори што се неадекватни да ја модулираат анксиозноста.

Паничниот напад, во оваа смисла може да се смета како симптом на комплексно и неспецифично страдање на селфот, како израз на неуспехот на одредени параметри неопходни за неговото функционирање, истакнува Маси (Masi, 2004) и понатаму вели дека во паничниот напад можеме да најдеме повторување во акутна форма на таа првична неспособност (веројатно на мајката) да се диференцираат менталните од физичките состојби, да ги раздвои и да ги претстави како поднесливи.

Како заклучок може да се каже дека од психоаналитичка гледа точка паничните напади се резултат од кревкиот одбранбен систем, што ги отвара вратите за преплавувачка анксиозност, па во оваа смисла не изненадува што паничните напади често се случуваат за време на криза на идентитетот, во време на промени (отпочнување на возрасното доба, средовечна криза), стресни периоди или како психосоматски реакции на сепарација.

1.3. Панични напади во контекст на анксиозни нарушувања

Паничните напади, иако можат да се јават независно од некое нарушување, можат да се појавуваат во рамки на сите анксиозни нарушувања: Панично нарушување со и без агорафобија, Агорафобија без историја на панично нарушување, Специфична фобија, Социјална фобија, Опсесивно-компулзивно нарушување, Посттрауматско стресно нарушување, Акутно стрес нарушување, Генерализирано анксиозно нарушување (DSM-IV, 1994, според Arch & Craske, 2013).

Лицата дијагностицирани со специфична фобија имаат силен и перзистентен страв, за кој разбираат дека е прекумерен и неразумен, а тригер е присуство на специфичен објект или ситуација. Кога луѓето со специфична фобија ќе се сретнат со фобичниот стимул, често покажуваат непосреден одговор со страв, понекогаш доживуваат и паничен напад. Затоа лицата со специфична фобија често ги одбегнуваат фобичните стимули дури и кога сфаќаат дека тоа го прават на своја штета, па на пример, клаустрофобична личност може многу да се потруди да не влезе во лифт иако ова

може да значи дека ќе мора да се качува по скали или да ја одбие работата што ја посакува.

Социјалната фобија се карактеризира со осакатувачки страв од една или повеќе социјални ситуации (јавно говорење, уринирање во јавен тоалет и така натаму). При овие ситуации личноста се плаши дека може да биде подложена на понижување и потенцијална негативна евалуација. Луѓето со социјална фобија овие ситуации ги одбегнуваат или се соочуваат со нив со голема вознемиреност.

При агорафобија (со и без панични напади) највообичаените ситуации од кои личноста се плаши и ги одбегнува се улици, места со многу луѓе како шопинг центри и така натаму. Денес се смета дека агорафобија обично се развива како компликација од искусување панични напади во една или повеќе такви ситуации. Загрижени дека можат да имаат паничен напад или да се разболат, овие луѓе се анксиозни да бидат на места или во ситуации, од кои ќе биде тешко физички да избегаат, или ќе им бидат психолошки засрамувачки или, пак, помош нема да може да им се пружи веднаш доколку нешто лошо им се случи.

Паничните напади се дијагностички критериум на паничното нарушување, при што паничните напади не смеат да бидат директна последица на генерална медицинска состојба или злоупотреба на супстанца, а панично нарушување се дефинира со повторувачки паничните напади и со, најмалку еднаш месечно, однесување предизвикано од паника или перзистентна грижа поради нападите и нивните последици.

За да се дијагностицира генерализираното анксиозно нарушување, загриженоста (worry) мора да се чувствува повеќето денови во период од минимум шест месеци и мора да се перципира како тешко да може да се контролира. Загриженоста мора да се чувствува за многу различни настани или ситуации, а да не биде исклучиво поврзана со некое друго коморбидно нарушување. Субјективното доживување на прекумерна загриженост, исто така, мора да биде придружувано со уште барем три симптоми како што се мускулна тензија или лесно да се чувствува замор.

Опсесивно-компулзивното нарушување се дефинира како појава на несакани или интрузивни опсесивни мисли или вознемирувачки слики. Овие вообичаено се придружувани од компулзивни дејства што лицето ги врши за да ги неутрализира опсесивните мисли или слики или да спречи некој настан или ситуација од која се ужаснува. Поспецификично, опсесиите подразбираат перзистентни и повторувачки интрузивни мисли, слики или импулси што лицето ги доживува како вознемирувачки, несоодветни и неможни да се контролираат. Компулзиите за нивно неутрализирање можат да подразбираат или повторувачки дејства што се изведуваат како ритуали (миење раце, бришење кваки на врати, проверки) или како ментални ритуали (броење, молење).

Посттрауматското стресно нарушување се дефинира како синдром што настанува по изложеност на емоционално трауматичен настан. Одговорот на настанот мора да вклучува интензивен страв, беспомошност или ужас. Карактеристичните симптоми вклучуваат засилена физиолошка реактивност на потсетници на траумата, упорно избегнување на стимулуси асоцирани со траумата, флешбекови и/или кошмари и константно емотивно возбудување.

Симптоми слични на посттрауматското стресно нарушување се јавуваат и кај акутното стресно нарушување. Ова нарушување се користи да се опишат симптомите што се јавуваат после експонираноста на трауматичен настан со временски ограничени симптоми. Од посттрауматското стресно нарушување се разликува во тоа што симптомите се појавуваат во месецот по трауматичниот настан и може да не траат подолго од четири последователни седмици. Дополнително, има поголем нагласок на дисоцијативните симптоми (деперсонализација, дереализација, дисоцијативна амнезија).

Луѓето со анксиозни нарушувања се разликуваат еден од друг во смисла на стравот или паниката наспроти анксиозните симптоми што ги искусуваат и во поглед на објектите и ситуациите што им ги предизвикуваат, па така на пример, лицата со специфична или социјална фобија чувствуваат многу анксиозни симптоми за можноста да се најдат во одредена ситуација, но исто така можат да искусат страв и паника кога

ќе се најдат во таа ситуација; лицата со панично нарушување доживуваат чести панични напади, но и анксиозност околу можноста да доживеат нов паничен напад; спротивно на ова, оние со генерално анксиозно нарушување најмногу искусуваат општо чувство на дифузна анксиозност и грижа околу потенцијални лоши нешта, а некои можат да искусат и повремен паничен напад, но тоа не е фокусот на нивната анксиозност; луѓето со компулзивно-опсесивно нарушување искусуваат интензивна анксиозност како одговор на интрузивните мисли или слики и се чувствуваат присилени да се впуштат во компулзивни, ритуални активности што привремено им помагаат да ја намалат анксиозноста (Arch & Craske, 2013). Важно е да се забележи дека луѓето со едно анксиозно нарушување ќе искусат барем уште едно анксиозно нарушување и/или депресија во истото време или во различни периоди од својот живот (Brown & Barlow, 2002, 2009; Kessler, Berglund, Demler, et al., 2005, според Butcher et al., 2017).

1.3.1. Етиологијата на анксиозни нарушувања како можен патоказ во етиологијата на паничните напади

Следува кус преглед на етиологијата на анксиозните нарушувања со намера да се фрли светлина и на етиологијата на паничните напади, што е разумно доколку се земе в предвид дека паничните напади можат да се јават во рамки на сите анксиозни нарушувања (Arch & Craske, 2013).

Етиологијата на анксиозните нарушувања е мултифакторијална, а предложени се и мноштво различни теории што се обидуваат да го објаснат развојот на овие нарушувања. Бихејвиоралната теорија нагласува дека анксиозноста може да биде научена преку идентификација со моделот на однесување на родителот, дека може да се развие по искуство со застрашувачки стимул како што е сообраќајна незгода, па да се пренесе и на други стимули, како и анксиозност што се должи на фрустрација и станува кондициониран одговор на други стресни ситуации. Според когнитивната теорија луѓето мислат или веруваат дека исходот на некоја ситуација за нив ќе биде

понижувачки или штетен. Ова може да се случи ако родителите се прекумерно заштитнички настроени и ако постојано предупредуваат на можните последици. Теоријата што се фокусира на биолошките основи ја истакнува улогата на амигдалата и нарушување во функционирањето на одредени невротрансмитерски системи во мозокот како што се ГАБА, норадреналинскиот, серотонинскиот, допаминскиот.

Како можни фактори во појавата на анксиозните нарушувања во литературата се посочуваат темпераментот, генетските влијанија, биолошките фактори, трауматични искуства во детството и родителскиот воспитен стил, но се чини дека појавата на анксиозните нарушувања е резултат на комплексна интеракција меѓу генетските, биолошките, развојните и други фактори како што се, на пример, социоекономските (Craske & Waters, 2005).

Димензијата на темпераментот што најмногу се поврзува со анксиозните нарушувања е невротичност (Eysenck 1967, според Craske & Waters, 2005). Невротичноста е дефинирана како тенденција да се искусуваат интензивни негативни емоции придружени со разни аверзивни реакции кон овие искуства кога се случуваат како што е чувство дека нештата се надвор од контрола или перципирана неможност за справување (Sauer-Zavala & Barlow, 2014).

Што се однесува до генетските влијанија во развојот на анксиозните нарушувања, важно е да се спомене дека силен генетски придонес е најден кај особините кај животните како што е високата реактивност кај резус мајмуните, што се чини сличен на човечката особина на невротичност (Suomi et al., 1981, според Craske & Waters, 2005).

Во прилог на ова оди и фактот што емоционалната реактивност може да биде одгледана кај глувци (Gray 1987, според Craske & Waters, 2005). Емоционалната реактивност се однесува на тенденцијата да се искусува честа и интензивна емоционална возбуденост, а двата клучни аспекти на емоционалната реактивност се леснотијата со која овие лица емотивно се возбудуваат, како и јачината, интензитетот на возбудата (Lucas & Baird, 2004). Уште повеќе, бројни генетски анализи на

примероци од близнаци кај луѓето конзистентно припишуваат околу 50% од варијансата во невротичноста на адитивните генетски фактори (Lake et al., 2000, според Craske & Waters, 2005).

Одредени автори спорат дека невротичноста и негативната афективност се недоволни и дека стилот на справување со негативниот афект е есенцијален при објаснувањето на емоционалните растројства (Lonigan & Phillips, 2001). Негативната афективност се дефинира како лична карактеристика што подразбира често искусување на негативни емоции и неповолен концепт за себеси (Watson & Clark, 1984). Оттука, дискутираат дека за развој на анксиозните нарушувања може да се потребни и одбранбената мотивациона состојба на засилена негативна реактивност и саморегулирачкиот процес што се вмешува во ефективната модулација на негативниот афект. Кон одржување на анксиозноста придонесува и хипернасоченоста кон откривање на знаци на закана и заклучоци оптоварени со можна опасност (Williams et al. 1996, според Craske & Waters, 2005).

Хипернасоченоста кон потенцијална опасност, карактеристична за анксиозните нарушувања, може да се должи на трауматични искуства рано во животот, ова важи и за паничното нарушување и за останатите психички нарушувања што вклучуваат паничните напади во симптоматологијата. Една студија, спроведена на 31 пациент со агорафобија и 31 субјект од контролната група, што ја тестира претпоставената врска меѓу раните трауматични животни искуства и развојот на агорафобија со панични напади открива дека стапката на рани трауматски искуства (искусување разделба од мајката, развод на родителите и неповолни настани по 4-годишна возраст) рано во животот е значително поголема кај пациентите со агорафобија со панични напади отколку кај контролната група (Faravelli et al., 1985).

Понатаму, Гудвин и соработниците (Goodwin et al., 2005) во своето лонгитудинално истражување на врската меѓу изложеноста на насилство (сексуално и физичко) во детството и развојот на панични напади и панично нарушување во подоцнежниот живот, во текот на дваесет и една година собираат податоци за 1265 млади луѓе од Нов Зеланд, а заклучокот од истражувањето е дека пронајдено е дека

сексуалното или физичкото злоставување во детството е поврзано со зголемен ризик од подоцнежни панични напади и панично нарушување.

Дека трауматичните настани за време на детството се придонесувачки фактор во развојот на паничното нарушување посочува и истражувањето на Банделоу и соработниците (Bandelow et al., 2002), чии испитаници биле 115 пациенти со панично нарушување и 124 субјекти без историја на психички нарушувања, а сите минале обемно ретроспективно интервју со околу двестотини прашања што се однесувале на трауматичните животни настани, на родителското однесување, на семејната историја на психички заболувања.

Од перспектива на научено и од когнитивна перспектива, неколку истражувачи покажале дека луѓето со високо ниво на анксиозна сензитивност (уверување дека одредени телесни симптоми можат да имаат штетни последици) се посклони кон развивање на паничен напад и можеби панично нарушување (McNally, 2002; Pagura et al., 2009 според Butcher et al., 2017). Во една студија, Шмит и колегите (Schmidt et al., 1997) следеле преку 1400 млади луѓе кои минувале петнеделен воен тренинг. Откриле дека високо ниво на анксиозна сензитивност предвидува развој на спонтани панични напади за време на овој стресен период, но и развој на други анксиозни нарушувања.

Сепак, луѓето со високо ниво на анксиозна сензитивност можат да бидат заштитени од доживување паничен напад за време на стресни периоди, но само доколку имаат чувство на контрола и предвидливост во однос на ситуацијата во која се наоѓаат (Schmidt & Lerew, 2002, според Butcher et al., 2017). Дури и лица со панично нарушување можат да бидат заштитени од развиток на агорафобично избегнување доколку имаат високо ниво на перципирана контрола над своите чувства и заканувачките ситуации (Suarez et al., 2009; White et al., 2006 според Butcher et al., 2017)

Спротивно на ова, луѓето кои имаат перцепција дека немаат контрола над средината или над емоциите (или над двете) се чини дека се поранливи за развој на анксиозни нарушувања. Развојот на ваквата перцепција дека нештата се надвор од

нивна контрола во голема мера зависи од средината во која овие луѓе се одгледани, вклучувајќи ги овде и родителските воспитни стилови (Chorpita & Barlow, 1998; Craske & Waters, 2005; Mineka & Zinbarg, 2006; Hudson & Rapee, 2009, според Butcher et al., 2017). Во овој контекст, вреди да се спомене дека податоците од самопријавени и опсервирачки истражувања конзистентно покажуваат дека родителите на анксиозните деца е поверојатно да бидат контролирачки, помалку да дозволуваат независност и помалку веројатно е да ги покажуваат позитивните последици од акцијата на нивните деца отколку родителите на контролната група (Siqueland et al. 1996, според Craske & Waters, 2005). Строгата дисциплина, заедно со честите расправии меѓу родителите и сериозна болест пред шеснаесет години биле почести кај лицата што страдаат од панични напади споредено со оние без панични напади (Aoki et al., 1994).

2. ПСИХОСОЦИЈАЛЕН РАЗВОЈ

Растењето и развојот на детето претставуваат континуирани и меѓузависни процеси, преку кои новороденчето станува дете, па адолецент, па возрасен човек.

Растот подразбира промена на телото во физичка смисла: растење во височина, тежина, како и растење на сите системи и органи. Тоа е биолошки процес, последица на морфолошките промени, на множењето на клетките. Растот кај децата се проценува релативно лесно и на едноставен начин, преку статистички показатели.

Од друга страна, под развој се подразбира промена на функцијата, менување во количина или квалитет на она што одреден систем го постигнува, што е покомплицирана задача. Кога се проценува развојот на едно дете, најголемо внимание се посветува на невропсихолошкиот и на емоционалниот развој, при што неопходна е посебна стручна подготовка. За да се обезбеди адекватен и здрав развој, покрај задоволување на основните биолошки потреби, неопходна е и соодветна родителска

грижа, но како важен фактор во правилниот развој на детето се јавува и неговата поширока околина.

