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



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
ПОСТДИПЛОМСКИ СТУДИИ: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

„ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ НА АНКСИОЗНОСТ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ“

СТУДЕНТ: БИЛЈАНА СТАНКОВИЌ
БРОЈ НА ИНДЕКС:
МЕНТОР: ПРОФ. Д-Р ЃОРЃИНА ЌИМОВА

Свети Николе, 2020

СОДРЖИНА

АПСТРАКТ.....**4**
ВОВЕД.....**6**
I.ДЕЛ
ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ
1.АДОЛЕСЦЕНЦИЈА.....7
1.1.Поим на адолесценција.....7
1.2.Когнитивен развој во период на адолесценција.....7
1.3.Развој на идентитетот.....8
1.4.Селф-концепт.....9
1.5.Чувство на идентитет.....10
1.6.Средината и идентитет.....12
1.7.Сексуална ориентација и идентитет.....13
1.8.Самопочит.....14
1.9.Генерално за односи и врски со врсници.....15
1.10.Посебна грижа за адолесцентите во САД.....16
2.ТРЕТМАН НА ПСИХОЛОШКИ НАРУШУВАЊА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ.....17
2.1.Терапии со разговор..... 19
2.1.1.Когнитивна терапија.....19
2.1.2.Бихевиорална терапија.....19
2.1.3.Интерперсонална терапија.....21
2.1.4.Психотерапија.....21
2.1.5.Семејна терапија..... 22
3.ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ.....23
3.1.Поим за психосоматски симптоми.....23
3.2.Типови психосоматски нарушувања.....24
3.3.Причини и лекување на психосоматски нарушувања.....29
3.4.Проценка на психосоматските симптоми..... 30
3.5.Истражувања кои се однесуваат на психосоматски симптоми.....34
4.ТЕЛЕСНИ СИМПТОМИ НА АНКСИЗНОСТ.....36
4.1.Физички симптоми на анксиозност.....42
4.2.Ретки и невообичаени физички симптоми на аксиозност.....43
4.3.Контрола на физичките симптоми на анксиозност..... 44
II ДЕЛ
МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ.....**46**
1.Проблем на истражување.....46
2.Цели и задачи на истражувањето.....46
2.1.Научна цел на истражувањето.....47
2.2.Практична цел на истражувањето 47
3.Резултати од досегашните истражувања.....47
4.Предмет на истражувањето.....49
4.1.Теоретско определување на предмет на истражување.....49
4.1.1.Дефинирање на клучните поими.....50
4.1.2.Операционално определување на предметот на истражување.....51
4. 2.Хипотези.....51
4.2.1.Формулација на општа хипотеза.....51
4.2.2.Формулација на посебни хипотези.....52
4.2.3.Формулација на поединечни хипотези.....52
4.3.Варијабли на истражувањето.....52
5. Методи, техники и инструменти на истражувањето.....53

5.1.Методи на истражување.....53
5.2.Техники за обработка на податоци.....56
6.Популација и примерок на истражување.....56
7.Организација и спроведување на истражувањето.....56
III ДЕЛ
АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО.....58
1.Анализа и интерпретација на резултатите добиени од општ прашалник.....58
2.Анализа и интерпретација на податоците добиени од инструментот.....67
.
IV ДЕЛ
ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА.....118
ПРЕПОРАКИ 122
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....123
ПРИЛОЗИ.....128

Апстракт

Психосоматските симптоми ги претставуваат сите оние телесни симптоми кои се појавуваат под влијание на емоционалните фактори, а вклучуваат еден органски систем, обично под контрола на автономниот нервен систем. Симптомите можат да се појават во опсег од еден или повеќе симптоми со помал интензитет, сè до поголем број на поинтензивни симптоми, кои ја нарушуваат секојдневната животна активност на детето. Психолошките проценки за идентификување на депресивните симптоми кај децата и адолесцентите укажуваат дека во почетокот на 2016 година, адолесцентите на возраст од 12 до 18 години имале зголемен број на симптоми и депресивни нарушувања во однос на претходните години[1]. Како резултат на тоа, неопходно треба да се обезбеди соодветно следење и третман за адолесцентите, кои се сметаат за ризична група врз основа на психосоматските симптоми[2].

Во однос на овој проблем, во трудот е спроведено истражување кај 122 адолесценти во Репулбика Македонија, со примена на *Прашалникот за психосоматски симптоми* кај деца и адолесценти (PSS)[3]. Со собирање, обработка и анализа на податоците е утврдено дека најголем број од испитуваните адолесценти во текот на последните три месеци доживеале 6 до 10 симптоми од наведените 35 симптоми, од кои најчест е недостаток на енергија. Исто така, утврдено е дека не постои поврзаност со полот.

Клучни зборови: психосоматски симптоми, адолесценти, телесни симптоми на анксиозност

[1] Hallfors D. D.; et al. (2004). Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior". American journal of preventive medicine. 27 (3): 224–231.
[2] Kessler R.C., Avenevoli S., Merikangas K.R. (2001). "Mood disorders in children and adolescents: An epidemiological perspective". Biological Psychiatry. 49(12): 1002–1014
[3] Vulić-Prtorić., A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente – procjena valjanosti

Abstract

Psychosomatic symptoms represent all those bodily symptoms that emerge under the influence of emotional factors, and include an organic system, usually under the control of the autonomic nervous system. Symptoms may occur in the range of one or more less intense symptoms, to a greater number of more intense symptoms that impair the child's everyday life activity. Psychological assessments for identifying depressive symptoms in children and adolescents suggest that at the beginning of 2016, adolescents aged 12 to 18 years had increased symptoms and depressive disorders compared to previous years. . As a result, appropriate monitoring and treatment for adolescents who are identified as a risk group based on psychosomatic symptoms should be ensured.

Regarding this problem in the labor, a survey was conducted in 122 adolescents in the Republic of Macedonia using the Questionnaire for Psychosomatic Symptoms in Children and Adolescents (PSS). By collecting, processing and analyzing the data, it was found that most of the adolescents in the sample had experienced 6-10 symptoms of the above 35 symptoms during the last three months, the most common being lack of energy. It has also been established that there is no gender affiliation.

Key words: psychosomatic symptoms, adolescents, body symptoms of anxiety

Абстрактный

Психосоматические симптомы представляют все те телесные симптомы, которые возникают под влиянием эмоциональных факторов, и включают органическую систему, обычно находящуюся под контролем вегетативной нервной системы. Симптомы могут возникать в диапазоне одного или более менее интенсивных симптомов, к большему числу более интенсивных симптомов, которые нарушают повседневную жизнь ребенка. Психологические оценки для выявления депрессивных симптомов у детей и подростков свидетельствуют о том, что в начале 2016 года подростки в возрасте от 12 до 18 лет увеличивали симптомы и депрессивные расстройства по сравнению с предыдущими годами. , В результате должен быть обеспечен надлежащий мониторинг и лечение для подростков, которые идентифицированы как группа риска на основе психосоматических симптомов.

Что касается этой проблемы в сфере труда, опрос проводился у 122 подростков в Республике Македония с использованием Анкеты для психосоматических симптомов у детей и подростков (PSS). Собирая, обрабатывая и анализируя данные, было обнаружено, что большинство подростков в выборке испытывали 6-10 симптомов вышеуказанных 35 симптомов в течение последних трех месяцев, наиболее распространенным из которых является нехватка энергии. Было также установлено, что гендерная связь отсутствует.

Ключевые слова: психосоматические симптомы, подростки, симптомы беспокойства тела

ВОВЕД

Телесните симптоми се честа причина за внимателна психолошка опсервација, а потоа и соодветен третман, превентивен или корективен, посебно кај деца и адолесценти. Телесните симптоми имаат значење било да се работи за симптоми на соматизација, за животни ситуации кои предизвикуваат напнатост, вознемиреност и страв кај детето или за адаптација кон некоја хронична болест. Овде исклучително голема е улогата на психологот, посебно во случај на телесни болести, кај кои големо значење има психолошкото прилагодување. Тоа психолошко прилагодување влијае на развојот и соочувањето со болеста. Такви болести се: астма, дијабетес, епилепсија и слично.

Телесните симптоми се карактеристично обележје на преодни периоди и промени кои се случуваат во раното детство, во адолесценцијата и секако во старост. Такви карактеристични симптоми се: пореметување на енергијата, со хранењето, пореметување на сон, проблеми со кожа, отежнато дишење и слично.

Исто така, значајно е да се напомене дека телесните симптоми имаат и голема поврзаност со некои психички пореметувања, како анксиозност и депресија, посебно кај адолесцентите.

Имајќи го ова предвид, односно сложеноста на телесните симптоми, нивната етиологија и симптоматологија, особено во периодот на адолесценција, неопходно е да се следат, набљудуваат и анализираат од повеќе аспекти, од физиолошки до психолошки. Во таа насока, разгледани се битните теоретски основи на поставениот проблем, како и методологијата и добиените резултати.

I.ДЕЛ
ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ
1.АДОЛЕСЦЕНЦИЈА
1.1.Поим на адолесценција

Адолесценцијата како поим потекнува од латинскиот збор *adolescere*, што значи „да се порасне“ и претставува преодна фаза на физичкиот и психолошкиот развој, која се јавува во период од пубертетот до постигнување на законската зрелост, односно зрелоста која ја дефинира одредено општество.

Адолесценцијата е поврзана со тинејџерските години, но нејзините физички, психолошки или културни изрази може да започнат порано и да завршат подоцна. На пример, пубертетот во денешно време обично започнува за време на преадолесценцијата, посебно кај женскиот пол. Физичкиот раст (особено кај машките), како и когнитивниот развој може да се прошири дури и во раните дваесетти години. Така возраста претставува само еден груб маркер, односно интервал на адолесценцијата, а научниците и истражувачите тешко усогласуваат прецизна дефиниција и возрасна определба на адолесценцијата. Денес таа опфаќа: рана адолесценција (од 12 до 15 год), средна адолесценција (од 15 до 21 година) и доцна адолесценција (од 21 до 25 или 26 години)[4].

1.2.Когнитивен развој во периодот на адолесценција

Адолесценцијата како период претставува време на брз когнитивен развој. Многу истражувачи, почнувајќи од Пијаже, ја опишуваат адолесценцијата како фаза на животот во која мислите на поединецот сè повеќе почнуваат да заземаат апстрактна форма и да се намалуваат егзоцентричните мисли. Ова му овозможува на поединецот да размислува во поширока перспектива.[5] Голем број истражувања покажуваат развој на извршни функции, односно когнитивни вештини кои овозможуваат контрола на мислите и однесувањето, кои обично се поврзуваат со префронталниот кортекс. Мислите, идеите и концептите, развиени во овој период на

[4] Arnett J. J. (2007). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For?". Child Development Perspectives. **1** (2): 68–70
[5] Arnett J. J. (2007). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For?". Child Development Perspectives. **1** (2): 70–71

животот, во многу голема мера влијаат врз идниот живот, играјќи голема улога во карактерот и формирањето на личноста.[6]

Биолошките промени во структурата на мозокот и поврзаноста во мозокот со зголемено искуство, знаење и менување на социјалните барања, резултираат со брз когнитивен раст[7].

Возраста во која се случуваат одредените промени варира помеѓу поединците, но промените започнуваат во пубертетот или кратко време потоа, а некои вештини продолжуваат да се развиваат и понатаму, во доцна адолесценција и како возрасни.

Во овој период големо значање има Моделот на двојни системи, кој предлага матурационен баланс помеѓу развојот на социоемоционалниот систем и когнитивните контролни системи во мозокот, кои придонесуваат за импулсивност и други однесувања, карактеристични за адолесценцијата.

1.3.Развој на идентитетот

Развојот на идентитетот е фаза во животниот циклус на адолесцентот. За повеќето личности, потрагата по идентитетот започнува токму во адолесцентските години. Во текот на овие години, адолесцентите се повеќе отворени за „пробување и обиди“ на различни однесувања и појави за да откриваат кои се тие навистина.

Во обид да го најдат својот идентитет и да откријат кои се всушност тие, адолесцентите најверојатно ќе циркулираат низ повеќе бројни идентитети за да го пронајдат оној што најмногу им одговара.

Развојот и одржувањето на идентитетот токму во адолесцентските години е тешка задача поради повеќе фактори, како што се: семејниот живот, окружувањето, животната средина и социјалниот статус.

Научните студии сугерираат дека овој процес на идентитетот може попрецизно да се опише како развој на идентитетот, наместо формирање, кој опфаќа

[6] Shoval, G., Bar-Shira O., Zalsman G., John J. Mann and Chechik G. (2014) Transitions in the transcriptome of the serotonergic and dopaminergic systems in the human brain during adolescence. European Neuropsychopharmacology. **24** (7): 1123 32.
[7] Steinberg, L. (2008). Adolescence, 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill.

нормативен процес на промена во содржината и структурата на сопствените мисли за самиот себе.

Двата главни аспекти на развојот на идентитетот се себе-јасност (јасна и реална претстава за себе, за своите знаења, способности, интереси, особини) и самодоверба (верба во сопствените способности).

Бидејќи изборите кои се направени за време на адолесцентските години можат да влијаат на целокупниот подоцнежен живот, високите нивоа на самосвест и самоконтрола за време на средниот период на адолесценција влијаат да се донесат подобри одлуки за време на транзицијата кон зрелоста.

Истражувачите користат три општи пристапи за разбирање на развојот на идентитетот:

- само-концепт (селф концепт),
- чувство на идентитет и
- самодоверба.

Годините на адолесценција создаваат група на млади посветени луѓе. Адолесцентите посветуваат поголемо внимание и повеќе време и напор за нивниот изглед, бидејќи нивното тело поминува низ промени.

За разлика од децата, тинејџерите се обидуваат да изгледаат претставително. Околината во која растат адолесцентите исто така игра важна улога во развојот на идентитетот. Студиите, спроведени од страна на Американската психолошка асоцијација, покажуваат дека адолесцентите со помалку привилегирано воспитание имаат потешкотии и им треба повеќе време да го развијат својот идентитет[8].

1.4.Селф-концепт

Идејата за само-концепт е позната како способност на една личност да има мислења и верувања за себе, кои се дефинирани како самоуверени, конзистентни и стабилни.

[8] Choudhury, S.; Blakemore, S.-J.; Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. Social Cognitive and Affective Neuroscience. **1**(3): 165–168

Во периодот на раната адолесценција, когнитивниот развој резултира со поголема самосвест, поголема свесност за другите и за нивните мисли и ставови, со способност да размислуваат за апстрактни, идни можности и способност да размислуваат за повеќе можности одеднаш. Како резултат на тоа, адолесцентите доживуваат значително поместување од едноставните, прости, конкретни и глобални себе-описи, кои се типични за малите деца. Како деца, тие се дефинираат себеси според физичките својства, додека како адолесценти, тие се опишуваат и дефинираат врз основа на нивните вредности, мисли и ставови.

