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



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

СУДИСКАПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Поврзаност меѓу степенот на самодоверба и степенот на анксиозност

СТУДЕНТ: ЦВЕТА ЕФТИМОВА
БРОЈ НА ИНДЕКС: М183013
МЕНТОР: ДОЦ. Д-Р АНА ЧУЧКОВА

Св.Николе, 2021

Содржина

Краток извадок 4
Abstract 5
1. Вовед 6
2. Теоретски основи 10
2.1. Што е тоа самодоверба? 10
2.2. Теории за самодоверба 11
2.3. Фактори кои влијаат на самодовербата 12
2.4. Опсег на самодоверба 13
2.4.1. Бенефити од здраво ниво на самодоверба 14
2.5. Јавна политика 15
2.6. Мерење на самодовербата 16
2.7. Имплицитна и експлицитна самодоверба 18
2.8. Концепти за самодоверба 19
2.9. Анксиозност и анксиозни растројства 20
2.9.1. Панично растројство 21
2.9.2. Генерализирано анксиозно растројство 32
2.9.5. Високо функционална анксиозност 36
2.10. Теории и дефиниции за анксиозност 38
2.11. Разлика помеѓу анксиозност и анксиозни растројства 39
2.12. Анксиозност и хормони 41
2.13. Фармаколошка терапија за анксиозност 44
2.14. Релевантни истражувања 46
3. Методологија на истражувањето 53
3.1. Дефинирање на проблемот и основните поими 53
3.2. Цел и карактер на истражувањето 53
3.3. Задачи на истражувањето 53
3.4. Хипотези на истражувањето 54
3.5. Варијабли на истражувањето 54
3.6. Метод на истражувањето 55

3.6.1. Техники и инструменти на истражувањето 55
3.6.2. Популација и примерок 56
3.6.3. Организација и тек на истражувањето 59
3.6.4. Статистичка обработка на податоците 59
3.6.5. Анализа и интерпретација на резултатите од дескриптивна статистика 60
3.6.6. Анализа и интерпретација на резултатите од линеарна корелација 72
4. Дискусија 84
5. Заклучок 90
6. Референци и користена литература 92
7. Прилози 99

Краток извадок

Основен проблем на ова истражување е да се утврди дали нивото на самодоверба влијае врз степенот на анксиозност кај луѓето на возраст од 18 до 60 години во Штип, Република Северна Македонија. За истражувањето беше употребен пригоден примерок на испитаници, вкупно 51 испитаник, од кои 35 беа жени, а 16 испитаници мажи. Испитаниците беа поделени во две основни групи во однос на нивната возраст (од 18 до 30 години и од 31 до 60 години). Исто така, испитаниците беа поделени и по други две категории - степен на завршено образование и брачен статус. За добивање на потребните податоци беа употребени анкетни прашалници, во кои беа употребени: Скалата за проценка на степенот на самодоверба по Розенберг (Rosenberg's Self-Esteem Scale); и Инвентарот за мерење на степенот на анксиозност (Stait-Trait-Anxiety-Inventory STAI).

Општата хипотеза на ова истражување е следната: „Со зголемување на нивото на самодоверба, се намалува степенот на анксиозност кај луѓето во градот Штип, Република Северна Македонија“.

Од добиените вредности беше пресметана дескриптивна статистика, а за тестирање на хипотезата беше употребена линеарна корелација со Пирсонов коефициент на корелација. Според добиените резултати, општата хипотеза се отфрла или поточно важи тврдењето дека „Со зголемувањето на степенот на самодоверба, се зголемува степенот на анксиозност кај испитуваниот примерок“. Во однос на возраста, кај испитаниците од 18 до 30 години беше добиена позитивна статистички значајна корелација со ниво на значајност ($p<0,01$), додека кај испитаниците од 31 до 60 години исто така позитивна корелација на ниво ($p<0,05$). Кај испитаниците од женски пол беше добиена исто така статистички значајна позитивна корелација, а кај мажите не беше статистички значајна добиената корелација, но сепак беше позитивна.

Клучни зборови:

Самодоверба, анксиозност, линеарна корелација, Скала по Розенберг, Инвентар за мерење на анксиозност.

Abstract

The main topic of this survey is to prove if the level of self-esteem has impact on the level of anxiety in people aged 18 to 60 years that live in Shtip, Republic of North Macedonia. For the survey was used convenient sample of participants with total number of 51. 35 of them are females and 16 participants are males. Participants were divided in two main groups according to their age (first group aged 18 to 30 years; and second group aged 31 to 60 years). Also the participants were sorted by two other categories, by level of their finished education and by their marital status. To gather the needed data were used survey questionnaires, containing the Rosenberg's self- esteem scale and the Stait Trait Anxiety Inventory (STAI).

The general hypothesis of this survey is the following: "With increasing the level of self-esteem, the level of anxiety decreases in the population of Shtip, Republic of North Macedonia."

From the gathered data we estimated the descriptive statistics, for testing the hypothesis was used linear correlation using the Pearson's coefficient of correlation. From the obtained results, the general hypothesis is rejected and the following statement is concluded: "With increasing the level of self-esteem, the level of anxiety is also increasing in the examined sample."

In the sample of participants aged 18 to 30 years, the linear correlation between the examined variables was positive statistically significant with at 0,01 level ($p<0,01$), and in the other group of participants aged 31 to 60 years the linear correlation was also positive with statistically significant at 0,05 level ($p<0,05$). In the female participants the obtained linear correlation was also positive statistically significant, and in the male participants the correlation between the examined variables was also positive but not statistically significant.

Key words:

Self-esteem, anxiety, linear correlation, Rosenberg's self-esteem scale, Stait Trait Anxiety Inventory.

1. Вовед

Значењето на ова истражување е да се открие на кој начин се поврзани нивото на самодоверба и анксиозноста и до кој степен едната појава влијае на другата. Со оглед на тоа дека самодовербата се дефинира како лично субјективно верување за сопствената вредност на една личност, од степенот на самодоверба зависи начинот на кој една индивидуа ќе реагира во одредени ситуации, како ќе се справи со предизвиците, на кој начин ќе ги доживее настанатите промени, како и тоа каква ќе биде нејзината психичка состојба. Од суштинско значење е самодовербата да биде на оптимално ниво, за една личност да може да го живее целокупниот сопствен потенцијал. Додека анксиозноста е дефинирана како емоција која се карактеризира со чувство на напнатост, загриженост, страв, од големо значење е да се открие на кој начин се остварува тоа меѓусебно влијание и дали секогаш постои поврзаност помеѓу овие две појави. Дали нивото на самодоверба директно може да влијае на функционирањето на личноста и на нејзината склоност кон појава на анксиозност, би било едно од прашањата кои ќе бидат одговорени по спроведувањето на истражувањето.

Концептите за самодоверба имаат потекло уште од 18 век, најпрвин објаснети во записите од Дејвид (David Hume), шкотски мислител кој ја изразил идејата дека е важно да имаш добро мислење за себе, бидејќи тоа има функција на мотив што им овозможува на луѓето да го истражат својот целосен потенцијал.[17]

Идентификувањето на самодовербата како различен психолошки контрукт има потекло од работата на филозофот, психолог, геолог и антрополог Вилијам (William James 1892). Џејмс идентификувал мултипни димензии на селфот, во два степени на хиерархија: процеси на знаење наречени „I-self“ и резултираното знаење за себството наречено „me-self“. Според него, постојат неколку типови на себство: материјално себство, социјално себство и спиритуално себство. Социјалното себство било најблиску до самодовербата. Материјалното себство се состои од изгледот на телото и работите кои ги поседува личноста, додека спиритуалното себство се засновало на описни претстави и евалуативни диспозиции во врска со себе. Овој став за

самодовербата како колекција од ставовите на индивидуата кон себе е задржан и денес.[18]

Во средината на 1960 години, социјалниот психолог Морис (Morris Rosenberg) ја дефинирал самодовербата како чувство на сопствена вредност и ја креирал Скалата за самодоверба по Розенберг (Rosenberg self-esteem scale, RSES), која станала најшироко употребуваната скала за мерење на самодовербата во социјалните истражувања.[19]

Во почетните години на 20 век, движењето на бихевиористите ги минимализирало интроспективните истражувања за менталните процеси, емоции и чувства, при што интроспекцијата ја замениле со објективни истражувања преку експерименти на однесувањата, следејќи го нивниот сооднос со животната средина. Бихевиоризмот го разгледувал човекот како животно кое е изложено на надоградување и било предложено психологијата да се смета за експериментална наука, слична на хемија и биологија. Како последица на тоа, клиничките испитувања за самодовербата биле занемарени бидејќи бихевиористите ја сметале идејата за помалку веродостојна во однос на прецизните мерења. Во средината на 20 век, унапредувањето на феноменологијата и хуманистичката психологија придонеле за обнова на интересот за самодовербата. Тогаш самодовербата заземала централна улога во личната себеактуелизација и во третирањето на психичките растројства. Психолозите почнале да ја земаат предвид врската помеѓу психотерапијата и личната сатисфакција на луѓето со високо ниво на самодоверба. Ова довело до нови елементи кои биле предложени кон концептот за самодоверба, вклучувајќи ги причините зошто луѓето имаат тенденција да се чувствуваат помалку вредни и зошто луѓето стануваат обесхрабрени или неспособни да се справат со предизвиците сами.[20]

Во 1992 политичкиот научник Франсис (Francis Fukuyama) ја поврзал самодовербата со она што Платон (Plato) го нарекол *thymos* – „духовниот“ дел од платонската душа.[21]

Во 1997 година, централниот пристап за сопствена евалуација ја вклучил самодовербата како една од четирите димензии кои ја сочинуваат фундаменталната проценка за себе на една индивидуа, заедно со локусот за контрола, невротицизмот и сопствената ефикасност. Ваквиот концепт за сопствена евалуација (Judge, Locke I Durham 1997) најпрвин се покажал дека има способност да го предвиди задоволството

од работата и изведбата. Самодовербата би можела да се смета за есенцијална за сопствена евалуација.[22,23,24,25,26]

За анксиозноста како феномен постојат многубројни дефиниции, од кои во некои е дефинирана како нормална појава, па сè до медицинските гледишта, кои оваа појава ја дефинираат како ментално растројство.

Гледано од медицински аспект, анксиозноста е дефинирана како доживување на внатрешна напнатост која е непријатна и е пропратена со чувства на: недефиниран страв, загрозеност, исчекување на нешто што претставува потенцијална опасност за личноста. Таа може да биде придружена и со чувство на вознемиреност. Анксиозноста се смета за последователна реакција на антиципација на некој настан, кој би можел да ја загрози личноста или некоја нејзина важна потреба, поради што личноста се чувствува во опасност иако не постои реална причина за такво нешто во моменталната ситуација во којашто се наоѓа. Најчесто анксиозноста како појава има тенденција да се појави во ситуации кои резултирале со неуспех при обид за остварување на некоја значајна цел за поединецот, ситуации во кои дошло до губење на самопочитта, страв од сопствената агресија или како последователна реакција на чувство на вина.[1]

Во ситуации кога личноста не е во состојба да направи соодветен избор на решение за проблемот кој го предизвикува чувството на анксиозност, личноста активира многубројни одбранбени механизми, кои се во функција да се намали или целосно избегне чувството на непријатност.[1]

Пред да се дискутира за анксиозноста како растројство, од голема важност е да се земе предвид нејзината хетерогена природа. Анксиозноста како појава се однесува на повеќе различни психички и физиолошки феномени, во кои се вбројуваат свесната состојба на личноста на загриженост поради непосакуван настан во блиска иднина или страв од некоја конкретна ситуација. Анксиозноста и стравот се доста блиску поврзани. Некои научници ја дефинираат анксиозноста како емоција која е типична само за човечкиот вид, додека стравот бил препознаен како појава и кај други видови кои не се човечки. Друга разлика помеѓу анксиозност и страв е фактот дека стравот претставува адаптивен одговор кон појава која е реална закана за животот на индивидуата, додека анксиозноста е поширока емоција, која понекогаш е без оправдана причина или е реакција со поголем интензитет од нормалниот, кон сегашна закана или во иднина перцепирана опасност. [4]

Оправданоста за да се спроведе ова истражување е во веќе познатите податоци дека во последниве децении појавата на анксиозност е значително зголемена и зачестена, особено кај помладата популација. Со оглед на тоа би било од големо значење да се откријат причините кои доведуваат до оваа појава, последователно на ова и да се бараат алтернативни начини и постапки со кои може да се направи надминување или намалување на појава на истата во иднина.

Мотивот за да го изработам ова истражување се заснова на мојот личен интерес детално да ја проучам појавата на анксиозност, главните причини за тоа, околните фактори кои придонесуваат за појава на анксиозност и до кој степен нивото на самодоверба влијае кај една личност. Друг мотив е да ја анализирам самодовербата како субјективна лична проценка на личноста за сопствената вредност, нејзините основи, начинот на кој се создава и кои фактори на кој начин влијаат на ова. Исто така, поради лично искуство и искуства на други личности во моето опкружување со справување со ансксиозност, голема придобивка за мене претставува да се пронајдат причините за оваа појава и да се утврди во колкав степен самодовербата влијае на нејзиното формирање. Бидејќи анксиозноста најчесто е нормална и здрава емоција, меѓутоа доколку личноста се справува со зачестена појава и силен интензитет на овие симптоми и чувства, без реална и конкретна причина за тоа или во голема мера го отежнува обавувањето на секојдневните активности и ја спречува личноста да функционира, анксиозноста може да премине во психичко нарушување.

Етапите низ кои што помина истражувањето беа следните: добивање согласност од испитаниците за нивно учество во истражувањето; објаснување на проблемот и предметот на истражувањето; инструкции за решавање на тестовите за мерење на ниво на самодоверба и анксиозност; пополнување на анкетните прашалници од страна на испитаниците; собирање на податоците и анализа и интерпретација на истите; донесување заклучок од добиените резултати од истражувањето; споредба на добиените резултати од истражувањето со резултати од други слични или исти истражувања направени на други територии и дискусија за тоа.

2. Теоретски основи

2.1. Што е тоа самодоверба?

Познато е дека самодовербата (понекогаш именувана како себевредност или самопочит) има голем удел во квалитетот на животот на поединецот. Постојат повеќе начини да се дефинира самодовербата, па така според психологијата, терминот самодоверба се користи да се опише чувството на личноста за сопствената вредност. Со други зборови, колку се вреднуваш себеси и колку се сакаш. Ова се заснова на повеќе компоненти кај една личност, како што се: надворешниот изглед, верувањата, емоциите и однесувањето. Честопати самодовербата се смета за дел од карактерот на личноста, што значи дека е стабилна и непроменлива карактеристика. Самодовербата игра значајна улога во мотивацискиот систем и успехот генерално во животот.[5]

Кај лица со низок степен на самодоверба може да дојде до отежнување на постигнување целосен успех во училиште или на работа, бидејќи индивидуата не верува дека е способна за успех. Исто така, кај овие индивидуи се појавуваат чувства на поразеност или депресивност, проследени со мислење дека личноста не заслужува почит од останатите луѓе. Типична карактеристика е недоволното вреднување на сопствените идеи и мислења, пропратени со чувство дека личноста никогаш не е доволно добра. Последователно на тоа, може да дојде до донесување на погрешни одлуки, влегување во деструктивни односи со други луѓе, а со тоа и неминовно изоставување на живеење на животот со неговиот целосен потенцијал. Од друга страна, кај личности кои имаат преценето мислење за сопствената вредност, честопати доаѓа до одбивање на другите луѓе во околината, а понекогаш може да дојде и до проблем во функционирањето во интимните односи. Исто така, преценетото мислење за себе може да биде и знак за нарцистичко растројство на личноста, што е ментално нарушување кое се карактеризира со преголема потреба за восхит од страна на другите луѓе и недостаток на емпатија кон останатите. Од ова може да се заклучи дека екстремните нивоа на преголема или премала самодоверба на спектарот, можат да бидат штетни, затоа најдобро е да се одржува некоја средна вредност како баланс.

Сепак, честопати среќаваме ставови дека чисто позитивната претстава за себе е идеална. Но дали знаеме какво влијание има тоа врз квалитетот на нашите животи?[5,7]

2.2. Теории за самодоверба

Многу теории биле напишани со цел да се објасни суштината на самодовербата. Потребата за самодоверба игра важна улога во хиерархијата на потреби, креирана од Маслов (Maslow), каде потребата за самодоверба е истакната како една основна човекова мотивација. Маслов, исто така, истакнал дека човекот има потреба од вреднување од страна на друѓите луѓе, а покрај тоа има потреба и од внатрешна самодоверба. И двете од овие потреби треба да бидат задоволени со цел индивидуата да може да се развива како личност и да постигне сопствена самоактуелизација. Важно е да се напомене дека самодовербата е концепт кој се разликува од мислењето за сопствената ефикасност, којашто го вклучува сопственото верување за способноста личноста да се справи со предизвиците во иднина, изведбата и вештините.[5]

Некои од првите теории за самодоверба имале став дека самодовербата претставува основна човечка потреба или мотивација. Познатиот психолог по поставувањето на хиерархијата на човечките потреби, Абрахам Маслов (Abracham Maslow) ја вклучил самодовербата во истата хиерархија. Притоа тој опишал две различни форми на почит кои ѝ се потребни на една личност и тоа: потребата за почит од страна на другите луѓе во форма на признавање, успех и воодушевување; и потребата за почит кон самиот себе, во форма на љубов кон себе, самодоверба и чувство на способност.[30]

Почитувањето од страна на другите се сметало за понестабилна форма бидејќи поголема е веројатноста да биде изгубено, отколку внатрешната самодоверба на личноста. Според Маслов, доколку не се задоволи потребата за самодоверба, индивидуите ќе бидат принудени да го бараат тоа постојано и притоа ќе немаат способност за раст и за постигнување на самоактуализација. Модерните теории за самодоверба ги истражувале причините поради кои луѓето се мотивирани сликата за себе да ја одржат на високо ниво. Социометерската теорија дала објаснување дека самодовербата еволуирала со цел да се провери нивото на статусот на една личност и нејзиното прифаќање од страна на социјалната група. Според теоријата за справување

со стравот (Terror Management Theory), самодовербата има заштитна функција и ја намалува анксиозноста за животот и смртта кај личноста.[31]

Карл Роџерс (Carl Rogers 1902-1987), застапник на хуманистичката психологија, поставил теорија дека голем број од проблемите на луѓето потекнуваат токму од тоа што не се сакаат себеси и се сметаат за невредни и незаслужни да бидат сакани. Поради ова, Роџерс цврсто верувал во важноста за пружањето безусловно прифаќање на клиентот од страна на терапевтот, при што сметал дека доколку се овозможи тоа прифаќање, би можело да доведе до унапредување на самодовербата кај клиентот.[20]

Во неговите тераписки сесии со клиенти тој им овозможувал позитивен однос, без разлика на околностите. Всушност, концептот за самодоверба е разгледан тогаш кога во хуманистичката психологија бил истакнат како неотуѓиво право на секоја личност, што било сумирано во оваа реченица: *„Секое човечко суштество, без исклучок, како сам факт, е достојно за безусловна почит од секој друг; тоа заслужува да се вреднува себеси и да биде цењето“.* [20, 32]

2.3. Фактори кои влијаат на самодовербата

Повеќе фактори влијаат врз самодовербата, меѓу кои спаѓаат: внатрешното мислење, возраста, некои заболувања, физички ограничувања и работата. Некои генетски фактори кои влијаат на формирањето на карактерот на личноста можат да влијаат и на самодовербата, но поголем удел имаат нашите искуства кои ја поставуваат основата за самодовербата. Исто така, големо влијание во нејзиното формирање имаат и врските со останатите луѓе и искуствата со нив. Оние личности кои постојано се изложени на критики или негативни проценки од страна на фамилијата и пријателите, ќе развијат помала самодоверба.[6]

Други важни фактори во оформувањето на самодовербата:

- Сопствените мисли и перцепции;
- Како останатите луѓе реагираат на личноста;
- Искуствата дома, во училиште и на работа;
- Болести, инвалидитет или повреди;

- Улогата и статусот во друштвото;
- Пораки добиени од социјалните мрежи и медиуми.[7]

Релациите и односите со луѓето кои се најблиски до личноста – родители, браќа/сестри, наставници, се многу важни за формирањето на претставата за сопствената вредност. Многу од верувањата кои личноста ги има за себе во сегашноста, најчесто се пораки кои биле упатени кон неа од овие луѓе во изминатите години. Доколку врските со другите луѓе се силни и личноста генерално добива позитивен фидбек од нив, поголема е можноста таа личност да се доживува себе како значајна и вредна и да има здраво ниво на самодоверба. Но доколку личноста во поголем број од искуствата добива негативен фидбек и е честопати критикувана, исмејувана или деградирана од останатите, резултатот е формирање на ниско ниво на самодоверба и себевредност.[7,8]

2.4. Опсег на самодоверба

Степенот на самодоверба има тенденција да варира со тек на времето, што се заснова на околностите на личноста. Нормално е таа да поминува низ периоди во кои се чувствува лошо за себе, како и периоди во кои индивидуата се чувствува добро за себе. Сепак, самодовербата останува во еден опсег кој генерално покажува како една единка се доживува себеси, при тоа самодовербата незначително се зголемува со одминување на годините.[7,8]

Знаци кои укажуваат на здраво ниво на самодоверба:

- Избегнување на размислување за минатите негативни искуства;
- Изразување на потребите;
- Чувство на самоувереност;
- Позитивен поглед кон животот;
- Можност да каже „не“ кога сака;
- Способност да ги процени сопствените слабости и силни страни и да може да ги прифати истите.[6]

Кога личноста има здраво ниво на самодоверба, тоа значи дека таа има балансирана, точна и прецизна слика за себе. Има добро мислење за сопствените вредности и способности, но исто така ги препознава и свесна е за своите недостатоци и мани. Кога самодовербата е здрава и приземјена во реалноста, тешко е да ја надмине границата и да премине во „премногу“. Сепак, фалење и чувство на супериорност во однос на останатите, не е индикатор за здраво ниво на самодоверба, туку напротив, тоа покажува дека личноста има несигурност за себе и ниска самодоверба.[7,8]

Знаци за ниска самодоверба:

- Верување дека останатите се подобри од тебе;
- Тешкотии во изразување на сопствените потреби;
- Фокурирање на слабостите;
- Честа појава на чувства на срам, депресија или анксиозност;
- Негативен став и поглед кон животот;
- Интензивен страв од неуспех;
- Отпор во прифаќање на позитивни комплименти;
- Неспособност да каже „не“;
- Давање предност на потребите на другите луѓе во однос на сопствените потреби.[6]

2.4.1. Бенефити од здраво ниво на самодоверба

Кога индивидуата поседува здраво ниво на самодоверба и се вреднува себеси правилно, се чувствува безбедно и вредно. Исто така, гради позитивни односи со останатите луѓе, при што се чувствува самоуверено и способно во однос на сопствените можности и способности. Меѓу другото, личноста со здрава самодоверба е отворена кон учење на нови работи и усовршување во нови вештини. Типични карактеристики за луѓе со здраво ниво на самодоверба:

- Асертивност во изразување на сопствените потреби и мислења;
- Самоувереност во сопствената способност да донесува одлуки;
- Способност за формирање на сигурни и искрени врски;

- Избегнување да се остане во нездрави односи и врски;
- Реалистични очекувања од себе;
- Помала критичност кон себе и кон останатите;
- Поголема резилиентност и способност да се врати во нормала по стресни ситуации или негативни искуства.[8]

2.5. Јавна политика

Важноста на самодовербата добила одобрување од некои владини и невладини групи кои почнале да се формираат околу 1970 години. Основната идеја за ваквото движење било тоа дека ниската самодоверба е коренот на проблемите на луѓето, што воедно ја прави и корен на проблемите на општеството и на неговите дисфункции. Главен во ваквите движења бил психологот Натанел (Nathaniel Branden), кој го изнел следното тврдење: „*Јас не можам да помислам ни на еден единствен психолошки проблем, почнувајќи од анксиозност и депресија, до страв од интимност или од успех, па сè до нефункционирање во партнерските односи или малтретирањето деца, кој не се докажал дека во минатото е поврзан со проблемот на ниска самодоверба*“. [27,28]