Историски гледано, развојот на детето се објаснува преку разни теориски пристапи, почнувајќи од оној на Сигмунд Фројд, на Жан Пијаже, Жером Брунер и на други. Ерик Ериксон предлага осум фази во психосоцијалниот развој, секоја поврзана со некој специфичен конфликт (Erikson, 1968, според Vogel-Scibilia et al., 2009). Секој конфликт претставува посебна фаза во развојот и прилагодувањето на тој конфликт не е иреверзибилен процес. Разрешувањето на конфликтот е кумулативно, т.е. помага во наредното разрешување во тек на следната развојна фаза.

Првата фаза на развојот е поврзана со *доверба или недоверба* зависно од реализирањето на потребите на бебето, а се случува во најраниот период кога на малечкото му се пружа нега од страна на мајката или на некој друг. Ако биолошките потреби се задоволени, а детето добива доволно внимание и љубов, тоа формира глобален впечаток на верување во еден сигурен и безбеден свет.

Втората фаза е *автономија наспроти срам или сомнение*. Малото дете го открива сопственото тело и стекнува контрола врз некои функции, ги истражува процесите на хранење, облекување, движење. Започнува да верува дека може да има контрола над себе ако успешно ги контролира наведените функции. Од друга страна, кога неговите активности се неуспешни, доживува срам или сомнение во сопствените активности.

Иницијатива или вина. Детето на возраст од 4-5 години истражува околу себе, сфаќа како функционира светот и како тоа може да влијае на него. Ако неговите иницијативи генерално се успешни и ефективни, неговото чувство за иницијативност се проширува. Напротив, ако доживува неуспех, бидува казнувано, започнува да чувствува вина за многу од сопствените активности.

Способност или инфериорност. Во периодот од 6-11 години детето развива многубројни вештини и способности во училиште, дома, со врсниците или пошироко. Ваквите вештини му го прошируваат чувството за компетентност, способност.

Доколку детето себе се евалуира како помалку вредно од другите, таквото доживување станува многу штетно за неговиот понатамошен развој.

Его идентитет или его дифузност. Пред адолесценцијата детето научува дека има многубројни улоги: дека е ученик, постар брат, дека е христијанин или муслиман, Македонец, спортист, итн. Сите овие улоги потребно е да ги интегрира во еден конзистентен идентитет. Доколку не успее да ги интегрира сите овие улоги во еден единствен, централен идентитет, тогаш настанува конфликт помеѓу улогите и настанува его-дифузија.

Интимност или изолација. Во доцната адолесценција или раниот адултен период, централен развоен конфликт е интимноста наспроти изолацијата, при што интимноста овде подразбира способност за споделување на себе си со друга личност, без страв дека ќе се изгуби нешто сопствено, нешто од својот идентитет.

Алтруизам (доблест) или насоченост кон себеси. Во адултниот период, откако ги разрешила сите претходни конфликти, личноста е слободна сопственото внимание да го насочи кон другите, да им помогне на другите. Кога тоа не е случај, личноста станува ориентирана кон себе, кон сопственото здравје, сопствениот комфор и слично. Ваквите личности што се насочени кон себеси се теоретизира дека подоцна стануваат лоши родители.

Интегритет наспроти безнадежност. Кон крајот на животот, луѓето имаат тенденција да погледнат наназад низ сопствениот живот и да направат проценка. Ако ваквото проценување на сопствениот живот покажува дека сите постапки, случувања и активности имале смисла, дека е минат успешен животен пат, личноста добива чувство на интегритет. Доколку тоа не е случај, настанува чувство на безнадежност.

Теориските приод на Ериксон истакнува дека животот е серија лекции и предизвици, што му помагаат на детето да порасне и правилно да се развива. На тој развоен пат особено е значаен квалитетот на врската на детето со мајката и со таткото, што го потврдуваат неколку релевантни теории како што се теоријата на афективна врзаност или теорија на атачмент (Attachment Theory), теоријата на родителско

прифаќање и отфрлање (Parental Acceptance-Rejection Theory-PART), како и теоријата за родителските воспитни стилови на Баумринд (Baumrind, 1967), сите постулирани на база на истражувања и актуелни во објаснување на психосоцијалниот развој на детето и неговите различни исходи.

Истражувањата (Amato, 1994; Paquette, 2004), што се фокусираат на различните улоги на мајката и на таткото во психосоцијалниот развој на децата, сугерираат дека двата родителa имаат важна функција во правилниот развој на детето, неговата среќа и психичка добросостојба, но дека овие функции благо се разликуваат. Амато (Amato, 1994) заклучува дека блискоста на детето со таткото дава уникатен придонес за среќата, задоволството од животот и психичката стабилност. Истражувањето, пак, на Пакет (Paquette, 2004) се фокусира на споредбата на интеракциите што детето го има со мајката и оние што ги има со таткото, па забележува дека играта со таткото има особено важна улога во развојот на детската отвореност кон светот. Тој заклучува дека татковците имаат тенденција да изненадуваат, возбудуваат и за миг да ги дестабилизираат децата, да ги окуражуваат да преземаат ризици, но истовремено и да им овозможат на децата сигурност и безбедност, дозволувајќи им со тоа на децата да научат да не бидат плашливи во непознати ситуации и да се борат за себеси и за она што го сакаат.

2.1. Теорија на афективна приврзаност

Според класичната теорија на афективна приврзаност (Attachment theory), што е интегрална теорија на човечкиот психосоцијален развој, а базирана на сознанија од системската теорија и од психоанализата, родителот има еволутивна и биолошка функција да биде заштитничка и сигурна база (т.е. објект на приврзаноста) од која детето оперира (Bowlby, 1969, 1973, 1980, според Chorpita & Barlow, 1998).

Болби (Bowlby, 1969 според De Ruiter & Van Ijzendoorn, 1992) постулира дека малото дете е обдарено со бихејвиорален систем на приврзаност (attachment behavioral system), кој овозможува доволна близина до еден или повеќе заштитнички фигури кои

се грижат за него и, следствено на ова, овозможува опстанок. Во согласност со ставовите на некои од пораните психоаналитичари (Fairbairn, 1952; Hartmann, 1958, според De Ruiter & Van Ijzendoorn, 1992), теоријата предложува дека детето развива ментални претстави или внатрешни работни модели (internal working models) на односите со неговите објекти на приврзаност, модели што содржат очекувања во однос на врската со објектот или објектите на приврзаност и што го водат идното однесување на детето во понатамошните интеракции (Bowlby, 1969, 1973, според De Ruiter & Van Ijzendoorn, 1992). Иако овие внатрешни модели на односите на приврзаност се подложни на влијание од подоцнежните искуства во тие односи, така што теоретски продолжуваат да се менуваат, Болби (Bowlby, 1973) забележал дека внатрешните модели обликувани рано во животот имаат тенденција да бидат отпорни на промена т.е. дека остануваат релативно стабилни со текот на времето. Самиот внатрешен модел ќе почне да има влијание врз искуството на детето бидејќи влијае на важни когнитивни процеси како внимание, процесирање на информации и носење одлуки. Накусо, внатрешниот работен модел ќе води до или ќе генерира искуства што му се сообразни.

Во идеален случај, објектот или објектите на приврзаност на детето се чувствителни и респонсивни на потребите на детето. Чувствителноста (sensitivity) се однесува на способноста точно да се воспиемат сигналите на детето, а респонсивноста се однесува на капацитетот да се одговори на потребите на детето конзистентно и адекватно (Ainsworth et al., 1978, според De Ruiter & Van Ijzendoorn, 1992). Сепак, постојат родители или старатели кои се конзистентно нереспонсивни или кои се инконзистентно респонсивни што кај детето доведува до анксиозен внатрешен модел, до анксиозност.

Затоа критично за здравиот психички развој на детето е сигурна и предвидлива врска со родителот, при што за време на период на закана или на изненадување, детето може да се повлече во сигурност кај родителот. Поради ова детето одделено од родителот може да стане анксиозно и да протестира за да предизвика враќање кај родителот. Ако тој однос има прекини (преку повторувачки, неочекувани разделби), еден можен исход е таканаречената анксиозна приврзаност, при која детето станува

хронично зависно и во исчекување. Понатамошен прекин во односот ќе придонесе за постепено исчезнување на анксиозниот одговор и, со текот на времето, ќе предиспонира повлечена и депресивна природа (Rutter, 1980, според Chorpita & Barlow, 1998).

Теоријата на Болби е своевидна корекција на психоаналитичкиот концепт дека односот на детето со мајката се заснова врз фактот дека мајката го обезбедува задоволувањето на примарните потреби на детето за храна и хигиена; однос што психоаналитичарите го нарекле емоционална зависност. Меѓутоа Болби истакнува дека за да се разбере развојот на детето, не е доволно едноставно да се набљудува неговиот однос кон хранењето во најраниот период, туку мора да се проучи на кој начин се постапувало со него како со човечко суштество низ неговото детство (Bowlby, 1969, 1973, 1980, според Chorpita & Barlow, 1998).

До истиот заклучок дека *љубовта на детето кон мајката не се храни само со млеко* дошол и американскиот научник Харлоу, чиј веќе класичен експеримент со резус мајмуни од шеесетите години дава придонес во развојот на теоријата на афективна приврзаност (Suomi et al., 2008). Харлоу ги одвојувал малите мајмунчиња од мајката и ги ставал во кафез со две вештачки мајки: едната од жичена конструкција и со шише млеко, а другата платнена и мека, но без храна. Според психоаналитичката теорија се очекувало мајмунчето повеќе да се приврзе за мајката што има храна, но сепак тоа подолго престојувало кај мајката што била мека и топла, а одело кај мајката со храна единствено кога било гладно. Со ова се потврдило дека кај младите мајмунчиња потребата за контакт и за мајчина близина е пред потребата за храна.

Според Болби, основачот на теоријата за афективна приврзаност, стиловите на афективна приврзаност се воспоставени во раното детство преку врската на детето со мајката или примарниот старател, а во подоцнежната работа, Болби зборува за приврзаноста како за: потреба, диспозиција, однесување и односи (Bowlby, 1973, 1980, според Chorpita & Barlow, 1998):

- потребата за приврзаност е базична, како потребата за храна и за задоволување на сексуалниот нагон, и без неа нема опстанок;

- приврзаноста како диспозиција на едно лице да бара близина и контакт со друго лице, особено во специфични услови на опасност и загрозеност;

- однесувањето на приврзаноста е целосообразен бихејвиорален систем насочен кон континуирано надгледување каде е фигурата на поврзаност и реагирање на доаѓањето на информација така што детето може да ги регулира своите чувства за сигурност, барајќи нејзина близина;

- односот на приврзаност се манифестира низ четири компоненти во однесувањето на доенчето во односот со родителите: барање на близина, сепаративен протест, сигурно прибежиште и база на сигурност. Ова значи дека детето бара близина до фигурата на приврзаност, се обидува да остане во заштитното поле со својата фигура на приврзаност, насочено е кон неа како извор на сигурност кога постои чувство на загрозеност и дава отпор при одвојувањето од неа (Шурбановска, 2013).

2.1.1 Стилови на приврзаност

Генерално, приврзаноста или атачментот се дефинира како особена емоционална врска, што вклучува размена на удобност, грижа и задоволство, при што Болби (Ainsworth & Bowlby, 1991) верувал дека атачментот има еволуциска компонента за преживување и поставува четири негови различни карактеристики:

1. Одржување на близина - желба на новороденчето/малото дете да се биде блиску до мајката или старателот со кој е афективно приврзано;

2. Сигурен рај - враќање кон објектот на приврзаност (мајката или примарниот старател) заради удобност и заштита во состојба на страв и опасност;

3. Сигурна база - објектот на приврзаност има улога на база на сигурност, од каде што детето може да ја истражува средината што го опкружува;

4. Сепаративен протест - анксиозност што се јавува во отсуство на објектот на приврзаност

Според Болби (Bowlby, 1973, 1980, според Chorpita & Barlow, 1998), потребата за контакт и за барање на мајчината близина кај новороденчето постои од раѓање, но не секогаш таа потреба е адекватно задоволена. Имено, во односот мајка-дете можат да се воспостават различни видови на афективна приврзаност, што во голема мера подоцна ќе го одреди степенот на доверба на детето кон родителите, а одредени обрасци на однесувањето на родителите влијаат во формирањето на несигурни, анксиозни, депресивни деца:

- родители кои не умеат да одговорат на потребите на детето, да се грижат за него, или активно го потценуваат или го отфрлаат;

- родители кои повеќе пати го напуштаат детето од различни причини како што се хоспитализација или институционализација;

- постојани закани од родителите дека нема да го сакаат детето што го воспитуваат;

- предизвикување на чувство на вина кај детето дека поради неговите постапки ќе се разболат или умрат.

Сите овие обрасци на родителско однесување се патогени и генерираат страв кај детето дека ќе биде напуштено и дека ќе го изгуби објектот на приврзаност (мајката, примарниот старател) и неговата љубов и, притоа, многу ситуации што објективно се безопасни кај овие деца можат да создадат анксиозност.

Детето што развива обрасци на сигурна приврзаност кон родителите ќе има внатрешен работен модел на сигурен родител, кој може да даде љубов, и ќе стекне претстава за себе си како достоен за љубов и внимание, додека во спротивниот случај, несигурно приврзаното дете може да го гледа светот како опасно место, па кон другите

ќе се однесува претпазливо и внимателно, при што несигурната приврзаност често се поврзува со проблеми во однесувањето, слаба контрола на импулсите, конфликти со родителите, низок степен на самодоверба и проблеми во односот со врсниците (Шурбановска, 2013).

Развојниот психолог и соработничката на Болби, Мери Еинсворт, придонесува во развојот на теоријата на приврзаност со поставување на класификацијата на афективните врски, како и во постулирањето на поимот *сигурна врска* како основа на растот и развојот на личноста, истакнувајќи дека односите воспоставени до петтата година во животот се одржуваат и подоцна во текот на процесот на осамостојувањето во адолесценцијата, при што Еинсворт опишува три главни стила на приврзаност: сигурна приврзаност, амбивалентна несигурна приврзаност и избегнувачка несигурна приврзаност (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Сигурна приврзаност се препознава по тоа што детето покажува растревоженост при раздвојувањето од мајката или примарниот старател и среќа кога тие ќе се вратат. Ваквите деца се чувствуваат сигурно и се способни да се потпрат на мајката или на примарниот старател. Кога возрасниот ќе си отиде, детето може да биде вознемирено, но тоа се чувствува сигурно дека родителот или старателот ќе се врати. Овие деца знаат дека родителот или старателот ќе им овозможи удобност и сигурност, па спонтано бараат помош кога им е потребно.

Амбивалентната несигурна приврзаност, односно амбивалентно приврзаните деца обично стануваат многу вознемирени кога мајката или примарниот старател ќе си заминат. Овој стил на приврзаност е резултат на недоволната мајчина достапност; овие деца не можат да се потпрат на мајката или на примарниот старател кога им се потребни.

Избегнувачката несигурна приврзаност се огледува во тенденцијата децата да ги избегнуваат родителите или примарните старатели, а се случува кај деца кои се казнувани за барањето поддршка од родителите и научиле да го избегнуваат барањето помош од нив. Кога им е понуден избор, овие деца нема да покажат разлика во

преферирањето помеѓу родителот и сосема непозната личност, а овој стил на приврзаност е резултат на злоупотребувачки и запоставувачки родители или старатели.