Адолесцентите можат да концептуализираат повеќе „можности за себеси“, што би можеле да станат и долгорочни можности и последици од нивниот избор.

Истражувањето на овие сопствени можности може да резултира со ненадејни промени во само-презентацијата, бидејќи адолесцентот сам избира или отфрла квалитети и однесувања, обидувајќи се да го насочи актуелниот себе-концепт кон идеалното јас (кој сака да биде) и подалеку од ставот за себе (кој и каков не сака да биде).

Според многумина, овие разлики се непријатни, но, исто така, се чини дека го мотивира поединцот за однесување кое е во согласност со идеалот и се разликува од можните несакани модели на самиот себе.

Понатамошните разлики во селф-концептот, наречени „диференцијација“, се случуваат кога адолесцентот ги препознава контекстуалните влијанија од околината врз сопственото однесување и перцепциите на другите, и тогаш тој почнува да ги квалификува неговите особини кога од него се бара да се опише себеси.

Диференцијацијата се појавува целосно развиена во средниот период на адолесценцијата.

При премин од 7-мо до 9-то одделение, особините на личноста што адолесцентите ги користат за да се опишат, а се однесуваат на специфични контексти, можат да бидат контрадикторни едни со други. Признавањето на неконзистентни содржини во само-концептот е чест извор на вознемиреност во овие години, но оваа ситуација може да им биде од корист на адолесцентите преку поттикнување на структурниот развој.

1.5.Чувство на идентитет

Егоцентризмот кај адолесцентите формира вид на самосвесна желба да се чувствуваат важни и сакани во своите врснички групи и да уживаат во своето социјално прифаќање. За разлика од спротивставените аспекти на само-концептот, идентитетот претставува кохерентно чувство на самостојност и стабилност во околностите и вклучува минати искуства и идни цели. Секој поединец има селф-концепт, но Ерик Ериксон тврдел дека не сите во целост го постигнуваат својот идентитет.

Теоријата на развојот на Ериксон ја вклучува кризата на идентитетот, во која адолесцентите мора да истражуваат различни можности и да ги интегрираат различните делови од себе, пред да се посветат активно на своите верувања. Тој го опишал овој процес како фаза на „достигнување на идентитет“, но исто така истакнал дека идентитетот како предизвик „никогаш не е целосно решен, еднаш и за сите во еден момент во времето“.

Адолесцентите почнуваат да се дефинираат врз основа на нивното членство во одредени групи. Облеката им помага на тинејџерите да истражуваат нови идентитети, одвоени од родителите и да се поврзуваат со врсниците. Модата игра голема улога кога станува збор за тинејџерите „да се пронајдат себеси“. Модата секогаш се развива, што е во склад со еволуцијата на промена во личноста на тинејџерите.

Адолесцентите се обидуваат да го дефинираат својот идентитет со свесно ставање на себеси во разни ситуации и улоги и на различни начини за да најдат што најдобро им одговара. Судењето и грешките во совпаѓањето на нивната перцепирана слика и сликата на другите за нив, им овозможува на адолесцентите да разберат кои се тие. Исто како што модата се развива и влијае врз адолесцентите, така и медиумите влијаат. Современиот живот се одвива во време на бесконечни информации на разни начини, на ТВ-екраните, веб-страници и билборди. Овој наплив на информации свесно или потсвесно се регистрира во умот на адолесцентите, предизвикувајќи проблеми со сликата за себе, како фактор кој придонесува за адолесцентното чувство за идентитет. Истражувачот Џејмс Марсија го развива методот за тестирање на напредокот на поединецот во неколку фази. Неговите прашања се поделени во три категории:

- преокупација,
- идеологија и
- меѓучовечки односи.

Одговорите се постигнуваат врз основа на степенот до кој поединецот ги истражувал и степенот до кој тој се обврзал. Резултатот е класификација на поединецот во:

- Дифузија на идентитетот, со којашто започнуваат сите деца,
- Идентитетско затворање, во кое се прифаќаат обврски без истражување на алтернативи,
- Мораториум или процес на истражување,
- Идентификување.

Истражувањето открива самоиспитување кое започнува во почетокот на адолесценцијата, но идентитетот ретко се оформува пред 18-годишна возраст. Почетните години на факултет значително влијаат врз развојот на идентитетот, но, всушност, може да се продолжи со поттикнување на преиспитување и понатамошно истражување на алтернативните можности.

Најголем дел од резултатите на истражувањата со докази ги поддржуваат Ериксоновите фази: при што чувството на идентитет е во корелација со особините на личноста што првично ги предвидел. Други студии, исто така, ја потврдуваат непостојаноста на етапите - нема конечна крајна точка во развојот на идентитетот на поединецот.

1.6.Средината и идентитет

Животот и условите на адолесцентот играат огромна улога во развојот на идентитетот. Студиите покажуваат дека попривилегираните добро семејно воспитани луѓе поуспешно го развиваат својот идентитет.

Формирањето на идентитетот на адолесцентот е клучно време во неговиот живот. Неодамна било откриено дека демографските истражувања и модели покажуваат дека транзицијата кон зрелоста денес се случува во подолг временски период отколку во средината на 20 век.

Соодветно на тоа, периодот кој ја опфаќа доцната адолесценција и раната зрелост, стана поважен период во животот на еден поединец. Оттука, ова предизвика различни фактори да станат важни за време на овој развој.

Толку многу фактори придонесуваат за развојот на социјалниот идентитет на адолесцентот, почнувајќи од посветеност, до сите социјални медиуми.

Сите овие фактори влијаат врз животната средина во која расте адолесцентот. Детето со добро воспитание има повеќе можности за учење и подобри животни ситуации воопшто. Адолесцентот од сиромашна средина, село или од криминална населба, е поверојатно да биде изложен на средина која може да биде штетна за неговиот развој.

Адолесценцијата претставува чувствителен период во вкупниот развоен процес, а изложеноста на погрешни работи и лоши ситуации во тој период може да има голем негативен ефект врз идните одлуки.

Децата, пак, кои растат во убави здрави семејни и солидни приградски заедници и кои не се изложени на лоши ситуации и лоши средини, можат почесто да учествуваат во активности кои можат да бидат од корист за нивниот идентитет и да придонесат за поуспешен развој на идентитетот.

1.7.Сексуална ориентација и идентитет

Сексуалната ориентација е дефинирана како „еротска склоност кон луѓето од еден или повеќе родови, најчесто опишани како сексуални или еротски атракции“. Во последниве години психолозите се обидуваат да разберат како се развива сексуалната ориентација за време на адолесценцијата. Некои теоретичари веруваат дека постојат повеќе различни развојни патеки што може да се преземат и дека специфичниот пат што го следат поединците може да се определи според нивниот пол, ориентација и времето на почетокот на пубертетот.

Во 1989 година, Троиден (Troiden, 1989) предложил четиристепен модел за развој на хомосексуалниот идентитет:

Првата фаза, позната како сензибилизација, обично започнува во детството и е обележана со тоа што детето станува свесно за асоцијациите од ист пол.

Втората фаза, конфузија на идентитетот, има тенденција да се појави неколку години подоцна. Во оваа фаза, младите се преоптоварени од чувствата на внатрешни превирања во врска со нивната сексуална ориентација и започнуваат да се занимаваат со сексуални искуства со партнери од ист пол.

Во третата фаза на претпоставка за идентитетот, која обично се случува неколку години откако адолесцентот заминал од дома, адолесцентите започнуваат да споделуваат со своето семејство и блиски пријатели и претпоставуваат самоопределување како геј, лезбејка или бисексуалец.

Во последната фаза, позната како посветеност, младиот возрасен го прифаќа својот сексуален идентитет како начин на живот. Затоа, овој модел проценува дека процесот на излегување започнува во детството, и продолжува низ раните до средината на 20-тите години. Овој модел е оспорен, а во последниве години се истражени алтернативни идеи[9].

Во однос на сексуалниот идентитет, повеќето геј/лезбејски и трансродови адолесценти почнуваат да го препознаваат и да го прифаќаат нивното чувство. Многу адолесценти во текот на овој период од нивниот живот можат да изберат да го отфлат, откако ќе се формира идентитетот; многу други можат да поминат низ период на сослушување или негирање, што може да вклучува и експериментирање со хомосексуални и хетеросексуални искуства.

1.8.Самопочит

Конечниот главен аспект на формирање на идентитетот е самопочитта. Самопочитта се дефинира како мисли и чувства за сопствениот концепт и идентитет. Повеќето теории за самопочитта велат дека постои голема желба, кај двата пола и кај сите возрасти, да ја одржуваат, заштитат и да ја зајакнат својата самопочит.

Спротивно на популарното верување, нема емпириски докази за значителен пад на самопочитта во текот на адолесценцијата.

Самопочитта во текот на адолесценцијата брзо се менува и може да предизвика сериозни проблеми и вознемиреност, но основната самопочит останува многу стабилна во овој период.

[9] Обухова. Л. Ф. (2013). Детская Психология. — Москва: Юрайт, стр.. 359—362.

Валидноста на глобалните скали за самопочит е доведена во прашање, а многумина укажуваат на тоа дека поспецифичните скали може да покажат повеќе за адолесцентското искуство.

Девојките, со поголема веројатност, имаат повисока самопочит кога се ангажираат во поддржувачки односи со пријателите, а најважната функција на пријателството е да имаат некој кој може да им обезбеди социјална и морална поддршка. Кога не успеваат да добијат одобрение од пријателите или не можат да најдат некој со кого можат да ги споделат заедничките активности и заедничките интереси, во овие случаи девојчињата страдаат од ниска самопочит.

Спротивно на тоа, момчињата повеќе се занимаваат со воспоставување и потврдување на нивната независност и дефинирање на нивниот однос кон некој авторитет. Како такви, тие се со поголема веројатност да извлечат висока самопочит од нивната способност успешно да влијаат на своите пријатели.

Од друга страна, недостатокот на романтична компетентност, на пример, неуспехот да се победи или да се одржи љубовта на спротивниот или истиот пол (во зависност од сексуалната ориентација), е главен придонесувач за ниско самопочитување кај момчињата адолесценти.

Поради фактот што и мажите и жените имаат ниска самопочит по завршување на некоја романтична врска, тие се склони кон други симптоми кои се предизвикани од оваа состојба. Депресијата и анксиозноста се само два од повеќето симптоми и се смета дека жените имаат двојно поголема веројатност да доживеат депресија, а мажите имаат три до четири пати поголеми шанси да извршат суицид (Mears, 1991; Ustun & Sartorius, 1995).

1.9.Генерално за односите и врските со врсници

Односите на адолесцентите со своите врсници, со семејството и членовите на нивната општествена сфера, играат витална улога во социјалниот развој на адолесцентот. Како што социјалната сфера на адолесцентите се развива брзо, тие ги препознаваат разликите помеѓу пријателите и познаниците, и често емотивно се вложуваат во пријателите. Ова не е штетно, но сепак, ако овие пријатели го изложат

поединецот на потенцијално негативни ситуации, ова е аспект на притисок од пријателите.

Адолесценцијата е критичен период во општествениот развој на поединецот, бидејќи адолесцентите лесно можат да потпаднат под влијание на луѓето со кои развиваат блиски односи. Ова е првпат поединците навистина да можат да донесат свои самостојни одлуки, што исто така го прави овој период чувствителен[10].

Односите се од базично значење во општествениот, односно во социјалниот развој на адолесцентот, поради екстремното влијание кое врсниците може да го имаат врз индивидуата. Овие односи стануваат значајни, бидејќи тие почнуваат да им помагаат на адолесцентите да го разберат концептот на другите личности, како тие се формираат и зошто некој има специфичен тип на личност.

Употребата на психолошките споредби може да послужи и како индекс на растот на личноста и како составен процес кој го одразува неговото создавање. Со други зборови, со споредување на карактеристиките на личноста на едно лице со друго, ќе се воспостави рамка за создавање на општа теорија за личноста и таквата теорија ќе послужи како корисна рамка за да се разберат и одредат конкретните личности кои одговараат.

Ова може да се спореди со употребата на социјална споредба во развојот на сопствениот идентитет и со себе-концептот, кој вклучува една личност и ја нагласува важноста на комуникацијата, а со тоа и односите.

Истражувањата покажуваат дека врските, поточно односите со врсниците, имаат најголемо влијание врз социјалниот развој на поединецот и неговиот идентитет, како и неговото лично и општествено доживување во иднина.

1.10.Посебна грижа за адолесцентите во САД

Децата и адолесцентите во светот, врз основа на процентуалната застапеност, може да се сметаат како една солидна и посебно значајна група во демографијата на светот. Посебно големо внимание на оваа група на млади се посветува во САД.

Во 2010 година било проценето дека 20,2% од населението во САД било на возраст од 0 до 14 години (30.305.704 жени и 31.639.127 мажи)[11].

[10] Обухова. Л. Ф. (2013). Детская Психология. Москва: Юрайт, стр. 378.
[11] CIA Wolld Factbook: CIA –The world fackbook-United States. *CIA*. Retrieved 2016.

Во едно истражување од 2011 година, спроведено со родители, на прашањата кои се однесувале за најголемата грижа, односно „голем проблем“ во врска со децата, добиени се следните резултати, изразени во проценти, [12]:

- Дебелина кај деца: 33%
- Зависност од дрога: 33%
- Пушење тутун: 25%
- Тинејџерска бременост: 24%
- Заплашување: 24%
- Интернет безбедност: 23%
- Стрес: 22%
- Злоупотреба на алкохол: 20%
- Сообраќајни несреќи: 20%
- Сексуалност со фотографии и снимки: 20%

Адолесцентската сексуалност во САД се однесува на сексуалноста на американските адолесценти, но и местото на сексуалноста во американското општество, како во поглед на изразувањето на чувствата, однесувањето и развојот, така и во однос на одговороста на владата, едукаторите и на заинтересираните групи. Националната асоцијација за правата на младите (National Youth Rights Association) е примарна организација за правата на младите во Соединетите Американски Држави, со локални седишта низ целата земја и постојана анализа и медиумска изложеност. Организацијата позната како Американци за општество без ограничувања на возраста (Americans for a Society Free from Age Restrictions) е исто така важна организација.