Постоело верување дека самодовербата е културен феномен кај западните индивидуалистички општества, додека пак ниско ниво на самодоверба не било забележано во колективистичките земји, како што е Јапонија.[29] Големата загриженост во однос на ниското ниво на самодоверба и големиот број предвидени негативни последици од тоа, придонело политичарот од Калифорнија Џон (John Vasconcellos) да состави и да финансира работна група по однос на предметот „Самодоверба и лична и социјална одговорност“ во Калифорнија 1986 година. Тој сметал дека оваа работна група би можела да се избори со многу од проблемите во државата, почнувајќи од криминалот и тинејџерската бременост, до училишните слаби успеси и загадувањето. Тој го споредил зголемувањето на самодовербата со давање на вакцина на населението за некое заболување, при што изјавил дека би можело да ги заштити луѓето од преплавување со животните предизвици.[27]

Работната група формирала одбори во повеќе калифорниски округи и формирале одбори од научници кои имале задача да ја прегледаат достапната литература на темата - самодоверба. Овој одбор открил дека постои многу мала

поврзаност помеѓу самодовербата и претпоставуваните последици, што конечно покажало дека ниското ниво на самодоверба не е коренот на сите социјални проблеми и дека не е толку важна како што одборите првенствено сметале. Сепак, авторите на весникот кои ги сумирале сите податоци од литературата, сè уште верувале дека самодовербата е независна варијабла која афектира многу важни социјални проблеми. Работната група се распуштила во 1995 година, при што биле формирани „Национален совет за самодоверба“ а подоцна и „Национално здружение за самодоверба (National Association for Self-Esteem, NASE)“, кои ја презеле задачата на работната група.[27]

2.6. Мерење на самодовербата

Самодовербата најчесто е евалуирана со употреба на извештаи од тестови за самоевалуација. Еден од најупотребуваните инструменти е Скалата за самодоверба по Розенберг (Rosenberg self-esteem scale, RSES), која е составена од 10 тврдења за самодоверба, при што испитаниците треба да го означат нивното ниво на согласување од серијата на дадените тврдења, за секое посебно. Друг користен инструмент е Инвентарот по Куперсмит (Coopersmith inventory), кој е составен од 50 прашања за различни теми, кои притоа испитаниците треба да ги споредат со себе дали се слични или различни од нив. Доколку одговорите на испитаникот покажат солидна самодоверба, тогаш скалата го оценува како добро прилагоден. Доколку пак, од одговорите се открие некој внатрешен срам, тогаш испитаникот се смета за склон кон социјална девијација.[33,34]

Имплицитните мерења на самодоверба почнале да се користат во 1980-те години. Тие се засноваат на индиректните мерења на когнитивните функции, при што се смета дека се поврзани со имплицитната самодоверба. Таквите индиректни мерења се дизајнирани со цел да се намали свесноста за процесот на евалуација.[35,36]

Високото ниво на самодоверба најчесто се смета за позитивно, бидејќи е поретко поврзано со непосакувани и негативни карактеристики, како што се депресија или невротичност. Високото ниво на самодоверба, сепак, може да биде индикатор за лошо прилагодување кога предизвикува агресија или насилство.[39,40]

Врз основа на некои наоди, било заклучено дека високо ниво на самодоверба не мора гарантирано да води кон сигурни и адаптивни карактеристики и однесувања на

индивидуата, туку подеднакво би можело да доведе до одбранбени и дисфункционални карактеристики и однесувања. Иако ова на прв поглед делува ирационално и нелогично, Џордан и соработниците (Jordan et al.) предложил поделба на типови на високото ниво на самодоверба, и тоа на безбедна висока самодоверба и одбранбена висока самодоверба.[41,42]

Овој пристап е поддржан од истражувања кои покажале дека постојат две независни форми на самодоверба: експлицитна самодоверба (свесните ставови кон себе) и имплицитна самодоверба (несвесните претстави и ставови кон себе).[43,44]

Двата системи на самодоверба се смета дека функционираат взаемно и истовремено, што значи дека луѓето можат да поседуваат различни степени на имплицитна и експлицитна самодоверба во исто време. Кога биле проучувани само оние индивидуи со високо ниво на имплицитна или/и експлицитна самодоверба, постоело можност да се групираат во три различни профили на самодоверба: безбедна (конгруентна) самодоверба, кога индивидуите имаат високо ниво и на имплицитната и на експлицитната самодоверба; оштетена самодоверба, кога индивидуите имаат висока имплицитна но ниска експлицитна самодоверба; одбранбена или фрагилна самодоверба, кога индивидуите покажуваат ниска имлицитна но висока експлицитна самодоверба. Други истражувања покажале дека секоја од овие групи се поврзува со различен тип на карактер и различни карактеристики во однесувањето на индивидуите.[45,46,47]

И покрај високото ниво на експлицитна самодоверба, индивидуите кои припаѓале на одбранбениот и безбедниот тип на самодоверба се однесувале поинаку, во зависност од нивното ниво на имплицитна самодоверба. На пример, индивидуите со одбранбен тип на самодоверба се повеќе наклонети кон поседување на високо ниво на нарцизам и имаат посилни одбранбени реакции при неповолен одговор како фидбек, во споредба со индивидуите со безбеден тип на самодоверба. Исто така, индивидуите кои имале оштетен тип на самодоверба покажувале карактеристики кои се разликувале од погоренаведените типови. Тие покажувале повисоки нивоа на потисната агресија и нервоза, поголем број на денови со нарушена здравствена состојба и повеќе одбранбени реакции на социјалниот фидбек.[47,48,49]

Сите овие резултати покажале дека и двата типа на дискрепанца (одбранбениот тип и оштетениот тип на самодоверба) помеѓу имплицитната и

експлицитната самодоверба се лошо адаптирани и индицираат на недостаток на интеграција во претставата за себе.[47]

Истражувања од клиничката психологија исто така покажале интересни резултати во однос на поврзаноста помеѓу некои клинички нарушувања и имплицитната, односно експлицитната самодоверба. Во однос на депресијата, било утврдено дека имплицитната самодоверба може да предвиди депресивна симптоматологија кај индивидуата во иднина. Спротивно на тоа пак, кај депресивните пациенти биле измерени високи нивоа на имплицитна самодоверба во споредба со контролната група.[50,51]

2.7. Имплицитна и експлицитна самодоверба

Имплицитна самодоверба се однесува на природата на една личност да се процени себеси на спонтан, автоматски или несвесен начин. Ова е контраст на експлицитната самодоверба, која се смета за повеќе свесна и рефлективна самоевалуација. И двете форми имплицитна и експлицитна самодоверба се составните компоненти на самодовербата.

Имплицитната самодоверба била специфично дефинирана како „интроспективен неидентификуван (или неконкретно идентификуван) ефект од ставот за себе при проценката на поврзаните со себе и одделените од себе објекти“.[37]

Со оглед на тоа дека по дефиниција имплицитната самодоверба може да не е достапна за свесна интроспекција, мерењето на овој тип самодоверба не се заснова на директни извештаи од самопроценка, туку повеќе се заснова на заклучок од валентноста на асоцијациите со себството преку други средства.[37]

Поголемиот дел од системите за мерење на имплицитната самодоверба дале предлог дека индивидуалната самоевалуација се прелева на објекти поврзани со себе. Исто така, овие мерења откриваат дека луѓето во просек имаат позитивни проценки за себеси. Ваквите позитивни резултати од самоевалуацијата се сметаат за автоматски и несвесни. Имплицитната самодоверба затоа овозможува објаснување за позитивната пристрасност кога станува збор за работи кои се поврзани со себството. Асоцијациите се особено значајни бидејќи имплицитната самодоверба е составена од серија на врски

помеѓу селфот и позитивната или негативна проценка за себе. Ова особено се гледа во мерењето со употреба на Тест за имплицитни асоцијации (Implicit Association Test).[38]

За разлика од имплицитната самодоверба, експлицитната самодоверба се однесува на оној дел од личноста кој се состои од свесните ставови и мислења на самата личност за себе. За мерење на експлицитната самодоверба се користи Скалата за проценка на самодоверба по Розенберг (RSES).[47]

2.8. Концепти за самодоверба

Самодовербата продолжува да биде еден од најистражуваните концепти во социјалната психологија (Baumeister 1993, Mruk 1995, Well & Marwell, Wylie 1979). Генерално сметана за дел од концептот за себе, за некои научници самодовербата претставува еден од најважните делови од концептот за себе. Во долг временски период било посветено големо внимание на самодовербата, а во некои литератури се сметала и за синоним на концептот за себе, во литературата за себството од Розенберг (Rosenberg 1976,1979). Овој главен фокус на самодовербата настанал како резултат на поврзувањето на високото ниво на самодоверба со бројни позитивни исходи за индивидуата, а воедно и за друштвото како целина (Baumeister 1993, Smelser 1989). Во контекст на тоа било и верувањето кое широко се проширило, дека градењето на здрава самодоверба кај една индивидуа (особено кај дете или адолесцент) би била корисна за двете страни – индивидуата и општеството во коешто живее.[11,12]

Самодовербата се однесува најмногу на личната позитивна проценка на индивидуата за себе (Rosenberg 1990). Составена е од две различни димензии - компетентност и вредност (Gecas 1982; Gecas & Schwalbe 1983). Компетентноста како дел (самодоверба која се заснова на ефикасноста) се однесува на тоа до кој степен луѓето се сметаат себе за способни и ефикасни. Другата комопонента – вредност (самодоверба која се заснова на себевредноста) се однесува на тоа во кој степен луѓето се сметаат себе за личност од вредност.[12,13]

Истражувањата за самодовербата биле спроведувани врз основа на еден од трите концепти и секој еден концепт бил третиран независно од останатите.

Како прво, самодовербата била проучувана како исход. Научниците кои го следеле тој пристап биле фокусирани на процеси кои продуцираат или инхибираат самодоверба (Coopersmith 1967; Harter 1993; Peterson & Rollins 1987; Rosenberg 1979).[14] Како второ гледиште, самодовербата била проучувана како самомотив, при што вниманието било насочено кон следење на тенденцијата на луѓето да се однесуваат на начини кои го одржуваат или зголемуваат позитивното мислење за себе (Kaplan 1975; Tesser 1988).[15]

Третиот аспект за проучување на самодовербата се засновал на тврдењето дека самодовербата е во улога на штитник на селфот, што овозможува негова заштита од искуства кои се штетни за личноста (Longmore & DeMaris 1997; Pearlin & Schooler 1978; Spencer, Josephs & Steele 1993; Thoits 1994).[16]

2.9. Анксиозност и анксиозни растројства

Гледано од аспект на медицинската психологија, во групата на анксиозни растројства се сместени одредени растројства, кај кои анксиозноста е главен симптом, а притоа не е ограничена на некоја посебна ситуација.[52]

Анксиозноста претставува патолошка состојба која се карактеризира со чувство на интензивен страв и исчекување, кои се придружени со соматски знаци предизвикани од хиперактивност на вегетативниот нервен систем. За разлика од стравот кој е предизвикан како одговор на некоја конкретна причина или ситуација, анксиозноста не е предизвикана од дефинитивна причина или ситуација. Анксиозните растројства се доста честа појава и, за жал, предизвикуваат значително нарушување на секојдневното психосоцијално функционирање на индивидуите кои страдаат од ова нарушување.[52]

Во оваа група на анксиозни растројства се класифицирани следните:

- Панично растројство;
- Генерализирано анксиозно растројство;
- Мешовито анксиозно и депресивно растројство.

2.9.1. Панично растројство

Од историска гледна точка, паничното растројство е релативно нов нозолошки ентитет, кој е издвоен од неврозата на стравот кој бил опишан во 1895 година од страна на Фројд (Sigmund Freud 1895). Ова растројство е дефинирано како специфична состојба на страв, која се карактеризира со неочекувани и повторувачки панични напади, со карактеристики на краткотрајна појава со силно изразен страв кој постепено се зголемува, во форма на исчекување (анксиозност), кој притоа е придружен со когнитивни и соматски симптоми. Паничниот страв не е предизвикан од ситуација која е страшна, ниту од некои други психијатриски растројства. Во првите денови паничните напади се појавуваат неочекувано и непредвидливо, а подоцна можат да бидат предизвикани и од некоја конкретна ситуација или настан. Тие најчесто траат од 3 до 20 минути, но во одредени случаи можат да имаат траење и по неколку часа. Вообичаено релативно секогаш се пропратени и со вегетативни симптоми, како што се: болки во градите, отежнато дишење, палпитации, губење на свест, наузеа, тремор, потење, доживување на депресонализација и дереализација, како и страв од смрт. Повторувањето на паничните напади нема одредена шема, но во најголем број на случаи се случуваат по неколку напади во тек на еден месец.[52]

Етиопатогенеза

Во потеклото на паничното растројство се вмешани повеќе фактори со биолошко, психолошко и социјално потекло. Најмногу психолози сметаат дека најголема улога играат биолошките фактори.[52]

Биолошки теории

1. Катехоламинска теорија

Неколку истражувања покажале поврзаност помеѓу катехоламините и анксиозноста, особено адреналинот. Истражувањата кои биле спроведени на нормални испитаници кои биле изложени на стрес, покажале покачување на нивото на плазма катехоламините, меѓутоа не секогаш биле придружени со панични напади. Поради тоа сè уште не е експериментално докажано дали присуството на катехоламини може да

предизвика појава на анксиозност, и доколку може, дали тоа е типична реакција на пациентите со анксиозно растројство.

Други истражувања потврдиле дека појавата на панични напади е како резултат на нагло стимулирање на бета адренергичниот нервен систем, па од таа причина бета блокаторите, како што е пропранолол, имаат амелиоративен ефект во третирањето на паничните растројства и анксиозноста.[52]

2. Генетска хипотеза

Според оваа хипотеза за настанување на паничното растројство, некои истражувачи откриле дека ризикот за појава на ова растројство е зголемен за 24,7 % кај луѓе кои се во роднинска врска со пациентите со панично растројство, во споредба со ризикот кај општата популација, кој е со вредност од 2 до 3 %. Други испитувања на близнаци покажале поголема застапеност на растројството кај монозиготните близнаци, што потврдува дека генетските фактори доминираат кога станува збор за ова растројство во однос на факторите од средината.[52]

3. Психодинамички теории

Во својот концепт Фројд опишал дека анксиозноста потекнува од директна трансформација на либидиналната енергија, или поточно дека анксиозното растројство настанува со физиолошка директна трансформација на сексуалната енергија која не била испразнета, без вклучување на психолошки механизми. Според теоријата на Фројд, ваквата трансформација на енергијата од либидото во страв настанувала во случаи кога е спречено ослободувањето на сексуалната енергија (по пат на оргазам), независно дали станува збор за апстиненција од секс или неочекуван прекин на сексуалниот однос. Поради тоа што во настанувањето на овој тип на анксиозност не учествуваат психички процеси во нејзината генеза, Фројд ја именувал со посебно име „актуелна невроза“, која се разликува од психоневрозата. Ако се земат предвид современите литератури, ваквата анксиозност, која е со потекло од преплавувачки нагонски потреби, уште би можела да се именува и како ид или импулсивна анксиозност.[52]

Од аспект на Фројд, ваквата појава на спречување на празнењето на енергијата од либидото не настанувала како резултат на надворешни фактори, туку била последица на потиснување на личноста на сопствените барања и физиолошки потреби на либидото поради нивна неприфатеност. Поинаку дефинирано, би било дека доколку сексуалните потреби и нагони не се изразат и задоволат на директен начин, личноста ги потиснува со нивната енергија, што подоцна доведува до трансформација на таа енергија во невротична анксиозност.

Со тек на време и развој на психоаналитичката теорија, и Фројдовата теорија за анксиозност претрпела промена. Во поновиот концепт е наречена „сигнална теорија на страв“, при што анксиозноста е дефинирана како емоција на **егото**, која го предупредува, сигнализирајќи му постоење на внатрешна опасност која има потекло од интрапсихичкиот конфликт помеѓу нагоните на **идот** и забраните на **суперегото** во однос на надворешната реалност. Притоа, анксиозноста го води егото кон мобилизација на потиснувањето или го насочува кон употреба на други одбранбени механизми, со цел да се постави повторна рамнотежа на нарушениот интрапсихички баланс. Според оваа теорија, стравот повеќе се дефинира како причина, а не како последица од потиснувањето на енергијата. Невротските симптоми се појавуваат како техники кои се одредени за избегнување на опасната ситуација.

Некои од неоналитичките теории од Мелани и Јоахим (Melanie Kleine, Joachim Flesher) го развиле моделот на анксиозност како последица од интрапсихички конфликт, но за разлика од теоријата на Фројд која се фокусира на сексуалната енергија, во оваа теорија поголем акцент е ставен на агресивните импулси и на преедипалната динамика во настанувањето на ансксиозноста.

4. Теории на учење

Според теориите на учење, анксиозноста настанува како резултат на страв од некој надворешен фактор. Во минатото се направени многубројни примери на анимални модели за предизвикување на анксиозност и последователно на тоа избегнувачко однесување по изложувњето на стимулот кој предизвикува страв. По аналогија на овие анимални модели, би можеле да се споредат и примери од хумаката патологија на стравот. На пример, доколку личноста се најде во ситуација која е загрозувачка за нејзината личност, помеѓу другите доживувања и чувства, личноста искусува и тахикардија (како условен стимул), придружено со зголемена анксиозност.

Според оваа теорија, после некое време од настанот кај истата личност би можело да се предизвика повторно појава на анксиозност и тахикардија при практикување на некои вежби или при емоционална вознемиреност, што укажува на условување.

5. Когнитивни теории

Според когнитивните теории, за настанување на ова растројство не се важни самите случувања, туку најважна е интерпретацијата на нив од страна на личноста, која во ваквите случаи е погрешна. Дека голема улога и влијание имаат во овие појави се сметаат когнитивните процеси кај личноста. Бек (Beck 1976) навел 4 основни примери за грешка во когнитивните процеси кај луѓето кои доживуваат страв:

- Преценување на можностите да се случи некоја опасна ситуација;
- Преценето зголемување на степенот на опасноста во ситуацијата;
- Потценување на можностите и способностите на личноста за нејзино справување со таа ситуација;
- Потценување на можноста за личноста да добие помош од други луѓе во близина при случување на опасна ситуација.

Кај ваквите личности кога ќе дојде до проценка за некоја ситуација дека е страшна, настанува активирање на голема анксиозна програма, која се состои од когнитивни, бихевиорални, физиолошки и афективни појави. Додека кај нормалните индивидуи оваа програма е останата како последица од еволуциските промени кои се наследиле со цел да се заштити индивидуата, кај личностите кои имаат патолошки стравови оваа иста програма не служи за истата функција и нема заштитна улога, туку таа самата претставува причина за појава и на нови стравови. Така активирајќи се еден последователно на друг страв, се создава цел магичен круг кај индивидуата, со што се формира подоцна и паничното растројство.

Во зависност од тоа дали личноста има или нема склоност кон појава и однесување на фобично избегнување на конкретни ситуации и настани (на пример, излегување од дома, одење на некои одредени места, или во отворен простор), паничното растројства се дели на два поттипа: панично растројство со агорафобија и панично растројство без агорафобија.

Според класификацијата на психијатриските болести (МКБ-10), паничните напади се дефинирани како основа за панично растројство, но при тоа битно е да се

напомене дека истите панични напади можат да се појават како пропратна појава и кај други психијатриски заболувања, како што се специфична фобија, социјална фобија и посттрауматско стресно растројство.

Постои специфична карактерна формација на личностите кои се склони кон развој на панично рстројство, што било наречено „анксиозен карактер“. Основната карактеристика на овој тип на карактер било постојаниот страв и вознемиреност, поради што животот на овие луѓе се одвива со постојан страв.

Клиничка слика

Паничното растројство најчесто се јавува во момент кога личноста е зафатена со некои вообичаени секојдневни активности. Наеднаш доаѓа до забрзана работа на срцето, што е пропратено со интензивен страв и недостаток на воздух со имагинарно чувство на гушење. Притоа се надоврзуваат и други типични симптоми, како што се: субјективното чувство на општа нестабилност, вртоглавица, наузеа и страв од смрт. Кај некои од лицата кои страдаат од ова растројство има појава и на продромален стадиум, кој се карактеризирал со почетен страв без соодветна причина за истиот, придружен со психолошки и соматски симптоми кои спонтано се повлекуваат, а се појавиле во ситуации кога личностите биле исцрпени, преморени, под дејство на алкохол или кофеин, или кога се наоѓале во затворен простор и слично.

Иако првиот паничен напад се случува најчесто во тек на некоја вообичаена дневна активност, во некои случаи неговата појава може да биде како последица на некоја заштрашувачка појава, како што е тешка болест, несреќа, загуба на блиска личност од фамилијата или друга емотивно блиска личност. Исто така, појавата на првиот паничен напад може да се поврзе и со развој на хипо или хипертироидизам, ран постпартален период, употреба на некои супстанции, како што е марихуаната, ЛСД, кокаин, амфетамини и седативи. Ова укажува на претпоставката дека некои стресни случки можат да имат улога како тригери кои ја предизвикуваат појавата на анксиозност, но често пати паничните напади пезистираат и откако ќе се решат ваквите услови.

Во тек на паничниот напад кај личноста ненадејно се појавува огромен страв кој ја преплавува и е проследен со чувство на постојана опасност и заканувачка несреќа во блиска иднина со чувство на опасност по животот на индивидуата. Како придружни

симптоми на оваа појава се многубројните физиолошки промени, од кои најчести се: диспнеа, градна болка или стегање во градите, чувство на задушување, палпитации, вртоглавица, чувство на нереалност (дереализација и депресонализација), ладни или топли бранови, губење на свест, страв од полудување, страв од смрт, тресење и треперење и страв од губење на контрола над ситуацијата и над самата личност. Овие симптоми можат да се појават најизменично, понекогаш може да биде зафатен само еден систем, а некогаш и повеќе системи во организмот на афектираната индивидуа.

Истовремено пациентите искусуваат чувства на страв од смрт и страв од губење на контрола над самите себе, па како резултат на овие појави за кои индивидуата нема објаснување во моментот на случувањето, таа заклучува две претпоставки, дека или ќе умре или дека ќе полуди. Најчесто ваквите панични атаки се со траење од 5 до 20 минути, но во ретки случаи се случува да имаат траење и по еден час или подолго. Доколку клиентот тврди дека паничните напади му се со траење од цел ден, таквите случаи се класифицираат во една од овие три категории:

- Пациенти кај кои се успорени процесите на агитираност и појава на замор по неколку часа после паничниот напад, со што на секој претходен напад се надоврзува нов паничен напад во брановидна форма;
- Пациенти кои имаат некоја друга форма на анксиозност, како што е изразено генерализирано анксиозно растројство, опсесивни состојби или агитирана депресија;
- Пациенти со изразена форма на анксиозност која се карактеризира со постојано чекање на појава на нов паничен напад од страна на пациентот и овие се потешки форми за дијагностицирање.

Во однос на клиничката слика кај пациентите со панични атаки, во многу моменти би можело да се помеша со клиничката слика на генерализирано анксиозно растројство, кај коешто доминираат симптомите на антиципаторна анксиозност, а однесувањето на пациентот е типично со избегнување на ситуации кои ги доживува како закана и предиспозиција за појава на нови панични напади.

Доколку кај пациентите што страдаат од панично растројство не се ординира соодветна терапија, текот на болеста може да биде значително променлив, со периоди на привремено и спонтано губење на паничните напади, но по одреден период и повторно појавување на истите. Кај екстремни случаи некои пациенти од преголем

страв и појава на паничен напад, поминуваат и цела година, без да го напуштат својот дом. Додека пак, кај пациентите кои биле подложени на соодветна терапија, било забележано значително подобрување и покрај драматичната клиничка слика, сепак резултирало со добар краен исход. Ова најмногу важи за пациенти со панично растројство, но без агорафобија.