Подоцна, во деведесетите години, Меин и Соломон (Main & Solomon, 1986) додале четврти стил на приврзаност наречен дезорганизирана несигурна приврзаност, што се однесува на бихејвиоралниот одговор на детето кога ќе се најде во анксиозно-провокативна ситуација, во која отфрлувачкиот родител го внесува. При ваквата ситуација, а бидејќи ваквите деца не знаат што да прават, тие доживуваат страв без решение и се однесуваат на бизарен начин, но само за неколку секунди.

Оттогаш голем истражувачки корпус ги потврдува овие стилови на приврзаност и утврдува дека имаат влијание врз однесувањето на човекот подоцна во животот, па така оние што се сигурно приврзани во детството се склони кон висока самопроценка, стабилни романтични врски и способност да се зближуваат со други, да воспоставуваат длабока и трајна врска, додека оние што се несигурно приврзани се склони брзо да влегуваат и да излегуваат од љубовните врски (Шурбановска, 2013).

Децата кои со мајката имаат воспоставено однос на сигурна приврзаност се посмирени и помалку вознемирени отколку децата кои се несигурно приврзани; овие деца се другарски расположени, покажуваат поголема социјална компетентност, за разлика од децата што се несигурно приврзани и кои покажуваат поголемо незадоволство, помала социјална компетентност, понемирни се и почесто покажуваат склоност кон конфликтни ситуации (Мурџева-Шкариќ, 2009; Feeney & Noller, 1991 според Schimmenti & Bifulco, 2015).

Карактеристиките на децата со сигурна, избегнувачка или амбивалентна приврзаност се дадени во табела 1.

Сигурна приврзаност	**Избегнувачка приврзаност**	**Анксиозна приврзаност**
- Децата ја употребуваат возрасната личност како база од која го истражуваат светот	- Децата не сакаат контакт кожа на кожа, гушкање, галење - Покажуваат малку или	- Децата се несигурни и плашливи - Сите возрасни фигури ги

- Сигурни се во љубовта на мајката - На одвојувањето од мајката реагираат со помалку страв - Покажуваат повеќе истражу- вачко однесување - Подобро решаваат проблеми - Имаат подобри односи со врсниците - Како возрасни се посреќни во интимните односи, врските подолго им траат, имаат доверливи пријатели	воопшто претпазливост пред непознати и стануваат вознемирени дури кога ќе останат сами	доживуваат како недоверливи

Табела 1

2.1.2. Стилот на приврзаност и анксиозноста

Во вториот дел на неговата трилогија „Приврзаност и загуба“, Болби (Bowlby, 1973, според Schimmenti & Bifulco, 2015) предлага дека анксиозноста во возрасното доба влече корени од искуствата во детството што го оставаат детето несигурно во достапноста на протективна фигура во стресни настани, што може да се случи како резултат на критикување и отфрлање на детето или закани за напуштање и скратување на љубовта. Според Болби, друг пат за развој на анксиозноста може да се развие кај децата кои живеат со родители што се презаштитнички настроени и кои премногу контролираат или во комбинација на висока протективност од едниот родител и отфрлање од другиот родител.

Ова што Болби интуитивно го насетил, истражувањата го покажуваат: пријавуваат шема на мајчинска претерана заштита и татковско отфрлање кај луѓе што страдаат од

анксиозни нарушувања, вклучувајќи ги генерализираното анксиозно нарушување (Cassidy, 1995, според Schimmenti & Bifulco, 2015), социјална фобија (Festa & Ginsburg, 2011; Knappe et al., 2012, според Schimmenti & Bifulco, 2015) и панично нарушување со и без агорафобија (Someya et al., 2000, според Schimmenti & Bifulco, 2015), а стил на приврзаност што истражувањата покажале дека е директно поврзан со анксиозните нарушувања низ сите возрасни групи и култури е амбивалентната несигурна приврзаност.

Истражувањето на Браун и Вајтсајд (Brown & Whiteside, 2008), чии субјекти биле деца и адолесценти со анксиозни нарушувања покажало дека оние со амбивалентна несигурна приврзаност пријавиле повисок степен на загриженост отколку оние што имале сигурна приврзаност. Една лонгитудинална студија (Bar-Haim, Dan, Eshel, & Sagi-Schwartz, 2007, според Schimmenti & Bifulco, 2015) покажала дека децата со амбивалентната несигурна приврзаност имале повисоки нивоа на фобија од училиштето споредено со децата што имале сигурен атачмент, а исто така кај децата со амбивалентната несигурна приврзаност на 11-годишна возраст децата покажале повисоко ниво на социјална фобија од оние кои во раното детство имале сигурна приврзаност.

Друго истражување (Brown and Wright, 2003, според Schimmenti & Bifulco, 2015) посочува дека адолесцентите со амбивалентно несигурен стил на приврзаност пријавиле значително повеќе анксиозни симптоми и потешкотии во личните односи отколку оние што имале сигурен или избегнувачки стил на приврзаност. Една кинеска студија (Wu & Zhang, 2005, според Schimmenti & Bifulco, 2015) што споредувала возрасни пациенти со социјална фобија со контролна група заклучила дека амбивалентно несигурниот стил на приврзаност создава развојна база за социјална анксиозност, а истражувањето за романтичната поврзаност меѓу возрасни пациенти покажала висока превалентност на амбивалентно несигурен стил на приврзаност меѓу пациентите со панично нарушување (Marazziti et al., 2007, според Schimmenti & Bifulco, 2015). И, конечно, една мета анализата на 46 истражувања (Colonnesi et al., 2011) потврдува дека несигурните стилови на приврзаност (амбивалентна несигурна

привржаност и избегнувачка несигурна привржаност) се поврзани со анксиозноста, а анксиозните нарушувања се најсилно поврзани со амбивалентно несигурниот стил на привржаност.

2.2. Теорија на родителско прифаќање и отфрлање

Значаен придонес кон разбирањето на димензијата родителство и влијанието истото по психосоцијалниот развој на детето дава Теоријата на родителско прифаќање и отфрлање (Parental Acceptance-Rejection Theory), што поради кратенката од зборовите на англиски јазик е позната како ПАРТ.

ПАРТ се обидува да даде одговор на прашањето какви се ефектите од родителското прифаќање и отфрлање врз однесувањето на детето и, со ова, теоријата на родителско прифаќање и отфрлање е теорија на социјализација и развој, која е базирана на податоци од конкретни случаи и е насочена кон тоа да ги предвиди и да ги објасни главните причини, последици и другите корелати на родителското прифаќање и отфрлање (Rohner & Khaleque, 2002).

Разгледувајќи го концептот на прифаќање и отфрлање забележливо е дека овие две заедно ја прават димензијата на родителска топлина и, кажано со други зборови, родителската топлина е биполарна димензија: од една страна е родителското отфрлање, а од другата родителско прифаќање. Крајот на континуумот обележан како родителско прифаќање се однесува на топлината, чувствителноста за детските потреби, грижата, удобноста, згриженоста, поддршката или, едноставно, љубовта што децата ја доживуваат од родителите, додека другиот крај на континумот, обележан како отфрлање, се однесува на отсуство или на значително повлекување на овие чувства и однесувања и изразување на различни физички или психички повредувачки однесувања и влијанија (Rohner & Khaleque, 2002).

Во табела 2 е даден преглед на родителското вербално и невербално прифаќање и отфрлање.

<table>
<tr><th colspan="4">РОДИТЕЛСКА ТОПЛИНА</th></tr>
<tr><th colspan="2">ПРИФАЌАЊЕ</th><th colspan="2">ОТФРЛАЊЕ</th></tr>
<tr><th>Физичко</th><th>Вербално</th><th colspan="2">Непријателско/ агресија</th><th>Рамнодушност/Занемарување</th></tr>
<tr><td>Бакнување
Гушкање
Милување</td><td>Фалење
Давање комплименти
Упатување убави зборови</td><td>Физичко
Удирање
Гризење
Гребење
Туркање</td><td>Вербално
Упатување пцости
Упатување непријателски зборови
Сарказам</td><td>Физичка и психолошка отсутност
Необрнување внимание на потребите на детето</td></tr>
</table>

Табела 2

Според Рохнер и Калеки (Rohner & Khaleque, 2002) елементите топлина, непријателство и рамнодушност или индиферентност се однесуваат на внатрешната психолошка состојба на родителите. Така, кога родителите се однесуваат според своите чувства на љубов, тие се емоционално топли. Како што е забележано во табела 2, родителската емоционална реакција може да биде покажана физички (гушкање, бакнување, грижливост и удобност) и вербално (наградувања, пофалби и кажување убави работи на детето). Овие и многу други начини што покажуваат грижливост, негување, поддршка и љубов се изрази на родителското прифаќање. Кога, пак, родителите се однесуваат според чувството на непријателство, лутина, незадоволство, резултатот генерално е агресивно, отфрлачко однесување. Родителското отфрлање може да се доживее како која било комбинација на следниве четири главни експресии:

1. ладни и нечувствителни,

2. непријателски и агресивни,

3. рамнодушни и запоставувачки,

4. неиздиференцирано отфрлање.

Според Рохнер и Калеки (Rohner & Khaleque, 2002) се очекува дека родителите што биле отфрлани како деца значајно повеќе да ги отфрлаат сопствените деца отколку оние што се чувствувале прифатено и наведуваат дека емпириските истражувања покажуваат дека таквите родители и самите биле злоупотребувани, занемарувани и лишени од љубов и топлина во детството.

Според Шурбановска (Шурбановска, 2013), Рохнер опишува два типа на родители. Првиот тип е родител што го прифаќа детето, физички и вербално ја покажува љубовта кон него: го бакнува, гали и гушка детето, му дава комплименти, го фали и наградува. Другиот тип родител е оној што одбива и покажува агресија кон детето, од една страна, или рамнодушност и занемарување, од друга страна.

Тодоровиќ (Todorović, 2005) наведува дека отфрлањето на детето може да биде:

1. од страната на двата родителa;

2. детето има чувство дека е отфрлено од двата родителa, иако само еден родител е отфрлачки;

3. детето е сакано и прифатено од својата мајка, а отфрлено од страна на таткото, но мајката не е во состојба да го надомести неповолниот став на таткото, затоа што тој временски многу долго трае и многу е изразен.

Во случај кога отфрлањето не е така изразено и постои само кај едниот родител, според Тодоровиќ (Todorović, 2005) детето добива одредена доза пожелни емоционални искуства, што не е доволно да се формира изразена приврзаност и, кај ваквите семејства, детето може да изразува силна потреба за прифаќање од страна на членовите од разни групи. Потребата за зависност е нарушена и детето има проблем да воспостави блиски и топли односи со другите. Иако има потреба да биде прифатено, детето чувствува страв од нови ситуации и лица, затоа што чувството за сопствената вредност е ниско.

Бидејќи Рохнер (Rohner & Khaleque, 2002) е заинтересиран за последиците од родителското прифаќање и отфрлање, неговите истражувања се насочени кон

диспозициите на личноста, особините што може да се очекуваат како последица на родителската агресивност или занемарување, во сите култури. Неговиот заклучок е дека децата што се отфрлани или емоционално малтретирани и повредувани, се посклони од прифатените деца кон непријателски расположенија и агресивност; повеќе се склони да бидат зависни или одбранбено независни, што е поврзано со степенот на отфрлањето; да имаат ниско самопочитување и самокомпетентност; да бидат емотивно нестабилни, рамнодушни и да имаат негативен поглед на светот.

Секоја од овие диспозиции на личноста е резултат на отфрлањето затоа што секој е склон да се гледа себеси онака како што го гледаат значајните други во неговиот живот и, доколку родителите како најзначајни други го отфрлале како дете, личноста е склона да се дефинира себеси како незаслужна за љубов, дури и како безвредна и несоодветна (Мурџева-Шкариќ, 2009). Исто така, отфрленото дете во однос на прифатеното е позависно, посесивно и бара од родителите многу внимание, нега и физички контакт. Со текот на времето, ваквото однесување може да исчезне или да се трансформира.

Сериозно отфрланото дете нема можност да научи како да дава љубов бидејќи немало родители што даваат љубов и што би биле модел за неговото однесување. Колку и да копнеело и молело за љубов, никогаш не ја добило, па за да се заштити себеси од понатамошни емотивни повредувања, отфрланото дете е склоно емотивно да се затвори. Конечно, детето може да престане да бара нежност од лица што му се важни, со што исчезнува зависното однесување, кое било одговор на родителското отфрлање. Ова резултира со емотивна изолираност на детето, со неговата неспособност слободно и отворено да создава блиски односи со другите. Во екстремни случаи отфрленото дете станува апатично или емотивно слепо, помалку толерантно на стрес, помалку емотивно стабилно од лицата што како деца биле прифатени. Детето што се чувствува отфрлено од своите родители станува навредено, гневно и луто на родителите и исполнето со страв од нови отфрлања. Како резултат на тоа развива одбранбена независност или емотивно се повлекува, со што го комплетира процесот на контраотфрлање. Зад одбранбената независност и емотивното повлекување често не се

препознава копнежот повторно да се воспостават топли и блиски односи со родителите (Мурџева-Шкариќ, 2009).

Доколку родителското отфрлање има форма на непријателство и агресивност, детето станува непријателски расположено, агресивно или пасивно агресивно. На крајот, отфрленото дете што е анксиозно, несигурно, емотивно нестабилно, кое се потценува себеси и своите способности, е склоно да ги генерализира овие свои чувства на останатите и на светот во кој живее, односно да ги доживува како непријателски, непријатни и непожелни т.е. развива негативен поглед на светот.

Поради овие карактеристики отфрлените деца не се способни да остварат задоволувачки социјални односи со врсниците, што уште повеќе ја ослабува нивната самодоверба и тие дополнително се повлекуваат во себе. Повредени и повлечени, без позитивни искуства со врсниците, отфрлените деца созреваат во возрасни што се непријатни, несигурни и зависни, емотивно нестабилни, со негативна слика за себе и со негативен поглед на светот.

Листата на можните последици на родителското отфрлање не е конечна и се чини како последиците на отфрлањето да се шират во концентрични кругови околу поединецот и да продираат во сите сфери на неговиот живот. Освен наведените емотивни проблеми, ефектите на отфрлање продираат и во апстрактните области, како што се погледот на светот и животот, религиозните верувања, уметноста, музиката и другите облици на експресивно однесување (Мурџева-Шкариќ, 2009).

2.2.1 Родителското отфрлање и психопатологијата кај потомците

Од триесетите години на минатиот век наваму, голем број студии се направени за последиците на перципираното родителско прифаќање или отфрлање врз когнитивниот, емоционалниот и бихејвиоралниот развој на децата ширум светот и сите конзистентно укажуваат дека родителското отфрлање носи сериозни последици по психолошкиот развој на децата и возрасните, па така Рохнер и Бритнер (Rohner and Britner, 2002, според Rohner & Khaleque, 2002) приложиле докази за корелации меѓу

родителското отфрлање и проблеми со менталното здравје како што се депресија, бихејвиорални проблеми како деликвенција и злоупотреба на супстанци. Исто така, наведуваат и дека отфрлањето од страна на родителите може да биде причина за цела низа на психички нарушувања и болести, вклучувајќи неврози, шизофрении, психосоматски реакции, нарушување на сликата за сопственото тело.