Проектот „Слободно дете“ (Freechild) доби репутација за интервенирање на прашањата за правата на младите во организации кои се фокусирани на младинскиот развој преку активности за консултации и обуки.

Организацијата „Изберете одговорност“ (Choose Responsibility), основана од д-р Џон Меккардел Џуниор, (Dr. John McCardell, Jr.) постои за да промовира дискусија за консумирање алкохол кај адолесцентите, конкретно.

[12] 5th annual survey by C.S. Mott Children's Hospital, the University of Michigan Department of Pediatrics and Communicable Diseases, and the University of Michigan Child Health Evaluation and Research (CHEAR) Unit.2016

Оваа организација се фокусира на промовирање на законската возраст за консумирање алкохол од 18 години, но вклучува и едукации и лиценцирање, со посебно внимание посветено на културата на консумирање алкохол, како и негативното влијание на алкохолот во адолесценција, образование за алкохолот и одговорно пиење.

2.ТРЕТМАН НА ПСИХОЛОШКИ НАРУШУВАЊА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

Психолошките проценки за идентификување на депресивните симптоми и депресијата кај децата и адолесцентите според Светската статистика за препорака за скрининг на адолесценти на возраст од 12 до 18 години, во почетокот на 2016 година укажуваат на зголемени симптоми и депресивни нарушувања кај децата и адолесцентите[13]. Како резултат на тоа, неопходно треба да се обезбеди соодветен третман и следење за адолесцентите кои се покажуваат како ризична група на основа на симптомите[14].

Постојат повеќе третмани кои може да бидат доста ефикасни во справување со психосоматски симптоми и депресија кај децата.

Како соодветен третман најчесто се користи психотерапија и лекови. Во поголем број истражувања кај адолесцентите се дава предност на психотерапијата, пред антидепресивните лекови за третман.

За адолесцентите, когнитивната бихевиорална терапија и интерперсоналната терапија се емпириски докажани како ефективни алтернативи за третман.

Употребата на антидепресивни лекови кај децата често се смета за последно средство. Сепак, мора да се напомене дека истражувањата покажуваат дека комбинацијата на психотерапија и лекови е најефективен третман.

Педијатриската масажна терапија може да има директен ефект врз емоционалната состојба на детето.

[13] Hallfors D. D.; et al. (2004). Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior". American journal of preventive medicine. 27 (3): 224–231.
[14] Kessler R.C., Avenevoli S., Merikangas K.R. (2001). "Mood disorders in children and adolescents: An epidemiological perspective". Biological Psychiatry. 49(12): 1002–1014

Денес се развиени многу програми со цел да се намалат депресивните симптоми кај децата и адолесцентите[15].

Овие третмани се фокусирани на итно намалување на симптомите со концентрирање на учење на соодветни вештини кај децата и адолесцентите, кои се однесуваат на примарна и секундарна контрола.

Мора да се каже дека сè уште се потребни дополнителни истражувања за да се потврди ефикасноста на оваа тераписка програма, иако постојат одредени, но сè уште мал број студии, кои покажале ефикасност кај деца со лесни или умерени психосоматски симптоми[16].

2.1.Терапии со разговор

Постојат три општи типови на терапија со разговор. Тие можат да им помогнат на сите личности, а посебно на децата или адолесцентите за да живеат поопуштено и да имаат подобар живот.

Машките лица се охрабруваат и поддржуваат да се отворат повеќе емоционално и да го искажат своето лично страдање, додека женските лица се охрабруваат да ги зголемат сопствените сили за справување со проблемите.

2.1.1.Когнитивна терапија

Когнитивната терапија има за цел да ги промени негативните и штетни начини на размислување и да ги модифицира негативните мисли на попозитивен начин.

Целите на когнитивната терапија вклучуваат различни чекори на учење на пациентот - децата и адолесцентите учат да ги следат нивните негативни мисли, да станат свесни за врската помеѓу нивните мисли и однесувањето, да влијаат врз сопствените негативни мисли и нивното однесување, да станат свесни за да ги

[15] Lopez M, Mariane A.,; Jansen, K; Drews, C; Pinheiro, R; Silva, R; Souza, L. (2013). Major depressive disorder symptoms in male and female young adults". Psychology, Health & Medicine. 19 (2): 136–145

[16] Eapen., V. (2012). Strategies and challenges in the management of adolescent depression". Current Opinion in Psychiatry. 25 (1): 7–13.

променат негативните мисли кои влијаат на нивното сопствено здравје и на состојбата на умот.

2.1.2.Бихевиорална терапија

Бихевиоралната терапија помага да се променат штетните негативни начини на делување и адолесцентите да се здобијат со контрола врз сопственото однесување, кое им предизвикува проблеми во секојдневното функционирање.

Когнитивно-биохевиоралната терапија е форма на психотерапија, која ја нагласува важноста и улогата на она што ние го чувствуваме и како се однесуваме. Когнитивно-биохевиоралните терапевти ги учат пациентите адолесценти дека кога сопствениот разум е здрав, тогаш мислата е таа што предизвикува да се чувствуваат и да постапуваат на одреден начин. Поради тоа, ако имаат чувства кои не ги сакаат или не постапуваат на посакуван начин, важно е да се идентификуваат размислувањата кои ги предизвикуваат овие чувства и однесувања. Следно е да научат како негативните размислувања да се заменат со позитивни размислувања и емоции, кои водат кон реакциите кои се посакувани.

Развивањето на овој пристап се одвива низ три вида:

- Прв вид е бихевиорална терапија базирана на класично и оперативно условување;
- Друг вид се когнитивни терапии засновани на промена на когницијата и социјалното учење;
- Трет вид се манипулирани терапии базирани на прифаќање и целосна свесност.

Од овие видови произлегуваат голем број индивидуални техники, за кои е научно докажано дека се ефикасни за третман на ограничен број на психолошки проблеми, меѓу кои најпознати се: систематска десензитизација (Волп), изложувачка терапија (exposure therapy), дијалектичка биохевиорална терапија (Линехан), терапија со прифаќање и посветеност (Хејс), когнитивна терапија базирана на целосна свесност (Сегал) и други.

Некои од когнитивно-биохевиоралните терапии се доминантно фокусирани на намалување на симптомите и третирање на дијагностички дефинираните нарушувања, додека други когнитивно-бихевиорални терапии, како што се: рационално-емотивно-бихевиорална терапија (РЕБТ) и терапија на прифаќање и посветеност - одат чекор понатаму, и покрај успешното ослободување на луѓето од психолошка болка и страдања, овозможуваат остварување и на лични потенцијали за исполнет и осмислен живот, преку дејствување во насока на инспирација и мотивирање на луѓето да го променат својот живот кон подобро. Сепак, повеќето когнитивно-биохевиорални терапии ги имаат следните карактеристики:

а) базирани се на когнитивен модел на емоционални реакции,

б) претежно се краткотрајни и временски ограничени,

в) сигурен, доверлив и стабилен терапевтски однос е неопходен за ефективна терапија, но тоа не е во фокусот,

г) бара заедничка работа на терапевтот и клиентот,

д) базирани се на стоичка филозофија (кон смиреност и соочување со проблемите),

ѓ) користат сократовски метод (со често поставување на прашања),

е) структурирани и директивни,

ж) базирани на едукативен модел (научени реакции),

з) се потпираат на индуктивен модел,

ѕ) се барзираат на задавање задачи (цели) и вежбање.

2.1.3.Интерперсонална терапија

Интерперсоналната терапија им помага на пациентите, односно на децата и адолесцентите, да научат подобро да се поврзуваат со другите, активно да слушаат, да имаат взаемно интерактивно влијание, да ги изразуваат чувствата и да развиваат подобри социјални односи и вештини.

2.1.4.Психотерапија

Која било комбинација или техника да ја избере терапевтот во психотерапијата, акцентот секогаш треба да биде ставен на односот помеѓу детето или адолесцентот и терапевтот.

Децата ретко самостојно бараат психотераписки третман. Најчесто се носат кога некој член од семејството, а понекогаш и наставник или психолог, забележат некои психосоматски симптоми или некоја видлива психолошка промена или нарушување. Голем дел од децата веруваат дека биле одведени на третман за казна поради лошото однесување. Токму затоа на почетокот на терапискиот процес треба да се најде начин како да се мотивираат за учество. Кај децата стремежот за промена не се однесува на промена на сопственото интрапсихичко функционирање, туку е насочен кон промена на неговата средина, која бара многу од самиот адолесцент.

Родителите на таквите деца се главно преплавени со разни чувства во врска со своето дете адолесцент и неговите проблеми, и затоа треба да им се помогне да се справат со нив. Треба да се ублажат стравовите или лутењето, ако се присутни, и најбитно е родителите да се согласат за соработка, и да станат чувствителни за детските потреби.

Одлуката за психотераписката интервенција за одредено дете или адолесцент вклучува проценка на детската возраст, развојната стапка, тип на проблем и начин на комуникација. Која и да било комбинација или техника, да се избрани од терапевтот во психотерапијата, акцентот секогаш треба да биде ставен на односот помеѓу детето и терапевтот. Самиот однос често е примарен, ако не и исклучително важен дел од психотерапијата. Во почетокот на повеќето психотерапии, независно од пациентската возраст и природата на тераписките интервенции, главните тераписки ефекти, според постигнувањата на пациентите, се добиваат преку поддршката што ја чувствуваат со доверлив и компетентен терапевт.

Терапевтот треба да обезбеди сигурно окружување и доверлив однос, во кој се слуша, се изразуваат чувства и се решаваат детските и адолесцентските проблеми.

Генерално, психотерапијата ги учи на способност за справување со проблеми, овозможувајќи им на тинејџерите или децата да ги истражуваат чувствата и случките во релаксирана средина[17].

[17] Curcic, V., Eric. (1997). Adolescencija - identitet-psihopatologija-psihoterapija. Zagreb, Albulj.

2.1.5.Семејна терапија

Принципите на групната динамика се соодветни за семејни терапевти кои не само што треба да работат со поединците, туку и со нивните семејни системи. Два клучни концепта, кои влијаат врз семејната терапија, се разликата помеѓу процесот и содржината на групните дискусии и теоријата на улоги[18].

Терапевтите настојуваат да разберат не само што велат членовите на групата, туку и како се пренесуваат овие идеи (процесот). Терапевтите можат да им помогнат на семејствата да го подобрат анализирањето, преку начинот на кој тие се однесуваат и така да го подобрат сопствениот капацитет за справување со проблемите, фокусирајќи се на процесот на нивните отворени дискусии.

Во однос на играњето на улоги, големо значење има реципроцитетот на улоги, за да се утврди како поединците се однесуваат и комуницираат во групи.

На пример, ако едно дете се смета за „бунтовно дете“, братот или сестрата може да ја преземе улогата на „доброто дете“ за да се ублажи стресот во семејството. Овој концепт на реципроцитет на улоги е корисен во разбирањето на динамиката на семејството[19].

3.ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ

3.1.Поим за психосоматски симптоми

Психосоматските симптоми ги претставуваат сите оние телесни симптоми кои се појавуваат под влијание на емоционалните фактори, а вклучуваат еден органски систем, обично под контрола на автономниот нервен систем.

Симптомите можат да се појават во опсег од еден или повеќе симптоми со помал интензитет, сè до поголем број на многу интензивни симптоми, кои ја нарушуваат секојдневната животна активност на детето[20].

---

[18] Eapen., V. (2012). Strategies and challenges in the management of adolescent depression". Current Opinion in Psychiatry. 25 (1): 15–23.

[19] Danielsson, U. E.; Bengs, C.; Samuelsson, E.; Johansson, E.E. (2010).My Greatest Dream is to be Normal:The impact of Gender on the Depression Narratives of Young Swedish men and women. . Qualitative Health Research. 21: 1049732310391272.

[20] Danielsson, U. E.; Bengs, C.; Samuelsson, E.; Johansson, E.E. (2010).My Greatest Dream is to be Normal:The impact of Gender on the Depression Narratives of Young Swedish men and women. . Qualitative Health Research. 21: 1049732310391272.

Во поблаг облик, одредени психосоматски симптоми можат да се јават како составен дел на нормалното развивање, особено во текот на пубертетот и адолесценцијата, кога се случуваат интензивни промени, и кога вообичаено се посветува внимание на телесните промени.

Но, во ситуации кога детето или адолесцентот потешко се соочува со некои животни состојби, овие симптоми можат да станат многу непријатни, да го нарушуваат секојдневното функционирање и да бараат внимание од страна на лекари и клинички психолози. Интензивните симптоми, кои траат подолго време, предизвикуваат нарушување на физиолошките системи и оштетување на органите.

Децата, кои се склони кон психосоматски реакции во стресни ситуации, своите тегоби, стравови и напнатости ги изразуваат по телесен пат. Често интензитетот на настаните е таков што детето поради сопствената емоционална и когнитивна незрелост, не може да ги изрази поинаку, освен преку телесни реакции и пореметувања.

Психосоматските симптоми се многу чести и кај возрасните, така што се проценува дека кај околу 50% од случаите посетата на лекар е поврзана со такви симптоми (Garber, 1998).

Првите симптоми најчесто се појавуваат во текот на детството и адолесценцијата, при што на појавата на еден симптом обично му претходи појава на некој друг, иако не се утврдени специфични форми во развојот на симптомите. Некои симптоми исто така може да покажуваат стабилност со текот на времето, така што, на пример, децата кои покажуваат симптоми на абдоминални болки во детството, во 25-50% случаи ги имаат истите симптоми и како возрасни (Walker et al., 1995).

Последните години психосоматските симптоми сè почесто се појавуваат кај популацијата на децата и младите. Едно големо опсежно истражување во Финска покажува значителен пораст на бројот на симптоми во последните десет години (Santalahti et al., 2005).

Истражувачите сметаат дека причината за тоа е сè поголемиот број на негативни стресни животни настани (кои посебно се поврзани со главоболка), потоа проблеми во функционирањето на семејството, но и промени во начинот на живеење на младите луѓе. Имено, голем број симптоми се поврзани со начинот на организирање на слободното време, на пример, седењето пред компјутер и играњето

на игри се покажало како силен ризичен фактор за развој на главоболка во форма на мигрена.

Иако е познато дека повеќето психиосоматски симптоми и со нив поврзаното однесување започнува уште во детството, малку е познато за формите и ризичните фактори за развојот на овие нарушувања кај децата и адолесцентите.

Различните телесни симптоми со психогена етиологија, кои се јавуваат во детството и адолесценцијата, се дел од различни клинички слики, а најчесто се споменуваат во категоријата на различни психосоматски и соматоформални нарушувања (APA, 1996).