За жал, кај различни пациенти некогаш се застапени и лоши прогностички фактори, меѓу кои би можеле да ги наведеме следниве:

- Значително тешки и долготрајни панични напади, комбинирани со агорафобија уште на самиот почеток на заболувањето;
- Долготрајност на болеста;
- Комбинација на панично растројство со Мајор депресија кај истиот пациент:
- Преморбиден анксиозен карактер на пациентот;
- Неповолен и непосакуван одговор на првичната терапија;
- Ситуации како што се смрт на личност од блиската фамилија или развод на брак/прекин на љубовна врска на пациентот;
- Преголема осетливост на клиентот на интерперсоналните релации.

Кај голем дел од пациентите, за среќа, не доаѓа до прогресија на болеста, па остануваат само со привремени симптоми на панични напади. Сепак, кај некои од нив доаѓа и до развивање на последователна анксиозност, која настанува како последица на нивното претходно и долготрајното искуство на повторувачки панични атаки.

Критериуми за дијагностика според МКБ-10:

- Најмалку во тек на еден месец пациентот да има неколку панични напади придружени со вегетативна анксиозност во ситуации во коишто нема реална опасност;
- Паничните атаки да се случуваат во било какви околности и ситуации, без правило за типични места и ситуации;
- Недостаток на симптомите на анксиозност во периодите помеѓу два последователни панични напади;

- Период со траење од 10 минути на интензивен страв, во кој се случуваат најмалку 4 од овие симптоми:
  тахикардија;
  палпитации и забрзан пулс;
  потење;
  недостаток на воздух и чувство на гушење;
  болка или чувство на стегање во градите;
  тремор;
  мачнина со тегоби во желудник;
  вртоглавица и чувство на зашеметеност;
  дереализација;
  деперсонализација;
  страв од губење на контрола над себе;
  страв од полудување;
  страв од смрт;
  парестезии;
  чувства на топлина или студенило на површината од телото.

Дијагноза на панично растројство

За да се постави дијагноза на панично растројство, потребно е да биде потврдено постоење на состојба на рекурентни и неочекувани панични напади, помеѓу кои има периоди на антиципаторна анксиозност, пропратено со избегнувачко однесување од страна на пациентот, во период на траење од најмалку еден месец. Друг услов за поставување на оваа дијагноза е паничните напади да не настануваат секундарно како резултат на некое друго органско или ментално нарушување.

Диференцијална дијагноза

Во диференцијална дијагноза потребно е да се направи исклучок на сите органски болести и синдроми кои можат да предизвикаат симптоматологија слична или иста со онаа на паничното растројство. Во овие болести спаѓаат:

кардиопулмонални заболувања, ендокрини заболувања и дизбаланс, невролошки, токсично-метеболични нарушувања. Исто така, треба да се земат предвид и детално да се испитаат и дијагностицират состојбите на: хипертиреоидизам и хипотиреоидизам, хиперпаратироидизам, срцеви аритмии, коронарна инсуфициенција, пролапс на митрална валвула, феохромоцитом, синдроми на зависност од лекови и алкохол и апстиненција од истите, хипогликемија и слично. Проблем за диференцијална дијагностика во однос на паничното растројство би можеле да бидат и генерализираното анксиозно растројство, соматоформното растројство, деперсонализационите синдроми, некои атипични форми на депресија и други.

Што се однесува до генерализираното анксиозно растројство, постојат симптоми на постојана напнатост, со преголема загриженост и хиперактивност, придружени со континуирана интензивна анксиозност, која се разликува од анксиозноста кај пациентите со панично растројство, бидејќи во тие случаи анксиозноста е антиципаторна и е настаната како последица од паничните напади и е со чести прекини поради нивната неочекувана појава.

Главна карактеристика по која се разликуваат паничното растројство од некои форми на депресија е фактот дека кај овие пациенти секогаш постојат симптоми на анксиозност, како претходник на нарушувањето на афективитетот. Исто така и честите промени во расположението, губењето на апетит и недостатокот на радост кај клиентите не се симптоми кои се среќаваат кај паничното растројство, а за депресивните растројства овие се специфични симптоми.

Терапија на панично растројство

За третирање на ова растројство, најпрепорачливо е применување на психотерапија, а во одредени случаи доколку има потреба и фармаколошка терапија. Од психотерапискит правци најдобри резултати покажале психодинамичната психотерапија, супортивната и когнитивно-бихевиоралната психотерапија.

Психодинамичка психотерапија

Применувањето на овој тип на психотерапија покажало успех при третирање на пациенти со панично растројство, со применување на освестување на несвесните

содржини и навраќање на конфликти од детството, кои се поврзани со ситуации на сепарација, без разлика дали била реална или симболична. На овој начин се воспоставува контрола над ситуациите и случувањата во иднина кај личноста, кои би имале предиспозиција да предизвикаат симптоми на панични напади или појава на анксиозност. Забележано е дека кај некои пациенти и покрај применетата терапија и успешното неутрализирање на појавата на панични напади, сепак остануваат појави, како што се: намалена самодоверба, несигурност или привремен страв, на што е потребно повторно да се посвети внимание со работење со психодинамична терапија.

Супортивна терапија

Овој тип на психотерапија има особена важност и големо значење за справување на пациентите со фобичните ситуации. Во комбинација и со едукација за сопствената состојба, кај клиентите би можело да се воспостави еден вид на рамнотежа и контрола врз сопствените случувања и доживувања. Исто така, голем придонес кон подобрување на состојбата бил постигнат и при работа во група со овие пациенти, со цел да се воспостави чувство на припаѓање, да знаат дека не се единствени кои се соочуваат со овој проблем и дека имаат поддршка кога им е потребна.

Когнитивно-бихевиорална терапија

Овој тераписки пристап главно се фокусира на ситуациите на фобично одбегнување кај пациентите кога се соочуваат со анксиозност и панични напади. Можат да се применуваат неколку техники во склоп на когнитивно-бихевиоралниот третман, меѓу кои како најчести се среќаваат:

- релаксирачки тренинг;
- контрола на акутна или хронична хипервентилација;
- креирање на скала на застрашувачки ситуации;
- тренинг за дишење;
- вежби за бихевиорално изложување на пациентот на имагинарни застрашувачки ситуации.

Исто така се применува и класичниот когнитивно-бихевиорален пристап, со кој му се овозможува на пациентот да ги согледа своите мисли и катастрофални предвидувања за ситуацијата којашто му ја предизвикува анксиозноста, а потоа му се

објаснуваат реалните последици, со што пациентот согледува дека самиот човечки ум има тенденција да ги преувеличува и катастрофизира обичните ситуации. Со тоа се намалува анксиозноста кај клиентите, а воедно и се намалуваат појавите на панични атаки. Покрај индивидуалниот психотераписки пристап, позитивни резултати биле добиени и кај пациенти кои учествувале во групна психотерапија.

Фармаколошка терапија

Главна цел за која се ординираат фармаколошки препарати при третирањето на анксиозните растројства е целта да се воспостави контрола и да се намали појавата на паничните напади. Како најчесто употребувани и најефикасни за постигнување на овој ефект се трицикличните антидепресиви (најчесто имипрамин и хлоримипрамин). Додека со поновите истражувања се дошло до резултати кои покажале релативно добар успех и при употребата на селективни серотонин риаптејк инхибитори, од кои најчесто употребувани се флувоксамин и пароксетин.

Што се однесува до бензодиазепините, нивната употреба во третманот на намалување на паничните напади и регулација на анксиозноста се стреми да биде колку е можно помала и во поретки случаи. Главна причина за таквиот пристап на лекарите е во фактот дека самите бензодиазепини по нивна подолготрајна употреба (неколку недели, месеци) предизвикуваат развој на толеранција а подоцна и зависност на пациентот од нивна употреба. Со цел да се спречи да дојде до тоа, употребата на овие препарати е потребно да се практикува внимателно, со препишано дозирање од страна на специјалистот и во краток одреден временски период или со паузи доколку лекувањето наложува подолготрајна примена. Меѓу другото, нивното влијание врз намалувањето на паничните напади не е во состојба да ги спречи во целост, поради што неопходно е ординирање на антидепресиви со цел да се постигне посакуваниот ефект. Од овој аспект, би можело да се каже дека бензодиазепините се користат како дополнителна помошна терапија, во случаи кај кои има потреба од тоа. Како најчесто користени од оваа група се алпразолам и лоразепам.

2.9.2. Генерализирано анксиозно растројство

Типични карактеристики за генерализираното анксиозно растројство се присуството на интензивен страв кај афектираната личност, кој најчесто е со голем интензитет и со долго траење, а не постои реална причина за неговата појава и присуство. Кај личноста тој страв може да биде во форма на голема загриженост, напнатост, исчекување на некој лош настан, необјаснет замор, чувство на хиперактивност на вегетативниот нервен систем, страв од постоење на некоја несреќа во близина на личноста и проблеми со спиењето. Ваквата анксиозност која го афектира клиентот најчесто е во придружба и со вегетативни растројства, а од тоа следува и карактеристично однесување на самата личност. Ваквата состојба не е под контрола на пациентот, се развива со последователен тек и најчесто се појавува на возраст од 20 до 30 години, а е со траење од најмалку 6 месеци. Почесто е застапена кај припадниците од женскиот пол.

Ваквите симптоми можат да бидат застапени најразлично, во секакви комбинации, независно од ситуацијата која ги предизвикала. Во постари класификации на психијатриските заболувања оваа појава може да се најде и под други термини, како што се: *анксиозна невроза, анксиозна реакција и анксиозна состојба.*

Етиопатогенеза на генерализирано анксиозно растројство

Како причини за појава и настанување на ова растројство се предложени неколку теории, меѓу кои биолошка и психолошка теорија.

Биолошка теорија

Според оваа теорија, во настанувањето на ова растројство се смета дека улога имаат следните фактори:

- зголемен тонус на симпатикус придружен со зголемена вегетативна реакција;
- зголемена продукција на катехоламини;
- предизвикана хиперактивност на централниот нервен систем како резултат на намаленото ниво на ГАБА (гама-аминобутерна киселина), а со тоа и намалена инхибиторна активноста на овој систем;
- покачена допаминергична активност;

- зголемено ниво на серотонин;
- зголемена активност на мозочната кора во пределот на темпоралниот лобус;
- скратена латенца во РЕМ (rapid eye movement) фазата и на четвртиот стадиум во спиењето;
- зголемена активност на локус церулеус.

Психолошки теории

Слично како и кај паничното растројство, од психолошките теории за настанување на генерализираното анксиозно растројство се споменуваат психоаналитичката теорија, според која анксиозноста настанува како последица на обид кој не бил успешен за потиснување на сопствените нагони од либидото или агресивни нагони кај личноста и посоењето на некои нерешени конфликти. А според теоријата на учење, анксиозноста се смета дека настанува како последица на доживеан стрес од некоја силно доживеана фрустрација кај личноста, поради што во сите наредни ситуации кои предизвикуваат фрустрација, кои и не мора да се со истиот интензитет, појавата на анксиозност настанува како реакција од научен условен одговор на такви ситуации кај личноста.

Клиничка слика на генерализирано анксиозно растројство

Клиничката слика кај пациентите кои страдаат од генерализирано анксиозно растројство може да биде различна и да варира во зависност од повеќе фактори. Забележано е присуство на повеќе слични, но и различни симптоми, кои можат да се разликуваат по интензитетот, времетраењето и да се групитаат меѓусебно во различни форми, без одредени правила во зависност од секој случај посебно. Најчесто застапени се симптомите на страв, во вид на напнатост, неодредено исчекување, загриженост со немир, проблеми во спиењето, физички или психички замор и намалување на концентрацијата. Овој тип на анксиозност може да се манифестира во 3 типични форми и тоа: како нејасно доживување на страв; како исчекување придружено со страв; и како општ дифузен страв.

Првата форма, или нејасното доживување на страв, е во форма на доживување на чувство на страв но пациентот не може да открие која е причината за неговата

појава и зошто настанал или од каде потекнува, па поради тоа понекогаш се користи и терминот на слободно лебдечки страв или анксиозност.

Втората форма или исчекувањето придружено со чувство на страв, е во форма на комбинирано и комплексно субјективно доживување на пациентот, при што тие најчесто го чувствуваат како некое необјасниво чувство кое им наговестува дека нешто лошо или непријатно ќе им се случи во блиска иднина, или на нив или на некој од членовите на нивното блиско семејство. Пациентите кои се засегнати со оваа појава се постојано загрижени, живеат со интензивен страв и се постојано претпазливи и внимателни, што ја зголемува нивната напнатост и немир. Честопати и не можат воопшто да се ослободат од таквите мисли и чувства и целиот живот го подредуваат на нив, со што им се оневозможува нормалното секојдневно функционирање и се постојано загрижени за што ќе се случи во иднина.

Третата форма на општ дифузен страв е карактеристична за луѓе кои имаат типично ниско ниво на самодоверба и намалено ниво на самопочит. Кај нив е карактеристична постојаната целосна обземеност со чувството на страв, поради што честопати се чувствуваат и целосно немоќни и парализирани, поради што не се способни да функционираат во животот како што сакаат и да ги постигнат или завршат своите цели и планови во секојдневниот живот. Овој факт како дополнително влијание на нивната ниска самодоверба влијае на тој начин што уште повеќе ја намалуваат почитта кон себе и честопати зборуваат за себе на најлош начин, преувеличувајќи ги секојдневните тешкотии и проблеми, понекогаш влегуваат и во конфликти со другите луѓе бидејќи се раздразливи, имаат периоди на депресивност, пропратени со отежната комуникација и намалена когнитивна способност и капацитет. Меѓу овие симптоми присутни се и појавите на отежнато заспивање или постојано будење во текот на спиењето, понекогаш и сонот им е премногу краткотраен или со прекини.

Покрај овие симптоми, кај пациентите кои страдаат од генерализираното анксиозно растројство застапени се и симптоми кои укажуваат на моторна и психичка тензија. Овие се во форма на внатрешна напнатост или притисок, понекогаш со чувства на тресење низ целото тело или на некои делови, посебно типично е треперење на мускулите на лицето и на очните капаци. Кај овие пациенти се забележува и немир со постојано движење и неспособност да седат мирно на едно место поради немирот што го чувствуваат одвнатре. Исто така, кај некои случаи се појавува и затегнатост на

одредени групи на мускули, најчесто мускулите на тилот или на вратот и рамењата, со што како последица на ваквата затегнатост можат да се појават и главоболки или отежнато дишење.

Дијагностика според МКБ - 10

Според МКБ – 10, за поставување на дијагнозата на генерализирано анксиозно растројство, потребен критериум е кај лицето да биде присутна анксиозност повеќе денови во период од неколку недели и во тек на повеќе месеци. Од другите симптоми, исто така, треба да бидат присутни некои од следниве:

- интензивен страв пропратен со загриженост кај лицето поради иднината, од причина што верува дека некоја несреќа ќе се случи, придружено со отежнато функционирање и намалена концентрација;
- постојан немир, моторна тензија, пропратени со главоболка, тремор и вознемиреност;
- зголемена активност на вегетативниот нервен систем, во форма на вртоглавица, сувост на устата, проблеми со гастроинтестиналниот систем, забрзана работа на срцето и забрзано дишење, понекогаш и потење.

За да се постави конечната дијагноза, потребно е анксиозноста да биде присутна во долг временски период и да биде хронична, придружена со појава на најмалку три до шест од наброените соматски симптоми. Меѓу другото, особено е важно и да се утврди да не станува збор за анксиозност која настанала како последица на некое претходно друго соматско или психичко нарушување.

Типично за генерализираното анксиозно растројство е тоа што почнува во периодот на детството или во адолесценција, со хроничен тек и со променливи периоди, варирајќи најизменично од подобрување на состојбата, кон влошување и обратно. Овие флуктуации најчесто се предизвикани како последица од некои нови доживувања на стрес или справувања со стресни ситуации за личноста. Каков тек и прогноза ќе има ова заболување зависи од неколку фактори и е индивидуална за секој пациент различно. Во голема мера каков ќе биде текот на заболувањето е поврзано со структурата на самата личност, со изложеноста на околните фактори и средината во

којашто живее пациентот, како и надворешни различни влијанија (однос со луѓето, стресни настани и ситуации) и од интензитетот на заболувањето.

Терапија на генерализирано анксиозно растројство

За третирање на пациентите кои страдаат од генерализирано анксиозно растројство може да се користи фармаколошка терапија, а порано за намалување на симптомите на анксиозност најчесто користени биле: глицерол и пропенедиол деривати, дифенилметан деривати, карбамати, а во поново време се заменети со бензодиазепини и буспирон.

Од големо значење за третман на ова растројство секако дека е психотерапијата, која може да биде значително ефикасна доколку се насочи работата кон решавање на несвесните конфликти од минатото во личноста, кои ја предизвикуваат самата појава на анксиозност. Како најдобра и најшироко применувана за третирање на генерализираното анксиозно растројство се смета когнитивно-бихевиоралната психотерапија, комбинирана со техники за релаксација. Со цел да се постигне посакуваниот ефект кај клиентот и да се добијат задоволувачки резултати, се препорачува истовремена примена на психотерапија во комбинација со фармаколошките препарати за намалување на анксиозноста.

2.9.5. Високо функционална анксиозност

Голем број од луѓето кои се засегнати од некој тип на анксиозност, всушност страдаат од таканаречената високо функционална анксиозност. Карактеристично за оваа форма е способноста на личноста самостојно да функционира и да ги исполнува секојдневните обврски и задачи, како на пример, одење на училиште, одење на работа, остварување на нормални односи со пријателите и партнерот, извршување на сите потребни задачи во склопот на фамилијарното опкружување и секојдневниот живот и слично. Кај овие личности појавите на панични напади се поретки, со слаб интензитет и не влијаат врз нивниот квалитет на животот или во извршувањето на нивните планови. Од оваа причина типично е што овие луѓе не применуваат избегнувачко однесување (не ги избегнуваат местата и ситуациите кои влијаат како тригери за анксиозност или панични напади) бидејќи успеваат да се справат со тоа и покрај

чувството на анксиозност. Исто така, секојдневните обврски и планови им се честопати детално испланирани и се придржуваат до тој распоред за да ги завршат испланираните обврски. Кај овие пациенти не е потребно да се применува медикаментозна терапија, освен во исклучително ретки случаи доколку паничните напади добијат голем интензитет и пациентот смета дека навистина има потреба од тоа. Исто така, во овие случаи препорачливо е да се примени и психотерапија, што најчесто и самите пациенти го чувствуваат тоа и сами се вклучуваат во некој психотераписки процес, што им користи да научат нови вештини за справување со анксиозноста и да воспостават контрола врз појавата на паничните атаки.[54]

За останатите во околината и блиското опкружување на овие личности тие изгледаат сосема добро, не постојат забележливи симптоми или однесувања кои на некој начин би покажале дека личноста се бори со анксиозност. Но кај овие личности постои постојана внатрешна напнатост, која само тие ја чувствуваат и која е честопати во комбинација со другите симптоми типични за анксиозност. Голем број од овие клиенти имаат тенденција да си поставуваат премногу високи цели и поседуваат силно изразена црта на перфекционизам, што е една од типичните карактеристики за луѓето со високо функионална анксиозност. Тоа може да се забележи речиси во сите правци од нивниот живот (работа, кариера, училиште, партнерски односи, фамилијарни односи..), најпрвин со поставување на превисоки цели и потоа со таквата структура кај личноста таа самата си предизвикува постојан притисок, со што постојано се окупира и стреми кон остварување на поставените цели. За жал, токму ваквите високо поставени цели кај личноста ја предизвикуваат нејзината состојба на анксиозност.

Важно е да се истакне дека високо функционалната анксиозност сè уште не е воведена како официјална дијагноза, а сепак доколку е присутна подолг временски период и доколку не се работи ни со психотерапија, која е во функција личноста да научи вештини како да се справува со таквите ситуации, постои голема можност да дојде до појава на синдром на прегорување кај личноста, депресивни состојби и други блокирачки емоции. Поради тоа раното откривање на високо функционалната анксиозност и преземањето чекор како што е работата со психотерапија, покажало значително добри резултати.[54]

2.10. Теории и дефиниции за анксиозност

Според елаборацијата на структурната теорија, Фројд (Sigmund Freud) ја објаснил анксиозноста како појава која е резултат на нерастоварена сексуална напнатост, предизвикана од неадекватна активност, која е разултат од потиснувањето при психоневрозите. Подоцна ја поврзал со страв кој настанува како последица на перцепирана опасност која доаѓа од надвор или одвнатре, како функција на егото да ја антиципира опасноста.[2]

Во случаи кога настанува судир на различни спротивставени мотиви кои потекнуваат од ид и суперего, кај личноста доаѓа до интрапсихички конфликт или конфликт со околината, па според овој модел, егото ја има задачата да ја антиципира потенцијалната опасност која е поврзана со несвесните желби и нагони кои вршат притисок од идот, при што тоа мобилизира одредено количество на анксиозност, наречена сигнална анксиозност, која пак го активира одбранбениот механизам на потиснување или некој друг, со цел да ги спречи желбите и потребите да влезат во свеста. Една од поглавните функции на егото е да направи компромис помеѓу нагоните од идот и забраните и моралните стандарди кои потекнуваат од суперегото. Доколку овие компромиси се спроведуваат без проблем, тогаш нивото на анксиозност кај индивидуата останува само на сигнално ниво. Доколку конфликтот не е разработен и не е пронајдено соодветно решение за истиот, нагоните и желбите кои не се задоволени се потиснати од свесното со употреба на некој од одбранбените механизми, меѓутоа тие остануваат со истиот интензитет и се враќаат назад во свесното во вид на невротски симптоми. Во случаи на подлабоки конфликти кои не можат да бидат решени само со формирање на симптом, доаѓа до намалување на функционирањето на егото, што е проследено со нарушување на неговите базични функции.[2]

Од страна на познатиот психолог Џорџ Кели (George Kelly), во неговата публикација „Теорија на личноста“, анксиозноста била дефинирана како свесност на индивидуата дека таа не ги поседува соодветните вештини кои ѝ се потребни за справување со новото искуство со кое се соочува.[3]

2.11. Разлика помеѓу анксиозност и анксиозни растројства

Дефинирање на границите помеѓу екстремните нормални однесувања и психопатологијата е голема дилема која се протега низ многу години во психијатријата. Кај случаите на анксиозност голем проблем претставува диференцијата помеѓу нормалнота однесување и патологијата. Анксиозноста има важна - адаптивна улога во развојот на човекот, сигнализирајќи кога е потребно акција за самоодбрана, со цел да се одржи безбедноста на индивидуата. Со оглед на тоа дека анксиозноста како појава може да биде рангирана на скала како континуум, неколку научници предложиле екстремните појави на анксиозност да бидат прифатени како акутна појава на симптомот (анксиозност), а не како патолошка состојба.[4]

Анксиозноста може да стане симптоматска на било која возраст, во случаи кога таа го ограничува или спречува развојот на соодветното адаптивно однесување за одредена возраст. (Klein & Pine, 2001). Земајќи го предвид тоа, анксиозноста за некои конкретни ситуации и околности може да се зголемува на интензитет во различни стадиуми од развојот на индивидуата, што се базира на типичните искуства кои се поврзани со одредена возраст кои се случуваат во тек на тој стадиум. На пример, сепарационата анксиозност е нормална појава од развојот која се случува кај многу мали деца. Слично на тоа, кај адолесцентите се поставува прашањето околу појавата на анксиозност поврзана со ситуации на социјализација, кои за многу адолесценти се доживуваат стресно. Како корисно правило за детерминирање на дијагностицирањето на анксиозноста, би требало да се земат предвид способноста на индивидуата да се врати во нормала од анксиозноста и да остане без анксиозност кога провоцирачката ситуација е отсутна. На пример, не мора да се смета за правило дека појавата адолесцентите да реагираат со срамежливост при средба со привлечни врсници е девијантна појава. Таквите реакции достигнуваат клинички нивоа, кога адолесцентите не се способни да се опоравaт од анксиозноста (која се манифестира со повторувачки сомнежи или длабоки размислувања за тоа како се однесуваат) или кога избегнуваат такви средби постојано. Слично на ова, клиничката анксиозност може да се манифестира како постојана загриженост за средби кои ќе се случат во иднина со врсници или дури и одбегнување на секакви активности кои би можеле да доведат до потреба од било каква интеракција со врсници. Поради ова, недостатокот на флексибилност во афективната адаптација кај адолесцентите е важен индикатор за