Шименти и Бифулко (Schimmenti & Bifulco, 2015) истакнуваат дека постои консензус меѓу истражувачите за клучната улога на емоционалното запоставување и отфрлање во развојот на анксиозните нарушувања, при што појаснуваат дека емоционално запоставување се случува кога родителот намерно или ненамерно ги превидува знаците дека детето бара внимание и утеха што вклучува широк дијапазон на родителски однесувања како што се отфрлање на детето, непружање љубов, постојано критикување и одбивање или неспособност на детето да му се пружи потребната психолошка грижа.

Спинховен и соработниците (Spinhoven et al., 2010, според Schimmenti & Bifulco, 2015) нашле поврзаност на емотивното запоставување и анксиозните нарушувања, покажувајќи дека емоционалното запоставување за време на детството е асоцирано со засилена анксиозна возбуденост.

Студијата на Кнап и соработниците (Knappe et al., 2009, според Schimmenti & Bifulco, 2015) покажала дека недостатокот на емоционална топлина и други карактеристики на дисфункционалните семејства се поврзани со социјалната фобија кај адолесцентите, а две истражувања (Cassidy, 1995; Cassidy et al., 2009, според Schimmenti & Bifulco, 2015) спроведени на пациенти со генерализирано анксиозно нарушување утврдиле дека овие пациенти во детството искусиле помалку мајчинска љубов, повисок степен на отфрлање од мајката отколку учесниците од контролната група.

2.3. Воспитен родителски стил

При одгледувањето на своите деца, а за да ја исполнат својата родителска должност за подигнување на здрави, функционални деца, родителите се однесуваат на одреден начин т.е. користат одредени постапки и стратегии или користат одреден воспитен родителски стил. Всушност, воспитниот родителски стил е психолошки конструкт што ги претставува стандардните стратегии што родителите ги користат во воспитувањето на детето (Шурбановска, 2013).

2.3.1 Димензии на родителски стил: емоционална топлина и контрола

Во литературата е наведено дека родителските стилови се разликуваат во две основни димензии:

1. Дали интеракцијата на родителот со детето е со љубов и со нежност или, наспроти ова, со непријателство;

2. Дали родителите се пермисивни или се со авторитарна контрола (Мурџева-Шкариќ, 2009).

Според теориите за психосоцијалниот развој на детето, овие две димензии на родителското однесување се особено важни за правилен психосоцијален развој на детето: емоционална топлина и родителската контрола.

Родителската топлина (мајчинска или татковска) се однесува на поддршката, грижата, љубовта, прифаќањето и охрабрувањето што родителите му ги даваат на детето, што резултира со чувство на удобност на детето во присуство на родителите и ја вклучува свесноста на детето дека е прифатено како личност (Parker, 1983, според според Chorpita & Barlow, 1998).

Втората димензија на родителскиот однос е родителска контрола или прекумерна заштита (Parker, 1983, според според Chorpita & Barlow, 1998), а особини на оваа димензија се поставување високи барања и контрола врз однесувањето на детето, а се

дефинира како присила по пат на казнување и заканување заради исполнување на родителските барања (Parker, 1983, според Chorpita & Barlow, 1998). Исто така, Паркер (1983) го дефинира овој конструкт и како прекумерна инволвираност на родителот во контролирање на детската околина со цел да ги минимизира неповолните искуства на детето, при што овие очекувани неповолни искуства може и да не претставуваат вистинска опасност за детето. Сепак, прекумерната заштита е веројатно дека ќе го стесни опсегот на однесувања кај детето или ќе ја ограничи способноста на детето независно да манипулира со околината (Parker, 1983, според Chorpita & Barlow, 1998).

Секоја комбинација на овие две родителски димензии на однесување (емоционална топлина и родителската контрола или прекумерна заштита) сочинува одреден родителски стил (Шурбановска, 2013).

Воспитните родителски стилови што денес се користат во психологијата се базирани на работата од шеесетите години на минатиот век на Дијана Баумринд, развоен психолог, која понудила три родителски стилови: авторитативен, авторитарен и попустлив и, базирано на нејзините истражувања, открила дека различните родителски стилови водат до различни карактеристики и развојни исходи кај децата (Baumrind, 1967).

Авторитативниот родителски стил се одликува со високо ниво на топлина и високо ниво на контрола. Ваквото родителствување од децата има високи очекувања за следење на правила, но исто така се одликува со топлина и прифаќање (Darling & Steinberg, 1993). Ваквите родители ги поставуваат правилата и границите со дискусија, нудејќи помош и објаснувања, на своите деца им дозволуваат и поттикнуваат независност. Овој стил е познат и како демократски (Miklikowska & Hurme, 2011). Децата израснати со ваков родителски стил имаат тенденција да изгледаат среќно и задоволно, се понезависни и поактивни, имаат поголем академски успех, подобро ментално здравје и помала употреба на алкохол и дрога (Rothrauff & Cooney, 2009)

Авторитарниот родителски стил е комбинација на ниско ниво на топлина и високо ниво на контрола. Овие родители бараат послушност и покорност без да

понудат објаснување за своите правила. Често употребуваат и строги казни за да го контролираат однесувањето на детето, нереспонсивни се за детските потреби. Децата на овие родители се помалку независни, делуваат несигурно и имаат ниска самодоверба, а покажуваат и повеќе бихејвиорални проблеми (Smith et al., 2014). Имаат полош академски успех, полоши социјални вештини и поподложни се на ментални проблеми (Martin & Waite, 1994).

Попустлив родителски стил се опишува како комбинација на слаба контрола и високо ниво на топлина. Овие родители генерално не им обезбедуваат на своите деца бихејвиорално водство, па на овие деца им недостасуваат граници и правила. Децата не умеат да следат правила, имаат лоша самоконтрола, имаат егоцентрични тенденции и се сретнуваат со поголемн број проблеми во романтичните врски и социјалните интеракции (Baumrind, 1967).

Во осумдесетите години на минатиот век моделот го надградуваат Мекоби и Мартин (Maccoby & Martin, 1983), додавајќи уште еден родителски стил – индиферентен.

Индиферентен родителски стил се одликува со ниско ниво и на контрола и на топлина, каде родителите не поставуваат ниту цврсти граници, ниту високи стандарди, ниту на детето му нудат топлина и задоволување на неговите емоционални потреби. Ваквите родители може да имаат проблеми со менталното здравје како што е депресија и/или самите како деца да биле запоставувани и физички казнувани. Нивните деца се поимпулсивни, не можат сами да си ги регулираат чувствата, поверојатно е да имаат деликвентно или зависничко однесување и проблеми со менталното здравје (Baumrind, 1967).

Дискусиите за воспитните стилови типично се фокусираат на влијанието што го имаат врз однесувањето и развојот на нивните потомци (Collins et al., 2000, според Fairbanks, 2003)

Карактеристиките на родителскиот воспитен стил е најдено дека се поврзани со различни форми на психопатологија, а повеќето истражувања се однесуваат на анксиозните нарушувања и на депресијата (Gerlsma et al., 1990).

Во Табела 3 е даден приказ на родителските стилови.

	Авторитативен родителски стил	Авторитарен родителски стил	Попустлив родителски стил	Индиферентен родителски стил
Ниво на емоционална топлина	*Високо*	*Ниско*	*Високо*	*Ниско*
Ниво на контрола	*Високо*	*Високо*	*Ниско*	*Ниско*

Табела 3

2.3.2. Врската на емоционалната топлина и контрола со стравот и анксиозноста

Родителскиот воспитен стил може да развие чувство на намалена контрола кај детето (Chorpita & Barlow, 1998). Распонсивните и емоционално топли родители, кои се грижат за потребите на детето и ги исполнуваат, му овозможуваат на своето дете една од најраните прилики да почувствува контрола. На пример, плачот на малото дете може да биде повик за родителите да му задоволат одредена потреба (да јаде, да спие, да биде гушнато и утешено, да ја добие посакуваната играчка), а со тоа што родителите ќе ја разберат потребата и ќе ја задоволат, му овозможуваат да добие чувство дека има влијание на настаните и контрола над околината. Од друга страна, ниското ниво на родителска грижа, може да го научи детето дека неговите постапки не влијаат, ниту ја контролираат околината.

Што се однесува до контролирачките или прекумерно заштитнички настроените родители, покажано е дека помалку протективните родители ќе му овозможат на детето да развие нови вештини, да истражува и да манипулира со околината, а со тоа ќе стекне чувство на контрола над настаните (Chandler et al., 1980; Gordon et al., 1981, според Chorpita & Barlow, 1998).

Влијанијата на презаштитничките родители врз стравот и анксиозноста кај нивните деца се екстензивно разгледувани (Biglan, 1987; Minor et al, 1991, според Chorpita & Barlow, 1998). На пример, Минор и соработниците (Minor et al., 1991) разгледувајќи студии на животни, дискутираат дека недостатокот на контрола (т.е. неможноста да се влијае на настаните) е една од бројните патишта на стравот и анксиозноста.

Историја на недостаток на контрола може да ги стави лицата во евентуален ризик да искусат хронична анксиозност или, пак, поврзаност со негативни емоционални состојби преку развој на психолошка ранливост. Поконкретно, постоечките докази упатуваат на тоа дека доволно рани искуства со настани, што детето не може да ги контролира, може да води кон зголемена генерализирана тенденција да се перципираат настаните како надвор од негова контрола (Schneewind, 1995, според Chorpita & Barlow, 1998). Во термини на ефекти врз анксиозноста, личности со историја на намалена контрола при сигнали на казна или на отсуство на награда може да резултираат со поголема анксиозност (Chorpita & Barlow, 1998).

Двете димензии (топлина и заштита) на воспитниот родителски стил имаат свој удел во креирањето можности детето да почувствува контрола над настаните во раниот развој, најмногу преку влијание на околината и стекнување вештини. Со текот на времето ваквите искуства можат да станат дел од научените информации на детето и да придонесат кон општото чувство на контрола (Bryant & Trockel, 1976; Carton & Nowicki, 1994, според Chorpita & Barlow, 1998).

Голем истражувачки корпус ги поврзува отфрлачките и контролирачките родителски стилови со анксиозните нарушувања, депресијата, шизофренијата, злоупотребата на супстанци и нарушувања во исхраната (Parker et al., 1987; Gerlsma

and Emmelkamp, 1990; De Rutter, 1994; Rapee, 1997, според Alonso et al., 2004). Резултатите на овие истражувања, во најголем дел, се потпираат на ретроспективни податоци за воспитниот стил на родителите, а најчесто употребувани прашалници се ЦРПБИ (The Childrens' Reprts of Parental Behavior Inventory), што се однесува на димензиите Љубов/Непријателство и Автономија/Контрола, потоа ЕМБУ (Egna Minnen Betraffande Uppfostran), дизајниран да пристапи до спомените за однесувањето и на таткото и на мајката, а ги мери категориите на родителско Отфрлање, Емоционална топлина, (Прекумерна) заштита и Фаворизирање и ПБИ (Parental Bonding Instrument), што ги мери факторите Грижа и Контрола. Сите три прашалници ги мерат клучните димензии на родителска емоционална топлина и родителска контрола и тоа го прават сосема релијабилно (Gerlsma et al., 1990).

Клучните термини, што се однесуваат на двете погоре споменати димензии на родителско однесување, употребени во овие прашалници се *Љубов (Love), Емоционална топлина (Emotional Warmth), Грижа (Care) и Контрола (Control), (Прекумерна) заштита ((Over) protection),* употребени се како синоними. *Љубов, Емоционална топлина* и *Грижа* се дефинираат како родителски однос што се карактеризира со внимание, топлина, респонсивност или подготвеност на родителот да одговори на потребите на детето, а *Контрола* и *Прекумерна заштита* се дефинираат како интрузивно водство и поврзаните ограничувања насочени кон детското однесување (Gerlsma et al., 1990, Parker, 1983, според Chorpita & Barlow, 1998).

За потребите на ова истражување, кое ја користи скратената верзија на прашалникот ЕМБУ или с-ЕМБУ, за двете клучни димензии на родителскиот стил се користат терминте *емоционална топлина* и *(прекумерна) заштита*.

Литаратурата што ги поврзува родителскиот стил и појавата на анксиозност и депресија подоцна во животот на децата ги имплицира овие две димензии на родителство, со лимитирани докази што укажуваат дека недостатокот на љубов и отфрлањето можеби е посилно поврзано со депресијата, додека контролата или прекумерната заштита е поспецифично поврзана со анксиозноста (Rapee, 1997). Паркер (Parker, 1983, според Chorpita & Barlow, 1998) предложува дека само овие две

димензии можеби не се доволни да предвидат анксиозни или депресивни исходи врз текот на развојот на детето, туку повеќе комбинацијата на висока заштита и ниска грижа, она што тој го нарекува „контрола без топлина“ (affectionless control) е веројатно да има најверодостојно негативно влијание.

3. ФОРМУЛИРАЊЕ НА ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

Отсуството на податоци во однос на влијанието на родителските стилови на воспитување со паничните напади кај нивните возрасни деца, остава празнина во разбирањето на нивната етиологија, а ова истражување се стреми да даде одговор за тоа дали и кои стилови на воспитување на родителите се поврзани со паничните напади кај нивните возрасни потомци. Иако постојат студии што ги поврзуваат ниското ниво на емоционална топлина и високото ниво на презаштитеност со нарушувањата, при кои можат да се појават панични напади, постои недостаток на студии што би ги поврзале родителските емоционална топлина и прекумерна заштита со паничните напади кај субклинички субјекти. Ова истражување се фокусира на обемот на панични напади на субјектите, при што мери зачестеност, број на искусени панични напади и број на вообичаено присутни симптоми при паничен напад. Со утврдувањето на позитивна корелација меѓу обемот на паничните напади и родителствувањето би се постигнал напредок не само во разбирањето на паничните напади, туку и во нивната превенција и во психолошките третмани.

Воспитните стилови подразбираат процена на родителите со кои воспитни постапки на најдобар начин ќе ги остварат своите воспитни цели, без да го нарушат својот емоционален однос кон детето, а потоа и примена на тие стилови.

При авторитативно родителство, родителите ја почитуваат посебноста на детето, тие се грижат и се чувствителни на проблемите на своето дете, но истовремено поставуваат јасни граници на однесување. Овие граници не се ригидни и запазувани со казни, закани и депривација, туку се отворени за сугестии на детето, па затоа овој родителски воспитен стил е познат и како „демократски“ воспитен стил.

За разлика од ова, авторитарните родители поставуваат високи барања кои не се пропратени со образложение, а во односот со децата ја користат силата и авторитетот. Овој вид родители потфрлаат во задоволувањето на емотивните потреби на своите деца за нежност и разбирање.

При попустливото родителство, родителите се емоционално топли и чувствителни кон детето, но во нивниот однос не се јасно дефинирани правилата и ограничувањата. Во неможност да постават јасни граници, често несакајќи ги лишуваат своите деца од насоките кои им се потребни за децата да го добијат водството што им е потребно.

Кај незаинтересирани родители односно при рамнодушното родителство, родителите не само што не се грижат и не го ограничуваат своето дете, туку и не му покажуваат емоционална топлина и грижа. Ваквите родители потфрлаат воп задоволувањето на емотивните потреби на своите деца.

Децата кои потекнуваат од семејства во кои постои меѓусебна доверба, љубов и разбирање и помеѓу родителите и помеѓу родителите и децата стекнуваат позитивни особини: независност, сигурност во себе, адаптибилност, добри социјални контакти отколку децата кои потекнуваат од семејства во кои има чести конфликти и во кои нема доволно грижа и љубов за нив. Недоволната грижа и недостатокот на љубов се причини за развој на општествено непожелни особини, како што се агресивност, непријателски став кон околината или пак повлеченост и пасивност. Исто така, погоре на овие страници се презентирани истражувања, што укажуваат на тоа дека недоволната емоционална топлина во детството, како и прекумерна заштита или интрузивна контрола во детската околина од страна на родителите се имплицирани во етиологијата на повеќе психички нарушувања, меѓу кои и анксиозните нарушувања, во кои се сретнуваат и панични напади, што во случај на паничното нарушување се и дијагностички критериум.