3.2.Типови психосоматски нарушувања

Во психосоматски нарушувања, според ДСМ класификацијата, кои најчесто се користени од страна на истражувачите, спаѓаат: соматски нарушувања, конверзивни нарушувања (во старите класификации познати како хистерија), хипохондрија и хроничен болен синдром. Обично симптомите се преклопуваат и тешко е да се зборува за еднозначна дијагноза.

Пациентите со психосоматски нарушувања (денес психијатрите според психијатриските класификации, како што се ДСМ IV и МКБ-10, ги нарекуваат соматоформни нарушувања) најчесто доаѓаат кај докторите, жалејќи се на бројни симптоми кои тешко се поврзуваат со било кој познат процес или болест.

Додека ги наведуваат своите симптоми, единствено е јасно дека не ретко се поврзани или поттикнати од социјални или психолошки кризи и стресови. Затоа, овој процес на развивање на телесни симптоми, кои се експресија на емоционални и ментални состојби, се нарекуваат соматизации.

Психосоматските нарушувања се опишуваат и класифицираат со оглед на органскиот систем кој е вклучен во симптоматологијата: кардиоваскуларни (хипертензија, тахикардија, ангина пекторис, миокарден инфаркт итн.), респираторни (астма, туберкулоза), ендокринолошки (шеќерна болест, хипогликемија), гастроинтестинални (мачнина, повраќање, гастритис, чир на желудник), дерматолошки (акни, невродерматитис), и други. Во DSM-IV класификацијата овие проблеми се опишуваат како *психолошки фактори кои влијаат на општата здравствена состојба.*

Во групата на **соматоформни нарушувања** се наоѓаат 7 нарушувања: соматизација, недиференцирани соматоформни нарушувања, конверзивно пореметување, пореметување на чувството на болка, хипохондрија, нарушување на шемата на сопственото тело, соматоформно нарушување (неопределен облик). Наведените пореметувања имаат различна етиолошка позадина и секој од нив има специфичен број на симптоми и критериуми за дијагностицирање.

Битно обележја на **соматизацијата** се телесните или соматски изразувања, без некој видлив органски наод, кој би ги објаснил овие изрази или без познат физиолошки механизам кој би ги објаснил наодите. Исто така, постои претпоставка дека со нив се поврзани психолошки фактори или несвесни конфликти кои го објаснуваат присутниот симптом. Овие тегоби за лицето претставуваат голем проблем, така што го нарушуваат неговото функционирање на социјално, академско и друго важно подрачје.

Пациентите со соматизациско нарушување најчесто се јавуваат на лекар изложувајќи бројни физички страдања, без да можат да најдат трага за причината на таквата состојба. Ако постојат некои физички причини за болката, ретко се доволно јасни за да одговараат на тежината на симптомите што ги опишува пациентот. Овие пациенти ги поминуваат годините одејќи од доктор до доктор, но не добиваат дијагноза. Откако најчесто во такви случаи им се препишуваат многу лекарства, честопати знаат да развијат нарушувања на зависност.

Соматизациските нарушувања најчесто започнуваат во време на пубертет или адолесценција, поретко во триесеттите години и почесто се појавуваат кај лица од женски пол.

Симптоми се: гастроинтестинални проблеми, болки во граден кош, главоболки, проблеми со дишење, проблеми со системот за мокрење и чувство на слабост. Кај жените се појавуваат нередовни и/или болни менструални циклуси, чести пометнувања во текот на бременоста.

Неретко соматизациските нарушувања вклучуваат и депресивни симптоми: несоница, слаб апетит, недостаток на интерес.

Недиференцираното соматоформно пореметување е многу слично на соматизацијата, но за утврдување на дијагноза се потребни помал број на симптоми.

Конверзивното пореметување вклучува симптоми кои укажуваат на поврзаност со некоја невролошка повреда, иако медицинските наоди покажуваат дека телесните органи и нервниот систем нормално функционираат. Најчесто се

работи за нарушување на видот, слухот, чувство на одземање, непријатни кожни проблеми, итн. Иако ова нарушување може да се јави кај двата пола, повеќе е застапено кај жените. Се работи за нарушување кое вклучува губење или замена на одредени функции на органите или делови од телото, за што наизглед има физички причини, но, всушност, се предизвикани од психички причини. Најчести симптоми се: амнезија, слепило, делумна или тотална парализа, напади слични на епилепсија, лажна бременост, неможност за говор или голтање. Она што може да се чини чудно е фактот дека пациентите кои страдаат од конверзивно нарушување неретко задржуваат присебност, наречена *la belle indiferance*, или лабава индиференција (прекрасна незаинтересираност) и покрај драматичните симптоми.

Конверзивните нарушувања честопати се проследени со депресија или некои видови на нарушувања на личноста, како што е зависен или хистрионски тип. Некои истражувачи сметаат дека ова нарушување е аналогија на посттрауматско стресно нарушување, кое кај жените често е последица на силување, инцест или семејно насилство.

Во случај на **нарушување на чувството на болка**, доминантен симптом е болката, што значително ја отежнува секојдневната работа на лицето, а за таквата состојба не постои органска подлога. **Хроничниот болен синдром** може да биде резултат на повреда или на тешка болест, но се карактеризира со болка која е инкомпатибилна со физичкиот супстрат. Болката е тешка и долготрајна, повеќе отколку што е вообичаено кај такви состојби. Хроничниот болен синдром вклучува болка во било кој дел од телото, која трае најмалку шест месеци.

Овој синдром кај луѓето често создава функционални проблеми: стануваат лути, чувствуваат немоќ, се деморализираат, осамени се, се оддалечуваат од семејството и пријателите и се зависни од таблетите против болки. Кај половината од овие пациенти, првите симптоми се случуваат по специфични физички трауми.

Иако хроничниот болен синдром може да започне во било кој период, најчесто, сепак, започнува во средната возраст. Двапати почесто се јавува кај жените, а присутен е и кај мажи кои биле физички или сексуално малтретирани во детската возраст.

Хипохондијата е форма на соматоформно нарушување, кога лицето е преплавено со страв од некоја тешка и сериозна болест, а во **нарушување на шемата на сопственото тело** личноста е преокупирана со измислени или

пренагласени недостатоци на сопствениот изглед. Пациентите со ова нарушување се преокупирани со идејата дека и покрај лекарските разуверувања, страдаат од некоја опасна и сериозна болест. Исто така се жалат на бројни симптоми, кои честопати се поттикнати од некој емоционален стрес. Понекогаш се појавуваат пропратно, како дел од реакцијата на жалење. Главно вклучуваат симптоми како и другите психиоматски заболувања: несоница, губење на апетитот, губење на либидото. Исто така, се јавуваат симптоми на анксиозни нарушувања или пореметувања на зависност.

Последната група на соматоформни нарушувања **(неодредени форми)** ги вклучуваат сите оние пореметувања кои не ги исполнуваат критериумите за некоја од наведените нарушувања.

Најчест вид на соматоформни нарушувања е **соматизацијата.** Кај децата соматизацијата најчесто се јавува во форма на полисимптоматска клиничка слика, иако детето обично се жали на еден, доминантен проблем. Така е, на пример, во случај на повторувачки абдоминални болки во стомакот, но најчесто со тоа се поврзани мачнина, проблеми со голтање, лош вкус во устата, и други гастроинтестинални проблеми. Кога се работи за главоболки, најчесто тие се јавуваат во комбинација со болки во градите, губење на воздух, вртоглавица и др.

Освен полисимптоматските клинички слики, за децата е специфично дека психосоматските симптоми во секој период на раст и развој на детето се релативни и променливи.

Во истражувањата на Achenbach и McConaughy (1997) е утврдено дека кај децата на возраст од 2 до 4 години најчестите симптоми се во форма на: намален апетит, одбивање на храна, констипација или дијареја, задржување на воздух, претерани грижи за сопствената чистота и уредност итн..

Во периодот од 4 до 18 години соматските жалби се однесуваат на: главоболки, болки во стомак, мачнина, повраќање, вртоглавица, проблеми со видот, итн. Bernstein и соработниците (1997) на примерок на адолесценти на возраст од 12 до 18 години, кои бегаат од часови на училиште, утврдиле дека најчестите соматски симптоми се: тресење, црвенило или бледило, потење и гастроинтестинални симптоми.

Исто така е утврдена ситуациската специфичност при појавување на одредени симптоми: вртоглавица и дезориентирање почесто се јавуваат во јавни ситуации

(купување, гужва на улица, разговор со авторитети), а болки во стомак или проблеми со дишење се јавуваат во приватно окружување, претежно во домот.

Епидемиолошките истражувања на проблемите со соматизација кај децата не даваат конзистентни резултати. Carr (1999) дава преглед на истражувањата на оваа тема, според која преваленцијата на соматизација кај децата и адолесцентите во општата популација се движи од 2 до 10%. Garber и сор. (1991) наведуваат дека повеќе од 50% од училишните деца имаат најмалку еден симптом на соматизација, а над 15% имаат 4 и повеќе симптоми. Со возраста се зголемува и бројот на симптомите, но почесто се појавуваат и некои, на почетокот ретки, симптоми како болка во зглобовите и мускулите, замор, како и некои конверзивни симптоми (нарушување на видот, слухот, вкочанетост, хроничен замор, хронична кашлица, итн.).

Прецизното проценување на бројот на деца кои имаат проблеми во форма на соматизација, сигурно го отежнува високиот коморбидитет со анксиозни и депресивни нарушувања, како и бихевиорални проблеми, како што се: агресивност, хиперактивност и др. (Egger i sur., 1999). Carr (1999) наведува дека дури кај 12-20% од случаите на испитани деца може да се регистрираат овие коморбидни симптоми.

Од друга страна, епидемиолошките истражувања исто така покажале дека соматизациската дисфункција е ретка кај деца помали од 11 години, иако необјаснивите телесни проблеми се јавуваат во многу рана возраст (според Garber et al. 1991). Авторите предупредуваат дека една од причините за проблемите во проценката е преваленцијата на соматизацијата во важечките критериуми за нивна дијагностика. Имено, дијагностичкиот критериум во ДСМ-IV класификацијата (4 симптоми на болки, 2 гастроинтестинални симптоми, 1 сексуален и 1 псевдоневролошки) се помалку релевантни за децата кои најчесто имаат поедноставни клинички слики од возрасните. Затоа, во насока на преваленција на симптомите на соматизација, најчесто се даваат податоци за специфичните симптоми. Најзачестени се:

- главоболки (со преваленција од 10 до 30%, а според некои истражувања дури и до 70%),
- повторувачки абдоминални болки (од 10 до 20%),
- болки во мускули (од 5 до 20%),

- болки во гради (од 7 до 15%), замор (од 30 до 50%) (Garber, 1998; Egger и сор., 1999; Santalahti и сор., 2005).

3.3.Причини и лекување на психосоматски нарушувања

Постојат различни ставови, од кои може да се проучат и интерпретираат овие психосоматски нарушувања. Во некои случаи може да се работи за симптоми на некои други психијатриски нарушувања, како што се: депресија, панични нарушувања, други анксиозни нарушувања, пореметување на личноста.

Во други случаи, тие може да се интерпретираат како симболичка експресија, во чија основа лежат некои емоционални конфликти.

Истражувањата покажуваат дека перцепцијата на болка е различна кај одредени лица и дека е поврзана со некои разлики кои постојат во поединечниот централен нервен систем, односно сензорните патишта на мозокот.

Можно е соматизациите да бидат и ненормално однесување научено во детството и затоа можат да бидат поттикнати од некои настани и односи со луѓето во текот на животот. Некои деца во семејството учат дека да бидат болни, значи да добијат внимание и на некој начин да ги контролираат другите членови на семејството. Во ваква ситуација, научено, несвесно однесување е дека да се биде физички заболен, всушност е единствениот начин на привлекување на внимание, а во исто време ослободување од одговорност.

Лекарите од општата практика може да се сомневаат дека се работи за ова нарушување кога пред нив има пациент кој бил на безбројни испитувања пред да дојде кај нив. За проценка потребно е добро слушање и трпение за да се отфрлат други диференцијално дијагностички пореметувања.

Психосоматски нарушувања се лекуваат со психофармакотерапевски и психотераписки методи.

Вообичаено, кај хипохондрија се препорачува психотераписки третман, најчесто КБТ, а во предвид доаѓа и интерперсонална психотерапија.

Во случај на соматизациски нарушувања и конверзивно нарушувања со психотерапија, неопходно е да се воведат антидепресиви, како што се: сертралин, флуоксетин, пароксетин, флувоксамин, есциталопрам.

3.4.Проценка на психосоматските симптоми

За проценка на психосоматските симптоми во периодот на детство и адолесценција во истражувањата во светски рамки се користат мал број на инструменти, односно прашалници и скали на проценка. Тие меѓусебно се разликуваат според наведените симптоми, како и критериумите кои се користат за опишување на симптомите.

Проценката на психосоматските симптоми, општо кажано, е многу сложена, бидејќи како прво и задолжително е да се направи комплетна здравствена проверка за да се утврди дали физичките симптоми, на кои се жали детето, не се последица на некоја реална болест или симптомите кои траат долго и се јаки и интензивни влијаат на генералната здравствена состојба.

Клиничарите мора да утврдат дали пациентот има симптоми кои се поврзани со други психијатриски нарушувања и се составен дел на клиничката слика на тоа нарушување.

Еден од најчестите проблеми, кои се јавуваат во дијагностиката во оваа област, се поврзува со раното препознавање на симптомите: најпрво детето треба да ги увери родителите дека му е потребна помош од стручно лице психолог или доктор специјалист.

Од друга страна, истражувањата и праксата укажуваат дека родителите се покажале како многу несигурни за идентификација и проценка на интензитетот на телесните симптоми кај своите деца. Санталахти и соработниците во текот на истражувањата во 2005 година (Santalahti и сор., 2005) заклучиле дека дури и во ситуации кога децата известувале дека симптомите на главоболка и повторувачките абдоминални болки ги чувствуваат секојдневно, сепак некои родители (поточно околку 14% во случај на главоболка и околу 30% во случај на абдоминални болки) изјавиле дека кај детето никогаш не ги забележале наведените симптоми.

Во таа смисла, мерните инструменти кои се во форма на скали на проценка и самопроценка, се користат како прв чекор во дијагностичката процедура и во процесот на третирање, но не и за донесување на крајна дијагностичка одлука.