појава на некаква патологија. Со други зборови, постојат три клинички карактеристики со кои може да се дефинира патолошката анксиозност. Две од нив (вознемиреност и неспособност за справување со ситуација) варираат во нивната важност кога станува збор за дефинирањето на анскиозноста, во зависност од стадиумот на развој на личноста, додека третата карактеристика (симптоматски недостаток на флексибилност) е најрелевантна за дијагностика, без разлика од возраста на индивидуата.[4]

Можноста да се донесат цврсти заклучоци со употреба на овие критериуми за дијагностика ќе останат лимитирани сè додека симптомите се единствената основа со која се евидентира постоењето на одредено ментално растројство. Лонгитудиналните истражувања би можеле да дадат некои одговори, идентификувајќи ги специфичните шаблони на некои симптоми кои имаат валидност на долг период. Во пракса сепак таквите докази се покажале дека можат да бидат информативни, но поретко заклучни. Во изминатите три децении бил забележан значително голем интерес кон проучување на анксиозните растројства. Биле употребувани скали за рангирање и интервјуа кои ја испитувале застапеноста на појавата на различни стравови и состојби на загриженост кај испитаниците од дијагностичката група. Скалите за рејтинг можат да се групираат за да се донесе вкупен скор за анксиозност, или со широко употребуваната „Листа за детско однесување“ (Child Behavior Checklist), но добиените резултати покажале дека скалите за рејтинг не одговараат соодветно добро на клиничките субјекти (Achenbach, 1991). Проблемот при разграничување на нормалната од патолошката анксиозност особено е потенциран во добиените резултати од епидемиолошките истражувања, во кои распространетоста на анксиозните растројства се менува значително со релативно мала промена во дефинирањето на психичко оштетување (Klein & Pine,2001). Сепак, адолесцентите со анксиозни растројства кои бараат третман, типично страдаат од анксиозно оштетување и за ваквите случаи постои недефинираност во однос на тоа дали тие имаат нормално или абнормално ниво на анксиозност.[4]

Според Вејкфилд (Wakefield,1992), критериумот за дефинирање на овие состојби бил поставен дека личноста може да биде карактеризирана со интерна дисфункција, но тоа не значи задолжително дека истата има и растројство, бидејќи не се појавила никаква штета како резултат на нејзиното делување. Исто така и во други случаи, на пример кога некои деца доживуваат булинг од поголеми деца, можат да добијат хронична анксиозност на училиште, но бидејќи нивното страдање не е настанато како резултат на дисфункција на психобиолошките механизми за проценка

на закана, според критериумите на Wakefield, овие случаи исто така не би можеле да бидат именувани со дијагностицирано анксиозно растројство. Бидејќи механизмите за детектирање на закана им функционираат баш онака како што се направени да функционираат: децата кои се изложени на булинг, доживуваат хронична анксиозност бидејќи тие се постојано изложени на закана, а не бидејќи имаат ментално растројство. Важно е да се напомене дека ова е само една од дефинициите за ментално растројство.[4]

2.12. Анксиозност и хормони

Анксиозноста, како еден вид на емоција, е застапена кај речиси секоја индивидуа во одредени периоди од животот. Во одреден степен чувствувањето на анксиозност се смета и за нормално, секако во зависност од ситуацијата и околните фактори. На пример, во ситуации како што се интервју за работа, одење на лекар и слично. Но кога симптомите на анксиозност стануваат пречести и заземаат поголем дел од секојдневните случувања кај една личност, таа почнува да не е во состојба да функционира како што би функционирала порано. Во тие случаи станува збор за анксиозни пореметувања кои се појавуваат во секоја возраст, како кај возрасните, така и кај децата. Неколку истражувања покажале дека анксиозните пореметувања можат да настанат како последица на промени во соматската состојба на личноста или поточно да бидат резултат на промени во нивото на хормоните.[53]

Исто така, направени се и истражувања кои се држат за спротивна хипотеза или поточно кои тврдат дека ваквата поврзаност помеѓу хормоналниот состав кај една личност и присуството на анксиозност е обратна. Со други зборови, дека долготраен стрес или зголемена анксиозност кај личноста можат да придонесат до промени во нејзиниот хормонски баланс. Од овие причини, при поставувањето на дијагнозата за анксиозност, потребно е да се посвети внимание на согледување на целокупната состојба на индивидуата, за секој клиент посебно и притоа детално да се испита што точно претходело на појавата на анксиозност. На пример, доколку кај личноста паничните напади се појавиле исклучиво само во периодот на ПМС или во текот на бременост, постпартално или во текот на менопауза, би можело да се земе предвид дека постои можност анксиозноста да е предизвикана од хормонски дизбаланс кај таа личност.[53]

Меѓу другото, од голема важност е да се истакне и фактот дека кај многу индивидуи кај кои постои уреден хормонски статус, имале искуство со некое анксиозно пореметување или панични напади. Од оваа причина, кога станува збор за утврдување на етиологијата на анксиозните појави и растројства, од особено значење е да се спроведе систематски пристап, со што детално би биле опфатени и анализирани сите можни причини и фактори кај индивидуата, кои би можеле да бидат предизвикувачи на анксиозност.

Влијание на одделни хормони

Естроген и прогестерон - Естрогенот најмногу се продуцира во текот на првите две недели од менструалниот циклус кај жените, до овулацијата. Кога неговото ниво е во нормалните граници, тој влијае стимулирачки и на производството на серотонин, или познат како хормон на среќата, што се одликува со позитивно расположение кај личноста и нејзино лесно справување со стресните ситуации. Но кога вредностите на естрогенот во организмот на една индивидуа се пониски од нормалата, настанува недостаток и во продукцијата на серотонин, а последиците од тоа се намалено расположение и потешко справување со стресот кај личноста. Од друга страна, хормонот прогестерон, кој се лачи по овулацијата, има спротивно дејство од естрогенот. Тој делува со стимулирање на амигдалата, што е дел од мозокот кој служи за активација на типичната реакција на страв (бори се или бегај реакција), што исто така би можело да доведе и до зголемување на анксиозноста и напнатоста кај личноста, зголемена раздразливост а во некои случаи и депресивност.

Тестостерон - Референтните вредности на овој хормон се различни, во зависност од полот. Некои истражувања дошле до заклучок дека намаленото ниво на тестостерон кај една личност би можело да резултира со појава на социјална анксиозност. Функцијата на овој хормон во однос на расположението, меѓу другото, се смета и дека е одговорен за стимулација на одреден дел од мозокот кој има функција за препознавање на емоциите кај другите луѓе. Тоа укажува на фактот дека кога нивото на тестостерон кај една личност е ниско, социјалните вештини на таа личност би можеле да бидат ослабнати. Исто така, ниска вредност на овој хормон би можело да придонесе и за појачување на раздразливоста и иритабилноста кај една личност, да настанат тешкотии во постигнувањето на концентрација и намалено памтење,

несоница, а во некои случаи и депресивност. Додека кај припадниците од машкиот пол, недостатокот на тестостерон се одразува со намалување на либидото и намалување на мускулната маса, што исто така би можело да се каже дека индиректно влијае и врз нивното расположение.[53]

Хормони на тироидната жлезда - За хормоните од оваа група (ТСХ, Т3 и Т4) е докажано дека се во директна врска со зголемувањето на анксиозноста, депресијата и паничните напади. Особено се установило дека кај личностите кај кои постои состојба на хипертиреоза доаѓа до поголема застапеност и зачестеност на анксиозните пореметувања, а во спротивно, кај луѓето кои имаат состојба на хипотиреоза е зачестена појавата на депресија и депресивни состојби. Овие промени во менталното здравје и состојба кои се забележуваат кај ваквите индивидуи, би можело да се земе предвид и дека можат да настанат како резултат на зголемената иритабилност на единката, нередовен менструален циклус, варирање во телесната тежина, постоењето на хроничен замор. А доколку се анализира подетално, сите овие појави можат да настанат како последица од пореметувања во функцијата на тироидната жлезда.

Хормони на стрес – адреналин и кортизол - Овие хормони имаат функција да го подготват организамот на соодветна реакција и справување со стресни ситуации и настани, па поради тоа нивното лачење се зголемува во ситуации кои се доживуваат објективно или субјективно опасни за единката. Нивната поконкретна функција е да ѝ овозможат на личноста подобра перцепција, побрзо рефлексно реагирање, како и зголемување на физичката сила и способност доколку има потреба и од тоа. Но доколку личноста се најде во ситуација која организмот ја доживува како потенцијално загрозувачка или опасна, а во реалноста не постои толку голем ризик или воопшто не постои никаква опасност, тогаш доаѓа до појава на анксиозноста кај таа личност. Овие хормони се разбира дека се секогаш присутни во организмот на човекот во нормални количини, но доколку кај единката има константно присуство на страв, стрес и загриженост, тогаш би можело тоа да резултира со пореметување на сонот, забрзување на работата на срцето, мускулна напнатост и неправилности во дишењето. А доколку овие хормони се со зголемена вредност во телото, но само за краток - моментален период, тие сами по себе не предизвикуваат некои големи последици. Но доколку вредностите на овие хормони се покачени во траење на подолг временски период, од неколку недели, тогаш би можело да дојде и до последователно влијание и врз метаболизамот на другите хормони во телото, поради што подоцна би можело да дојде

до состојба на хормонски дизбаланс во организмот. Во таквите случаи би можело и да се каже дека анксиозноста и стресот се директни предизвикувачи на хормонскиот дизбаланс. Исто така, било докажано и дека постојаната состојба на стрес, проследена со покачено ниво на кортизол во организмот, има негативно влијание врз функцијата на тироидната жлезда и нејзината продукција на тироидните хормони.[53]

Ендокриниот систем кај човекот претставува еден вид на затворен систем кој функционира со меѓусебна поврзаност помеѓу сите хормони и органи кои ги продуцираат хормоните, со што тие се меѓусебно поврзани и имаат директно влијание едни на други. Покрај тоа, како што е погоре истакнато, сите тие хормони имаат и влијание врз емоционалната состојба на индивидуата.

Но дали од горенаведеното би требало да се заклучи дека е потребна хормонска терапија за третирање на анксиозност? Се разбира дека зависи од причинителот на проблемот. Доколку кај личноста е дијагностицирано пореметување во функцијата на тироидната жлезда, се разбира дека е потребна и соодветна хормонска терапија. Исто така, на пример, и доколку во некои случаи постои хормонски дизбаланс на естрогените хормони, што предизвикува и други последици, како што е изостанување на овулацијата, би можело да се регулира со соодветна администрација на хормонска терапија.[53]

Сепак, анксиозноста како состојба најдобар одговор дава на примената на соодветна психотерапија (особено когнитивно-бихевиорална), со што се постигнуваат и најдобри резултати. Притоа, со употребата на психотерапија, личноста стекнува и научува соодветни вештини и техники за успешно справување со стресот и анксиозноста. А што се однесува до зачувување на хормонската рамнотежа во организмот, се препорачува доволен сон, здрава исхрана, медитација и физичка активност, како и внесување на доволната количина на витамини и минерали во организмот, кои исто така придонесуваат за одржување на рамнотежата.[53]

2.13. Фармаколошка терапија за анксиозност

Фармаколошки препарати кои најчесто се користат во третирање на анксиозност се бензодиазепините, кои ги замениле барбитуратите поради нивната

значително поголема безбедност. Бензодиазепините се разликуваат меѓусебно во однос на траењето на дејството, а не толку во нивната ефективност. Помали дози имаат смирувачки ефект и ги ублажуваат физичките и психичките симптоми на анксиозноста. Поголемите дози предизвикуваат спиење, а некои бензодиазепини се означени како хипнотици. Бензодиазепините во некој период од минатото биле најчестиот препишан лек во модерниот свет.

Пропратните ефекти од овие лекови се неколку, најчесто поспаност и непостојаност. Бензодиазепините не се летални дури ни во многу големи количини, но тие го зголемуваат седативниот ефект на алкохолот или на други лекови. Бензодиазепините се главно планирани за краткотрајна употреба или употреба за период со средно траење, бидејќи телото развива толеранција на нив, со што се намалува нивниот ефект и настанува потреба да се зголеми дозата за значително голем степен. Исто така, може да настане и зависност од овие препарати, дури и кај нормални дозирања, при што биле регистрирани симптоми на апстиненција и повлекување кај луѓе кои ги користеле само 4 до 6 недели. Кај луѓе кои употребувале бензодиазепини во периоди од неколку месеци и подолого, симптомите на повлекување се појавувале кај 15 до 40% од случаите, при што биле потребни неколку недели или месеци за да се воспостави повторна контрола.[9]

Симптомите на повлекување од бензодиазепини се групирани во три категории. Симптоми како делириум или конвулзии се ретки. Чести симптоми се појава на обновување или зголемување на анксиозноста. Многу пациенти исто така искусиле и други симптоми, како што се хиперсензитивност на звуци и светлина и грчење на мускули. Поради тоа многу од долготрајните корисници продолжуваат да ги употребуваат бензодиазепините не од причина на останата анксиозност, туку поради тоа што симптомите од повлекувањето се премногу непријатни.[9]

Поради опасноста од создавање на зависност, бензодиазепините треба да се користат во најмали можни дозирања и не подолго од неколку недели. За подолги периоди треба да се користат со прекини и само тогаш кога анксиозноста е премногу интензивна.[9]

Бензодиазепините делуваат на специфични рецептори во мозокот кои се споредни рецептори за невротрансмитерот гама- аминобутерна киселина (ГАБА), кој ја спречува анксиозноста. Постои можност дека интеракцијата на бензодиазепините со

овие рецептори ја олеснува инхибиторната активност на гама - аминобутерната киселина (ГАБА) во мозокот.[9]

2.14. Релевантни истражувања

Истражувањето на Sevim Mustafa и Erica Melonashi било спроведено на популација на студенти од Косово и Албанија, со цел да се истражи нивото на анксиозност и самодовербата и да се утврди нивниот взаемен однос. Биле опфатени 125 студенти на возраст од 18 до 44 години. Како инструменти биле користени Zung Self-Rating Anxiety Scale и Rosenberg Self-Esteem Scale скалите за проценка на анксиозност и самодоверба.

Резултатите од употребата на скалата за проценка на степенот на самодоверба покажале просечна вредност од 22.31 кај испитаниците од Албанија и 23.58 кај испитаниците од Косово. Додека во однос на нивото на самодоверба, 6.3% (Албанија) и 1.6% (Косово) добиле резултати на ниска самодоверба. Во однос на нивото на самодоверба и полот, не биле добиени значителни разлики. Исто така, не биле добиени значителни разлики во нивото на анксиозноста во однос на нивото на самодоверба. Притоа не биле добиени значителни разлики во резултатите од степенот на самодоверба на ниво на држава, додека студентите од Косово покажале значително повисоко ниво на анксиозност на добиените резултати.[55]

Од добиените резултати за степенот на анскиозност, просечната вредност била 37.77 кај испитаниците од Албанија, а 45.24 кај испитаниците од Косово. 14.3 % (Албанија) и 32.3 % (Косово) од испитаниците покажале присуство на благ или умерен степен на анксиозност, а само 8 испитаници или (12.9%) од Косово покажале значително големо ниво на анскиозност.

Само во примерокот од испитаниците од Албанија било добиена значителна разлика во однос на полот и нивото на анксиозност, со поголема вредност кај припадниците на женскиот пол (39) а мажите (20). Исто така, биле добиени и разлики помеѓу нивото на анксиозост кај припадниците со ниско ниво на самодоверба само во албанскиот примерок на испитаници (45).

Од анализата на корелацијата помеѓу двете варијабли, биле добиени зналителни корелации помеѓу анксиозноста и полот ($r=256$, $p<000$), возраста ($r=317$, $p<011$) и

самодовербата (r=-315, p<015), но само во примерокот од албанските испитаници. Анксиозноста не покажала никаква значителна корелација со ниедна од варијаблите во примерокот од Косово.[55]

Друго истражување било спроведено на студентите на Технолошки Институт во Атина, Грција, од страна на Evangelos Papageorgiou, Sofia Ntemsia и Sofia Triadafyllidoum, со цел да се идентификува нивото на самодоверба и нивоата на анксиозност искусени од страна на студентите на Технолошкиот Институт во Атина, како и потенцијалната корелација помеѓу овие два параметри и со други демографски варијабли. Податоците биле собирани во периодот 2015 до 2016 година, со примерок на истражување од 763 студенти од сите школи и факултети на Институтот. Притоа биле користени прашалници: Скала за процена на самодовербата по Rosenberg и Скалата State Trait Anxiety Inventory (STAI) за да се добијат податоци за нивото на анксиозност кај студентите. Исто така биле употребени и прашалници за демографските карактеристики и академското достигнување на испитаниците. Добиените резултати биле анализирани со употреба на софтверот (SPPS) 21 верзија.

Од добиените резултати било забележано значително повисоко ниво на анскиозност кај испитаниците од женскиот пол со вредност (45.11), а кај машките (43.06) со ниво (p<0.001). Во однос на самодовербата, кај женските испитаници бил добиен помал степен на самодоверба (28.79) во однос на добиените резултати од испитаниците од машки пол (29.65), додека вкупно сите испитаници покажале резултати на значително негативна корелација помеѓу нивото на самодоверба и степенот на анксиозност. Исто така, од добиените резултати било заклучено дека постои и значајна разлика во однос на тоа на кој факултет студирале испитаниците, така што испитаниците кои студирале на факултет за ликовна уметност и дизајн, покажале значително пониско ниво на самодоверба и повисоко ниво на анксиозност, во споредба со студентите од другите факултети. Што се однесува до возраста, не била пронајдена статистички значајна разлика во однос на нивото на самодовербата и годините на испитаниците. Споредбата помеѓу варијаблите самодоверба и анксиозност покажала статистички значајна негативна корелација помеѓу нивото на анксиозност и самодоверба (p=-0.63, p<0.001), од што може да се заклучи дека доколку е повисоко нивото на анксиозност кај испитаникот, ќе биде помало нивото на самодоверба и обратно. Во оваа споредба на овие две варијабли корелацијата била негативна и кај машките и кај женските испитаници.[57]

Со цел да се испита влијанието на карактерните особини, особено самодовербата врз академските постигнувања кај испитаниците, било направено истражувањето од страна на Ali Fathi-Ashtiani, Javad Ejei, Mohammad-Karim Khodapanahi, Hamid Tarkhorani. Притоа биле опфатени 1314 студенти по случаен избор од средните училишта во Техеран, кои биле испитани со следните инструменти: Beck self-concept инвентар, Coopersmith self-esteem инвентар, Spielberger State-Trait anxiety инвентар.

Од добиените резултати било заклучено дека самодовербата е во директна корелација со концептот за себе, а овие две особини имаат позитивно влијание врз академските постигнувања. Во однос на корелацијата помеѓу нивото на самодоверба и нивото на анксиозност, била добиена значителна негативна корелација ($p<0.01$), што значи дека ако е поголемо нивото на самодовербата, тогаш е помало нивото на анксиозност кај испитаниците.[58]

Истражувањето спроведено од Seyed Mohammad Karim Afzali и Maryam Yavari Kermani, било направено во Иран во 2015 година, со цел да се истражи и спореди врската помеѓу анксиозноста и степенот на самодоверба. Во ова истражување биле опфатени студентите од средните училишта во градот Гашаран, при што вкупниот број на испитаници бил 80, од кои 40 биле девојчиња и 40 момчиња. Примерокот на истражувањето бил со случаен избор. Материјалите и методите кои биле употребени во ова истражување се Beck инвентар за анксиозност, Cooper-smith Self-esteem инвентар и Snellen chart. За да се анализираат добиените резултати, бил употребен т-студент тест и корелациски коефициент за да се истражи врската помеѓу варијаблите.[56]

Од резултатите од истражувањето било заклучено дека постои статистички сигнификантна поврзаност помеѓу анксиозноста и самодовербата кај студентите ($P<0.000$), со што бил донесен заклучок дека колку е поголемо нивото на самодоверба кај испитаниците, било помало нивото на анксиозност и обратно, колку поголем степен на анксиозност е присутен, самодовербата е со пониска вредност. Исто така, од добиените резултати било заклучено дека не постои статистички значајна разлика помеѓу нивото на самодоверба кај машките и женските испитаници, додека во однос на нивото на анксиозност била добиена статистичка значајна разлика во однос на полот со ($P<0.05$), при што било заклучено дека испитаниците од женскиот пол имаат поголем степен на анксиозност (11.17) во однос на машките испитаници со вредност од (16.15).[56]

Со цел да се испита различната застапеност на анксиозност кај студенти од Азија и Европа, кои поседувале различни нивоа на самодоверба, било спроведено истражувањето од страна на Filipe Amorim и Geraldine Lam. Според првата хипотеза се претпоставувало дека испитаниците со потекло од Азија имаат пониско ниво на самодоверба во однос на испитаниците од Европа, додека според втората хипотеза, која била поставена за истражувањето, било очекувано испитаниците со пониско ниво на самодоверба да имаат повисоки резултати на скоровите за анксиозност. Во истражувањето биле опфатени вкупно 61 испитаници (30 од Европа и 31 од Азија), за собирањето на податоците биле употребени Инвентарот за проценка на самодоверба, по Rosenberg и Скалата за проценка на анксиозност и депресија, по Zigmond и Snaith.[59]

Од резултатите кои биле добиени, просечната вредност за самодоверба кај испитаниците од Европа изнесувала 21.57, додека кај испитаниците од Азија била 18.68. Во однос на другата варијабла анксиозност, резултатот од испитаниците од Европа просечно изнесувал 11.77, а кај испитаниците од Азија 13.71, од што била потврдена првата хипотеза дека испитаниците со потекло од Азија имаат пониско ниво на самодоверба во однос на испитаниците од Европа. Во однос на втората хипотеза во ова истражување, по добиените резултати таа била отфрлена, бидејќи испитаниците со потекло од двата различни континенти не покажале сигнификантна разлика во скоровите за анксиозност, што значи дека двете различни групи на испитаници поседувале речиси еднакви нивоа на анксиозност. Што се однесува до резултатите од припадниците со високо ниво на самодоверба од Азија, покажале и висок скор од тестовите за анксиозност, додека кај испитаниците од Европа не била добиена значителна разлика и поврзаност помеѓу резултатите за самодоверба и анксиозност. Од ова бил донесен заклучок дека за да детално се испита поврзаноста помеѓу степенот на самодоверба и степенот на анксиозност, потребно е да се земат предвид повеќе и пошироки фактори кои влијаат врз испитаниците, како на пример, стресот предизвикан од живеењето далеку од дома, различната култура и традиција на испитаниците во зависност од која држава потекнуваат, присуството на партнер или партнерка, дали живеат сами или со фамилија и други слични фактори.[59]

Со цел да се испита поврзаноста влијанието на нивото на самодовербата врз појавата на анксиозност, депресија и суицидални намери, било спроведено истражување од страна на Dat Tan Nguyen, E. Pamela Wright и Christine Dedding во Виетнам во средно училиште. Во истражувањето биле вклучени вкупно 1149 ученици,

со просечна возраст од 16 години, од кои 36,5% биле машки, а 63,5% биле женски. На нив им биле врачени прашалници во кои биле формулирани прашања за проценка на самодоверба, депресија, анксиозност, стрес од училиште и суицидални идеи.[69]

Како што е веќе познато, нормалното ниво на самодоверба секогаш е поврзано со позитивни исходи, како што е остварување на професионален план, здрави врски и фамилија, успех во социјалното опкружување, подобра слика за себе и други карактеристики. Додека пак, ниското ниво на самодоверба обично е поврзано со појава на депресивно расположение, злоупотреба на психоактивни супстанции, несоцијално однесување и суицидални намери.[60,61]

Досегашните истражувања покажале дека социјалното прифаќање од страна на врсниците е потешко кон децата со ниско ниво на самодоверба. Други фактори кои биле детектирани дека влијаат врз нивото на самодоверба кај личноста се: женски пол; низок социоекономски стандард на фамилијата; степенот на завршено образование кај родителите на индивидуата; вработувањето и работната позиција на родителите на индивидуата; успехот на училиште и зголемена телесна тежина.[62,63]

Особено е истражена поврзаноста меѓу самодовербата и академските достигнувања, при што било дојдено до заклучок дека самодовербата има директно влијание врз успехот. Доколку нивото на самодоверба е поголемо, би можело да се предвиди дека кај личноста ќе следува поголем академски успех и други позитивни исходи и достигнувања, но тоа воедно не морало да значи дека личноста ќе покаже и одлично поведение и успех на училиште. Од друга страна пак, луѓето кои имале помали академски резултати, не секогаш имале и ниско ниво на самодоверба.[64,65,66]

Покрај позитивното влијание, нивото на самодоверба било поврзано и со влијание на неколку негативни последици и исходи кај личноста, како што се злоупотребата на психоактивни супстанции, ментални нарушувања, растројства во нагонот за исхрана, појава на депресија, анксиозност и суицидални намери и обиди.[67,68] Истражувањето спроведено од Dat Tan Nguyen, E. Pamela Wright и Christine Dedding било направено со неколку цели: да се покаже поврзаноста помеѓу нивото на самодовербата; каква е преваленцата на ниската самодоверба кај испитаниците; поврзаноста помеѓу самодовербата и анксиозноста, депресијата и суицидалните идеи. Хипотеза која била поставена гласела дека: ниското ниво на самодоверба е поврзано со зголемен ризик од нарушено ментално здравје.[69]

Од резултатите кои биле добиени, просечната вредност за нивото на самодоверба кај испитаниците било 17,56 на скала од 0 до 30 (Скала за проценка на самодоверба по Розенберг). Скоровите кај момчињата и девојчињата биле многу слични (17,83 и 17,40). Во однос на вкупниот број на испитаници, речиси една петтина од нив биле со ниско ниво на самодоверба (19,4%) со скор понизок од 15. Неколку од испитуваните варијабли биле директно поврзани со ниското ниво на самодоверба кај испитаниците, како што се: основно образование на родителите на испитаниците; физичко или емоционално злоупотребување на испитаникот дома или на училиште; низок или потпросечен успех на училиште и високо ниво на стрес на училиште.[69]

Во однос на варијаблите (анксиозност, депресија и стрес од училиште) самодовербата била во директен и негативен однос со нив. Покрај тоа, ниското ниво на самодоверба значително придонесувало кон појава на анксиозност, депресија и самоубиствени идеи кај испитаниците. Во споредба со испитаниците кои покажале нормално ниво на самодоверба од Скалата за проценка на самодоверба по Розенберг, испитаниците кои имале помал скор од нормалните граници покажале двојно поголемо присуство на симптоми на анксиозност, шест пати поголем ризик од појава на депресија. Исто така, испитаниците кои имале ниско ниво на самодоверба, покажале појава на суидицални мисли и намери, а некои од нив имале и неуспешни обиди за самоубиство во минатото.