Согласно ова и поради малиот број истражувања за поврзаноста на недоволната родителска емоционална топлина и високо ниво на презаштитеност и на субклиничките панични напади, ова истражување се занимава со проблемот Дали

перципираните ниско ниво на родителска емоционална топлина и високо ниво на заштита се позитивно поврзани со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај нивните возрасни потомци без дијагностицирано психичко нарушување?

4 РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА НА ТЕМАТА

Прекумерната заштитеност од родителите т.е. родителска контрола и родителство без емоционална топлина е поврзано со многу форми на детска психопатологија (Schwartz et al. 1990, според Craske & Waters, 2005).

Во студии каде се споредуваат родителите на анксиозни деца и родители на деца со друго клиничко нарушување и родители на деца без нарушувања, родителите од двете клинички групи покажале поинтрузивна вмешаност отколку оние на контролната група (Hudson & Rapee 2001, според Craske & Waters, 2005).

Раните искуства (искуствата во детството) што детето го водат до чувство на намалена контрола можат да водат до перцепција на ниска контрола при соочување со нови ситуации и генерална тенденција да се доживуваат нештата како надвор од своја контрола. Дополнително, можностите за стекнување вештини се помали за децата на презаштитничките и контролирачки родители бидејќи родителот ги контролира детските акции и не му дозволува на детето да се впушта во дејствија што родителот ги перципира како опасни, иако сами по себе тие не мора да бидат опасни (како што е возење велосипед без кацига). Со помалку стекнати вештини и со помалку зони на компетенција доаѓа и поголема стапка за анксиозност и депресија кај децата (Cole et al. 1999, според Craske & Waters, 2005).

Секако, ова не треба да се сфаќа како доживотна пресуда бидејќи искуствата во возрасното доба можат да го засилат или намалат чувството на намалена контрола (Rotter, 1966).

Една метаанализа која разгледува голем број истражувања што ја поврзуваат психопатологијата и практиките на воспитување, пронашла дека ниско ниво на родителска топлина и високо ниво на заштитеност и контрола се поврзани со фобичното нарушување, а кај депресивните пациенти резултатите биле помалку конзистентни (што истражувачите сметаат дека се должи на различните дијагностички критериуми, различните земји и дизајни на студиите), но помалку емоционална топлина и повеќе контрола се поврзани со депресијата (Gerlsma et al., 1990).

Обидувајќи се да идентификува како родителскиот стил може да варира меѓу различни анксиозни нарушувања, Силов и соработниците (1991), го испитуваат перципираниот родителски стил кај 42 испитаника со панично нарушување, 36 испитаници со генерално анксиозно нарушување и соодветна контролна група. Нивните резултати покажале дека недоволната грижа и топлина и прекумерната заштита се асоцирани со клиничка анксиозност. Дополнителната анализа на податоците покажала дека високи скорови на скалата на презаштитеност се најдени и кај пациентите со панично нарушување и кај пациентите со генерално анксиозно нарушување, а ниските скорови на скалата за грижа се поврзани само со панично нарушување (Silove et al., 1991, според Chorpita & Barlow, 1998).

Субклинички опсесивно-компулзивни испитаници пријавиле дека ги перципираат своите родители како поотфрлачки, презаштитнички и помалку емоционално топли отколку испитаниците од контролната група (Ehiobuche, 1988; Kimidis et al., 1992; Cavedo and Parker, 1994, според Alonso et al., 2004). Дијагностицирани 119 субјекти со опсесивно-компулзивно нарушување споредено со соодветна контролна група во една студија пријавиле поголемо отфрлање од родителите и помалку родителска грижа отколку испитаниците од контролната група (Hoekstra et al., 1989, според Alonso et al., 2004)

Едно истражување ги поврзува перципираните отфрлање, недоволна грижа и презаштитеност од родителите со развојот на агорафобија (De Rutter, 1994, според Alonso et al., 2004). Силов (Silove, 1986) истакнува дека вообичаено е верувањето дека пациентите со агорафобија почесто во детството страдале од лоши семејни искуства, а

неговото истражување покажува дека родителската претерана заштита сама по себе е малку веројатно да го стави детето во поголем ризик да развие агорафобија во иднина, но кога детето искусува запоставување и недостаток на грижа од родителите, било само да е тоа или во комбинација со прекумерна заштита се чини дека ризикот од агорафобија во возрасното доба се зголемува.

Во контролирана студија со 81 фобичен пациент, е пронајдено дека пациентите со социјална фобија ги пријавиле двата родителa како помалку грижливи и презаштитнички, а оние со агорафобија се разликувале од контролната група само по тоа што пријавиле помалку мајчинска грижа. Во посебна анализа е разгледувана интензивноста на фобичните симптоми – повисоки скорови кај агорафобиците биле поврзани со помала мајчинска грижа и помала презаштитеност, а скоровите кај пациентите со социјална фобија биле повисоки кај оние со поголема мајчинска грижа и поголема презаштитеност (Parker, 1979).

Ариндел и соработниците (Arrindell et al., 1983), со прашалникот ЕМБУ ги утврдувале родителските воспитни стилови на пациенти со социјална фобија, агорафобија, фобија од височина и испитаници во контролна група. Наодите откриле дека, споредено со контролната група, субјектите со социјална фобија и фобија од височина ги окарактеризирале двајцата родители како емоционално студени, отфрлачки и презаштитнички. Субјектите со агорафобија двата родителa ги перципирале дека имале недостаток на емоционална топлина, но само мајките како отфрлачки.

Студијата на Фаравели и соработниците (Faravelli et al., 1991), што проучувала 32 пациенти со панично нарушување, дошла до заклучок дека овие испитаници ги перципираат своите родители како помалку грижливи и повеќе заштитнички настроени отколку испитаниците од контролната група. До истиот заклучок доаѓа и истражувањето спроведено на 45 субјекти со дијагностицирани панични нарушувања со и без агорафобија, кои пријавиле дека искусиле значително помалку грижа и поголема контрола/презаштитеност од своите родители, отколку оние субјекти во контролната група (Wiborg & Dahl, 1997), а Пачиероти и соработниците (Pacchierotti et

al., 2002) во својата студија заклучуваат дека дисфункционалната врска меѓу родителите и децата може да влијае на когнитивниот и емотивниот развој и да придонесе за развој на психијатриски нарушувања, особено панично нарушување.

II МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1 ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Детството е критичен период во развојот на секое човечко суштество зашто е доба каде се обликуваат светогледот, уверувањата, доживувањето на себеси и на другите. Несомнено, во овој клучен период од развојот, родителските (или старателските) фигури се тие кои се задолжени за исполнување на физичките и емоционалните потреби на детето. Во зависност од својата способност да одговорат на улогата на родител, но и во зависност од она што го подразбираат под родителствување, многу родители за да ја остварат својата родителска должност се однесуваат на различни начини.

Родителска топлина и родителската контрола или презаштитничко однесување, според теориите за психосоцијалниот развој на детето, се особено важни за правилен психосоцијален развој на детето, при што родителската топлина (emotional warmth) се однесува на поддршката, грижата, љубовта, прифаќањето и охрабрувањето што родителите му ги даваат на детето и ја вклучува свесноста на детето дека е прифатено како личност, а родителско презаштитничко однесување подразбира интрузивно влијание во детската околина со поставување високи барања и контрола врз однесувањето на детето (Parker, 1983, според Chorpita & Barlow, 1998). Комбинациите, пак, на овие две димензии на родителско однесување, сочинуваат одреден родителски стил. (Шурбановска, 2013).

Преглед на четирите категории на родителски воспитни стилови (авторитативно, авторитарно, попустливо и незаинтересирано родителствување), формирани од

димензиите емоционална топлина и прекумерна заштита или контрола е даден во Табела 3.

Голем истражувачки корпус (од кој дел е презентиран погоре на страниците) ја поврзува родителската контрола без топлина (affectionless control) со психопатологијата на нивните потомци и, поконкретно, ги поврзува недостатокот на родителска топлина и прекумерна заштитеност од родителите и развојот на анксиозни нарушувања, особено панично нарушување.

Во литературата отсуствуваат студии што ја испитуваат поврзаноста на родителските топлина и презаштитеност и паничните напади кај нивните возрасни потомци, особено за оние панични напади кај луѓе без историја на панично или друго психичко нарушување. Поради тоа, основниот ***предмет на ова истражување е да се испита можната поврзаност меѓу перципираните родителски топлина и презаштитеност и обемот на паничните напади (број и зачестеност на панични напади и број на симптоми вообичаено искусени во еден паничен напад) кај нивните возрасни потомци, кои немаат дијагностицирано психичко нарушување.***

Ова корелативно истражување, спроведено во Република Македонија во 2020 година на пригоден примерок од 104 испитаници ќе овозможи да се открие дали перципираните родителски стилови се поврзани со обемот (број и зачестеност, како и присуство на симптоми вообичаено искусени во нападите) на паничните напади кај нивните возрасни потомци без историја на психички нарушувања.

2 ДЕФИНИРАЊЕ НА КЛУЧНИТЕ ПОИМИ

Од предметот на ова истражување, што е испитување на поврзаноста меѓу перципираните родителски топлина и прекумерна заштита и обемот на паничните напади (број и зачестеност на панични напади и број на симптоми вообичаено искусени во еден паничен напад) кај нивните возрасни потомци без дијагностицирано психичко нарушување, се издвојуваат следниве клучни поими:

- **Обем на панични напади**

  Обемот на паничните напади ги вклучува:

  1. Вкупниот број на искусени панични напади во текот на животот,
  2. Нивната фреквенција или зачестеност на искусување и
  3. Бројот на вообичаено искусени симптоми во еден паничен напад, при што минималниот број на симптоми е четири (4), потребни за да биде дијагностициран паничен напад, а максималниот број е тринаесет (13) или сите);

- **Родителска емоционална топлина**

  Родителската емоционална топлина се однесува на поддршката, грижата, љубовта, прифаќањето и охрабрувањето што родителите му ги даваат на детето и ја вклучува свесноста на детето дека е прифатено како личност и, во оваа смисла, поимот е спротивност на родителско отфрлање;

- **Родителско прекумерно заштитничко однесување**

  Родителското прекумерно заштитничко однесување подразбира интрузивно влијание во детската околина со поставување високи барања и контрола врз однесувањето на детето.

3 ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Од проблемот и предметот на ова истражување произлегува и неговата општа цел, а тоа е да се добие сознание дали има можна врска меѓу двете клучни димензии (емоционална топлина и прекумерна заштита) на перципираните родителски стилови и обемот на панични напади (број, зачестеност и број на вообичаено присутни симптоми во нападот) кај нивните возрасни потомци, без дијагностицирано психичко нарушување.

Научна цел на истражувањето е да се утврди дали перципираните воспитните стилови на родителите се поврзани со обемот на паничните напади кај нивните веќе возрасни деца. Ова истражување треба да ни даде слика за тоа дали двете клучни димензии (емоционална топлина и прекумерна заштита) на перципираните родителски воспитни стилови имаат врска со паничните напади на возрасните потомци.

Согласно утврдениот проблем на истражување, оваа студија има задачи да утврди:

1. Дали перципираната емоционална топлина на мајката е поврзана со обемот (број на искусени панични напади, нивна зачестеност и бројот на симптоми вообичаено искусени во напади) на панични напади кај нејзиниот возрасен потомок?

2. Дали перципираната прекумерна заштита од мајката е поврзана со обемот (број на искусени панични напади, нивна зачестеност и бројот на симптоми вообичаено искусени во напади) на панични напади кај нејзиниот возрасен потомок?

3. Дали перципираната емоционална топлина на таткото е поврзана со обемот (број на искусени панични напади, нивна зачестеност и бројот на симптоми вообичаено искусени во напади) на панични напади кај нејзиниот возрасен потомок?

4. Дали перципираната прекумерна заштита од таткото е поврзана со обемот (број на искусени панични напади, нивна зачестеност и бројот на симптоми вообичаено искусени во напади) на панични напади кај нејзиниот возрасен потомок?

Практичната цел на ова истражување е да се придонесе во расветлувањето на можните фактори за појава на панични напади, со тоа што треба да се земе в предвид дека станува збор за корелационо истражување што ќе потврди дали постои или не поврзаност меѓу мерените варијабли, но нема да може да докаже дека кусокот на емоционална топлина и прекумерната контрола од родителите во

детството всушност влијаат на обемот на паничните напади кај нивните возрасни деца.

Доколку се потврди хипотезата на ова истражување дека недостатокот од емоционална топлина од родителите во детството, како и прекумерната родителска заштита во детството се позитивно поврзани со бројот на панични напади што го искусиле или го искусуваат нивните возрасни потомци, како и со зачестеноста на паничните напади и бројот на симптоми вообичаено присутни во нив, тогаш се отвара пат за понатамошни експериментални истражувања кои ќе имаат за цел да го покажат каузалниот однос меѓу родителските стилови и паничните напади.

Исто така, подлабоките сознанија за причините и ризик факторите во настанувањето на паничните напади ќе придонесат во превенирање на истите, особено доколку се спроведе неформална или формална/институционална едукација на идните родители на оваа тема.

Понатаму, доколку главата хипотеза за поврзаноста на недостатокот од родителска емоционална топлина и присуството на прекумерна родителска заштита и контрола и обемот на панични напади, стручните лица што даваат психолошка помош ќе добијат дополнителна мотивација да ги насочуваат своите клиенти кон експлорација на овие аспекти од нивното детство и од нивниот однос со родителите како би се разрешиле емоционалните проблеми со цел да им се помогне на лицата во надминувањето на нивните панични напади.

4. ФОРМУЛАЦИЈА НА ОПШТАТА ХИПОТЕЗА

Во врска со поставениот проблем на истражување поставена е основната хипотеза:

А. Перципираните родителски емоционална топлина, емоционално отфрлање и (прекумерна) заштита се поврзани со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај нивните возрасни потомци без дијагностицирано психичко нарушување.

За успешно тестирање на оваа хипотеза т.е. за проверка на хипотезата со квантитативна методологија, од неа се изведени следниве субхипотези, кои ќе бидат проверени:

А1: Перципираната емоционална топлина од мајката во детството е негативно поврзана со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај нејзиниот возрасен потомок без дијагностицирано психичко нарушување.

А2: Перципираната емоционална топлина од таткото во детството е негативно поврзана со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај неговиот возрасен потомок без дијагностицирано психичко нарушување.

А3: Перципираната прекумерна заштита од мајката во детството е позитивно поврзана со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај нејзиниот возрасен потомок без дијагностицирано психичко нарушување.

А4: Перципираната прекумерна заштита од таткото во детството е позитивно поврзана со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај неговиот возрасен потомок без дијагностицирано психичко нарушување.

А5: Перципираното отфрлање од мајката во детството е позитивно поврзано со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај нејзиниот возрасен потомок без дијагностицирано психичко нарушување.

А6: Перципираното отфрлање од таткото во детството е позитивно поврзано со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај нејзиниот возрасен потомок без дијагностицирано психичко нарушување.

Субхипотезите ќе бидат проверени и, доколку се покажат како точни, преку нив индиректно ќе биде докажана основната хипотеза. Во спротивно, основната хипотеза ќе биде отфрлена.