Иако денес постојат мал број на прашалници за испитување на телесните симптоми, сепак истражувањата покажуваат дека децата веќе на возраст од 5 години се способни да ги разберат и да ги користат скалите за процена за да ги опишат своите телесни симптоми, нивното траење и нивната јачина, односно интензитет (Zeltzer et al., 1988).

Денес во психолошката литература, која се однесува на оваа област, се користат неколку инструменти:

- **Листа на означување на однесувањето на детето** (CBCL - Child Behavior Checklist), конструирана од авторите Achenbach и Edelbrock (1983, според Achenbach и McConaughy, 1997), која претставува најзначаен и најпознат мултиваријатен статистички пристап на психопатологијата во периодот на детство и адолесценција. CBCL се состои од скали на проценка за деца, родители и наставници. Врз основа на резултатите, се добиваат профили на интернализирани и екстернализирани (надворешни) постапки и однесувања. Со факторско-аналитички постапки е утврден фактор на телесни симптоми во рамки на поширокатa димензија на интернализирани, односно внатрешни нарушувања. На овој фактор заситените, односно лицата со проблеми, имале тврдења кои ги опишуваат следните телесни симптоми: болки, абдоминални, односно стомачни проблеми, мачнина, повраќање, главоболка, замор, проблеми со видот и дерматолошки проблеми.

- **Инвентар на соматизација за деца** (CSI - (CSI- Children's Somatization Inventory) на авторката Judy Garber и сор.(1991). Тој се состои од 35 симптоми, опишани во ДСМ критериумите за соматизирање на пореметувања, а испитаниците проценуваат колку често го доживуваат овој симптом во последните 2 недели.

- **Пеннебекеров инвентар на лимбичка малаксаност** (PILL-The Pennebaker Inventory of Limbic Languidness) на авторот Пеннебакер (Pennebaker, 1982), кој се користи за мерење на зачестеноста на 54 телесни симптоми.

- Телесните симптоми исто така се опишани во рамки на прашалниците за депресија и анксиозност (како на пример, во скалата на депресивност на CDI (Kovacs, 1981) и SDD (Vulić-Prtorić, 2003) или за анксиозност RCMAS (Reynolds, 1998) и SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2004), бидејќи често се јавуваат како составен дел од клиничката слика на овие емоционални проблеми. Доколку во овие типови на прашалници телесните симптоми се појавуваат во поголем интензитет или во поголем број, може да укажуваат на склоноста кон соматизација и психосоматски реакции.

Во нашето окружување до сега се користат различни прашалници кои претставуваат преводи на наведените мерни инструменти, или пак, биле конструирани и прилагодени за конкретни истражувања.

Најчесто користени се: Прашалникот за испитување на соматски реакции кај деца (Keresteš, Kuterovac-Jagodić и Vizek-Vidović, 1993) ПСС и Лесвица на психосоматски симптоми (Bezinović i Tkalčić, 2002).

Со цел да се добие што посигурен инструмент за испитување на психосоматските симптоми во детството и адолесценцијата, за потребите на истражувањето и за клиничкото проценување е изработен прашалникот ПСС.

Целта на конструкцијата на ПСС била да се добие инструмент за проценка на психосоматски симптоми, со кој ќе може да се соберат што повеќе информации, не само за *бројот и зачестеноста на појавата на одредени симптоми, туку и за субјективното чувство на непријатност и нарушување во секојдневниот живот*. Во таа насока, целта била да се изработи прашалник:

- кој ќе содржи листа на симптоми кои се опишани во рамките на психосоматски и соматоформни нарушувања во ДСМ-IV класификацијата (при што, како и кај сите слични прашалници наменети за деца и адолесценти, се исклучени симптомите на сексуални проблеми);
- кој ќе содржи список на најчести телесни симптоми кои се опишуваат во литературата од областа на психосоматските и соматоформни проблеми во детството и адолесценцијата (вклучени се и оние симптоми кои не постојат во ДСМ-IV критериумите, а во емпириските истражувања се покажале како

значајни показатели за психосоматски тегоби кај децата и адолесцентите, на пример, дерматолошки симптоми)

- кој ќе содржи симптоми од што поголем опсег на различни области или домени како: псевдоневролошки, кардиоваскуларни, гастроинтестинални, дерматолошки и респираторни симптоми, како и симптоми на болки и општа слабост и др.
- со помош на кој освен бројот на симптоми, нивниот вид и проценка на зачестеноста, ќе може да се добијат и информации за субјективното доживување на сметање, т.е. проценка на испитаниците во која мера симптомите го отежнуваат нивното секојдневно функционирање.

Генерално, се тргнало од главните насоки во дијагностицирањето, според кои во разликувањето на нормални од патолошки форми на симптоми, се користат пет основни критериуми:

1. ситуациона соодветност,
2. интензитет на симптомите,
3. траење на симптомите,
4. степен во кој симптомите го нарушуваат секојдневното функционирање и
5. развојната (не) соодветност на симптомите.

3.5.Истражувања кои се однесуваат на психосоматски симптоми

Милиони луѓе ширум светот секоја година бараат решение за „медицински непостоечки“ проблеми[21].

Д-р О'Саливан во своите истражувања објаснува колку е погрешен денешниот обид за пристапување кон психосоматските болести. Кога ќе кажете некому „мора да е психосоматски“, тоа, всушност, е само учтив начин да му кажете дека вие мислите дека личноста измислила сè до последниот симптом.

А поради психосоматските состојби лицето страда како „реално“, така што воопшто не е важно дали анализите нешто „покажуваат“ или не.

[21] O'Salivan., S. (2015). Is everything in your head only: Truth stories about imaginary diseases. Chatto & Windus.UK

Резултатите на истражувањата на д-р О'Саливан (невролог, консултант за области на клиничка неврофизиологија и неврологија во Националната болница за неврологија и неврохирургија во Лондон) покажуваат дека речиси секоја трета личност бара помош од доктор поради симптоми кои не можат да бидат толку лесно објаснети со обичен медицински пристап.

Светската здравствена организација во 1997 година спровела студија во 15 градови ширум светот, чија цел била да се утврди колку често докторите на медицина наидуваат на „психосоматски“ симптоми кај своите пациенти. Анализата на податоците покажала дека околу 20 проценти од пациентите поседуваат најмалку шест медицински нејасни симптоми[22].

Една студија од 2005 година проценува дека трошоците за лекување на психосоматските нарушувања во САД годишно изнесуваат околу 256 милијарди долари, што е сериозна сума.

Мора да се напомене дека во прашање не се лица кои се грижат дека се болни затоа што сакаат внимание. Во прашање е глобална здравствена криза, и проблемот е многу реален и сериозен.

Причини поради кои би требало да се смени пристапот на психосоматските болести се: прво, важно е да се промени нашето искуство на односот помеѓу физичката и психичката, односно менталната здравствена состојба.

Значењето на терминот „психосоматски“ всушност е „физички симптоми кои се појавуваат од психолошки причини“. Значи, ова не значи дека овие симптоми не се вистински. Болката е вистинска, реална, заморот е реален, непријатноста е вистинска. Но, тоа значи дека тие симптоми, иако реални, не може да бидат едноставно објаснети со медицински тестови или прегледи, и оттаму е стигмата.

Пациентот, значи, добива резултати кои се сосема во ред, а и понатаму се чувствува болно. Лекарот од општа пракса не може да најде основи на проблемот и почнува да се сомнева дека симптомите на кои се жали пациентот навистина постојат или симптомите се прогласуваат за „психосоматски“.

Штом е тука префиксот „психо“, пациентот се чувствува како да е „обвинет“ за нешто. Од него се очекува да се „вразуми“ и да се чувствува подобро со тек на време. Но, за жал, овие состојби едноставно не функционираат така.

[22] O'Salivan., S. (2015). Is everything in your head only: Truth stories about imaginary diseases. Chatto & Windus.UK

Симтомите кои овие пациенти ги чувствуваат се сосема реални. Тие треба да бидат третирани повеќе на психолошко, отколку на физичко ниво. За да се смени тоа, потребно е да го смениме начинот на размислување на лицата[23].

Во својата книга д-р О'Саливен наведува и примери од практиката: Полин, млада жена која живеела страдајќи од неразбирливи болки и напади, чија причина не можела да се утврди, но по терапијата со психотерапевт ѝ се подобриле симптомите, и друг пример на Метју, на кој му била поставена дури и дијагноза на мултипла склероза и бил под толку голем стрес, така што сигналите што неговиот мозок ги испраќал дури не стигнувале до нозете. Со психотерапијата и неговата состојба значително се подобрила.

Постојат илјадници случаи како оние што се наведени. Збунувачки се и поставувањето на дијагнозата може да биде многу комплициран процес, кој бара многу искуство. Но, тоа не ги прави помалку реални.

Нема смисла да ги негираме различните проблеми во функционирањето на организмот од психолошки причини, кои се насекаде околу нас. Постоеле и ќе постојат. Затоа е важно е да се има сочувство. Кога некој ќе се пожали дека се чувствува лошо, иако не знае зошто – треба да му се каже нешто убаво и љубезно, да се утеши. Тоа е првиот пристап во третманот на психосоматските симптоми.

4.ТЕЛЕСНИ СИМПТОМИ НА АНКСИЗНОСТ

Овде опширно се опишани физичките симптоми на анксиозност, односно тегобите, кои ги има многу.

Поимот телесни симптоми се однесува на општите симптоми кои се однесуваат на телото воопшто:

- алергиски проблеми, засилување на алергијата (зголемен број алергии, чувствителност, алергиски реакции, продолжување на реакцијата);

- болки во грбот, вкочанетост, тензија, притисок, грчеви, затегнатост во грбот или задните мускули;

- бледило (блед изглед, губење на бојата на лицето или кожата);

- црвенило на лицето, црвенило на телото, нагло зацрвенување;

[23] O'Salivan., S. (2015). Is everything in your head only: Truth stories about imaginary diseases. Chatto & Windus.UK

- болки во телото, кога целото тело делува болно или исцрпено, чувство како целото тело да е со модринки;

- морници низ телото;

- треска на целото тело;

- зголемување и намалување на телесната температура;

- чувство дека кожата „гори“, чешање на кожата, чувствителност на кожата, губење на чувствата на кожата, преосетливост на кожата;

- „пекање“ во стапалата, табаните, рацете, прстите и нозете;

- болки во прстите, чувство дека прстите се болни и вкочанети;

- чувство на гушење;

- хронична исцрпеност, претеран замор, „потрошеност“;

- чувство на неспретност, нарушена координација на умот и телото;

- ладни трпки, чувство на ладно или студ;

- потреба за благо, слатки, чоколади;

- тешкотии при говор, при придвижување на устата, проблеми при координирање на устата и говорот;

- вртоглавица, чувство на празнина во главата;

- зашеметеност;

- чувство на електричен шок во телото;

- чувство на вишок на енергија, чувство дека не можете да се опуштите;

- „сензација на пропаѓање“, чувство дека пропаѓате или дека ќе паднете, иако мирно стоите или седите;

- чувство дека ќе паднете или ќе се онесвестите;

- чувство дека сè наоколу е лошо, поинаку, чудно или невообичаено;

- симптоми слични на грип, малаксаност, чувство дека сте болни, како дека ќе се разболите од грип;

- често мокрење;

- губиток на коса, опаѓање на коса;

- плапицации (кога се чувствуваат срцевите отчукувања), забрзана работа на срцето;

- хиперактивност, вишок енергија, енергија која предизвикува нервоза;

- зголемување или намалување на либидото;

- инфекции, зголемени или постојани инфекции;
- звуци од грла или од уста кога се движи вилицата или устата;
- мускули кои вибрираат или се тресат при движење;
- мачнина и повраќање;
- болки во вратот, грб и рамењата, чувство на вкоченост, тврдост;
- потење во сон, будење со пот, постојана изнемоштеност;
- недостаток на енергија, чувство на летаргија, замор;
- чувство на „тупило“;
- константна напнатост на мускулите, вкочанување на мускулите;
- срце кое „брза“, чувство дека срцето бие прејако;
- чувство на притисок во ребрата, чувство на стегање во ребрата;
- сексуална дисфункција, сексуална незаинтересираност;
- прободувачки болки, или чуден притисок во вратот, главата или лицето;
- прескокнување на срцето;
- неконтролирано потење;
- чувство дека подот се подигна/спушта без причина;
- чувство на трпки по целото тело;
- губење на килограми или дебелеење.

Симптоми на тегоби во градите:

- грчеви во градите, „треперење“ во градите, чувство дека вибрира градниот кош;
- болки во градите или чувство на нелагодност;
- загрижност за срцето;
- чувство дека треба да се натерате да дишете;
- чувство дека тешко дишите, кратко вдишување и издишување;
- често „вдишување“ воздух;
- пребрза и прејака работа на срцето, забрзани откуцувања;
- несоодветно и нерамномерно работење на срцето, прескокнување или пропуштени откуцувања, и нагон за кашлање;
- прејаки отчукувања, чувство дека срцето сака да излезе надвор.

Чувства при анксиозност:

СТРАВОВИ:

- Зголемен страв од она што луѓето мислат за вас;
- се плашите дека ќе бидете заглавени во просторија без излез;
- постојано чувство на преголем страв;
- страв од јавен простор;
- страв од умирање (смрт);
- страв од губење контрола („лудило“);
- страв од нешто што неизбежно доаѓа;
- страв дека правите грешки или дека ќе излезете глупави пред другите;
- страв од паѓање во несвест;
- страв дека ќе изгубите разум;
- ирационални стравови од работи, предмети, ситуации или околности;
- страв од нормални работи, необични чувства и емоции, застрашувачки чувства и мисли;
- зголемена свест за себе или самосвест;
- страв од наоѓање на тоалет за да се чувствувате добро сами;
- страв дека мора да седите во близина на излезот од собата, автомобил и слично;
- стравот од тоа дека никогаш нема да бидете повторно како порано.

ГЛАВА - СИМПТОМИ НА АНКСИОЗНОСТ КОИ СЕ ОДНЕСУВААТ НА ГЛАВАТА:

- магла во главата;
- пецкање, чешање на главата;
- збунетост;
- чести главоболки, мигрена;
- чувство на „обрач“, кој стега околу главата и создава притисок;
- „удари“ – доживувања како електричен шок во главата;
- бесчувствителност;
- болка во лицето;
- чувство кога ќе ги затворите очите дека ќе почнете да лебдите;
- болна вилица која потсетува на забоболка;
- шкрипење или стегање на забите поради напнати мускули во вилиците.