Што се однесува до припадниците на женскиот пол, во ова истражување биле направени обиди да дојдат до објаснување зошто преваленцата на ниска самодоверба е поголема кај нив. Овде биле истакнати факторите, како што се половата нерамноправност во Виетнам и покрај тоа што во последните неколку години била унапредена, сепак сè уште постојат некои недостатоци. Ова е како резултат на влијанието на традиционалните култури и влијанието и очекувањата од страна на фамилиите. Исто така, било познато и дека припадниците на женскиот пол во Виетнам имаат значително поголем ризик од развој на некои ментални нарушувања, како што е гранично растројство на личноста.[69]

Истражувањето кое било спроведено од Giovanna Manna, Giorgio Falgares, Sonia Ingoglia, Maria Rosaria Como и Sandro De Santis, било направено по два модела со цел да се дефинира односот помеѓу анксиозноста и депресијата и нивото на самодоверба кај личноста. Според првиот модел било тврдењето дека ниското ниво на самодоверба е ризик фактор за појава на анксиозност и депресија кај личноста; додека според

вториот модел, било тврдењето дека ниската самодоверба е исход, а не причина која настанува како последица од постоење на депресија и анксиозност.[70]

Примерокот во ова истражување биле испитаници на возраст од 11 до 14 години, вкупно биле вклучени 454 студенти, од кои 54% биле машки и 46% биле женски. За евалуација на степенот на самодоверба била употребена „Мултидимензионална скала за концепт за себе“, а за евалуација на степенот на анксиозност и депресија кај испитаниците била употребена „Психијатриска скала за деца и адолесценти“.

Од добиените резултати од истражувањето била добиена негативна линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност/депресија, аритметичката средина од резултатите од скалата за проценка на нивото на самодоверба била со вредност 29,63; стандардната девијација 2,94; најниска добиена вредност била 13,17; а највисока вредност 36,83. За степенот на анксиозност кај испитаниците биле добиени следните вредности: средна вредност 33,63; стандардна девијација 18,79; најниска вредност 2 а највисока 89. Што се однесува до линеарната корелација била во негативен сооднос помеѓу нивото на самодоверба и степенот на анксиозност со статистичка значајност од $p<0,001$. Исто така, полот бил поврзан со степенот на анксиозност, при што кај испитаниците од женски пол нивото на анксиозност било поголемо во споредба со испитаниците од машкиот пол. Што се однесува до споредбата помеѓу двата модели, од добиените резултати било заклучено дека ниското ниво на самодоверба има големо влијание врз појавата на симптоми на анксиозност и депресија; додека пак според вториот модел, присуството на анксиозност и депресија кај испитаниците немало значително влијание врз нивниот степен на самодоверба.[70]

3. Методологија на истражувањето

3.1. Дефинирање на проблемот и основните поими

Проблемот на ова истражување гласи: *„Дали нивото на самодоверба влијае врз појавата и степенот на анксиозност кај луѓето на возраст од 18 до 60 години на територијата на Република Северна Македонија, во градот Штип?“.* Со овој проблем е опфатен меѓусебниот однос помеѓу самодовербата и анксиозноста, дали постои нивна поврзаност и на кој начин е истата, дали поголемо ниво на самодоверба позитивно влијае врз појава на анксиозност, или пак, намаленото ниво на самодоверба го има тој ефект, конкретно кај населението од град Штип.

Под поимот „самодоверба“ се подразбира субјективна проценка на сопствената вредност од страна на една личност. Под поимот „анксиозност“ се подразбира состојба проследена со непријатни чувства на страв, загриженост, исчекување и немир.

3.2. Цел и карактер на истражувањето

Општа цел на ова истражување беше да се добијат научни сознанија за тоа дали нивото на самодоверба е поврзано со нивото на анксиозност кај испитаниците и на кој начин се остварува тоа влијание во Штип, Република Северна Македонија.

Спроведеното истражување е експликативно и трансверзално во однос на карактерот.

3.3. Задачи на истражувањето

Задачи на ова истражување се следните:

- да се добие увид за степенот на самодоверба и застапеноста на појавата анксиозност кај населението во градот Штип, Република Северна Македонија;
- да се направи споредба во однос на возраста, за нивото на самодоверба и степенот на анксиозност кај испитаниците од град Штип, Република Северна Македонија;
- да се утврди на кој начин влијаат различните фактори (пол, возраст, брачен статус, образование) врз нивото на самодоверба и појавата на анксиозност во градот Штип, Република Северна Македонија;
- да се утврди каква е корелацијата меѓу степенот на самодоверба и нивото на анксиозност кај популацијата во град Штип, Република Северна Македонија.

3.4. Хипотези на истражувањето

Општа хипотеза:

Со зголемување на нивото на самодоверба, се намалува степенот на анксиозност кај луѓето во град Штип, Република Северна Македонија.

Помошни хипотези:

- Нивото на самодоверба е помало кај испитаниците до 30 години, во споредба со испитаниците над 30 години, а анксиозноста е повисока кај испитаниците до 30 години, во споредба со испитаниците постари од 30 години.

- Степенот на самодоверба е повисок кај припадниците од машкиот пол, во споредба со припадниците од женскиот пол.

3.5. Варијабли на истражувањето

Во ова истражување има две варијабли:

- самодоверба, независна варијабла која се дефинира како субјективно верување за сопствената вредност на една личност;

- анксиозност, како зависна варијабла во истражувањето, која се дефинира како дводимензионален конструкт според Спилберг (Charles Spielberger), составен од две компоненти:

- анксиозност како карактерна црта на личноста;

- анксиозност како состојба, која е моментална и пропратена со чувства на страв, напнатост, исчекување, нервоза и симптоми кои се резултат на зголемување на активноста на вегетативниот нервен систем.

Релевантни варијабли кои можат да имат влијание врз зависната варијабла се: моментална психичка состојба, здравствена состојба, стресни настани, финансиска состојба, брачен статус, професионална определба, степен на образование и други.

3.6. Метод на истражувањето

3.6.1. Техники и инструменти на истражувањето

Ова истражување е со неекспериментален карактер.

Техники кои беа користени се: техника на скалирање и техника на анкетирање.

Инструменти кои беа употребени во ова истражување се:

- Скалата за проценка на самодоверба по Розенберг (Rosenberg's Self-Esteem Scale), соодветно преведена од англиски на македонски јазик;
- За мерење на анксиозноста, Скалата за проценка на степенот на анксиозност - State Trait Anxiety Inventory (STAI).

Скалата за проценка на самодовербата се состои од 10 тврдења кои го мерат целокупното вреднување на самиот себе, мерејќи ги позитивните и негативните чувства за селфот. На овие тврдења испитаникот е потребно да одговори со скалирање на својот одговор на скала од 4 точки, во зависност од тоа колку се согласува со наведеното тврдење, почнувајќи од „апсолутно се согласувам“, „се согласувам“, „не се согласувам“, до „воопшто не се согласувам“. Бодирањето на добиените одговори се врши со собирање на добиените поени од секој одговор, при што тврдењата со

„апсолутно се согласувам“ се вреднуваат со 3 поени, „се согласувам“ со 2 поени, „не се согласувам“ 1 поен, додека тврдењата со „воопшто не се согласувам“ се бодуваат со 0 поени. Исклучок се некои тврдења кај коишто бодувањето се извршува обратно. Вкупниот збир од добиените поени го покажува нивото на самодоверба кај испитаникот, при што резултатите со вредности од 15 до 25 се сметаат за нормални вредности на самодоверба, додека скоровите со вредност помала од 15 се сметаат за ниско ниво на самодоверба.

Инвентарот State Trait Anxiety Inventory (STAI), кој беше употребен за евалуација на нивото на анксиозност кај испитаниците е составен од 40 тврдења, од кои 20 од нив се однесуваат на анксиозноста како моментална состојба (S-ANXIETY), а останатите 20 тврдења се однесуваат на анксиозноста како црта кај личноста (T-ANXIETY). Испитаниците ги внесуваа своите одговори на четиристепена скала, при што одговараа на секое тврдење посебно во зависност од тоа како се чувствуваат во моментот, почнувајќи од „воопшто не“, „сосема малку“, „умерено“ до „многу“. Скалата е преведена на македонски јазик и адаптирана за популацијата на ниво на Република Северна Македонија. Овие скала е наменета за возрасни (лица над 18 години). Бодирањето на добиените одговори од испитаниците се врши со собирање на вкупниот збир од поените од секое тврдење посебно, при што одговорите со „воопшто не“ се бодуваат со 1 поен, „сосема малку“ носи 2 поени, „умерено“ - 3 поени, додека одговорените прашања со „многу“ носат по 4 поени. Неколку од тврдењата се бодуваат обратно. Степенот на анксиозност се добива врз основа на збирот или вкупниот скор на поени кај испитаникот кој може да биде од 40 до 160, при што колку поголема е вредноста на вкупниот скор кај личноста, толку повисок е степенот на анксиозност кај таа личност.

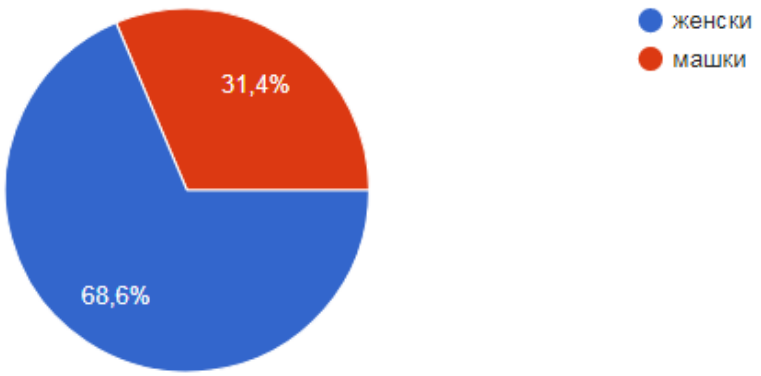
3.6.2. Популација и примерок

Истражувањето беше спроведено врз испитаници кои се со постојано место на живеење во Штип, со примена на пригоден примерок по случаен избор, при што беше опфатена хетерогена група од 51 испитаник, со движење на старосната граница од 18 до 60 години. Од нив 35 испитаници се од женски пол (68.6%), а 16 испитаници се од машки пол (31.4%) (графикон 1).

Според возраста испитаниците се поделени во две групи:

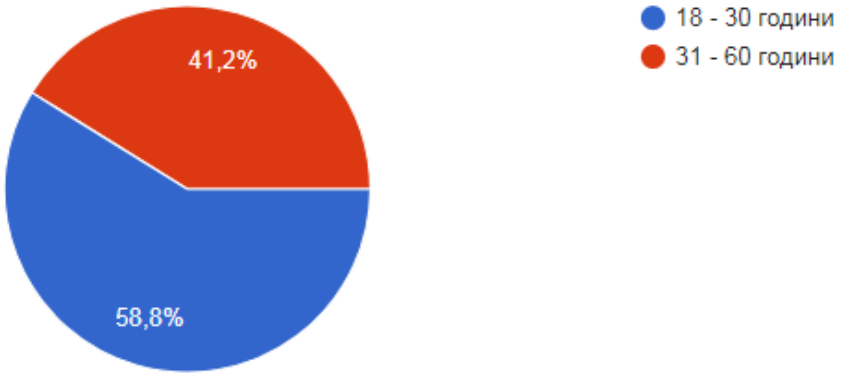
- од 18 до 30 години се 30 испитаници (58.8%);

- од 31 до 60 години се 21 испитаник (41.2%), кои се прикажани во графикон 2 подолу.



Графикон 1: Процентуална застапеност на испитаниците според пол

Chart 1: Percentage representation by gender of the participants

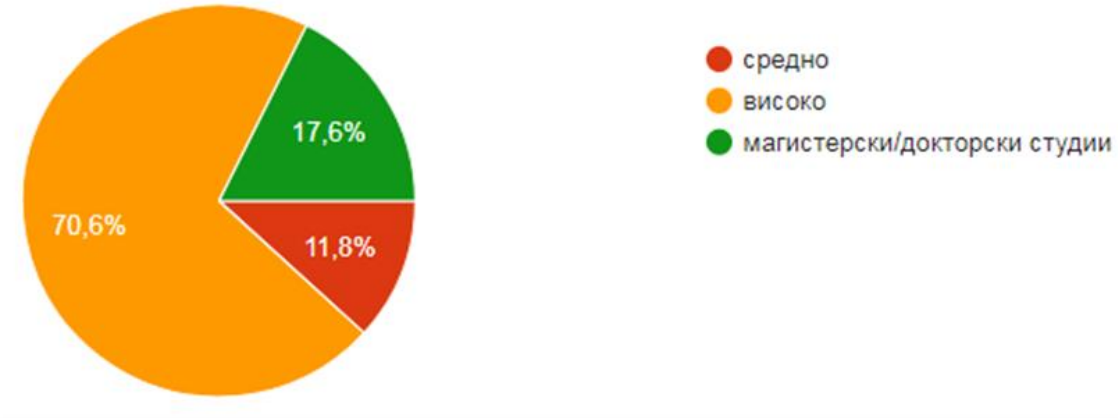


Графикон 2: Процентуална застапеност на испитаниците според возраст

Chart 2: Percentage representation of the participants classified by age

Во однос на завршеното образование, испитаниците се поделени на 3 групи:

- 6 испитаници се со завршено средно образование (11.8%);
- 36 испитаници со завршено високо образование (70.6%);
- 9 испитаници се со завршени магистерски/докторски студии (17.6%), (графикон3).

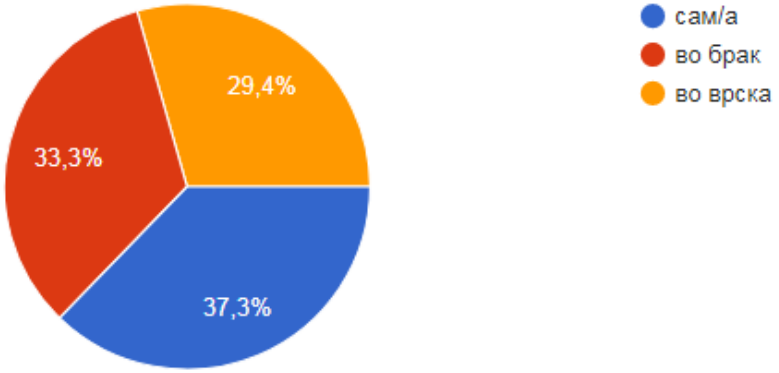


Графикон 3: Процентуална застапеност на испитаниците групирани по однос на завршено образование

Chart 3: Percentage representation of the participants classified by education

Според брачниот статус, испитаниците беа поделени во 3 категории, при што:

- 17 испитаници се во брак (33.3%);
- 15 испитаници се во врска (29.4%);
- 19 испитаници се слободни (37.3), прикажано графички во графикон 4 подолу.



Графикон 4: Процентуална застапеност на испитаници поделени според брачен статус

Chart 4: Percentage representation of the participants classified by their marital status

3.6.3. Организација и тек на истражувањето

Постапката на собирање на податоци се одвиваше најпрвин со потпишување на согласност од страна на секој испитаник, дека се согласува неговите внесени податоци во анкетниот прашалник да бидат употребени за научно-истражувачкиот труд, со целосно загарантирана анонимност на истите. За добивање на одговорите беа поделени анкетни прашалници, кои се пополнуваа онлајн, преку бесплатната апликација од Google за правење на анкети и истражувања – Google forms. Собирањето на податоците се одвиваше во периодот од 10 август, до 1 септември 2020 година. За пополнување на прашалниците на испитаниците им беа потребни отприлика 15 минути.

3.6.4. Статистичка обработка на податоците

За обработка на добиените податоци од истражувањето најпрво беше пресметана дескриптивна статистика за варијаблите (аритметичка средина, медијана, мод, највисока вредност и најниска вредност), а за тестирање на хипотезата беше употребена линеарна корелација, со примена на Пирсоновиот коефициент на корелација. На тој начин беше утврдена поврзаноста помеѓу двете варијабли (самодоверба и анксиозност) и кое е нивото на значајност на нивната поврзаност.

Резултатите беа статистички обработени со примена на програмите Microsoft Excel и IMB SPSS Statistics.

3.6.5. Анализа и интерпретација на резултатите од дескриптивна статистика

Во следните табели подолу се прикажани добиените резултати од дескриптивната статистика, поделени во посебни табели и групи на испитаници во однос на различните варијабли во истражувањето.

Табела 1: Резултати од дескриптивна статистика на испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност од вкупниот број на испитаници

Table 1: Results from descriptive statistics of the variables self-esteem and anxiety on the total number of participants

варијабла	аритм. Ср	SD	модус	медијана	MAX	MIN
самодоверба	22,01	4,51	20	22	30	8
анксиозност	85.41	22,45	83	82	144	50

Од резултатите прикажани во табелата погоре, од вкупниот број на испитаници во истражувањето, аритметичката средина од добиените вредности од Скалата за проценка на самодоверба по Розенберг изнесува 22,01; стандардната девијација е со вредност 4,51; модус е 20, медијана 22, најголемата добиена вредност е 30, додека најмалата добиена вредност за нивото на самодоверба од вкупниот број на испитаниците во истражувањето е 8.

Според добиените резултати од истражувањето, од вкупниот број на испитаници во однос на втората испитувана варијабла (анксиозност), аритметичката средина изнесува 85,41; стандардното отстапување е 22,45; модус е 83; медијана е со вредност 82, најголема вредност добиена од скалата проценка на анксиозност (STAI) е 144, а најмала добиена вредност кај испитаниците од ова истражување е 50.

Во табелите кои следуваат во продолжение се прикажани резултати од дескриптивна статистика од испитаниците поделени во групи, во однос на нивната возраст, пол, завршено образование и брачен статус.

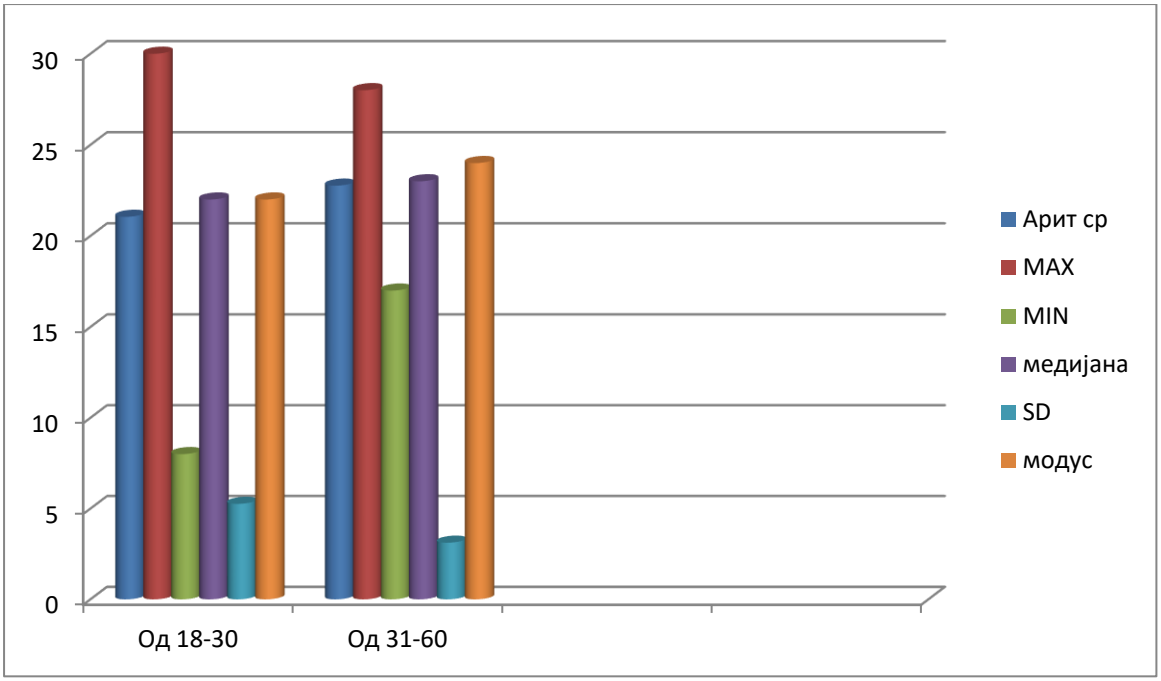
Табела 2: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата самодоверба, споредба меѓу две групи на испитаници во однос на возраст

Table 2: Results from descriptive statistics of the variable self-esteem comparison between two groups of participants by their age

Возраст	Арит. ср.	MAX	MIN	медијана	SD	модус
Од 18-30	21,05	30	8	22	5,26	22
Од 31-60	22,76	28	17	23	3,12	24

Кај испитаниците на возраст од 18 до 30 години, аритметичката средина од добиените вредности при пресметување на резултатите за проценка на нивото на самодоверба изнесува 21,05; најголемата добиена вредност е 30, а најмалата е 8. Најчесто застапен скор кај испитаниците од оваа група е 22, медијана е исто 22, а стандардната девијација е со вредност од 5,26.

Кај испитаниците на возраст од 31 до 60 години, аритметичката средина од вредностите добиени од скалата за проценка на самодоверба изнесува 22,76; највисокиот скор е 30, најмалиот скор е 17, модус 24, медијана е со вредност 23, а стандардната девијација е со вредност 3,12. Резултатите се прикажани графички во графикон 5 подолу.