5. ВАРИЈАБЛИ

Од погоренаведените формулирани четири субхипотези како варијабли на ова истражување се јавуваат:

1. Перципираната емоционална топлина од мајката во детството
2. Перципираната емоционална топлина од таткото во детството
3. Перципираната (прекумерна) заштитеност од мајката во детството
4. Перципираната (прекумерна) заштитеност од таткото во детството
5. Перципираното емоционално отфрлање од мајката во детството
6. Перципираното емоционално отфлање од таткото во детството
7. Обемот на панични напади (број, зачестеност и број на симптоми вообичаено присутни во нападите) кај возрасните потомци

Бројот на релевантни варијабли т.е. оние варијабли кои би можеле да имаат удел во паничните напади на субјектите е голем бидејќи паничните напади се комплексен феномен со физиолошка и когнитивна компонента.

Покрај претпоставеното влијание на родителскиот воспитен стил (поконкретно, емоционалната топлина, отфрлање и прекумерната заштита), во обемот на паничните напади кај возрасните лица без дијагностицирано психичко нарушување влијание можат да имаат мноштво фактори како што се историјата на панични напади или психичко нарушување кај едниот или двата родителa, стресните животни настани и искусените трауми како што се загуба на родител или ближен, телесна повреда и слично.

Бидејќи станува збор за корелативно истражување, како и поради ограничените ресурси што се на располагање, релевантните варијабли нема да бидат следени, ниту контролирани.

6. ИСТРАЖУВАЧКА СТРАТЕГИЈА

Проблемот на ова истражување е проверен со квантитативна методологија, а податоците проверени со корелациска анализа. Квантитативниот приод е употребен при формулирање на хипотезите, мерење на варијаблите, како и за анализа на односите помеѓу варијаблите. За таа цел е спроведена анкета со два прашалника (Прилог 1 и Прилог 2), изготвени во Google Docs и во најголем дел дистрибуирани по електронски пат, а помал дел од нив и физички до возрасни луѓе со панични напади.

Податоците што се добиени во ова истражување се средени, прегледани, а потоа се пресметани основните показатели користени во статистичкото заклучување.

При пресметките на квантитативните податоци добиени од ова истражување се пресметани:

1. Аритметичка средина (M), што претставува сума на сите резултати поделена со бројот на резултати,
2. Распон или тотален опсег (x), што го претставува распрснувањето меѓу највисокиот и најниските резултат во низата податоци,
3. Стандардна девијација (σ) е пресметана за секоја варијабла, што е мерка на дисперзија со најголемо теоретско и практично значење, а се однесува на дисперзијата на податоците од просекот,
4. Коефициентот на корелација (ρ), што дава јасна слика за тоа дали, до кој степен и како (позитивно или негативно) варијаблите се поврзани

6.1 Инструменти

Ова е корелативно истражување чија цел е да утврди дали перципираните родителски емоционална топлина и презаштитеност, што ја искусиле субклиничките испитаници во детството, е позитивно поврзана со обемот на панични напади (број и зачестеност на искусени панични напади и број на симптоми вообичаено искусени при нападот). За оваа цел користени се два прашалника.

Вкупниот број на искусени панични напади, нивната зачестеност и бројот на симптоми вообичаено искусени при нападите кај испитаниците ќе бидат истражени со Прашалник дизајниран за оваа намена од истражувачот (Прилог 1).

Прашалникот има за цел и да ги разврсти испитаниците по пол и да ги селектира субјектите на истражувањето по возраст, поточно според критериумот дали се малолетни (18-) или полнолетни (18+) бидејќи истражувањето се врши единствено на полнолетни субјекти.

Исто така, една од намените на Прашалникот е да ги селектира испитаниците според критериумот дали имаат дијагностицирано одредено психичко нарушување затоа што предмет на истражувањето се лица кои искусиле или искусуваат панични напади, но надвор од одредено психичко нарушување. Секако, возможно е дел од испитаниците да ги задоволуваат дијагностичките критериуми за одредено нарушување, иако не посетиле психијатар кој би поставил дијагноза, но ова ќе биде дискутирано подолу, во делот на заклучоците од истражувањето.

Понатаму, Прашалникот ги разврстува субјектите и според тоа дали во текот на животот употребувале наркотични средства што можат да предизвикаат состојба слична на паничен напад како што се кокаин и амфетамини и според критериумот дали имаат заболување што може да предизвика симптоми слични на паничен напад бидејќи за потребите на оваа студија се земени в предвид само субјекти чии симптоми на паничен напад не се должат на медицинска состојба (како што се

срцево или белодробно заболување, хипогликемија, хипертироидизам), ниту на злоупотреба на супстанци.

За таа цел Прашалникот содржи *да/не* прашања, а прашалниците на оние кои одговориле потврдно дека имаат дијагностицирано одредено психичко нарушување, во текот на животот употребувале наркотични средства што можат да предизвикаат состојба слична на паничен напад како кокаин и амфетамини и кои имаат заболување што може да предизвика симптоми слични на паничен напад, не се употребени во истражувањето.

Бројот на искусени панични напади во животот е мерен со скала на процена (Табела 4), при што минималниот скор е 1, максималниот е 5, а декодирањето се одвива по овој редослед и со овие вредности: *Многу ретко* = 1, *Ретко* = 2, *Не толку ретко* = 3, *Често* = 4, *Многу често* = 5.

	Многу ретко (еднаш или двапати во животот)	**Ретко** (од три до пет пати)	**Не толку ретко** (од шест до десет пати)	**Често** (од десет до 20 пати)	**Многу често** (повеќе од дваесет пати)
Колку често во текот на животот сте искусиле паничен напад?					

Табела 4

Бројот на зачестеност на паничните напади е мерен со скала на процена (Табела 5), при што минималниот скор е 1, максималниот е 5, а декодирањето се одвива по овој редослед и со овие вредности: *Многу ретко* = 1, *Ретко* = 2, *Не толку ретко* = 3, *Често* = 4, *Многу често* = 5.

	Многу ретко (еднаш или двапати во животот)	**Ретко** (до пет пати во десет години)	**Не толку ретко** (до пет пати во пет години)	**Често** (до пет пати во една година)	**Многу често** (до пет пати месечно или почесто)
Временски, колку често сте ги искусиле или ги искусувате паничните напади?					

Табела 5

Бројот на вообичаено искусени симптоми во паничните напади е мерен со скала на процена (Табела 6), при што минималниот скор е 1, максималниот е 5, а декодирањето се одвива по овој редослед и со овие вредности: *Малку* = 1, *Не толку малку* = 2, *Не толку многу* = 3, *Многу* = 4, *Сите* = 5.

	Малку (четири)	**Не толку малку** (од пет до седум)	**Не толку многу** (од осум до девет)	**Многу** (од десет до дванаесет)	**Сите** (тринаесет)

Колкав број на симптоми вообичаено искусувате при паничен напад од следниве: (1) неправилна или забрзана работа на срцето (2) препотување (3) треперење или тресење (4) скусување на здивот или задушување (5) чувство на давење (6) болка во градите или непријатност (7) гадење или стомачна иритација (8) чувство на вртоглавица или онесвестување (9) дереализација (чувство на нереалност) или деперсонализација (чувство на					

одвоеност од себе) (10) страв од губење контрола или полудување (11) страв од умирање (12) чувство на отрпнатост или пецкање (13) студени или врели бранови					

Табела 6

За вкупниот обем на панични напади, минималниот скор е 3, а максималниот е 15.

Перципираните родителска топлина и (прекумерна) заштита, што испитаниците ги искусиле од своите родители за време на нивното детство ќе бидат следени со кратката верзија на прашалникот ЕМБУ (Egna Minnen av Bardnoms Uppfostran, во превод „моите сеќавања за воспитувањето“) или с-ЕМБУ, што е веродостојна верзија на ЕМБУ со 81 ајтеми и што се состои од три скали (Отфрлање, Емоционална топлина и (Прекумерна) заштита) со, последователно, 7, 6 и 9 ајтеми (плус 1 нескалиран ајтем) (Arrindell et al., 1999).

За потребите на ова истражување прашалникот с-ЕМБУ беше адаптиран и преведен од англиски на македонски јазик, со нагласок на фактот дека македонската верзија на прашалникот с-ЕМБУ е нестандардизирана (Прилог 2).

Субскалата *Отфрлање* е опфатена со 7 ајтеми, кои се однесуваат на претераното отфрлање на детето од страна на родителите, отвореното покажување на негативни

чувства и друго. Ајтеми кои се однесуваат на оваа скала се: 1, 4, 7, 13, 15, 16, 21. Минимален скор на оваа скала е 7 а максимален е 28.

Субскалата *Емоционална топлина* и прифаќање ја сочинуваат 6 ајтеми кои се однесуваат на покажување љубов, топлина и внимание, давање поддршка на детето и слично. Ајтеми кои се однесуват на оваа скала се: 2, 6, 12, 14, 19, 23. Минимален скор на оваа скала е 6, а максимален е 24.

Субскалата *(Прекумерна) заштита* ја сочинуваат 9 ајтеми и ја опфаќа доминацијата на родителите и нивното интрузивно вмешување во детската околина. Ајтеми кои се однесуваат на оваа скала се: 3, 5, 8, 10, 11, 17*, 18, 20, 22. Минимален скор на оваа скала е 9, а максимален 36, со назнака дека ајтемот 17 се декодира обратно (Табела 7).

Бодување за с-ЕМБУ

		Бр. на ајтеми
Отфрлање	1, 4, 7, 13, 15, 16, 21	7
Емоционална топлина	2, 6, 12, 14, 19, 23	6
(Прекумерна) заштита	3, 5, 8, 10, 11, 17*, 18, 20, 22	9
Нескалиран ајтем	9	1

Скоровите за секој ајтем се: *Не, никогаш* =1, *Да, но ретко*=2, *Да, често*=3, *Да, многу често*=4

*Ајтемот број 17 треба да биде декодиран според следново 1=4, 2=3, 3=2, 4=1

Табела 7

6.2 Популација и примерок

Популацијата на ова истражување се возрасни луѓе (18+), кои барем еднаш во животот искусиле паничен напад, што не се должи на медицинска состојба или злоупотреба на супстанци и кои немаат дијагностицирано психичко нарушување.

Поради неможност да се одреди изборна рамка за да се формира примерок по случаен избор, како и поради ограничените ресурси на ова истражување, за потребите на оваа студија е формиран пригоден примерок.

Прашалниците со кои се служеше ова истражување ги пополнија сто триесет и еден (131) субјект, но потполно на сите прашања беа одговориле сто дваесет и шестмина (126). Од нив седуммина (7) се изјасниле дека немаат повеќе од осумнаесет години, односно дека не се полнолетни, петмина (5) одговориле потврдно дека имаат дијагностицирано некое психичко нарушување, а десетмина (10) одговориле дека имаат користено стимуланси како амфетамини и кокаин што може да предизвикаат состојба со симптоми слични на паничен напад или, пак, имаат дијагностицирано медицинска состојба што може да предизвика симптоми налик на оние искусени при паничен напад. Нивните прашалници не беа земени в предвид.

Со ова беше формиран пригоден примерок од сто и четири (104) испитаника од Република Македонија од двата пола.

Структура на примерокот опфатен во истражувањето е прикажан во Табела 8.

	женски	**машки**	**вкупно**
Испитаници	63	41	104

Табела 8

6.3 Постапка

Во ова истражување беше користена скратената верзија на прашалникот ЕМБУ или с-ЕМБУ, за проценување на воспитните стилови на двата родителa од страна на нивните деца, преведен и адаптиран од англиски на македонски јазик за потребите на ова истражување во нестандардизирана македонска верзија (Прилог 2). Скратената верзија на прашалникот, с-ЕМБУ, ги мери *Перципираната емоционална топлина за мајката и за таткото, Перципираното отфрлање од страна на мајката и од страна на таткото, Перципираната (прекумерна) заштита од страна на мајката и од страна на таткото.*

За селектирање на испитаниците, како и за процена на обемот на паничните напади кај истите, е користен Прашалник (Прилог 1), дизајниран за ова истражување со три скали на процена што ја мерат варијаблата *Обем на панични напади,* а скалите на процена се однесуваа на бројот на искусени панични напади, фреквенцијата или зачестеноста на искусување на паничните напади и бројот на симптоми вообичаено искусени при паничен напад.

Најголем дел од прашалниците беа изготвени во Google docs и дистрибуирани онлајн на социјалната платформа Facebook во групата „Анксиозност, панични напади, стравови“, а помал дел беа доставени и физички до субклинички субјекти со панични напади.

При дистрибуцијата и при делењето на прашалниците испитаниците беа информирани дека нивното учество во ова истражување е анонимно и на доброволна основа, а добиените резултати ќе се употребат за изработка на магистерски труд. Им беше објаснето дека за пополнувањето на прашалниците им се потребни околу четириесетина минути, дека не постојат точни и неточни одговори, дека се точни сите одговори што се базирани на искреност.

Во рок од еден месец, целосно беа пополнети сто дваесет и шест (126) прашалника, а за обработка не беа земени делумно пополнети прашалници. Прашалниците на испитаниците кои живееле само со еден родител, кои не се полнолетни, оние кои

имаат дијагностицирано психичко нарушување или медицинска состојба што предизвикува симптоми слични на паничен напад, како и на оние кои користеле супстанци како кокаин и амфетамини не беа земени за понатамошна обработка. По ваквата селекција на пополнетите прашалници, како валидни за обработка беа земени сто и четири (104) прашалници.

III. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ПОДАТОЦИТЕ

1. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА

Проблемот на ова истражување е проверен со квантитативна методологија, а податоците проверени со корелациска анализа. Квантитативниот приод беше употребен при формулирање на хипотезите, мерење на варијаблите, како и за анализа на односите помеѓу варијаблите.

Бидејќи хипотезата на истражувањето е дека перципираните ниско ниво на родителска топлина и високо ниво на презаштитеност се позитивно поврзани со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот кај нивните возрасни потомци без дијагностицирано психичко нарушување), потребно беше да се пресмета Пирсонов коефициент на корелација (ρ), што е мерка која го одредува степенот до кој е асоцирано движењето на варијаблите.

За да да се пресмета коефициентот на корелација, прво беа пресметани:

- аритметичка средина (M), што претставува сума на сите резултати поделена со бројот на резултати,
- распон или тотален опсег (x), што го претставува распрснувањето меѓу највисокиот и најнискиот резултат во низата податоци,

- стандардна девијација (σ), што е мерка на дисперзија со најголемо теоретско и практично значење, а се однесува на дисперзијата на податоците од просекот,
- коефициент на корелација (ρ), што дава јасна слика за тоа дали, до кој степен и како (позитивно или негативно) варијаблите се поврзани

За потребите на ова истражување пресметан е коефициентот на корелација меѓу:

1. Перципираната емоционална топлина на мајката во детството и обемот на панични напади
2. Перципираната емоционална топлина на таткото во детството и обемот на панични напади
3. Перципираната (пре)заштитеност од мајката во детството и обемот на панични напади
4. Перципираната (пре)заштитеност од таткото во детството и обемот на панични напади
5. Перципираното отфрлање од мајката во детството и обемот на панични напади
6. Перципираното отфрлање од мајката во детството и обемот на панични напади

Пресметките беа вршени во Microsoft Excel 2010, што има 360 функции, меѓу кои и пресметка на стандардна девијација, коваријанса и коефицинент на корелација.