СЛУХ:

- чувство дека нешто е заглавено во увото, дека ушниот канал е блокиран и не може да се исчисти;

- ослабен слух, често или повремено ослабување на слухот или глувост на двете уши;

- ѕвонење во увото, чудни звуци во увото, звуци во главата;

- пулсирање во ушите, одекнување во увото;

- скокот или чешање во увото до место кое не може да достигне.

УМ:

- страв од сè;

- променета реалност, свест или чувства на исклучување од светот;

- „дежа ву“, чувство дека се случува нешто кое веќе се случило;

- деперсонализација (чувство на нереалност на себеси);

- дерелаизација (нереалност на светот, на другите луѓе, објекти);

- неможност за концентрација, краткорочна загуба на меморија;

- тешкотии во размислување, зборување, формирање мисли, следење на разговори;

- дезориентација;

- чувство на нереалност за сè;

- чувство на постојана преплавеност, или дека премногу треба да се направи;

- кошмари, ноќни стравови, лоши соништа;

- постојани повторувачки мисли, или разговор „со себе“;

- проблем на помнење на нови информации;

- проблемот на сеќавање на она што се случило пред неколку часа, денови, недели;

- мисли кои се „заглавени“ во главата, ментални слики, концепти, песни, мелодии, кои се „заглавени“ и се повторуваат одново и одново;

- чувство на „заглавеност“ во сопствениот ум;

- заробена анксиозност, страв или очекување;

- чувство дека целиот свет е на твои рамена;

- чувство на ненадејно распаѓање на површината на која се стои.

РАСПОЛОЖЕНИЕ:

- чувство на гнев и недостаток на трпеливост;
- депресија;
- драстични промени во расположението;
- емоционална затапеност, рамнодушност;
- чувствувo дека сите емоции се погрешни;
- сѐ е страшно, ужасно;
- чувство дека работите се нереални или како во сон;
- постојано чувство дека сте на „работ на пропаст“;
- потреба за плачење без никаква причина;
- недостаток на емоции кон она кон што претходно си го сакал;
- се чувствувате како да не сте свои (чувствувате дека не сте вие), недостаток на емоции кон вашите блиски, емоционална тупост;
- чувство дека сте под огромен притисок цело време.

УСТА/СТОМАК:

- чуден мирис од устата;
- пецкање во устата, чувствувo на горење во устата, дека ве боцка како иглички или сите заедно;
- пецкање на јазикот;
- запек;
- дијареа;
- сува уста;
- неможност за проголтување, страв дека нешто ќе застане во грлото;
- чувство дека јазикот е потечен;
- недостаток на вкус и апетит;
- „кнедла во грлото“, тесно грло, нешто заглавено во грлото;
- „кликнување“ на коските при поместување на устата/грлото;
- болки во желудникот, надуеност;
- повраќање.

СОН:

- потешкотии при заспивањето или задржување на сонот;
- постојани бизарни, ужасни или страшни соништа;
- звуци кои ве будат од сон;
- несоница или будење на полноќ;
- будење со паничен напад;
- по будењето се чувствувате полошо.

ВИД:

- чуден, нејасен или магловит вид;
- суви, превлажнети или очи кои постојано пецкаат или чешаат;
- тикови со очи;
- гледате работи кои не се таму, на работ на видното поле;
- блескање, ѕвезди пред очите;
- чувствителност кон светлината;
- блесоци кога очите се затворени;
- губење на визијата за „просторност“.

Од другите симптоми, важно е да се истакне: хипохондрија, постојана загриженост, проблеми со срцето (неоргански), трнење во рацете и нозете и многу други.

Со анксиозност може да се јави и загриженост за:

- срцев удар;
- страв дека имате неизлечива болест;
- прерана смрт;
- се чувствувате дека „полудувате“ или ќе изгубите разум;
- страв од ненадејна смрт;
- губење контрола над мислите и делата;
- несвесно повредување на себеси или на вашето семејство;
- јавна несвестица;
- неправилно дишење;
- губење на допир со реалноста;

- задушување
- страв од осаменост.

4.АНКСИОЗНОСТ

Анксиозноста сама по себе е ментален проблем. Анксиозноста произлегува од мозокот. Кај повеќето луѓе е јасно зошто се создава вознемиреност - поради страв, загриженост, нервоза. Така анксиозноста често се гледа низ менталната призма. Сепак, анксиозноста исто така може да предизвика и многу физички симптоми, а некои од нив може да бидат многу сериозни.

Покрај тоа, можно е физичките симптоми на анксиозност да се појават дури и кога нема страв или загриженост во тој момент. Анксиозноста е комплицирано нарушување и може да предизвика сериозни физички симптоми, кои можат да бидат сериозни како и секоја болест.

4.1.Физички симптоми на анксиозност

Анксиозноста предизвикува долготраен стрес, а стресот може да предизвика многу физички симптоми на анксиозност. Во некои случаи, ова може да биде во облик само на благ проблем со варењето на храната. Во тешки случаи, исто така може да биде тежок проблем со кој може да се заврши во болница. Физичките симптоми на анксиозност се разликуваат едни во други и зависат од видот и сериозноста на анксиозноста[24].

Исто така, постојат чести, но исто така и многу поретки симптоми на анксиозност. Кај повеќето анксиозни луѓе, физичките симптоми на анксиозноста варираат во зависност од здравјето, структурата на телото, исхраната и реакцијата на анксиозност. Еден вид на симптом може да се појави кај една личност, а кај друга личност, со иста тежина и вид на анксиозност, може да се јават сосема други симптоми.

[24] Tselebis A, Pachi A, Ilias I, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, et al. (2016). Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD:a mental health perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat* (Review). 12: 297–328.

Кога се вели „најчести“, се мисли на симптомите што се јавуваат кај скоро секоја анксиозна личност на еден или друг начин. Може да се биде вознемирен без никакви симптоми, но ако има вознемиреност, многу е веројатно дека барем еден од овие симптоми ќе се случи кога тогаш:

- аритмија и лупање на срце
- прекумерно потење
- неконтролирано треперење
- тешкотии со дишењето
- тешкотии со голтање и чувство на гушење
- мачнина и повраќање
- чувство на вртоглавица и несвестица
- „топлотни“ напади слични на оние во менопауза.

Некои од овие симптоми се јавуваат почесто од други. Повраќањето се јавува почесто кај тешка анксиозност, додека забрзаното и неправилно чукање на срцето се јавува скоро кај сите. Општо земено, ова се најчестите физички симптоми на анксиозност што се јавуваат кај повеќето луѓе со овој проблем.

4.2.Ретки и невообичаени физички симптоми на анксиозност

Некои физички симптоми на анксиозност ретко се појавуваат. Тие симптоми се почести кај оние лица кои имаат специфичен тип на анксиозност. На пример, кај лица кои имаат панични напади или посттрауматски стрес, често се јавува хипервентилација, а хипервентилацијата може да доведе до многу други симптоми, вклучувајќи:

- болки во гради
- слабност или тренење на екстремитети
- надуеност и гасови
- грчеви во прсти
- прозевање.

Симптомите на хипервентилација не се ретки, туку, напротив, прилично чести, но се почести кај некои специфични типови на анксиозност. Исто така, постојат уште многу физички симптоми на анксиозност, и ретки и чести, бидејќи

анксиозноста предизвикува стрес кој го погодува телото на различни начини. Некои од тие ретки симптоми се:

• деперсонализација (чувство дека на некој начин се наоѓате надвор од сопственото телото)

• осип на кожа

• главобоки

• честа потреба за уринирање

• болка во очите и проблеми со видот

• вртоглавица.

Еден од најинтересните, а истовремено и најголемите проблеми поврзани со анксиозноста, е тоа што не се знае како стресот точно влијае на телото и личноста. Стресот може да влијае врз органите, хормоните, исхраната и на многу други работи. На пример, можно е стресот предизвикан од анксиозност да предизвикува различни нарушувања во организмот, на пример, анемија. Стресот може да предизвика и други ментални нарушувања, особено депресија. Анксиозноста е многу посложена отколку што луѓето мислат и може да биде поврзана со бројни физички проблеми, за кои луѓето обично сметаат дека причината е од физичка природа.

Анксиозноста може да предизвика и *други проблеми* со физички симптоми. Честопати се појавува чувство на непријатност во најширока смисла. Луѓето кои не се анксиозни често не ги забележуваат овие работи - за нив, тоа се само сензации (во физичка смисла), како и сите други.

Меѓутоа, кај анксиозните луѓе, особено при панични напади, луѓето ги чувствуваат тие сензации многу силно. Бидејќи постојано „го слушаат“ својот организам, тие сензации стануваат многу посилни и предизвикуваат многу поголема загриженост. Објективно набљудувано, овие сензации може да бидат целосно исти како и кај некој кој не е анксиозен, но субјективното чувство е многу потешко.

4.3.Контрола на физичките симптоми на анксиозност

Анксиозните луѓе честопати мислат дека можат да доживеат смрт од анксиозност, особено кога добиваат напад на анксиозност. Тоа не е точно - анксиозноста не може да предизвика смрт. Иако долгорочниот стрес може да

предизвика опасни последици, моменталниот напад е речиси безопасен. Проблемот е во тоа што луѓето при нападот на аксиозност се чувствуваат како дека ќе умрат.

Ако лицата имаат физички симптоми на анксиозност, главна цел е тие да се запрат што е можно поскоро. Еден од проблемите со луѓето кои се подложени на лекување е тоа што тие обично сакаат да ги излекуваат симптоми кои им сметаат, а не самата анксиозност. На пример, луѓето кои имаат некоја дисфункција со варење поради анксиозност, обично земаат лекови кои лечат нарушување на варењето. Луѓето кои патат од чести главоболки, земаат лекарства против болки и слично.

Ваквите третмани обично немаат никаков ефект, а ако имаат, ефектот е само привремен. Непоходно е личноста да ја контролира својата анксиозност - кога ќе се реши тој проблем, и другите симптоми ќе исчезнат.

Во најголем број случаи се сугерираат следниве работи:

• Контрола на дишењето: на почеток треба се дише поспоро и да не се вдишува премногу воздух. Многу тешки симптоми на анксиозност се јавуваат поради хипервентилација, што се јавува кога се дише премногу брзо и се кога се обидуваме да внесеме повеќе воздух отколку што е потребно за организмот. Побавното дишење ќе ги ублажи некои од потешките симптоми на анксиозност.

• Вежбање: голем дел од анксиозноста потекнува од физичка неактивност. Вежбањето ослободува ендорфин и ги заморува мускулите, а и едното и другото драматично ја намалуваат анксиозноста. Вежбањето, а посебно џогирањето, е многу важно за успешно да се изборите со анксиозноста.

• Избегнување стрес: обично ова е многу полесно да се каже, отколку да се спроведе, но постојат многу мали работи што може да се направат за да се избегне премногу стрес. Не се препорачува следење на содржини и филмови кои предизвикуваат силни емоции или предизвикуваат страв, да не се слуша музика која не одговара и да се избегнуваат луѓе кои предизвикуваат стрес. Тоа можеби нема да ја излекува анксиозноста, но драстично ќе ги ублажи симптомите.

Исто така, потребно е самата личност да научи да се избори со конкретните проблеми кои предизвикуваат анксиозност, да се утврди кој тип на анксиозност е во прашање и да се препознае како таа влијае на самата личност за да се третира правилно.

II ДЕЛ
МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1.ПРОБЛЕМ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

Проблемот на ова истражување ги рефлектира *психосоматските симптоми* во периодот на адолесценција, кои ги претставуваат сите оние телесни симптоми кои се појавуваат под влијание на емоционалните фактори.

Симптомите може да бидат од еден до повеќе симптоми со помал интензитет или пак, поголем број на многу интензивни симптоми, кои ја нарушуваат секојдневната животна активност на детето. Оваа ситуација може да влијае многу негативно на понатамошното развивање на личноста на младиот поединец, посебно во периодот на адолесценција.

Поконкретно, проблемот е поставен низ следните прашања:

1. Каква е проценката на сопствената здравствена состојба на адолесцентите во Република Македонија?

2. Каква е присутноста на психосоматските симптоми кај адолесцентите во Република Македонија?

3. Дали постои поврзаност на најчесто застапениот психосоматски симптом кај адолесцентите и нивниот пол?

2.ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Научната цел на конципираното истражување се однесува на дескрипција, односно опис на проценатa на здравствената состојба на адолесцентите, како и на опис на состојбата на присутност на психосоматски симптоми, и цел на предикција за утврдување на поврзаност на најчестиот психосоматски симптом кај адолесцентите и полот.

Целта на истражувањето бара утврдување на активности, прецизирани низ задачите на истражувањето, претставени подолу:

1. Да се испита каква е проценката на самите адолесценти за сопствената здравствена состојба;

2. Да се утврди колку се застапени психосоматските симптоми кај адолесцентите;

3. Да се утврди кои психосоматски симптоми ги доживуваат најголем број на адолесценти;

4. Да се добијат сознанија дали постои поврзаност на полот и најчестиот психосоматски симптом кај адолесцентите;

2.1. НАУЧНА ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Од горенаведените цели и задачи на истражувањето се забележува дека научната интенција е во сегмент на дескрипција, како и предикција. Поточно, интенцијата на научното методолошко конципирање на истражувањето се однесува на опис на состојбата на адолесцентите во однос на утврдување на присуството и зачестеноста на психосоматските симптоми во периодот на адолесценција.

Научниот ангажман овде исто така е насочен кон извлекување на научни сознанија за поврзаноста на полот и најчестиот психосоматски симптом кај адолесцентите во Република Македонија.

2.2.ПРАКТИЧНА ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Апликативната цел на истражувањето се огледува низ добиените заклучни согледувања од трансферзален пресек на состојабата на психосоматските симптоми да се зголемат базите на научните сознанија во оваа област, и аналогно на тоа, да се конципираат дополнителни превентивни активности за спречување на појава на разорни психосоматки симптоми, како и навремено корективно реагирање на проблемите од овој тип во периодот на адолесценција.

3.РЕЗУЛТАТИ ОД ДОСЕГАШНИ ИСТРАЖУВАЊА

Најголем дел од резултатите на спроведените истражувања покажуваат дека во периодот од 4 до 18 години, соматските поплаки и жалења се однесуваат на: главоболки, болки во стомакот, мачнина, повраќање, вртоглавица, проблеми со

видот, итн. Берштајн и соработниците (Bernstein, 1997) кај примерок на адолесценти на возраст од 12 до 18 години, коишто бегаат од часови на училиште, утврдиле дека најчестите соматски симптоми се: тресење, црвенило или бледило, потење и гастроинтестинални симптоми.