Графикон 5: Графички приказ на резултати од дескриптивна статистика за варијаблата самодоверба, споредба меѓу две групи на испитаници во однос на возраст

Chart 5: Graphic view of results from descriptive statistics of the variable self-esteem comparison between two groups of participants by their age

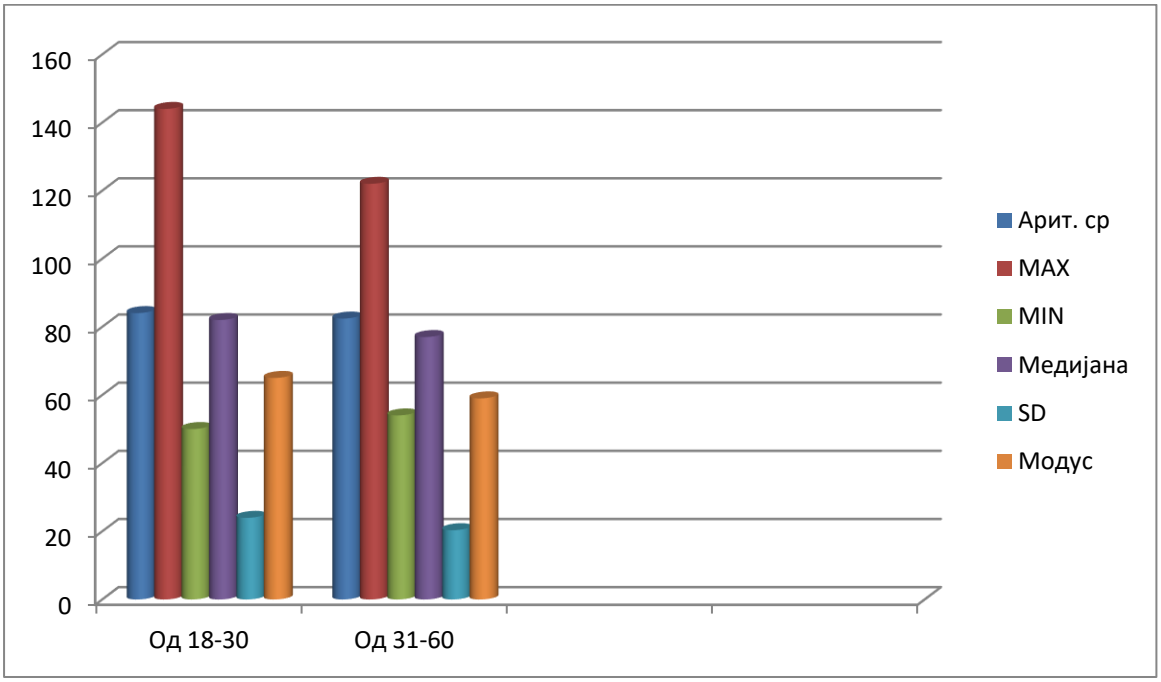
Табела 3: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата анксиозност, споредба меѓу две групи на испитаници во однос на возраст

Table 3: Results from descriptive statistics of the variable anxiety, comparison between two groups of participants by their age

Возраст	Арит. ср	MAX	MIN	Медијана	SD	Модус
Од 18-30	84,03	144	50	82	23,95	65
Од 31-60	82,42	122	54	77	20,32	59

Испитаниците, кои се на возраст од 18 до 30 години, ги покажаа следниве вредности во однос на испитуваната варијабла *ниво на анксиозност*: аритметичка средина 84,03; највисок скор на скалата за проценка на нивото на анксиозност изнесува 144, најнизок 50; медијана 82; стандардна девијација со вредност 23,95 и модус 65.

Втората група на испитаници на возраст од 31 до 60 години ги покажа следните вредности од дескриптивната статистика за испитуваната варијабла *анксиозност*: аритметичка средина 82,42; највисок скор 122; најмала вредност на скор 54; медијана 77; стандардна девијација 20,32 и скор со најчеста појава или модус 59. Вредностите се прикажани во табела 3 и графички во графикон 6 подолу.



Графикон 6: Графички приказ на резултати од дескриптивна статистика за варијаблата анксиозност, споредба меѓу две групи на испитаници во однос на возраст

Chart 6: Graphic view of results from descriptive statistics of the variable anxiety, comparison between two groups of participants by their age

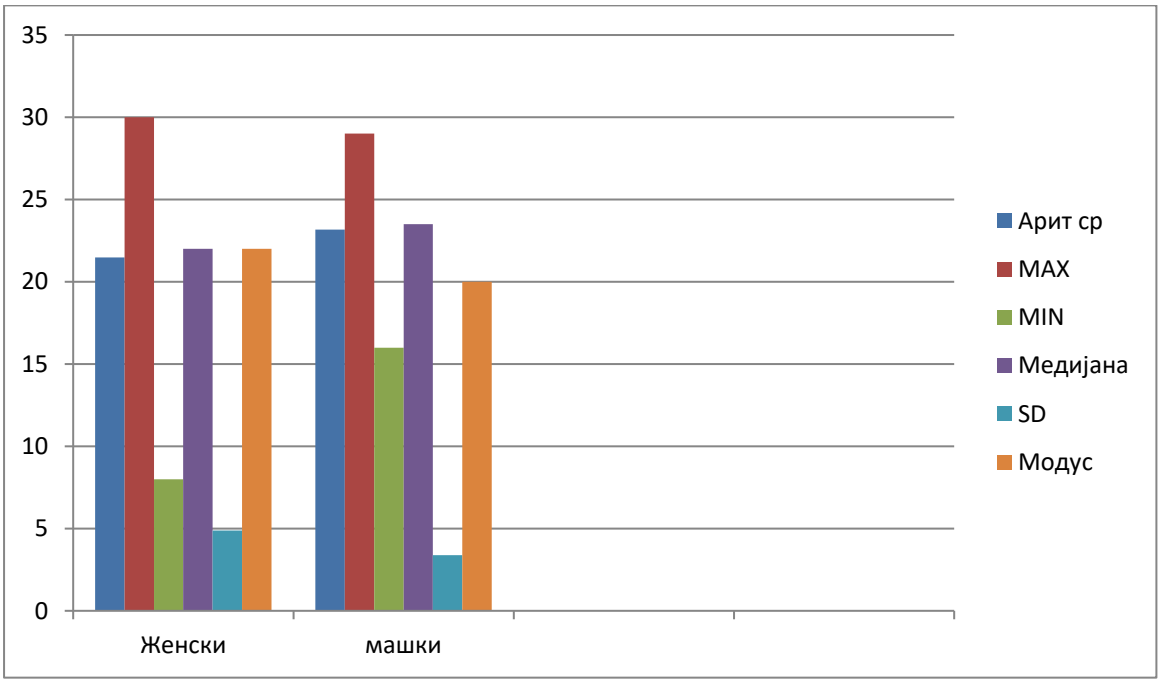
Табела 4: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата самодоверба, споредба меѓу две групи на испитаници во однос на пол

Table 4: Results from descriptive statistics of the variable self-esteem, comparison between two groups of participants by gender

Пол	Арит. ср	MAX	MIN	Медијана	SD	Модус
Женски	21,48	30	8	22	4,89	22
машки	23,18	29	16	23,5	3,39	20

Во однос на полот, вредностите кои беа добиени за испитуваната варијабла (ниво на самодоверба) се следините: кај припадниците од женски пол аритметичката средина е 21,48; највисок добиен скор е 30; најниска вредност 8; медијана 22 а модус 22. Стандардната девијација кај жените е со вредност 4,89.

Кај припадниците од машки пол, аритметичката средина од добиените вредности за степенот на самодоверба е 23,18; највисок скор е 29; најнизок скор 16, медијана 23,5; скор со најчеста појава или модус е 20. Стандардната девијација кај испитаниците од машки пол е 3,39. Резултатите се прикажани во табела 4 и графички во графикон 7 подолу.



Графикон 7: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата самодоверба, споредба меѓу две групи на испитаници во однос на пол

Chart 7: Results from descriptive statistics of the variable self- esteem, comparison between two groups of participants by gender

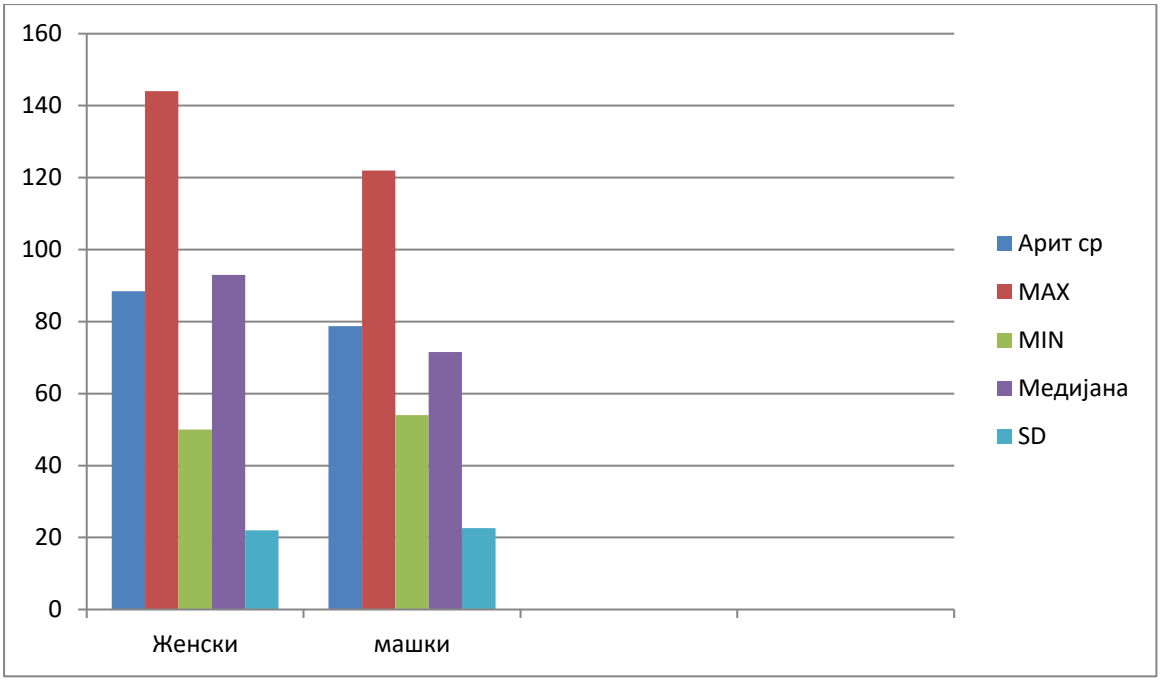
Табела 5: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата анксиозност, споредба меѓу две групи на испитаници во однос на пол

Table 5: Results from descriptive statistics of the variable anxiety, comparison between two groups of participants by gender

Пол	Арит. ср	MAX	MIN	Медијана	SD	Модус
Женски	88,45	144	50	93	22,03	65 и 103
машки	78,75	122	54	71,5	22,61	83

Вредностите кои беа добиени за испитуваната варијабла *анксиозност,* според поделбата по пол на испитаниците, се следините: кај припадниците од женски пол аритметичката средина е 88,45; највисок скор добиен е 144; најниска вредност 50; медијана 93 а модус 65 и 103. Стандардната девијација кај жените е со вредност 22,03.

Кај припадниците од машки пол, аритметичката средина од добиените вредности за степенот на самодоверба е 78,75; највисок скор е 122; најнизок скор 54, медијана 71,5; скор со најчеста појава или модус е 83. Стандардната девијација кај испитаниците од машки пол е 22,61. Резултатите се прикажани во табела 5 и графички во графикон 8 подолу.



Графикон 8: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата анксиозност, споредба меѓу две групи на испитаници во однос на пол

Chart 8: Results from descriptive statistics of the variable anxiety, comparison between two groups of participants by gender

Табела 6: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата самодоверба, споредба меѓу три групи на испитаници во однос на завршено образование

Table 6: Results from descriptive statistics of the variable self- esteem, comparison among three groups of participants by their education

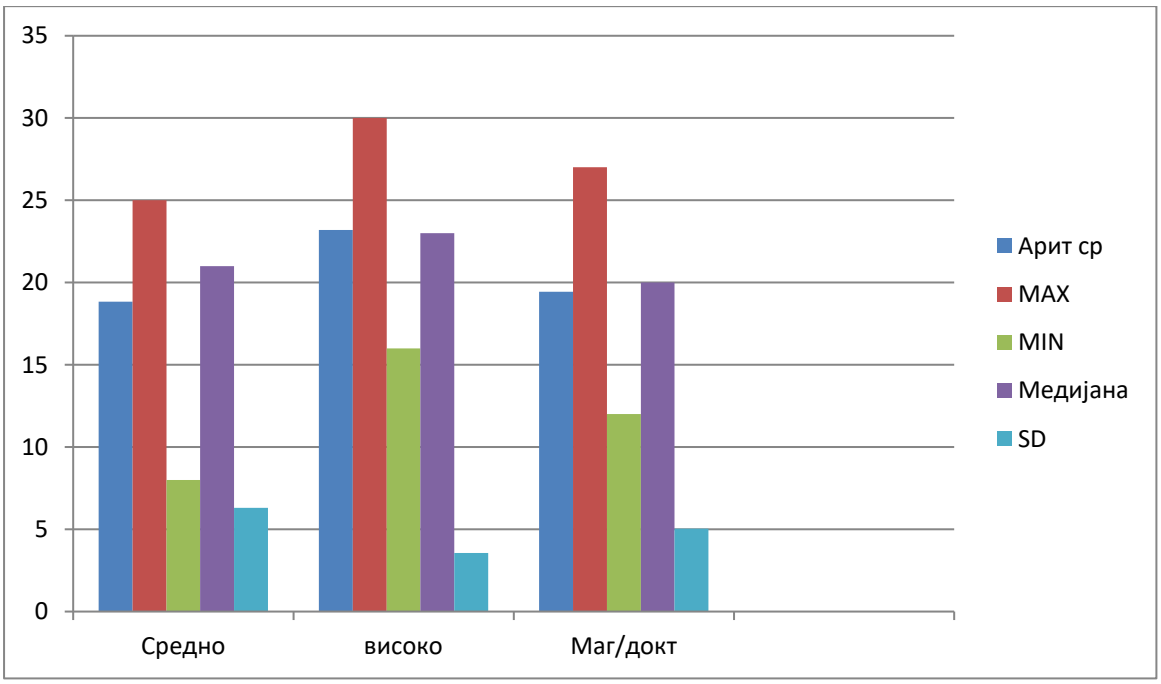
Завршено образование	Арит. ср	MAX	MIN	Медијана	SD	Модус
Средно	18,83	25	8	21	6,30	/
Високо	23,19	30	16	23	3,56	22 и 24
Маг/докт	19,44	27	12	20	5,05	12 и 20

Испитаниците беа поделени во 3 групи во однос на завршено образование, при што добиените вредности од дескриптивната статистика од проценката по скалата за самодоверба кај испитаниците се следни:

Испитаниците со завршено средно образование имаат просечна вредност скор на скалата за проценка на самодоверба од 18,83; највисока добиена вредност е 25; најниска вредност 8; медијана е 21, модус не постои во оваа група на испитаници, а стандардната девијација е со вредност од 6,30.

Испитаниците со завршено високо образование ги покажаа следните вредности на скалата за проценка на самодоверба: аритметичка средина 23,19; максимален скор 30; минимален скор 16; медијана 23, и два модуси 22 и 24, а стандардна девијација 3,56.

Третата група на испитаници со завршени магистерски или докторски студии покажа вредност од: 19,44 на аритметичка средина; 27 највисок скор, 12 најмал скор, медијана со вредност 20, модуси 12 и 20 и стандардна девијација со 5,05, од добиените резултати од испитуваната варијабла *степен на самодоверба* според Скалата за проценка на самодоверба по Розенберг. Добиените резултати се покажани во табела 6 и графикон 9 подолу.



Графикон 9: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата самодоверба, споредба меѓу три групи на испитаници во однос на завршено образование

Chart 9: Results from descriptive statistics of the variable self- esteem, comparison among three groups of participants by their education

Табела 7: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата анксиозност, споредба меѓу три групи на испитаници во однос на завршено образование

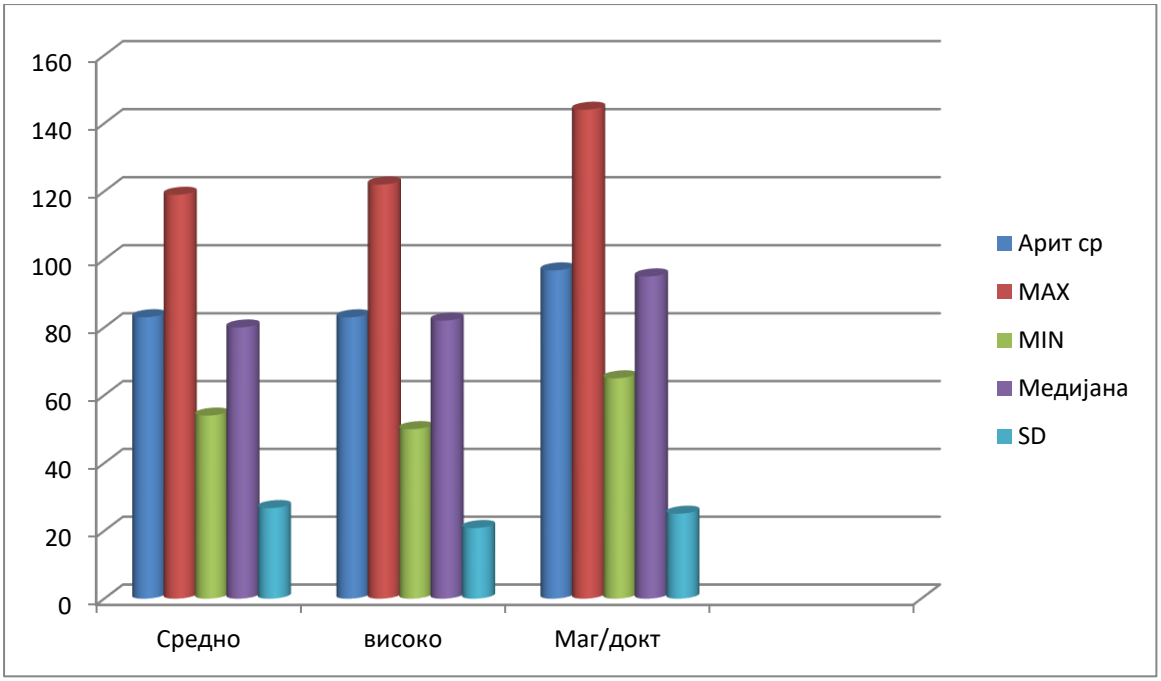
Table 7: Results from descriptive statistics of the variable anxiety, comparison among three groups of participants by their education

Завршено образование	Арит. ср	MAX	MIN	Медијана	SD	Модус
Средно	83	119	54	80	26,73	/
високо	82,97	122	50	82	20,83	83
Маг/докт	96,77	144	65	95	25,06	/

Испитаниците со завршено средно образование имаат аритметичка средина од вредностите на скалата за проценка на анксиозност од 83; највисока добиена вредност е 119; најнизок скор 54; медијана е 80, модус не постои во оваа група на испитаници, а стандардната девијација е 26,73.

Испитаниците со завршено високо образование ги покажаа следните вредности на Скалата за проценка на ниво на анксиозност: аритметичка средина 82,97; максимален скор 122; минимален скор 50; медијана со вредност 82, најчесто застапен скор во овој примерок (модус) е 83, а стандардната девијација е 20,83.

Третата група на испитаници со завршени магистерски или докторски студии покажа вредности од: 96,77 на аритметичка средина; 144 највисок скор, 65 најмал скор, медијана со вредност 95, а модус не постои во овој примерок на испитаници. Стандардната девијација е со вредност 25,06 од добиените резултати од испитуваната варијабла *степен на анксиозност* според Скалата за проценка на анксиозност. Добиените резултати се покажани во табела 7 и графикон 10 подолу.



Графикон 10: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата анксиозност, споредба меѓу три групи на испитаници во однос на завршено образование

Chart 10: Results from descriptive statistics of the variable anxiety, comparison among three groups of participants by their education

Табела 8: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата самодоверба, споредба меѓу три групи на испитаници во однос на брачен статус

Table 8: Results from descriptive statistics of the variable self-esteem, comparison among three groups of participants by their marital status

Брачен статус	Арит. ср	MAX	MIN	Медијана	SD	Модус
Сам/а	19,78	25	8	20	4,61	20 и 24
Во брак	24,47	30	18	25	3,41	28
Во врска	22,06	29	12	22	4,25	22

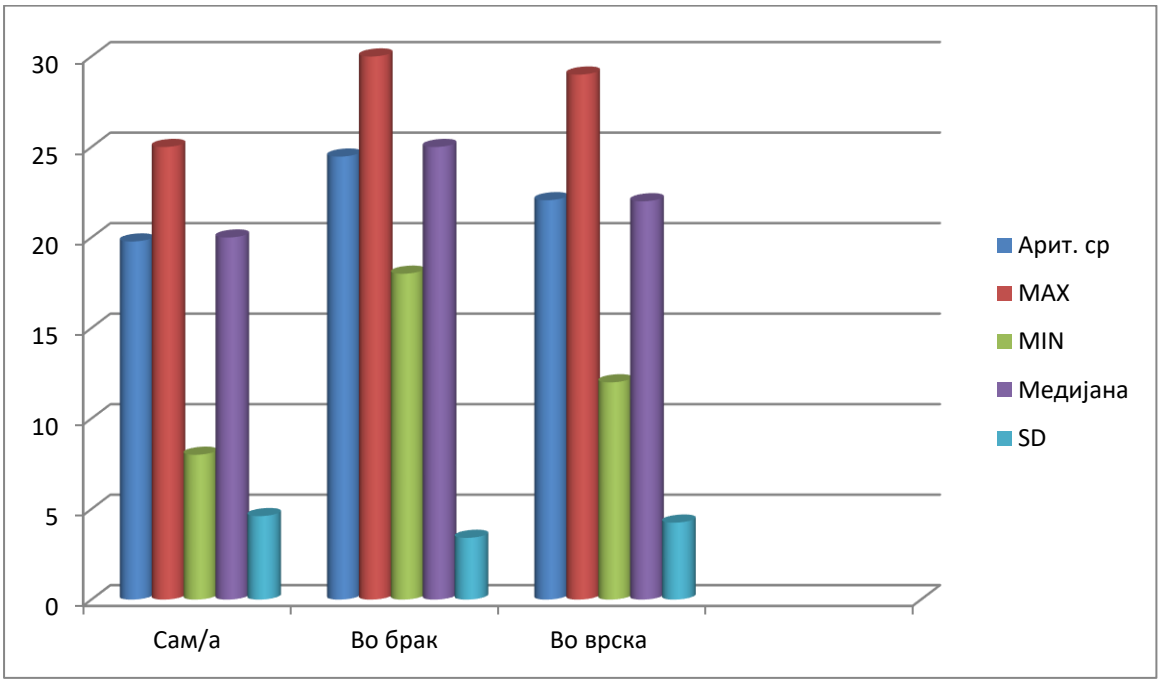
Според брачниот статус, испитаниците беа поделени во 3 групи. Добиените вредности од испитуваната варијабла *самодоверба,* со помош на Скалата за проценка на степенот на самодоверба по Розенберг, се следни:

Испитаниците кои се слободни покажаа просечна вредност од скорот за самодоверба со 19,78; максимална вредност 25; најниска добиена вредност е 8, медијана 20, модуси во оваа група на испитаници има два и тоа 20 и 24. Стандардната девијација кај испитаниците од оваа категорија е со вредност 4,61 .

Испитаниците во брак покажаа вредност на аритметичка средина од 24,47; највисок скор на скалата за проценка на самодоверба е 30; најнизок скор 18; медијана 25, модус 28, а стандардната девијација е 3,41.

Од третата категорија на испитаници (во врска) беа добиени следните вредности: аритметичка средина 22,06; највисок скор 29; најниска вредност на скор 12, медијана 22 а воедно и најчесто застапен скор кај испитаниците од оваа грпупа (модус) е 22. Стандардната девијација е со вредност од 4,25.

Резултатите се прикажани во табела 8 и графички во графикон 11 во продолжение.