2. РЕЗУЛТАТИ

Од првиот прашалник, добиени се мерки што се однесуваат на обемот на панични напади, односно, бројот на панични напади, нивната зачестеност и бројот на симптоми вообичаено присутни при паничен напад. Од вториот психолошки инструмент, с-ЕМБУ, добиени се резултати за перципираните емоционална топлина на мајката и на таткото, за перципираното отфрлање од страна на мајката и од страна на таткото, како и за перципираните (прекумерна) заштита од двата родителa.

Во табела 9 се прикажани резултатите од дескриптивната анализа за варијаблите кои се вклучени во истражувањето, а пресметани се аритметичката средина, стандардната девијација и опсегот.

Табела 9. Дескриптивни показатели за испитуваните варијабли (N = 104)

	Аритметичка средина (M)	Теоретска аритметичка средина	Стандардна девијација (σ)	Опсег (x)	Можен опсег
Обем на панични напади	7.38	9	2.71	10	3-15
Перципирана емоционална топлина на мајката	15.16	15	4.54	15	6-24
Перципирана емоционална топлина на таткото	15.22	15	4.42	16	6-24
Перципирана заштита од мајката	21.25	22.50	6.90	23	9-36
Перципирана заштита од таткото	19.48	22.50	6.08	21	9-36
Перципирано отфрлање од мајката	13.53	17.50	4.40	15	7-28
Перципирано отфрлање од таткото	11.93	17.50	3.25	12	7-28

Аритметичката средина за варијаблата *обем на панични напади* (M=7.38) е помала во однос на теориските просек, кој изнесува 9, што е очекувано за оваа варијабла зашто примерокот е неклинички. Ова укажува дека паничните напади се на ниво кое е

пониско од теоретската средина, односно во просек се работи за испитаници со мала зачестеност и симптоми на панични напади.

Опсегот е 10, со најмал добиен скор 4, а најголем 14 (најмал можен скор е 3, а најголем 15). Стандарното отстапување (σ = 2.71) укажува на тоа дека најголемиот дел од добиените вредности се групираат околу средната вредност.

Аритметичката средина за варијаблата *Перципирана емоционална топлина на мајката* (M=15.16) е многу блиска до теориискиот просек, кој изнесува 15. Опсегот е 15, со најмал добиен скор 7, а најголем 22, (најмал можен скор е 6, а најголем 24), што значи дека не се достигнати екстремните теоретски вредности. Стандарното отстапување (σ = 4.54) укажува на тоа дека поголем дел од добиените вредности се групираат околу средната вредност.

Просекот за варијаблата *Перципирана емоционална топлина на таткото* (M=15.22) е, исто така, многу блиска до теориискиот просек, кој изнесува 15. Опсегот е 16, со најмал добиен скор 8, а најголем 24 (најмал можен скор е 6, а најголем 24). Стандарното отстапување (σ = 4.42) индицира дека голем дел од добиените вредности се групираат околу средната вредност.

Просечно земено, испитаниците подеднакво ја перципираат емоционалната топлина што ја почувствувале во детството од двата родителa. На основа на вредностите од стандардните девијации и опсегот на скорови за емоционалната топлина на мајката и на таткото, може да се воочи дека варијабилитетот е сличен.

Аритметичката средина за варијаблата *Перципирана заштита од мајката* (M=21.25) е пониска од теориискиот просек, кој изнесува 22.50 и многу блиска до него. Опсегот е 23, со најмал добиен скор 11, а најголем 34, (најмал можен скор е 9, а најголем 36). Стандарното отстапување (σ = 6.90) укажува на тоа дека добиените вредности се пораспрснати околу средната вредност во однос на мерките добиени од претходните варијабли.

Аритметичката средина за варијаблата *Перципирана заштита од таткото* (M=19.48) е малку пониска од теориското просек (чија вредност е 22.50) и пониска од аритметичката средина на варијаблата *Перципирана заштита од мајката,* што укажува на тоа дека субјектите на истражувањето во просек своите мајки ги перципирале како повеќе презаштитнички настроени, отколку своите татковци. Опсегот е 23, со најмал добиен скор 11, а најголем 32 (најмал можен скор е 9, а најголем 36), со што не се добиени екстремните вредности. Стандарното отстапување (σ = 6.08) укажува на тоа дека поголем дел од добиените вредности не се групираат околу средната вредност. На основа на вредностите од стандардните девијации и опсегот на скорови за заштита од мајката и таткото, можеме да воочиме дека варијабилитетот е многу сличен.

Варијаблата *Перципирано отфрлање од мајката* (M=13.50) има аритметичка средина пониска од теориското просек, кој изнесува 17.50, што укажува дека испитаниците во просек не искусиле големо отфрлање од мајката во детството. Опсегот е 15, со најмал добиен скор 7, а најголем 22, (најмал можен скор е 7, а најголем 28) и овде добиен е минималниот можен скор, но не и највисоките скорови. Вредноста на стандарната девијација (σ = 4.40) упатува на тоа дека голем дел од скоровите се групираат околу средната вредност.

Уште помало стандарното отстапување со вредност σ = 3.25 е забележано кај *Перципирано отфрлање од таткото*. Овде аритметичката средина (M=11.93) има вредност пониска од теориското просек, кој изнесува 17.50 и помала од средната вредност на *Перципирано отфрлање од мајката* (M=13.50), што говори дека во просек субјектите имаат доживување дека во детството искусиле поголемо отфрлање од мајката, отколку од таткото. Опсегот е 12, со најмал добиен скор 8, а најголем 20, (најмал можен скор е 7, а најголем 28), при што видливо е дека не се добиени највисоките скорови.

За да се тестираат субхипотезите од групата А, потребно е да се пресметаат коефициентите на корелација помеѓу варијаблата *Обем на панични напади* и секоја од варијаблите *Перципирана емоционална топлина на мајката, Перципирана*

емоционална топлина на таткото, Перципирано отфрлање од мајката, Перципирано отфрлање од таткото, Перципирана заштита од мајката, Перципирана заштита од таткото. Овие вредности се прикажани во Табела 10.

Табела 10. Корелации помеѓу обемот на панични напади, Перципирана емоционална топлина на мајката, Перципирана емоционална топлина на таткото, Перципирано отфрлање од мајката, Перципирано отфрлање од таткото, Перципирана заштита од мајката, Перципирана заштита од таткото

(N = 104)

	Перципирана емоционална топлина на мајката	Перципирана емоционална топлина на таткото	Перципирана заштита од мајката	Перципирана заштита од таткото	Перципирано отфрлање од мајката	Перципирано отфрлање од таткото
Обем на панични напади	-0.58	-0.53	0.47	0.40	0.36	0.05

Резултатите покажуваат дека варијаблата *Обем на панични напади* е статистички значајно поврзана со варијаблите *Перципирана емоционална топлина на мајката и Перципирана емоционална топлина на таткото,* и тоа во очекувана насока. Поврзаноста на обемот на панични напади со перципираната емоционална топлина на мајката е негативна и умерена ($\rho(N = 104) = - 0,58$). Поврзаноста на обемот на панични напади со перципираната емоционална топлина на таткото е негативна и, исто така, умерена ($\rho(N = 104) = - 0.53$).

Во очекуван правец е и корелацијата на обемот на панични напади со перципираните заштита од мајката и од таткото, иако врската на овие варијабли со обемот на паничните напади е послаба отколку врската меѓу обемот на панични напади и перципираната емоционална топлина од двата родителa. Корелацијата на обемот на панични напади со перципираната заштита од мајката е позитивна и умерена, иако вредноста е пониска од претходните корелациони коефициенти ($\rho(N =$

104) = 0.47), а поврзаноста на оваа варијабла со перципираната заштита од таткото е позитивна и послаба (ρ (N = 104) = 0.40).

Вредноста на корелациониот коефициент на обемот на панични напади и перципираното отфрлање на мајката во детството е многу ниска (ρ(N = 104) = 0.36), а меѓу варијаблите *обем на панични напади* и *перципирано отфрлање од таткото во детството* (ρ(N = 104) = 0.05) не е пронајдена никаква поврзаност

IV ЗАКЛУЧОЦИ И СОГЛЕДУВАЊА

1. ПРЕПОРАКИ

При разгледувањето на добиените резултати во ова истражување, потребно е да се имаат предвид неговите ограничувања во поглед на мерните инструменти, на примерокот вклучен во истражувањето, на веродостојноста на добиените податоци, како и на дизајнот на студијата.

Скалата за перципираното родителско однесување, а што ги мери Емоционалната топлина, Отфрлањето и (Прекумерната) заштита од мајката и од таткото или с-ЕМБУ, досега била користена во истражување спроведено на македонски примерок, но во нестандардизирана верзија. При преводот и адаптацијата на с-ЕМБУ за потребите на оваа студија беше користена англиската верзија. Сметам дека за оваа скала треба да се одредат сите метриски карактеристики и да се направи стандардизирана македонска верзија пред натамошни користења на истата во истражувачки цели.

Скалата што го мереше обемот на панични напади беше конструирана за потребите на ова истражување и никогаш претходно не била користена, што значи дека досега нејзината валидност не била тестирана, ниту утврдена, па на добиените резултати од овој прашалник треба да им се пристапи со внимателност.

Ограничувањата во врска со примерокот се однесуваат на начинот на кој истиот е избран и неговата големина. Поради неможноста да се одреди популацијата и поради ограничените ресурси, не е формиран примерок по случаен избор. Во истражувањето е користен пригоден примерок, со што се намалува можноста за прецизна и широка генерализација на заклучоците. Примерокот брои 104 испитаника, што со оглед на фактот дека станува збор за пригоден примерок, исто така ја намалува можноста за донесување на значајни заклучоци.

Добиените податоци се самопријавени, што значи дека точноста на одговорите може да биде компромитирана, а истражувачот да не може да ја провери веродостојноста. Пред да ги одговараат прашалниците, испитаниците беа информирани дека нивните одговори се анонимни и доверливи и дека нема да бидат споделувани со трети лица. Сепак, постои можноста некои од субјектите да не одговориле точно делумно поради тоа што се уште постои стигма поврзана со паничните напади, а делумно поради емоционалниот однос и чувствата што ги имаат кон своите мајка и татко. Нивните одговори можно е да се дадени и под влијание на општественото очекување. Поради ова, кон добиените податоци мора да се пристапи со претпазливост.

Дополнително треба да се земе в предвид и ограничувањето поради дизајнот на истражувањето. Поради фактот што станува збор за корелативно истражување, ограничувањето на ова истражување е неможноста да посочи каузален однос. Исто така, не се контролирани, ниту следени релевантните варијабли како што се историја на панични напади или психичко нарушување кај едниот или двата родителa, стресните животни настани и искусените трауми како што се загуба на родител или ближен, телесна повреда и слично.

Понатамошни испитувања на односот меѓу родителските стилови и неклиничките панични напади би требало да бидат направени, од кои би се добиле податоци и понатамошни сознанија за улогата што родителската грижа и топлина, но и контрола и заштита ја имаат во етиологијата и изразеноста на симптомите при паничните напади.

2. ЗАКЛУЧОЦИ

Ова истражување имаше за цел да провери дали обемот на панични напади кај возрасните луѓе – паничните напади што ги искусиле во текот на животот, колку често доживеале/доживуваат паничен напад и колкава е изразеноста на симптомите – имаат поврзаност со воспитниот стил што нивните родители го практикувале додека биле деца. Бидејќи родителскиот воспитен стил е дефиниран како комбинација на димензиите *родителска емоционална топлина* и *родителска заштита* или *контрола* во студијата е испитана поврзаноста меѓу овие две димензии и обемот на панични напади, а дополнително е проверена и корелацијата на последново со перципираното родителско отфрлање (на мајката и на таткото).

За поуспешна интерпретација на добиените податоци ќе почнеме со дескриптивната анализа. Од резултатите прикажани во Табела 9, кои се однесуваат на дескриптивните показатели за истражуваните варијабли, може да се увиди дека аритметичката средина добиена за обемот на панични напади е пониска од теоретската средна вредност, што значи дека субјектите на оваа студија главно се луѓе кои поретко доживуваат панични напади и, кога ги доживуваат, искусуваат помал број симптоми. Ова и не е за изненадување зашто истражувањето се врши на неклинички субјекти т.е. на здрави луѓе кои немаат дијагностицирано психички нарушувања.

Добиените аритметички средини за променливите *Перципирана емоционална топлина на мајката* и *Перципирана емоционална топлина на таткото* се многу блиски до теорискиот просек, што, заедно со добиениот низок резултат за стандардно отстапување укажува дека на тоа дека генералната перцепција на испитаниците е дека добивале одредено, средно ниво на топлина од родителите. Ова е во согласност со вредностите добиени за просечните вредности за *Перципирано отфрлање од мајката и од таткото,* кои се значително пониски од теорискиот просек. Учесниците во истражувањето не ги перципираат своите родители како отфрлачки, особено во случајот со машкиот родител (старател). Сигнификативно е и дека максимални скорови не се добиени кај ниту еден испитаник (најголем можен скор за двете варијабли е 28, а најголем постигнат за мајката е 22, за таткото 20) што упатува на тоа

дека испитаниците се група што не ги доживува своите родители како крајно груби, занемарувачки или отфрлачки.

Што се однесува до перципираните заштита од мајката и од таткото, добиениот просек е понизок, но близок до теоретскиот, особено оној на перципираната заштита од мајката. Во просек, испитаниците во детството од своите родители добиле заштита, која не ја доживеале како прекумерна. Сепак, како што може да се види од вредностите на стандардните отстапувања за прекумерна заштита, субјектите се хетерогена група во однос на нивото на заштита/контрола што ги имале од своите родители додека растеле.

Резултатите од различни самопријавени и опсервирачки студии го поврзуваат родителскиот стил обележан со ниско ниво на емоционална топлина и прекумерна заштита со многу психички нарушувања, особено со депресијата и анксиозните нарушувања (Chorpita & Barlow, 1998). Голем истражувачки корпус го имплицира овој родителски стил и со паничното нарушување, социјалната фобија, генералното анксиозцно нарушување, сите во кои се или можат да бидат присутни панични напади. Ова истражување со одредување на коефициент на корелација се обиде да провери дали перципираниот недостаток на мајчина и татковска љубов и грижа и нивната перципирана прекумерно интрузивно вмешување во детската околина се поврзани со субклиничките панични напади кај нивните возрасни деца. За таа цел поставена беше истражувачката хипотеза дека перципираните родителски емоционална топлина, емоционално отфрлање и (прекумерна) заштита се поврзани со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај нивните возрасни потомци без дијагностицирано психичко нарушување со шест соодветни субхипотези. Резултатите се наведени во табела 10.

Во однос на првата субхипотеза А1, што гласи *Перципираната емоционална топлина од мајката во детството е негативно поврзана со обемот на паничните напади - број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот - кај нејзиниот возрасен потомок без*

дијагностицирано психичко нарушување и на втората супхипотеза А2, што вели *Перципираната прекумерна заштита од таткото во детството е позитивно поврзана со обемот на паничните напади - број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот - кај неговиот возрасен потомок без дијагностицирано психичко нарушување* резултатите покажуваат статистички значајна негативна и умерена корелација.

Со ова субхипотезите А1 и А2 се докажани - тежината на паничните напади т.е. почести напади на паника со потешка симптоматологија се поврзани со доживувањето на лицата дека во детството нивните потреби за љубов, нежност и внимание не биле адекватно задоволени од мајката и од таткото; поточно тежината на паничните напади е поврзана со перцепцијата на испитуваните лица за недостаток на физички и вербални знаци од родителите во детството, што би им упатиле порака дека се сакани, прифатени, вредни.