Исто така е утврдена ситуациската специфичност при пријавување на одредени симптоми: вртоглавица и дезориентирање почесто се јавуваат во јавни ситуации (купување, гужва на улица, разговор со авторитети), а болки во стомак, проблеми со дишење се јавуваат во приватно окружување, претежно во домот.

Епидемиолошките истражувања на проблемите со соматизација кај децата не даваат конзистентни резултати. Carr (1999) дава преглед на истражувањата на оваа тема, според која преваленцијата на соматизација кај децата и адолесцентите во општата популација се движи од 2 до 10%.

Гарбер и соработниците (Garber et all., 1991) во истражувањата во текот на 90-тите години наведуваат дека повеќе од 50% од училишните деца имаат најмалку еден симптом на соматизација, а над 15% имаат 4 и повеќе симптоми. Со возраста се зголемува и бројот на симптоми, но почесто се појавуваат и некои, во почетокот ретки симптоми, како болка во зглобовите и мускулите, замор, како и некои конверзивни симптоми (нарушување на видот, слухот, вкочанетост, хроничен замор, хронична кашлица, итн.).

Прецизното проценување на бројот на деца кои имаат проблеми во форма на соматизација, сигурно го отежнува високиот коморбидитет со анксиозни и депресивни нарушувања, како и бихевиорални проблеми, како што се: агресивност, хиперактивност и др. (Egger и сор., 1999).

Кар (Carr., 1999) наведува дека дури кај 12-20% од случаите на испитани деца може да се регистрираат овие коморбидни симптоми.

Од друга страна, епидемиолошките истражувања исто така покажале дека соматизациската дисфункција е ретка кај деца помали од 11 години, иако необјаснивите телесни проблеми се јавуваат на многу рана возраст (според Garber et all., 1991).

Авторите предупредуваат дека една од причините за проблемите во проценката е преваленција на соматизацијата во важечките критериуми за нивна дијагностика.

Имено, дијагностичкиот критериум во ДСМ-IV класификацијата (4 симптоми на болки, 2 гастроинтестинални симптоми, 1 сексуален и 1 псевдоневролошки) се

помалку релевантни за децата кои најчесто имаат поедноставни клинички слики од возрасните. Затоа, во насока на преваленција на симптомите на соматизација најчесто се даваат податоци за специфичните симптоми. Најзачестени се:

- главоболки (со преваленција од 10 до 30%, а според некои истражувања дури и до 70%),
- повторувачки абдоминални болки (10 до 20%),
- болки во мускули (5 до 20%),
- болки во гради (7 -15%), замор (30 до 50%) (Garber, 1998; Egger и сор., 1999; Santalahti и сор., 2005).

Во нашата држава засега е релативно мала застапеноста на истражувања, чија проблематика се однесува на адолесцентите.

Добиените научни заклучни согледувања ќе бидат голем придонес за првентивно и корективно дејствување за решавањето на проблемите кај адолесцентите.

4.ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

Голем број истражувања укажуваат на голема застапеност на психосоматските симптоми кај адолесцентите.

Во светски рамки оваа проблематика е доста често истражувана, но истражувањата во нашата држава сè уште бараат дополнителни научни сознанија. Поради посебноста и интензитетот на промените во периодот на адолесценција и неговата енормна важност за понатамошниот развој на личноста, проблемот на истражување е трасиран на психосоматските симптоми токму во периодот на адолесценција кај младите во Република Македонија.

4.1.ТЕОРЕТСКО ОПРЕДЕЛУВАЊЕ НА ПРЕДМЕТОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

Предметот на самото истражување се однесува на самопроценка на сопствената здравствена состојба и присутноста на психосоматските симптоми кај адолесцентите во Република Македонија.

Теоретското определување се однесува на научно толкување на клучните поими на насловот на проблематиката, поконкретно на теоретска обработка на поимите на психоматски симптоми и адолесценција.

Прикажаните теоретски подлоги и соодветно добиените резултати на истражувањето ќе бидат уште еден придонес на истражувањата во доменот на адолесценцијата и превентивното третирање на овој осетлив, но и бурен период за младата популација.

4.1.1ДЕФИНИРАЊЕ НА КЛУЧНИТЕ ПОИМИ

Како суштински поими на истражувањето се издвоени:

- *Психосоматски симптоми:* тие се телесни симптоми кои се појавуваат под влијание на негативни емоционални состојби (главоболка, исцрпеност, мачнина, замор). Доколку се интензивни и зачестени, можно е да влијаат на секојдневното функционирање на личноста, а исто така и да доведат до сериозни здравствени проблеми[25] Секојдневните проблеми и стресот, буквално во сите сегменти, бараат континуирано прилагодување, а посебно се акцентирани во периодот на адолесценција. Од една страна се низата проблеми и стресни ситуации, поврзани со зголемените барања од околината, а од друга страна се комплексните когнитивни, афективни, физички, социјални промени, кои личноста на адолесцентот интензивно ги доживува и кон кои треба да се прилагодува. Таквите континуирани стресни ситуации и нивното прилагодување, може да има множество негативни, не само моментални, туку и долгорочни последици во понатамошниот живот (Seiffge-Krenke, 2000). Затоа се битни превентивните мерки и навременото детектирање на психосоматските симптоми[26].

- *Адолесценција:* Адолесценцијата како поим потекнува од латинскиот поим *adolescere*, што значи „да се порасне“ и претставува преодна фаза на

[25] Bradley K.L., McGrath P.J., Brannen C.L., Bagnell A.L. (2010). "Adolescents' attitudes and opinions about depression treatment". Community Mental Health Journal. 46 (3): 242–251.
[26] Casey B. J.; Getz S.; Galvan A. (2008). The adolescent brain. Developmental Review. 28 (1): 62–77.

физичкиот и психолошкиот развој, која се јавува во периодот од пубертетот до постигнување на законската зрелост, односно зрелоста која ја дефинира одредно општество.

Адолесценцијата е во врска со тинејџерските години, но нејзините физички, психолошки или културни изрази може да започнат порано и да завршат подоцна. На пример, пубертетот во денешно време обично започнува за време на преадолесценцијата, посебно кај женските лица.

Физичкиот раст (особено кај машките) и когнитивниот развој може да се прошират дури и во раните дваесетти години. Оттука, возраста претставува само еден груб маркер, односно интервал на адолесценцијата, а научниците и истражувачите тешко договараат прецизна дефиниција и возрасна определба на адолесценцијата. Денес таа опфаќа: рана адолесценција (од 12 до 15 години), средна адолесценција (од 15 до 21 година) и доцна адолесценција (од 21 до 25 или 26 години)[27].

4.1.2ОПЕРАЦИОНАЛНО ОПРЕДЕЛУВАЊЕ НА ПРЕДМЕТОТ НА НАУЧНО ИСТРАЖУВАЊЕ

Операционалното прецизирање на предметот на емпириското истражување е прикажан преку методолошко одредување на проблематиката на истражување.

4. 2. ХИПОТЕЗИ

Во определеното истражување се групирани 3 општи или генерални хипотези, кои се формулирани во вид на искази на континуитет.

Генерални хипотези:

1. Постои добра проценка на сопствената здравствена состојба на адолесцентите во Република Македонија;
2. Постои висока присутност на психосоматски симптоми кај адолесцентите во Република Македонија;

[27] Arnett J. J. (2007). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For?". Child Development Perspectives. **1** (2): 68–73

3. Не постои значајна поврзаност на најчестиот психосоматски симптом кај адолесцентите во однос на полот.

4.2.1.ФОРМУЛАЦИЈА НА ПОСЕБНИ ХИПОТЕЗИ

Како посебни хипотези се дефинирани:

1.1. Најголем дел од адолесцентите ја проценуваат сопствената здравствена состојба како добра;

2.1. Најзачестени психосоматски симптоми кај адолесцентите се: замор, зголемено потење и главоболки.

2.2. Најголем број адолеценти доживуваат настинка и недостиг на енергија или замор.

3.1. Не постои значајна поврзаност на најчестиот психосоматски симптом кај адолесцентите од женски и психосоматскиот симптом кај адолесцентите од машки пол.

4.2.2. ФОРМУЛАЦИЈА НА ПОЕДИНЕЧНИ ХИПОТЕЗИ

Како операционализација на вторите посебни хипотези, се поставени следните поединечни хипотези:

2.1.1. Најчесто доживувани психосоматски симптоми се: замор, прекумерно потење, главоболки, настинки и забрзана работа на срце.

2.1.2. Најголем број адолесценти доживуваат: настинки, недостаток на енергија или замор, главоболки, мачнина, прекумерно потење.

4.3. ВАРИЈАБЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Со оглед на дескриптивниот карактер на истражувањето, како варијабли на истражувањето се поставени:

Полот како вид на независна варијабла на истражувањето.

Зависни варијабли на истражувањето се: психосоматските симптоми кај адолесцентите, групирани во 7 телесни подрачја на функционирање

(псевдоневролошки, кардиоваскуларни, мускулаторни, респираторни, гастроинтестинални, дерматолошки, болки или чувства на слабост).

Како релевантни варијабли на научното истражувањето се утврдени: место на живеење, национална припадност и слични променливи, претежно утврдени во општиот прашалник.

5. МЕТОДИ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

5.1. МЕТОДИ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

Научниот метод, кој доминира во истражувањето, е методот на дескрипција. Подиректно, со примена на дескриптивен метод, се настојува да се даде опис на најчесто застапените психосоматски симпотоми кај адолесцентите и нивното пречење на секојдневното функционирање. Со методот на корелација се настојува да се утврди дали постои поврзаност на полот и зачестеноста на јавување на психосоматските симптоми.

Од проблемот на истражувањето, а во согласност со поставената цел, се користат инструментите: прашалник за психосоматски симптоми и прашалник за општи информации за адолесцентите.

1. Прашалник за психосоматски симптоми за деца и адолесценти PSS е составен од список на вкупно 35 симптоми и сензации, како и **дополнителни** дадени прашања.

Прашалникот за психосоматски симптоми кај деца и адолесценти (PSS)[28] е инструмент за самопроцена, кој се состои од 35 прашања, односно 35 симптоми (кадриоваскуларни, респираторни, гастроинтестинални, дерматолошки, псеудоневролошки и други) и од 3 дополнителни прашања, со кои се утврдува здравствената состојба на поединецот адолесцент. Секој симптом се проценува со оглед на честината на јавување, односно доживување во текот на последните три

[28] Vulić-Prtorić., A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente – procjena valjanosti

месеци и со оглед на степенот до кој тој симптом му смета на поединецот во извршувањето на секојдневните активности.

Се користи како мерен инструмент за утврдување на бројот, зачестеноста и интензитетот на психосоматските симптоми кај деца и адолесценти.

Во списокот на симптоми се наведени најчестите симптоми кои се наведуваат во истражувањата на психосоматски и соматоформни проблеми во периодот на детство и адолесценција. Истите, според потребите на истражувањето, се групирани согласно нивната припадност на одделни телесни подрачја на функционирање.

Табела 1: Симптоми во инструментот со припадност кон одредени телесни подрачја на функционирање

Псевдоневролошки симптоми (9)	1. Вртоглавица, 2. губење на рамотежа, 3. кнедла во грло, 4. двојна слика, 5. заматен вид, 6. изненадно губење на вид, 7. изненадно губење на слух, 8. несвестица, 9. изненадно губење на помнење
Кардиоваскуларни (3)	1. Забрзано работање на срце, 2. болка во гради, 3. прекумерно потење
Мускулаторни (2)	1. Мускулна напнатост, 2. слабост на мускули
Респираторни (3)	1. Тешкотии при дишење, 2. Чувство на гушење, 3. Настинка (затнат нос, кашлица и сл.)

Гастроинтестинални **(9)**	1. Мачнина, 2. грчеви во стомак (освен менструални болки) 3. пролив, 4. повраќање, 5. надуеност, 6. губење на апетит 7. Неподносливост на некој вид храна, 8. опстипација или нередовна столица, 9. печење на желудник
Дерматолошки **(3)**	1. Кожен осип, 2. црвенило на кожа, 3. акни или бубулици
Болка /чувство на слабост **(6)**	1. Главоболка, 2. болка во грб, 3. недостаток на енергија/замор, 4. покачена телесна температура, 5. болка во зглобови, 6. болка во раце или нозе

Секој симптом во Прашалникот се проценува на две скали за самопроцена од Ликертов тип: **скала на зачестеност** (преку прашањето: Колку често во текот на последните три месеци си го доживеал тоа?) од вкупно 4 нивоа (1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден) и **скала на субјективна процена** на сметање во нормално секојдневно функционирање (Колку ти смета тоа во секојдневните животни активности?) од 3 нивоа (1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу).

Составен дел на инструментот се 3 дополнителни прашања, кои се дадени на почетокот:

1) Едното се однесува на **процена на сопствената здравствена состојба** (Што мислиш какво е твоето општо здравје?), на кое се одговара со скала од Ликертов облик со 4 нивоа (1 = лошо, 2 = средно, 3 = многу добро, 4 = одлично).

2) Второто прашање се наоѓа на крај на листата на симптоми и укажува на **тежината на симптомите** (Дали поради наведените здравствени проблеми мораше да одиш на лекар?) и се одговора со заокружување (да или не).

3) Последното прашање дава увид во **општата здравствена состојба** на испитаникот и евентуалните болести кои ги има (Боледуваш ли од некои болести, како алергија, асма, дијабетес и слично?) и се одговора со заокружување (да или не).

2. **Прашалник за општи информации** – содржи посебни прашања кои се однесуваат на општи информации за адолесцентите, во смисла од пол, возраст, национална припадност, место на живеење и слично.

5.2.ТЕХНИКИ ЗА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ

Податоците кои се собрани од инструментите најпрво се систематизирани, а потоа обработени на ниво на дескриптивна статистика. Параметрите и графичките прикази се добиени со програмата SPSS Statistics, од верзија 22 и со програмата Ексел (Exel). По секој табеларен и графички приказ на фреквенции, проценти, аритметички средини, стандардни девијации и соодветни коефициенти, извршено е толкување на прикажаните показатели поединечно.

6.Популација и примерок на истражувањето

Во процесот на спроведување на истражувањето учество земаа вкупно 122 испитаници. Од нив се застапени по 61 испитаник од машки и 61 од женски пол. Популацијата на испитаниците се адолесценти од 5-то до 9-то оддление во основно образовние, односно имаат од 11 до 15 години. Истите учат во 6 основни училишта на територијата на Република Македонија.

Избрани се по случаен избор по метод на рандомизација.