Графикон 11: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата самодоверба, споредба меѓу три групи на испитаници во однос на брачен статус

Chart 11: Results from descriptive statistics of the variable self - esteem, comparison among three groups of participants by their marital status

Табела 9: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата анксиозност, споредба меѓу три групи на испитаници во однос на брачен статус

Table 9: Results from descriptive statistics of the variable anxiety, comparison among three groups of participants by their marital status

Брачен статус	Арит. ср	MAX	MIN	Медијана	SD	Модус
Сам/а	94,42	119	54	102	21,55	54,102 и 119
Во брак	75,58	118	50	68	18,58	65 и 78
Во врска	85,13	144	56	83	24,11	83

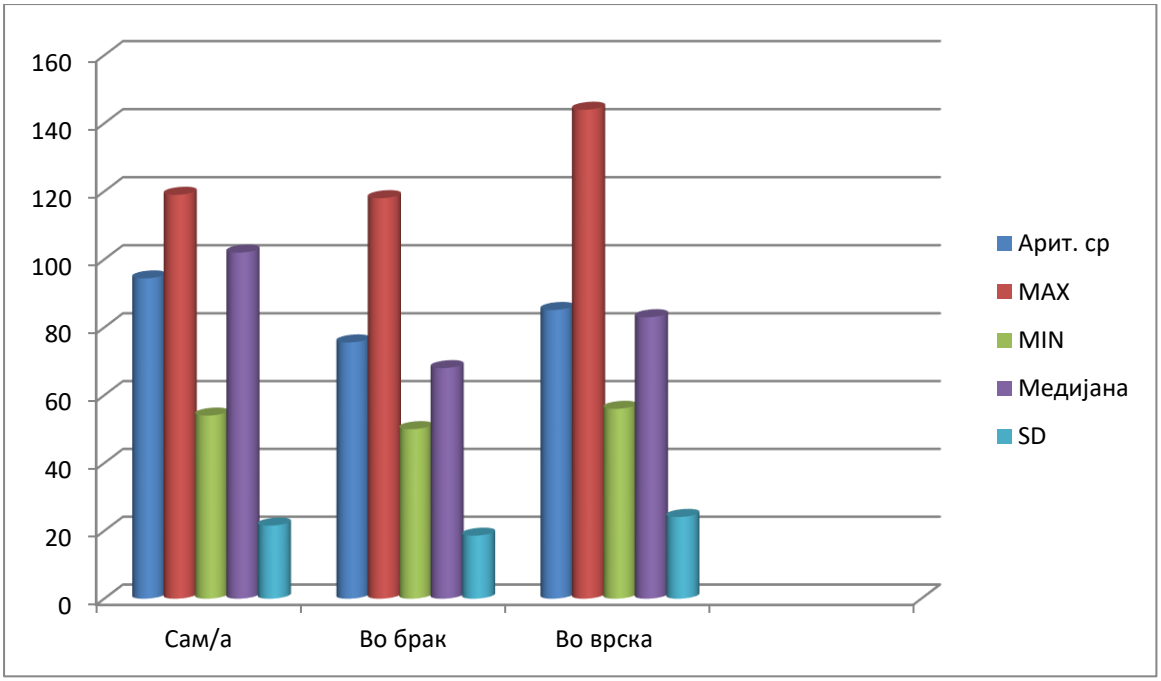
Во однос на испитуваната варијабла *анксиозност,* од добиените резултати од Скалата за проценка на степенот на анксиозност беа добиени следните вредности кај испитаниците:

Испитаниците кои се изјасниле како слободни имаат просечна вредност од скорот за анксиозност 94,42; максимална добиена вредност е 119; најниска добиена вредност е 54, медијана 102, а модуси во оваа група на испитаници има повеќе и тоа 54,102 и 119. Стандардната девијација кај испитаниците од оваа категорија е 21,55.

Испитаниците кои се во брак покажаа вредност на аритметичка средина од 75,58; највисок скор на скалата за проценка на степенот на анксиозност 118; најнизок скор 50; медијана 68, модуси се два (65 и 78), а стандардната девијација е со вредност од 18,58.

Од третата категорија на испитаници со статус во врска, беа добиени следните вредности: аритметичка средина 85,13; највисок скор 144; најниска вреднос на скор 56, медијана 83, а исто така и најчесто застапен скор кај испитаниците од оваа група (модус) е 83. Стандардната девијација е со вредност од 24,11.

Добиените резултати се прикажани во табела 9 и графикон 12 подолу.



Графикон 12: Резултати од дескриптивна статистика за варијаблата анксиозност, споредба меѓу три групи на испитаници во однос на брачен статус

Chart 12: Results from descriptive statistics of the variable anxiety, comparison among three groups of participants by their marital status

3.6.6. Анализа и интерпретација на резултатите од линеарна корелација

Од добиените резултати од линеарната корелација помеѓу испитуваните варијабли *анксиозност* и *самодоверба* кај вкупниот број на испитаници, можеме да заклучиме дека корелацијата помеѓу овие две варијабли во испитуваниот примерок на испитаници е статистички значајна, при што корелацијата е позитивна, а коефициентот на корелација е со вредност $r(51)= 0,592$; ($p<0,01$).

Оттука може да се заклучи дека почетната хипотеза којашто беше поставена на почетокот на истражувањето, која гласи: „*Со зголемување на нивото на самодоверба, се намалува степенот на анксиозност кај луѓето во град Штип, Република Северна Македонија*“ се отфрла и може да се каже дека „*Со зголемување на нивото на самодоверба, се зголемува и степенот на анксиозност кај луѓето во град Штип, Република Северна Македонија“*.

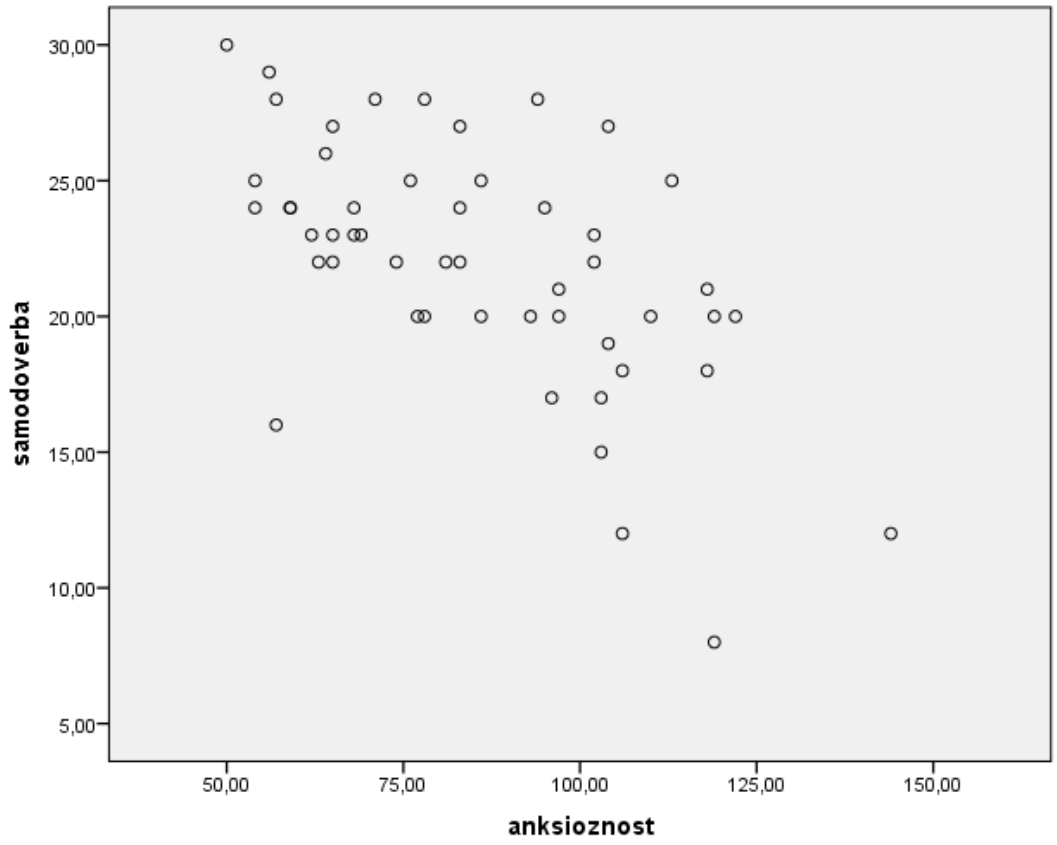
Во табела 10 и графикон 13 во продолжение се прикажани резултатите од линеарната корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност, со употреба на Пирсоновиот коефициент на корелација.

Табела 10: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај вкупниот број на испитаници, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 10: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in the total number of participants, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,592)**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	51	51
anksioznost	Pearson Correlation	(,592)**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Графикон 13: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај вкупниот број на испитаници

Chart 13: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in total number of participants

Во однос на возраста, испитаниците беа поделени во две групи од 18 до 30 години и од 31 до 60 години. Во првата група на испитаници резултатите од линеарната корелација од споредбата помеѓу испитуваните варијабли *самодоверба* и *анксиозност* покажаа статистички значајна позитивна корелација на ниво од 0,01 со вредност r(30)=0,626, (p<0,01). Ова укажува дека кај испитаниците од истражувањето на возраст од 18 до 30 години зголемувањето на нивото на самодоверба го зголемува и степенот на анксиозност.

Резултатите од линеарната корелација кај оваа група на испитаници се прикажани во табела 11 подолу.

Табела 11: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај испитаници на возраст од 18 до 30 години, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 11: Results from linear correlation between the examined variables Self–esteem and anxiety in participants aged 18 to 30 years, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,626)**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	30	30
anksioznost	Pearson Correlation	(,626)**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Кај втората група на испитаници на возраст од 31 до 60 години беше добиена корелација која е статистички значајна на ниво 0,05 со вредност $r(21)=0,497$, ($p<0,05$), што значи дека со зголемување на нивото на самодоверба кај испитаниците на оваа возраст, се покачува и нивото на анксиозност. Резултатите од линеарната корелација се прикажани во табела 12 во продолжение.

Табела 12: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај испитаници на возраст од 31 до 60 години, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 12: Results from linear correlation between the examined variables Self–esteem and anxiety in participants aged 31 to 60 years, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,497)*
	Sig. (2-tailed)		,022
	N	21	21
anksioznost	Pearson Correlation	(,497)*	1
	Sig. (2-tailed)	,022	
	N	21	21

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Кај испитаниците од женски пол, резултатите од линеарната корелација покажаа позитивна корелација помеѓу испитуваните варијабли *самодоверба* и *анксиозност* со статистичка значајност ($p<0,01$) со вредност $r(35)=0,671$; ($p<0,01$), што покажува позитивна корелација, или поточно со зголемување на нивото на самодоверба, се зголемува и нивото на анксиозност кај испитаниците од женски пол во истражувањето.

Резултатите од корелацијата се прикажани во табела 13 подолу.

Табела 13: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај жени, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 13: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in female participants, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,671)**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	35	35
anksioznost	Pearson Correlation	(,671)**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	35	35

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Кај машките испитаници не е добиена статистички значајна корелација, r(16)=0,312; што означува дека поврзаноста помеѓу испитуваните варијабли *самодоверба* и *анксиозност* кај овој испитуван примерок не е статистички значајна. Резултатите се прикажани во табела 14 подолу.

Табела 14: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај мажи, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 14: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in male participants, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,312)
	Sig. (2-tailed)		,240
	N	16	16
anksioznost	Pearson Correlation	(,312)	1
	Sig. (2-tailed)	,240	
	N	16	16

Добиените резултати од испитаниците кои се студенти, покажаа позитивна статистички значајна корелација помеѓу степенот на самодоверба и степенот на анксиозност кај оваа категорија на испитаници r(6)=0,925 со статистичка значајност (p<0,01), што значи дека со зголемување на нивото на самодоверба, се зголемува и степенот на анксиозност кај оваа група на испитаници. Резултатите се прикажани во табела 15 во продолжение.

Табела 15: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај студенти, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 15: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in students of participants, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,925)**
	Sig. (2-tailed)		,008
	N	6	6
anksioznost	Pearson Correlation	(,925)**	1
	Sig. (2-tailed)	,008	
	N	6	6

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Од добиените резултати од испитаниците кои имаат завршено високо образование е добиена позитивна статистички значајна корелација, со ниво на значајност (p<0,05) помеѓу испитуваните варијабли *степен на самодоверба* и *ниво на анксиозност*, со вредности r(36)=0,416; (p<0,05). Резултатите од линеарната корелација со употреба на Пирсоновиот коефициент на корелација се прикажани во табела 16 подолу.

Табела 16: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај испитаници со високо образование, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 16: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in participants with a university degree, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,416)*
	Sig. (2-tailed)		,012
	N	36	36
anksioznost	Pearson Correlation	(,416)*	1
	Sig. (2-tailed)	,012	
	N	36	36

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Кај испитаниците со завршени постдипломски студии беше добиена позитивна корелација помеѓу степенот на самодоверба и нивото на анксиозност, со вредност $r(9)=0,807$; ($p<0,01$), што означува дека корелацијата кај ова категорија на испитаници е со висока статистичка значајност ($p<0,01$). Резултатите од линеарната корелација со Пирсонов коефициент се прикажани во табела 17.

Табела 17: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај испитаници со постдипломски студии, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 17: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in participants with a postgraduate degree, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,807)**
	Sig. (2-tailed)		,009
	N	9	9
anksioznost	Pearson Correlation	(,807)**	1
	Sig. (2-tailed)	,009	
	N	9	9

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Во однос на категоријата брачен статус, беа добиени следните линеарни корелации кај три групи испитаници. Кај испитаниците кои се изјасниле како слободни е добиена позитивна корелација помеѓу испитуваните варијабли (*ниво на самодоверба* и *ниво на анксиозност*) со вредности r(19)=0,398; која не е статистички значајна. Корелацијата со употреба на Пирсонов коефициент е прикажана во табела 18 во продолжение.

Табела 18: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај испитаници кои не се во врска, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 18: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in single participants, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,398)
	Sig. (2-tailed)		,091
	N	19	19
anksioznost	Pearson Correlation	(,398)	1
	Sig. (2-tailed)	,091	
	N	19	19

Кај испитаниците кои се во врска, беше добиена позитивна линеарна корелација помеѓу варијаблите *самодоверба* и *анксиозност*, со статистичка значајност ($p<0,01$) со вредност $r(15)=0,704$; ($p<0,01$), што укажува дека кај оваа група на испитаници со зголемување на степенот на самодоверба, значително се зголемува и степенот на анксиозност. Резултатите од линеарната корелација се прикажани подолу во табела 19.

Табела 19: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај испитаници кои се во врска, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 19: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in participants in relationship, using Pearson's coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,704)**
	Sig. (2-tailed)		,003
	N	15	15
anksioznost	Pearson Correlation	(,704)**	1
	Sig. (2-tailed)	,003	
	N	15	15

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Од резултатите кај испитаниците кои се во брак, е добиена позитивна линеарна корелација која не е статистички значајна r(17)=0,478; што значи дека кај оваа група на испитаници со зголемување на нивото на самодоверба, се зголемува и нивото на анксиозност, но не во доволен степен кој би бил статистички значаен. Резултатите од линеарната корелација се изнесени во табела 20 во продолжение.

Табела 20: Резултати од линеарна корелација помеѓу испитуваните варијабли самодоверба и анксиозност кај испитаници кои се во брак, прикажано со Пирсоновиот коефициент на корелација

Table 20: Results from linear correlation between the examinated variables Self–esteem and anxiety in married participants, using Pearson’s coefficient of correlation

		samodoverba	anksioznost
samodoverba	Pearson Correlation	1	(,478)
	Sig. (2-tailed)		,052
	N	17	17
anksioznost	Pearson Correlation	(,478)	1
	Sig. (2-tailed)	,052	
	N	17	17

4. Дискусија

Истражувањата кои обработуваат теми од областа на самодовербата и анксиозноста, се од особено значење за повеќе области, како во психологијата, така и во други насоки, со оглед на тоа дека се справуваме со секојдневен забрзан тек и развој на начинот на живеење. Самодовербата како значаен дел од личноста кај секоја индивидуа, сè уште не е доволно истражена и простудирана, па и научните истражувања кои се направени на оваа тематика се ограничени. Покрај тоа, во однос на зголемениот степен на анксиозност кој веќе почна да станува сè почеста појава кај многу индивидуи на секоја возраст, од големо значење би било доколку се прават научно-истражувачки напори да се откријат причините кои влијаат на таквата појава, а со тоа и да се пронајдат алтернативни навики, или да се внесат промени во секојдневниот живот, со што би се превенирало или намалило нивото на анксиозноста кај луѓето. Истражувањата кои се насочени кон одговарање на прашања од овој вид, исто така се и од големо медицинско значење, бидејќи се идентификуваат причините за појавата на анксиозноста, а воедно и би можело да се предвиди текот на таквата појава и да се пронајде начин како да се превенира нејзиното појавување. Или пак, во друг случај да се превенира прогресирањето на појавата на анксиозност да премине во други посериозни анксиозни растројства или во друг тип на ментално нарушување.

Од резултатите од спроведеното истражување ние добивме увид за моменталната состојба на степенот на самодоверба и нивото на анксиозност кај населението од градот Штип, максималните и минималните вредности за испитуваните појави како и стандардната девијација. Линеарната корелација од вкупниот број на испитаници, која беше добиена помеѓу испитуваните варијабли *ниво на самодоверба* и *степен на анксиозност* беше позитивна со статистичка значајност ($p<0,01$), односно со зголемување на степенот на самодоверба се зголемува и нивото на анксиозност кај испитаниците. Во споредба со резултатите од другите истражувања на оваа тема, кај истражувањето спроведено од Sevim Mustafa и Erica Melonashi, кое било направено во Косово и Албанија, резултатите од употребата на Скалата за проценка на степенот на самодоверба покажале просечна вредност од (22.31) кај испитаниците од Албанија и (23.58) кај испитаниците од Косово. Додека во однос на нивото на самодоверба, 6.3%

(Албанија) и 1.6% (Косово) добиле резултати на ниска самодоверба. Во однос на нивото на самодоверба и полот, не биле добиени значителни разлики. Исто така, не биле добиени значителни разлики во нивото на анксиозноста во однос на нивото на самодоверба. Од добиените резултати за степенот на анксиозност, просечната вредност била (37.77) кај испитаниците од Албанија, а (45.24) кај испитаниците од Косово. 14.3 % (Албанија) и 32.3% (Косово) од испитаниците покажале присуство на благ или умерен степен на анксиозност, а само 8 испитаници или 12.9% од Косово покажале значително големо ниво на анксиозност. Во однос на полот, кај нашите испитаници од женски пол просечното ниво на самодоверба е во граници на нормалата (21,48), додека кај испитаниците од машки пол е исто така во нормалните граници, но со малку поголема вредност (23,18). Просечното ниво на анксиозност кај испитаниците од женскиот пол е со вредност од (88,45), а кај испитаниците од машки пол е со значително пониска вредност (78,75). Додека кај испитаниците од истражувањето од Sevim Mustafa и Erica Melonashi во примерокот од испитаниците од Албанија било добиено значително разлика во однос на полот и нивото на анксиозност, со поголема вредност кај припадниците на женскиот пол (39) а мажите (20). Исто така, биле добиени и разлики помеѓу нивото на анксиозност кај припадниците со ниско ниво на самодоверба само во албанскиот примерок на испитаници (45). Од анализата на корелацијата помеѓу двете варијабли, биле добиени значителни корелации помеѓу анксиозноста и полот (r=256, p<000), возраста (r=317, p<011) и самодовербата (r=-315, p<015), но само во примерокот од албанските испитаници. Анксиозноста не покажала никаква значителна корелација со ниедна од варијаблите во примерокот од Косово.

Во друго истражување спроведено во Атина, Грција, од страна на Evangelos Papageorgiou, Sofia Ntemsia и Sofia Triadafyllidoum, од добиените резултати било забележано значително повисоко ниво на анксиозност кај испитаниците од женскиот пол со вредност (45.11), а кај машките (43.06) со ниво (p<0.001). Во однос на самодовербата кај женските испитаници бил добиен помал степен на самодоверба (28.79) во однос на добиените резултати од испитаниците од машки пол (29.65), додека сите вкупно испитаници покажале резултати на значително негативна корелација помеѓу нивото на самодоверба и степенот на анксиозност. Што се однесува до возраста не била пронајдена статистички значајна разлика во однос на нивото на самодовербата и годините на испитаниците. Во однос на испитуваните варијабли *самодоверба* и *анксиозност*, корелацијата била негативна и кај машките и кај женските испитаници,

додека во нашето истражување корелацијата помеѓу двете варијабли беше позитивна кај испитаниците од двата пола. Доколку се земе предвид дека испитаниците од машки пол беа само 16, што е начително помал примерок од жените (35), не би можело да се направи целосно веродостојна споредба помеѓу половите.

Во истражувањето спроведено од страна на Ali Fathi-Ashtiani**,** Javad Ejei**,** Mohammad-Karim Khodapanahi**,** Hamid Tarkhorani, во однос на корелацијата помеѓу нивото на самодоверба и нивото на анксиозност била добиена значителна негативна корелација ($p<0.01$), што значи дека ако е поголемо нивото на самодовербата, тогаш е помало нивото на анксиозност кај испитаниците, што е спротивно од добиените резултати од нашето истражување. Додека пак, од резултатите од истражувањето на Seyed Mohammad Karim Afzali и Maryam Yavari Kermani, спроведено во Иран, било заклучено дека постои статистички сигнификантна поврзаност помеѓу анксиозноста и самодовербата кај студентите ($P<0.000$), со што бил донесен заклучок дека колку е поголемо нивото на самодоверба кај испитаниците, било помало нивото на анксиозност и обратно. Исто така, од добиените резултати било заклучено дека не постои статистички значајна разлика помеѓу нивото на самодоверба кај машките и женските испитаници, додека во однос на нивото на анксиозност, била добиена статистичка значајна разлика во однос на полот со ($P<0.05$), при што било заклучено дека испитаниците од женскиот пол имаат поголем степен на анксиозност (11.17) во однос на машките испитаници (16.15), што е слично на добиените резултати од нашето истражување. Со слична цел да се испита поврзаноста помеѓу нивото на самодоверба и анксиозност било спроведено и истражувањето на Filipe Amorim и Geraldine Lam, притоа од резултатите кои биле добиени, просечната вредност за самодоверба кај испитаниците од Европа изнесувала (21.57), додека кај испитаниците од Азија била (18.68). Во однос на другата варијабла *анксиозност*, резултатот од испитаниците од Европа просечно изнесувал (11.77), а кај испитаниците од Азија (13.71), од што била потврдена првата хипотеза дека испитаниците со потекло од Азија имаат пониско ниво на самодоверба во однос на испитаниците од Европа. Во споредба со добиените вредности кај нашите испитаници, овие вредности се значително пониски во споредба со нивото на самодоверба кај испитаниците од нашето истражување од градот Штип.

Што се однесува до образованието и нивото на самодоверба кај нашите испитаници, во сите категории просечното ниво на самодоверба е во нормалните

граници, кај испитаниците кои се студенти е добиена најниска просечна вредност, а кај испитаниците со завршено високо образование е со најголема средна вредност од оваа категорија. Кај студентите нивото на анксиозност е со просечна нормална вредност, а кај испитаниците со завршено високо образование е со малку пониска вредност, додека степенот на анксиозност кај испитаниците со завршени постдипломски студии е највисок во оваа категорија. Резултатите од поделбата според категоријата брачен статус, покажаа највисоко ниво на самодоверба кај испитаниците кои се во брак, а најниска просечна вредност на степенот на самодоверба од оваа категорија е добиен кај испитаниците кои се слободни. Нивото на анксиозност по оваа поделба на испитаниците е највисоко кај слободните испитаници, а најнизок степен на анксиозност е добиен кај испитаниците кои се во брачна заедница, што укажува дека брачниот статус има големо влијание врз нивото на самодоверба и анксиозност.