Третата и четвртата супхипотеза, А3 и А4, што гласеа дека перципираните (прекумерна) заштита од мајката и од таткото во детството се позитивно поврзани со обемот на паничните напади (број на панични напади, нивна зачестеност и поголем број на симптоми вообичаено искусени во нападот) кај нивните возрасни деца без психички нарушувања, не се потполно потврдени. Иако е пронајдена слаба позитивна поврзаност меѓу обемот на паничните напади и родителската заштита или контрола, коефициентот на корелација е низок и не дозволува да се извлекуваат потврдни заклучоци. Поврзаноста на тежината на паничните симптоми и зачестеноста на нападите е посилно позитивно поврзана со перципираната заштита од страна на мајката, што дозволува да се изведе заклучок дека доживувањето на засилена мајчината контрола или прекумерната заштита, а не онаа на таткото, можеби е позначајно поврзана со тежината на симптомите и бројот на доживеани панични напади од испитаниците.

Последните две субхипотези А5 и А6, со кои се претпоставуваше дека перципираните емоционални отфрлања од родителите во детството се позитивно корелирани со почестото присуство на панични напади и повеќе симптоми во истите

кај нивните возрасни субклинички потомци, не се потврдија. Имено, наодите покажуваат дека отфрлањето од мајката во детството е поголемо кај оние испитаници што имаат потешки и почести панични напади, иако поврзаноста на двете појави е слаба и недоволна за да се донесе заклучок. Во однос на татковото отфрлање и тежината и бројот на искусени панични напади не е пронајдена поврзаност.

Со сето ова, основната истражувачка хипотеза не е докажана во целост, имено дека воспитувањето обележано како *контрола без топлина* се поврзува со поголем број на панични напади и со поголем број на симптоми во истите. Сепак, наодите ги поврзуваат почестите напади на паника со потешка симптоматологија со доживувањето на луѓето, кои ги искусуваат, дека во детството нивните потреби за љубов, нежност и внимание не биле адекватно задоволени од мајката и од таткото

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. American psychologist, 46(4), 333

Alaor S.F. (2008). Does the association between mitral valve prolapse and panic disorder really exist? The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry. 2008;10(1):38-47

Alonso, P., Menchón, J.M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J.M., Jiménez, S., Vallejo, G. and Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive–compulsive disorder: relation to symptom dimensions. Psychiatry research, 127(3), pp.267-278.

Amato, P. R. (1994). Father-child relations, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. Journal of Marriage and the Family, 1031-1042.

Aoki, Y., Fujihara, S., & Kitamura, T. (1994). Panic attacks and panic disorder in a Japanese non-patient population: epidemiology and psychosocial correlates. Journal of affective disorders, 32(1), 51-59.

Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., Monsma, A., & Brilman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study. The British Journal of Psychiatry, 143(2), 183-187

Arrindell, W.A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L.A., Gaszner, P., Peter, M., Battagliese, G. and Kállai, J., (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. Personality and individual Differences, 27(4), pp.613-628.

Bandelow, B., Späth, C., Tichauer, G. Á., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. Comprehensive psychiatry, 43(4), 269-278.

Barlow, D.H. and Allen, L.B., (2004). Scientific Basis of Psychological Treatments for Anxiety Disorders: Past, Present, and Future. In Annual Meeting of the American Psychopathological Association, Mar, 2002, New York, NY. American Psychiatric Publishing, Inc.

Baumrind D. (1967).Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. Genet Psychol Monogr. 1967;75(1):43-88.

Brown, A.M., & Whiteside, S.P. (2008). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. Journal of Anxiety Disorders, 22, 263– 272.

Butcher, J.N., Mineka, S. and Hooley, J.M. (2017). Abnormal psychology. Pearson Education India.

Cannistraro, P. A., & Rauch, S. L. (2003). Neural circuitry of anxiety: evidence from structural and functional neuroimaging studies. Psychopharmacology bulletin, 37(4), 8-25.

Chorpita, B.F. and Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. Psychological bulletin, 124(1), p.3.

Colonnesi, C., Draijer, E., Jan, J.M., Stams, G., Van der Bruggen, C., Bögels, S., & Noom, M. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40, 630– 645.

Craighead, W.E., Miklowitz, D.J. and Craighead, L.W. (2013). Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations. John Wiley & Sons., Chapter 4 Panic Disorder, Arch, J., Craske, M., pp.115-118.

Craske, M.G. and Waters, A.M. (2005). Panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. Annu. Rev. Clin. Psychol., 1, pp.197-225.

D Goodwin, R.E.N.E.E., Fergusson, D.M. and Horwood, L.J. (2005). Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. Psychological medicine, 35(6), 881.

Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. Psychological Bulletin. 1993;113(39):487-496

Davidson, G.C., & Neale, J.M. (1999). Psihologija abnormalnog doživaljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.

De Ruiter, C., & Van Ijzendoorn, M. H. (1992). Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review. Journal of Anxiety Disorders, 6(4), 365-381.

Fairbanks, L. A. (2003). Parenting. In D. Maestripieri (Ed.), Primate psychology (p. 144–170). Harvard University Press.

Faravelli, C., Webb, T., Ambonetti, A., Fonnesu, F., & Sessarego, A. (1985). Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. The American journal of psychiatry.

Faravelli, C., Panichi, C., Pallanti, S., Paterniti, S., Grecu, L. M., & Rivelli, S. (1991). Perception of early parenting in panic and agoraphobia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 84(1), 6-8.

Gerlsma, C., Emmelkamp, P.M. and Arrindell, W.A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 10(3), 251-277.

Katerndahl, D.A. (1996). Panic attacks and panic disorder. Journal of family practice, *43*(3), 275-283.

Kikuchi M. Relationship between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry. 2005;29(1):77-81

Lonigan, C.J. and Phillips, B.M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. The developmental psychopathology of anxiety, pp.60-91.

Lucas, R.E. and Baird, B.M., 2004. Extraversion and emotional reactivity. Journal of personality and social psychology, 86(3), p.473.

Maccoby, E.E. and Martin, J.A. (1983). Socialization in the Context of the Family: Parent–. Handbook of Child Psychology, 1-101.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern

Martin, G. and Waite, S. (1994). Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89(4), 246-254.

Masi, F. (2004). The psychodynamic of panic attacks: a useful integration of psychoanalysis and neuroscience. The International Journal of Psychoanalysis, 85(2), 311-336.

Miklikowska, M. and Hurme, H. (2011). Democracy begins at home: Democratic parenting and adolescents' support for democratic values. European Journal of Developmental Psychology, 8(5), 541-557.

Pacchierotti, C., Bossini, L., Castrogiovanni, A., Pieraccini, F., Soreca, I., & Castrogiovanni, P. (2002). Attachment and panic disorder. Psychopathology, 35(6), 347-354.

Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. The British Journal of Psychiatry, 135(6), 555-560.

Paquette, D. (2004). Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. Human development, 47(4), 193-219.

Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clinical psychology review, 17(1), 47-67.

Rohner, R. P., & Khaleque, A. (2002). Parental acceptance-rejection and life-span development: A universalist perspective. Online readings in psychology and culture, 6(1), 1-10.

Rothrauff, T.C., Cooney, T.M. and An, J.S. (2009). Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 64(1), 137-146.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80 (No.609).

Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. Clinical Psychology: Science and Practice, 21(2), 118–113

Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. Child and Adolescent Mental Health, 20(1), 41-48.

Schmidt, N.B., Lerew, D.R. and Jackson, R.J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. Journal of abnormal psychology, 106(3), p.355.

Silove, D. (1986). Perceived parental characteristics and reports of early parental deprivation in agoraphobic patients. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 20(3), 365-369.

Smith, J.D., Dishion, T.J., Shaw, D.S., Wilson, M.N., Winter, C.C. and Patterson, G.R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. Development and psychopathology, 26(4 0 1), 917.

Sue, D., Sue, D.W., Sue, S. and Sue, D.M. (2015). Understanding abnormal behavior. Cengage Learning.

Suomi, S. J., Van der Horst, F. C., & Van der Veer, R. (2008). Rigorous experiments on monkey love: An account of Harry F. Harlow's role in the history of attachment theory. Integrative Psychological and Behavioral Science, 42(4), 354-369.

Teicher, M. H. (2000). Wounds that time won't heal: the neurobiology of child abuse in cerebrum. The Dana Forum on Brain Science.

Todorovic, J., (2005). Vaspitni stilovi roditelja i samopostovanje adolescenata, Nis: Filozofski fakultet

Vogel-Scibilia, S. E., McNulty, K. C., Baxter, B., Miller, S., Dine, M., & Frese, F. J. (2009). The recovery process utilizing Erikson's stages of human development. Community mental health journal, 45(6), 405.

Watson, D. and Clark, L.A., 1984. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. Psychological bulletin, 96(3), p.465.

Whalen, P. J., Rauch, S. L., Etcoff, N. L., McInerney, S. C., Lee, M. B., & Jenike, M. A. (1998). Masked presentations of emotional facial expressions modulate amygdala activity without explicit knowledge. Journal of Neuroscience, 18(1), 411-418.

Wiborg, I. M., & Dahl, A. A. (1997). The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 96(1), 58-63.

Мурџева-Шкариќ, О. (2009). Психологија на детството и на адолесценцијата, Скопје: Филозофски факултет.

Ќимова, Ѓ. (2019). Базична методологија на научно истражување, Свети Николе: МЦСП - Свети Николе.

Шурбановска, О. (2013). Родителите и однесувањето на детето во училиштето, Скопје.

ПРИЛОЗИ

Прилог бр. 1:

Овој Прашалник е дијазниран за потребите на истражување на тема „Перципираните родителски стилови и паничните напади кај возрасни потомци“ за магистерски труд на Билјана Велковска за институцијата Меѓународен Славјански Универзитет „Г.Р. Державин“, а се однесува на испитување на обемот на панични напади. Доколку искусувате панични напади, а немате дијагностицирано некое психичко нарушување и сте возрасни, Ве молиме внимателно прочитајте ги прашањата и дајте го точниот одговор за вас на секое од нив.

Пополнувањето на Прашалникот е доброволно и анонимно.

Ви благодариме на соработката.

Заокружете ги точните одговори:

1. Кој е Вашиот пол?

   Машки / Женски

2. Дали сте полнолетни (18+ години)?

   Да / Не

3. Дали во животот сте доживеале паничен напад (ненадеен, кус бран на интензивен страв придружен со барем четири од следниве симптоми: (1) неправилна или забрзана работа на срцето, (2) препотување, (3) треперење или тресење, (4) скусување на здивот или задушување, (5) чувство на давење, (6) болка во градите или непријатност, (7) гадење или стомачна иритација, (8) чувство на вртоглавица или онесвестување, (9) дереализација (чувство на нереалност) или деперсонализација (чувство на одвоеност од себе), (10) страв од губење контрола или полудување, (11) страв од умирање, (12) чувство на отрпнатост или пецкање, (13) студени или врели бранови

   Да / Не

4. Дали имате дијагностицирано некое психичко нарушување? Да / Не
5. Дали имате дијагностицирано медицинска состојба што предизвикува состојба слична на паничен напад како срцеви заболувања, белодробни заболувања, хипертироидизам, хипогликемија, заболување на центарот за рамнотежа, епилепсија? Да / Не
6. Дали имате употребувано стимуланси како амфетамини и кокаин? Да / Не

Штиклирајте го полето што се однесува на вас:

7. Колку често во текот на животот сте искусиле паничен напад?				
Многу ретко (еднаш или двапати во животот)	Ретко (од три до пет пати)	Не толку ретко (од шест до десет пати)	Често (од десет до 20 пати)	Многу често (повеќе од дваесет пати)

8. Временски, колку често сте ги искусиле или ги искусувате паничните напади?				
Многу ретко (еднаш или двапати во животот)	Ретко (до пет пати во десет години)	Не толку ретко (до пет пати во пет години)	Често (до пет пати во една година)	Многу често (до пет пати месечно или почесто)

9. Колкав број на симптоми вообичаено искусувате при паничен напад од следниве:

(1) неправилна или забрзана работа на срцето

(2) препотување

(3) треперење или тресење

(4) скусување на здивот или задушување

(5) чувство на давење

(6) болка во градите или непријатност

(7) гадење или стомачна иритација

(8) чувство на вртоглавица или онесвестување

(9) дереализација (чувство на нереалност) или деперсонализација (чувство на одвоеност од себе)

(10) страв од губење контрола или полудување

(11) страв од умирање

(12) чувство на отрпнатост или пецкање

(13) студени или врели бранови

Малку (четири)	Не толку малку (од пет до седум)	Не толку многу (од осум до девет)	Многу (од десет до дванаесет)	Сите (тринаесет)

Прилог бр.2

Следниов Прашалник, за потребите на истражување на тема „Перципираните родителски стилови и паничните напади кај возрасни потомци“ за магистерски труд на Билјана Велковска за институцијата Меѓународен Славјански Универзитет „Г.Р. Державин“, ги испитува воспитните стилови во семејството (се однесува на Вашите родители или старатели, т.е. луѓето кои Ве подигнале и воспитале. Доколку имате еден родител/старател пополнете ја само соодветната група. Ваша задача е да процените колку секое тврдење се однесува на Вашите мајка и татко и да го означите

соодветното поле.

Пополнувањето на Прашалникот е доброволно и анонимно.

Ви благодариме на соработката.

	МАЈКА				**ТАТКО**			
ТВРДЕЊЕ	не, никогаш	да, но ретко	да, често	да, речиси секогаш	не, никогаш	да, но ретко	да, често	да, речиси секогаш
1.Се случуваше родителите да ми бидат лути без да ми кажат зошто								
2. Родителите ме фалеа								
3.Се случуваше да посакувам родителите да се грижеа помалку за она што го правам.								
4.Се случуваше родителите да ме казнуваат физички повеќе отколку што заслужувам								
5.Кога ќе се вратев дома, морав да им поднесувам сметки на моите родители што сум правел/а								

6. Се чинеше дека моите родители се обидуваа да ми ја направат адолесценцијата поинтересна и постимулативна со тоа што, на пример, ми даваа добри книги, ме запишуваа во клубови и слично								
7. Родителите ме критикуваа и ми кажуваа колку сум мрелив/а и не ме бива за ништо пред други луѓе								
8. Се случуваше родителите да ми забрануваат нешта, што на другите деца им беа дозволени, од страв да не ми се случи нешто								
9. Родителите се обидуваа да ме тераат да станам најдобар/најдобра								
10. Родителите знаеја да изгледаат тажно или на друг начин да ми покажат дека сум се однесувал/а лошо за да имам чувство на								

вина								
11. Мислам дека грижата на моите родители да не ми се случи нешто беше претерана								
12.Кога нештата не ми одеа добро, чувствував дека родителите се обидуваа да ме утешат и охрабрат								
13. Бев третиран/а како црната овца на семејството								
14.Родителите со зборови и дела ми покажуваа дека ме сакаат								
15.Чувствував дека моите родители ги сакаат браќата и сестрите повеќе од мене								
16. Родителите ме третираа на начин, од кој се чувствував засрамено								
17 Ми беше дозволено да одам каде сакам, а моите родители не се								

грижеа многу за тоа								
18. Ми се чинеше дека родителите ми се мешаа во се што правам								
19 Чувствував дека мојот однос со родителите е исполнет со топлина и нежност								
20 Родителите ми поставуваа граници што ми е дозволено, а што не и цврсто се придржуваа до нив								
21 Родителите остро ме казнуваа дури и за ситници								
22 Родителите сакаа да одлучуваат како ќе се облекувам и како ќе изгледам								
23 Чувствував дека моите родители се горди кога ќе успеев да постигнам нешто								