Покрај вложениот голем напор за прецизно и коректно спроведување на сите сегменти од ова истражување и од добиените резултати од истото, би требало да бидат земени предвид и неколку околни фактори кои се од голема значајност и имаат влијание врз целокупната изведба и финалниот резултат од ова истражување, покрај тоа што тие не беа вклучени при пополнувањето на анкетните листови од страна на испитаниците. Во овој дел би можеле да се споменат: моменталната психофизичка состојба на испитаниците; сензитивноста на скалите за проценка на испитуваните варијабли (степен на самодоверба и степен на анксиозност); личниот став кон испитуваните варијабли и валидноста (искреноста) на дадените одговори од страна на испитаниците; моменталната состојба и односите во фамилијата во која живеат испитаниците; бројот на опфатени испитаници; финансиска состојба и работен однос на испитаниците и многу други.

Големо влијание врз добиените резултати од истражувањето има моменталната состојба на испитаниците, во која тие биле додека ги пополнувале анкетните листови. Овде спаѓаат прашањата: дали испитаниците имале други психички нарушувања или симптоми на некои состојби; дали биле под зголемен стрес, или пак, во период на зголемени барања од околината; каква е соматската здравствена состојба на испитаниците; дали во периодот страдале од некое физичко заболување, или пак, се справуваат со хронични состојби на некои телесни болести. Овие се неколку фактори кои би можеле да влијаат врз дадените одговори во прашалниците. Посебно може да се нагласи како влијателен фактор присуството на дополнителен стрес и оптеретување кај

испитаниците поради фактот дека се наоѓаат во тек на епидемија што се случува во светски рамки, која за секој поединец има различно значење и ниво на опасност, при што секој човек ја доживува на индивидуален и различен начин од останатите, па со оглед на тоа и не може прецизно да се дефинира дали, на кој начин и до колку овој фактор би имал влијание врз добиените резултати од степенот на анксиозност кај испитаниците.

Што се однесува до скалите за проценка кои беа употребени во истражувањето, покрај тоа што користев тестови кои се унифицирани и адаптирани соодветно на македонски јазик, одговорите кои ги даваат испитаниците пред сè се засноваат на лична и субјективна проценка од страна на секој испитаник за сопствената моментална состојба. Оваа проценка може да биде обоена од дополнители влијанија, како што се предрасуди кои некои испитаници би можеле да ги имаат кон испитуваните варијабли (на пример: ниското ниво на самодоверба ќе покаже дека не сум доволно добар/ра; ако покажам висок степен на анксиозност, ќе значи дека сум психички болен/на..) и со цел да се избегне ваквиот резултат, постои можност испитаниците да не бидат целосно искрени при одговарањето на прашањата од Скалата за проценка на нивото на самодоверба по Розенберг и Скалата за одредување на нивото на анксиозност. Овде треба да биде земен предвид и фактот колку овие скали се сензитивни за прецизно мерење на испитуваните варијабли. Исто така, треба да се земе предвид и нивото на свесноста кај испитаниците, колку тие самите се свесни за нивните одговори (дали и колку се веродостојни и соодветствуваат на нивната реална состојба во којашто живеат), па во зависност од тоа до кое ниво е развиена таа свесност, ќе зависи и колку добиените вредности се веродостојни и колку прецизно ја отсликуваат реалната состојба кај испитаното население од Штип.

Бројот на испитаници кои беа опфатени во истражувањето сепак е минимален, а примерокот кој беше употребен беше пригоден, што укажува на тоа дека примерокот не може да биде тотален репер за целокупната состојба кај населението од целиот град за корелацијата помеѓу испитуваните варијабли - *степен на самодоверба* и *ниво на анксиозност*.

Особено влијание врз моменталната психофизичка состојба на испитаниците меѓу другото има и работниот однос, кој директно влијае врз начинот на кој една личност се доживува и се вреднува сама себе, во зависност од тоа дали е вработена или

не; на каква позиција е вработена; дали е задоволна од примањата; во колкав степен е задоволството од целокупното искуство во тој работен однос; дали личноста е изложена на стрес; какви се односите со претпоставените и колегите и други фактори. Покрај ова, значително влијание има и финансиската состојба на испитаникот, колку е задоволен од неа и дали ги исполнува неговите потреби и цели во животот. Исто така, финансиската состојба има големо влијание и врз нивото на анксиозност кај личноста што е и многу разбирливо, а на некој начин и очекувано. Во овој контекст би можело да се спомне дека финансискиот статус на една личност има и индиректно влијание врз нивото на самодоверба на личноста, во однос на тоа дали е задоволна со постигнатиот успех, дали тој соодветствува на нејзините планови и цели за иднина, а тоа влијае врз сликата за себе и за сопствената вредност која се гради кај една индивидуа.

Меѓу другите фактори кои би можеле да имаат влијание врз степенот на самодоверба и нивото на анксиозност кај испитаниците од истражувањето, а кои притоа не беа опфатени во анкетните прашалници, важно е да се спомене и влијанието на односите во фамилијата врз испитаникот. Доколку постојат неразрешени односи или конфликти во блиската фамилија или опкружувањето на личноста, тоа несомнено придонесува кон зголемување на нивото на стрес и напнатост кај таа личност, а со тоа и до зголемување на степенот на анксиозност.

Како препорака од ова истражување за понатамошните истражувања на оваа и слични теми, би било да се посвети поголемо внимание врз влијанието и на другите околни фактори, изнесени погоре, врз резултатите, како и да посвети посебно внимание на моменталната психофизичка состојба во којашто се наоѓаат испитаниците кога учествуваат во пополнувањето на анкетните прашалници. Потребно е да се спроведат уште истражувања во иднина, со цел да се идентификуваат конкретните фактори кои директно влијаат врз нивото на анксиозност кај луѓето. Воедно и да се посвети внимание на степенот на самодоверба и на кој начин би можел тој да се унапреди, со цел да се овозможи подобар и поздрав психички развој на идните генерации, а со тоа да се изградат и поздрави и високо функционални општества.

5. Заклучок

Врз основа на поставените задачи на почетокот од истражувањето и добиените резултати по анализа на податоците, заклучивме дека:

1. Степенот на самодоверба кај населението од град Штип е со просечна вредност во границите на нормални вредности на самодоверба (22,01), а што се однесува на нивото на анксиозност таа исто така е застапена со просечна вредност која е во рамките на нормалата (85,41).

2. Кај испитаниците на возраст од 18 до 30 години нивото на самодоверба е во позитивна корелација со нивото на анксиозност, што значи дека со зголемување на степенот на самодоверба, се зголемува и нивото на анксиозност кај населението во Штип. Истиот резултат од корелацијата на двете испитувани варијабли беше добиен и од резултатите кај населението на возраст од 30 до 60 години.

3. Во однос на полот, кај испитаниците од женски пол просечното ниво на самодоверба е во граници на нормалата (21,48), додека кај испитаниците од машки пол е исто така во нормалните граници, но со малку поголема вредност (23,18). Просечното ниво на анксиозност кај испитаниците од женскиот пол е со вредност од (88,45), а кај испитаниците од машки пол е со значително пониска вредност (78,75).

Што се однесува до образованието и нивото на самодоверба, во сите категории просечното ниво на самодоверба е во нормалните граници. Кај испитаниците кои се студенти е добиена најниска просечна вредност (18,83); кај испитаниците со завршено високо образование е со најголема средна вредност од оваа категорија (23,19); а кај испитаниците со завршени постдипломски студии е со просечна вредност од (19,44). Кај студентите нивото на анксиозност е со просечна вредност (83); кај испитаниците со завршено високо образование е со малку пониска вредност (82,97); додека степенот на анксиозност кај испитаниците со завршени постдипломски студии е највисоко во оваа категорија со вредност од (96,77).

Резултатите кои беа добиени од поделбата на испитаниците според категоријата брачен статус, покажаа највисоко ниво на самодоверба кај испитаниците кои се во брак

со просечна вредност (24,47); малку пониска вредност кај испитаниците кои се во врска (22,06); додека најниска просечна вредност на степенот на самодоверба од оваа категорија е добиен кај испитаниците кои се слободни со вредност (19,78). Нивото на анксиозност по оваа поделба на испитаниците е највисоко кај слободните испитаници со просечна вредност (94,42); значително пониска просечна вредност има кај испитаниците кои се во врска (85,13); додека најнизок степен на анксиозност е добиен кај испитаниците кои се во брачна заедница со просечна вредност од (75,58).

4. Корелацијата помеѓу степенот на самодоверба и нивото на анксиозност е позитивна, статистички е значајна на ниво ($p<0,01$), поточно со зголемување на степенот на самодоверба, се зголемува и нивото на анксиозност кај популацијата од град Штип, Република Северна Македонија.

6. Референци и користена литература

1. Чадловски, Г; Филиповска, А; Белевска, Д. (2004). Медицинска психологија, Скопје. стр. 134, 256, 328.

2. Чадловски, Г; и соработници. (2004). Психијатрија том 1, Просветно дело АД Скопје. стр. 273-275

3. Kelly,G. (1963). A theory of personality.The psychology of personal constructs. Norton, New York.

4. Dwight L. Evans, Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O'Brien, Daniel Romer, Martin E.P. Seligman, and B. Timothy Walsh. (2017). Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don’t know (2 ed.) p.190-211.

5. Kunc, N. (1992). The Need to Belong: Rediscovering Maslow's Hierarchy of Needs. In R. A. Villa, J. S. Thousand, W. Stainback, & S. Stainback (Eds.), Restructuring for caring and effective education: An administrative guide to creating heterogeneous schools (pp. 25-39). Baltimore, MD, England: Paul H. Brookes Publishing.

6. Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. Psychological Review. 1989; (4):608-630.

7. Building self-esteem: A self-help guide. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. http://store.samhsa.gov/product/Building-Self-Esteem-A-Self-Help-Guide/SMA-3715. Accessed April 29, 2017.

8. Orth U, et al. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology. ;98:645.

9. Gibbons J.L, Yudofsky S.C, Claiborn C.D. Types and causes of mental disorders, Britannica, https://www.britannica.com/science/mental-disorder/Antipsychotic-agents Accessed May, 2017.

10. Cast A.D, Burke P.J. (2002). A Theory of Self-Esteem. Social Forces, March 2002. The University of North Carolina Press, p.1041-1068.

11. Baumeister, Roy F. (1993). Preface to Self-Esteem*:* The Puzzle of Low Self-Regard, edited by Roy, F. Baumeister. Plenum.

12. Rosenberg, Morris, Carmi Schooler, Carrie Schoenbach, and Florence Rosenberg. (1995). "Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem." American Sociological Review 60:141–56.

13. Gecas, Viktor, and Michael L. Schwalbe. (1983). "Beyond the Looking-glass Self: Social Structure and Efficacy-Based Self-Esteem." Social Psychology Quarterly 46:77–88.

14. Coopersmith, Stanley. (1967). The Antecedents of Self-esteem. Freeman.

15. Kaplan, Howard. (1975). "The Self-Esteem Motive." Pp. 10–31 in Self-Attitudes and Deviant Behavior, edited by Howard B. Kaplan. Goodyear.

16. Longmore, Monica A., and Alfred DeMaris. (1997). "Perceived Inequity and Depression in Intimate Relationships: The Moderating Effect of Self-Esteem." Social Psychology Quarterly. 60:172–84.

17. Morris, William Edward; Brown, Charlotte R. (2019). "David Hume", in Zalta, Edward N. (ed.), The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 ed.), Metaphysics Research Lab, Stanford University, retrieved 2019-12-17

18. James, W. (1892). Psychology: The briefer course. New York: Henry Holt.

19. Baumeister, Roy F.; Smart, L.; Boden, J. (1996). "Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of self-esteem". Psychological Review. 103 (1): 5–33

20. José-Vicente Bonet. Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. (1997). Ed. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria, España). ISBN 978-84-293-1133-4.

21. Fukuyama, Francis (1992). The End of History and the Last Man. New York: Simon and Schuster (published 2006).

22. Judge, T. A.; Locke, E. A.; Durham, C. C. (1997). "The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach". Research in Organizational Behavior. 19: 151–188.

23. Bono, J. E.; Judge, T. A. (2003). "Core self-evaluations: A review of the trait and its role in job satisfaction and job performance". European Journal of Personality. 17 (Suppl1): S5–S18.

24. Dormann, C.; Fay, D.; Zapf, D.; Frese, M. (2006). "A state-trait analysis of job satisfaction: On the effect of core self-evaluations". Applied Psychology: An International Review. 55 (1): 27–51.

25. Judge, T. A.; Locke, E. A.; Durham, C. C.; Kluger, A. N. (1998). "Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations". Journal of Applied Psychology. 83 (1): 17–34.

26. Judge, T. A.; Bono, J. E. (2001). "Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis". Journal of Applied Psychology. 86(1): 80–92.

27. Baumeister, R. F.; Campbell, J. D.; Krueger, J. I.; Vohs, K. D. (2003). "Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles?". Psychological Science in the Public Interest. 4 (1): 1–44

28. Nolan, James L. (1998). The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End. NYU Press. pp. 152–161.

29. Heine S. J.; Lehman D. R.; Markus H. R.; Kitayama S. (1999). "Is there a universal need for positive self-regard?". Psychological Review. 106 (4): 766–794.

30. Maslow, A. H. (1987). Motivation and Personality (Third ed.). New York: Harper & Row.

31. Greenberg, J. (2008). "Understanding the vital human quest for self-esteem". Perspectives on Psychological Science. 3 (1): 48–55

32. Wickman S.A.; Campbell C. (2003). "An analysis of how Carl Rogers enacted client-centered conversation with Gloria". Journal of Counseling & Development. 81 (2): 178–184

33. MacArthur SES & Health Network - Research". Macses.ucsf.edu. Retrieved 11 December 2017.

34. Slater, Lauren (3 Feb 2002). "The Trouble With Self-Esteem". The New York Times. Retrieved 27 Nov 2012.

35. Bosson J.K.; Swann W.B.; Pennebaker J.W. (2000). "Stalking the perfect measure of implicit self esteem: The blind men and the elephant revisited?". Journal of Personality & Social Psychology. 631–643.

36. Koole, S. L., & Pelham, B. W. (2003). On the nature of implicit self-esteem: The case of the name letter effect. In S. Spencer, S. Fein, & M. P. Zanna (Eds.), Motivated social perception: The Ontario Symposium (pp. 93–116). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

37. Greenwald, A. G.; Banaji, M. R. (1995). "Implicit social cognition: Attitudes, selfesteem, and stereotypes". Psychological Review. 102 (1): 4–27.

38. Farnham, D. S., Greenwald, G. A., & Banaji, M. N. (1999). Implicit self-esteem. In D. Abrams & M. Hogg(Eds.), Social identity and social cognition (pp. 230-248). Oxford, UK: Blackwell.

39. Tennen H, Affleck G. (1993). The puzzles of self-esteem: A clinical perspective. In Baumeister RF, ed. Self-esteem: The puzzle of low self-regard. New York: Plenum Press, pp. 241–62.

40. Robins RW, Hendin HM, Trzesniewski KH. Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg self-esteem scale. Personality and Social Psychology Bulletin 2001; 27:151–61.

41. Baumeister R, Smart L, Boden JM. The relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. Psychological Review 1996; 103:5–33.

42. Jordan CH, Spencer SJ, Zanna MP, et al. Secure and defensive high self-esteem. Journal of Personality and Social Psychology 2003; 85:969–78

43. Greenwald AG, Banaji MR. Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. Psychological Review 1995; 102:4–27.

44. Farnham SD, Greenwald AG, Banaji MR. (1999). Implicit selfesteem. In Abrams D, Hogg MA, eds. Social identity and social cognition. Oxford, England: Blackwell, pp. 230–48.

45. Epstein S, Morling B. (1995). Is the self motivated to do more than enhance and=or verify itself? In Kernis MH, ed. Efficacy, agency, and self-esteem. New York: Plenum, pp. 9–29.

46. Epstein S. Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. American Psychologist 1994; 49:709–24.

47. Burger C, Stieger S. (2010). Implicit and explicit self- esteem in the context of internet addiction. CYBERPSYCHOLOGY, BEHAVIOR, AND SOCIAL NETWORKING Volume 13, Number 6, 2010, 681-682.

48. Schro¨der-Abe´ M, Rudolph A, Schu¨tz A. High implicit selfesteem is not necessarily advantageous: Discrepancies between explicit and implicit self-esteem and their relationship with anger expression and psychological health. European Journal of Personality 2007; 21:319–39.

49. Schro¨der-Abe´ M, Rudolph A, Wiesner A, et al. Self-esteem discrepancies and defensive reactions to social feedback. International Journal of Psychology 2007; 42:174–83.

50. Franck E, De Raedt R, Dereu M, et al. Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2007; 38:75–85.

51. De Raedt R, Schacht R, Franck E, et al. Self-esteem and depression revisited: Implicit positive self-esteem in depressed patients? Behavior Research and Therapy 2006; 44:1017–28.

52. Чадловски, Г; и соработници. (2004). Психијатрија том 2, Просветно дело АД Скопје. стр. 296-334

53. Zlatkovic. A. Anksioznost i hormoni.
https://www.vaspsiholog.com/2020/09/anksioznost-i-hormoni/
Преземено на 07.11.2020

54. Zlatkovic. A. Visoko funkcionalna anksioznost.

https://www.vaspsiholog.com/2020/07/visoko-funkcionalna-anksioznost/

Превземено на 17.11.2020

55. Mustafa S. Melonashi E. Shkembi F. Besimi K. Fanaj N. Anxiety and self-esteem among university students: comparison between Albania and Kosovo. Procedia - Social and Behavioral Sciences 205 (2015) 189 – 194.

56. Mohammad S. Afzali K. Yavari Kermani M. A Comparison between Anxiety and Self-esteem amongst High School Freshman Students (Male and Female) with Amblyopia in Gachsaran in 2015. International Journal of Medical Research & Health Sciences, 2016, 5, 5(S):69-73.

57. Papageorgiou E. Ntemsia S. Triadafyllidoum S. Roussous K. Self-Esteem and Anxiety Level of Students at the Technological Educational Institute of Athens–Planning of Interventions. Health Science Journal,vol 11. 2017 pg.1-8.

58. Fathi-Ashtiani A. Ejei J. Karim Khodapanahi M. and Tarkhorani H. 2007. Relationship Between Self-Concept, Self-esteem, Anxiety, Depression and Academic Achievement in Adolescents. Journal of Applied Sciences, 7: 995-1000.

59. Amorim F. Lam G. Self-esteem and Anxiety among Asian and European students. Department od psychology, UMEA Universitet. 2013, 3-14.

60. Veselska Z, Geckova AM, Gajdosova B, Orosova O, Dijk JPV, Reijneveld SA. Socio-economic differences in self-esteem of adolescents influenced by personality, mental health and social support. *Eur J Public Health* (2009). 20(6):647–52.

61.Berg PVD, Mond J, Eisenberg M, Ackard D, Neumark-Sztainer D. The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *J Adolesc Health* (2010) 47:290–6.

62. Birndorf S, Ryan S, Auinger P, Aten M. High self-esteem among adolescents: longitudinal trends, sex differences, and protective factors. *J Adolesc Health* (2005) 37(3):194–201.

63. Mak KK, Pang JS, Lai CM, Ho RC. Body esteem in Chinese adolescents: effect of gender, age, and weight. *J Health Psychol* (2013). 18(1):46–54.

64. Aryana M. Relationship between self-esteem and academic achievement amongst pre-university students. *J Appl Sci* (2010) 10(20): 2474–7

65. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or health lifestyles? *Psychol Sci Public Interest* (2003) 4(1):1–44.

66. Pullmann H, Allik J. Relations of academic and general self-esteem to school achievement. *Pers Individual Diff* (2008) 45:559–64.

67. Keane L, Loades M. Review: low self-esteem and internalizing disorders in young people—a systematic review. *Child Adolesc Mental Health* (2017) 22(1):4–15.

68. Millings A, Buck R, Montgomery A, Spears M, Stallard P. School connectedness, peer attachment, and self-esteem as predictors of adolescent depression. *J Adolesc* (2012) 35:1061–7.

69. Nguyen DT, Wright EP, Dedding C, Pham TT, Bunders J. Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study. Front. Psychiatry, 27 September 2019.

70. Manna G, Falgares G, Ingoglia S, Como MR, Santis SD. The Relationship between Self-Esteem, Depression and Anxiety: Comparing Vulnerability and Scar Model in the Italian Context. Mediterranean Journal of Clinical Psychology MJCP vol. 4. (2016)

7. Прилози

Прилог бр.1.

Скала за проценка на самодоверба по Росенберг

УПАТСТВО: Прочитајте го секое тврдење и обележете го соодветното поле на тврдењето кое најдобро опишува како се чувствувате во моментов. Нема точни или погрешни одговори.

Вашата анонимност е целосно загарантирана.

Ви благодарам за соработката.

Тврдење	**Апсолутно се согласувам**	**Се согласувам**	**Не се согласувам**	**Воопшто не се согласувам**
1. Чувствувам дека сум личност што вреди на ист начин како и останатите	O	O	O	O
2. Чувствувам дека имам неколку добри особини	O	O	O	O
3. Генерално сум наклонет/а да се чувствувам како губитник/чка	O	O	O	O

4. Јас сум способен/на да правам работи исто толку добро како и другите луѓе	O	O	O	O
5. Чувствувам како да немам многу причини да бидам горда/а	O	O	O	O
6. Заземам позитивен став кон себе	O	O	O	O
7. Во целина јас сум задоволен/на од сам/а себе	O	O	O	O
8. Посакувам да можев да имам повеќе почит кон себе	O	O	O	O
9.Дефинитивно се чувствувам бескорисно некогаш	O	O	O	O

10. Понекогаш мислам дека не сум способен/на за ништо	O	O	O	O

Прилог бр.2.

Инвентар за проценка на степенот на анксиозност (STATE-TRAIT-ANXIETY-Inventory- STAI)

УПАТСТВО: Прочитајте го секое од тврдењата посебно и заокружете го соодветниот број пред тврдењето кое најблиску ја опишува вашата состојба, со цел да покажете како се чувствувате во моментов. Нема точни или погрешни одговори. Заокружете го одговорот кој најдобро ги опишува вашите чувства во моментов.

Вашата анонимност е целосно загарантирана.

Ви благодарам за соработката.

1) Се чувствувам смирено:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

2) Се чувствувам безбедно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

3) Напнат/а сум:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

4) Чувствувам дека сум под притисок:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

5) Се чувствувам мирно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

6) Се чувствувам разочарано:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

7) Се грижам за можните неволји/несреќи кои би ме снашле:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

8) Се чувствувам задоволно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

9) Се чувствувам уплашено:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

10) Се чувствувам удобно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

11) Се чувствувам самоуверено:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

12) Се чувствувам нервозно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;

4. многу.

13) Се чувствувам вознемирено:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

14) Се чувствувам нерешително:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

15) Јас сум релаксиран/а:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

16) Чувствувам душевен мир:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

17) Јас сум загрижен:

1. воопшто не;

2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

18) Се чувствувам збунет:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

19) Се чувствувам урамнотежено:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

20) Се чувствувам пријатно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

21) Се чувствувам мило:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

22) Се чувствувам нервозно и немирно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

23) Се чувствувам исполнето со самиот/самата себе:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

24) Посакувам да можев да бидам исто толку среќен колку што другите изгледаат дека се:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

25) Се чувствувам како пропаст:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

26) Се чувствувам одморено:

1. воопшто не;

2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

27) Јас сум смирен/а, кул и присебен/на:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

28) Чувствувам дека тешкотиите ми се зголемуваат толку многу што нема да можам да ги надминам:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

29) Се грижам премногу за нешто што навистина не е толку важно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

30) Јас сум среќен:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

31) Имам вознемирувачки мисли:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

32) Ми недостасува самодоверба:

1. воопшто не;

нннн2. сосема малку;

3. умерено;
4. многу.

33) Се чувствувам безбедно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

34) Лесно донесувам одлуки:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

35) Се чувствувам неадекватно:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

36) Јас сум задоволен:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

37) Некои неважни мисли ми се мотаат низ главата и ме вознемируваат:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

38) Ги земам разочарувањата толку сериозно и длабоко, што умствено не можам да се дистанцирам од нив:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.

39) Јас сум цврста и стабилна личност:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;

4. многу.

40) Влегувам во состојба на тензија и превирање, штом почнам да размислувам за моите грижи:

1. воопшто не;
2. сосема малку;
3. умерено;
4. многу.