7. Организација и спроведување на истражувањето

Истражувањето на терен се спроведе во месец март, 2018 година. Претходно беше обезбедена согласност од страна на надлежните органи. Прашалниците се пополнуваа групно, за време на одделенските часови, со тенденција да не се наруши нормалното одвивање на наставата. Во процесот на задавање на прашалниците и упатствата за пополнување, како и контролирањето на процесот на пополнување на инструментите, беа присутни и координираа училишните педагози и психолози. Пред да ги пополнуваат инструментите, на учениците соодветно им беше објаснето која е целта на истражувањето и детално им се објасни постапката на пополнување на инструментот, која впрочем е објаснета и писмено на почетокот на инструментот.

III ДЕЛ
АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ДОБИЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.Анализа и интерпретација на податоци добиени од прашалникот за општи информации

Табела 1: Дескриптивни статистички показатели

Statistics

		возраст	пол на испитаници	национална припадност	место на живеење	место на училиште	отсуство од училиште од лекар	отсуство од училиште поради субјективна проценка
N	Valid	122	122	122	122	122	122	122
	Missing	3	3	3	3	3	3	3
Mean		13,8197	1,5000	1,4918	1,2213	1,1967	1,2295	1,0820
Median		14,0000	1,5000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Mode		15,00	1,00[a]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Std. Deviation		1,16432	,50206	,86479	,56791	,53996	,54222	,30397
Variance		1,356	,252	,748	,323	,292	,294	,092
Range		4,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Minimum		11,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		15,00	2,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Прикажаните податоци покажуваат дека вкупниот број на испитаници е 122 единици на анализа, а тие се ученици во основно училиште, односно се во развоен период на рана адолесценција.

Испитаниците се на возраст од 11 до 15 години, со аритметичка средина од M=13.82, односно 14 години.

Според полот, подеднакво се застапени испитаници од женски и машки пол, односно по 61 испитаник од машки и 61 од женски пол.

Националната припадност на испитаниците е со застапеност на македонска, албанска, турска и друга националност, а најчеста е македонкската националност на

испитаниците, изразена низ модот на категорија 1, која се однесува на македонска националност.

Според местото на живеење, најголем дел од испитаниците се од градска средина. Исто така, најголем дел од учениците учат во училишта кои се лоцирани во градска средина.

Во однос на прашањето за отсуство од училиште поради препорака на медицинско лице, од вредноста на M=1,2295, која се однесува на категоријата на годишно ниво, се заклучува дека отсуствата од училиште на учениците поради препорака на лекар се случуваат неколку пати на годишно ниво.

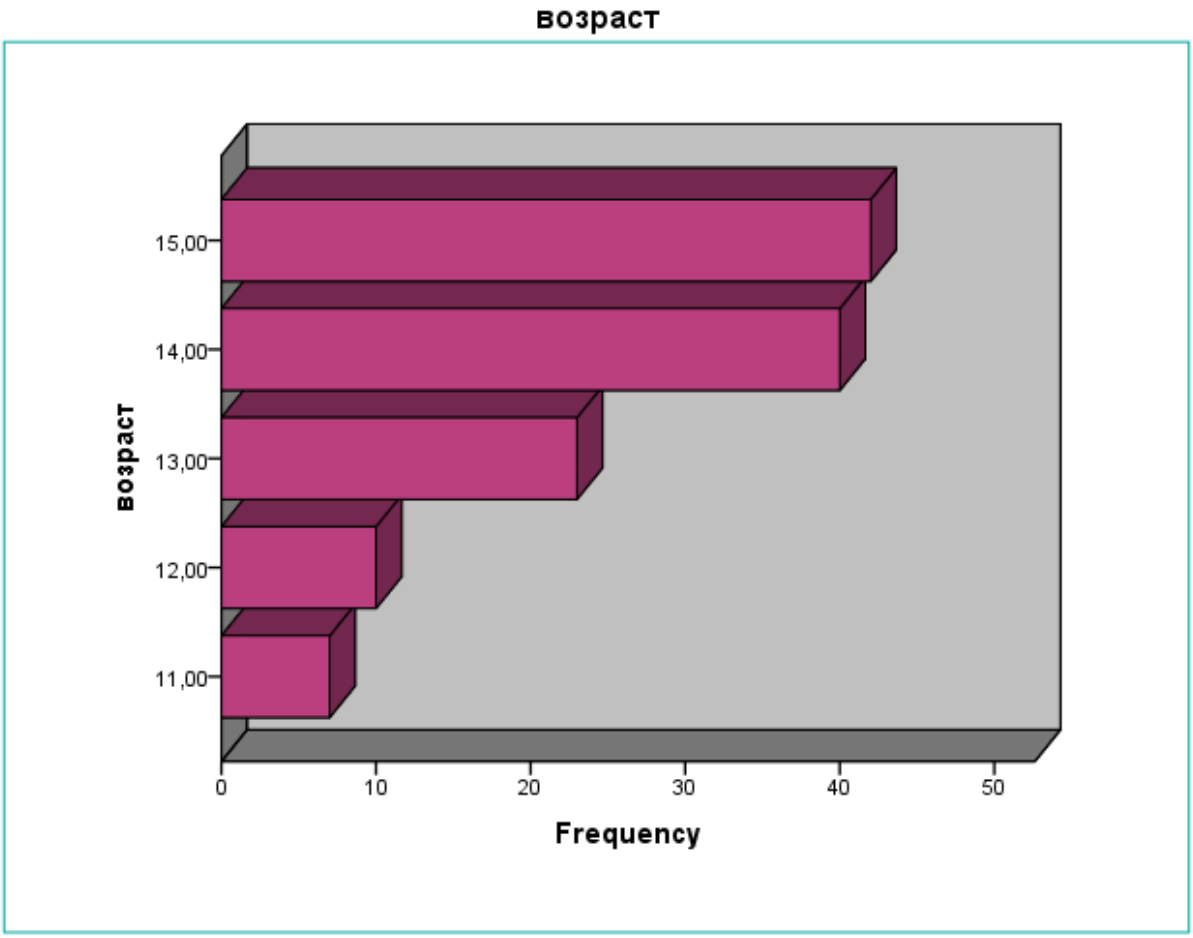
Што се однесува на отсуство од училиште поради субјективна проценка, вредноста на аритметичката средина изнесува M=1,0820, што укажува дека исто така се случува ретко, односно само неколку пати на годишно ниво.

Поединечно се прикажани резултатите:

Табела 2: Возраст на испитаниците

возраст

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11,00	7	5,6	5,7	5,7
	12,00	10	8,0	8,2	13,9
	13,00	23	18,4	18,9	32,8
	14,00	40	32,0	32,8	65,6
	15,00	42	33,6	34,4	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



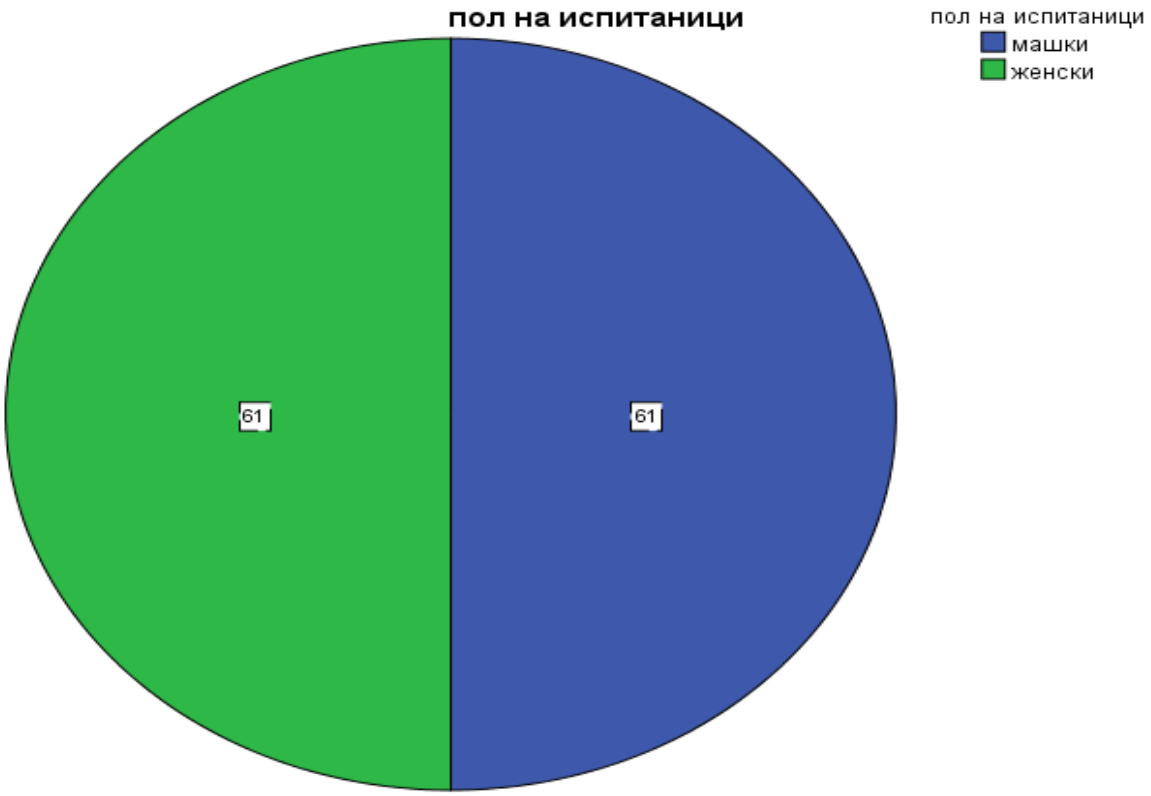
Графикон 1: Возраст на испитаниците

Испитаниците се на возраст од 11 до 15 години, со аритметичка средина од M=13.82, односно 14 години. Најзастепени се испитаниците од 15 години, поточно вкупно 42 или 34.4%, а нешто помалку се од 14 години со 40 фреквенција или 32.8%.

Табела 3: Пол на испитаници

пол на испитаници

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	машки	61	48,8	50,0	50,0
	женски	61	48,8	50,0	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



Графикон 2: Пол на испитаници

Според полот, подеднакво се застапени испитаници од женски и машки пол, односно по 61 испитаник од машки и 61 од женски пол.

Табела 4: Национална припадност

национална припадност

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	мак	87	69,6	71,3	71,3
	алб	15	12,0	12,3	83,6
	тур	15	12,0	12,3	95,9
	друга	5	4,0	4,1	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



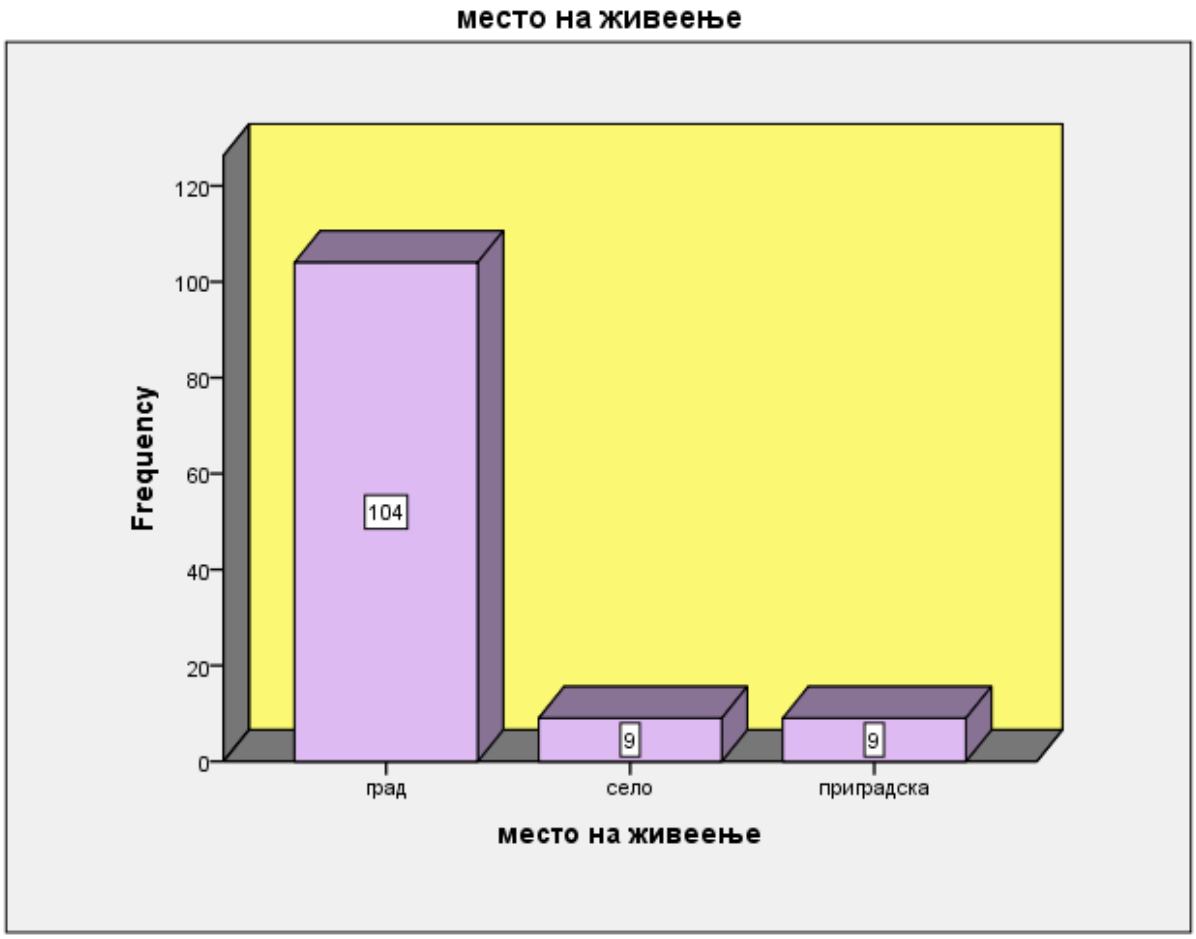
Графикон 3: Национална припадност

Националната припадност на испитаниците е со застапеност на: македонска 87 или 71.3 %, албанска 15 или 12.3 %, турска 15 или 12.3 % и друга националност 5 или 4.1 %. Најчеста е македонската националност на испитаниците, изразена низ модот на категорија 1, која се однесува на македонска националност.

Табела 5: Место на живеење

место на живеење

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	град	104	83,2	85,2	85,2
	село	9	7,2	7,4	92,6
	приградска	9	7,2	7,4	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



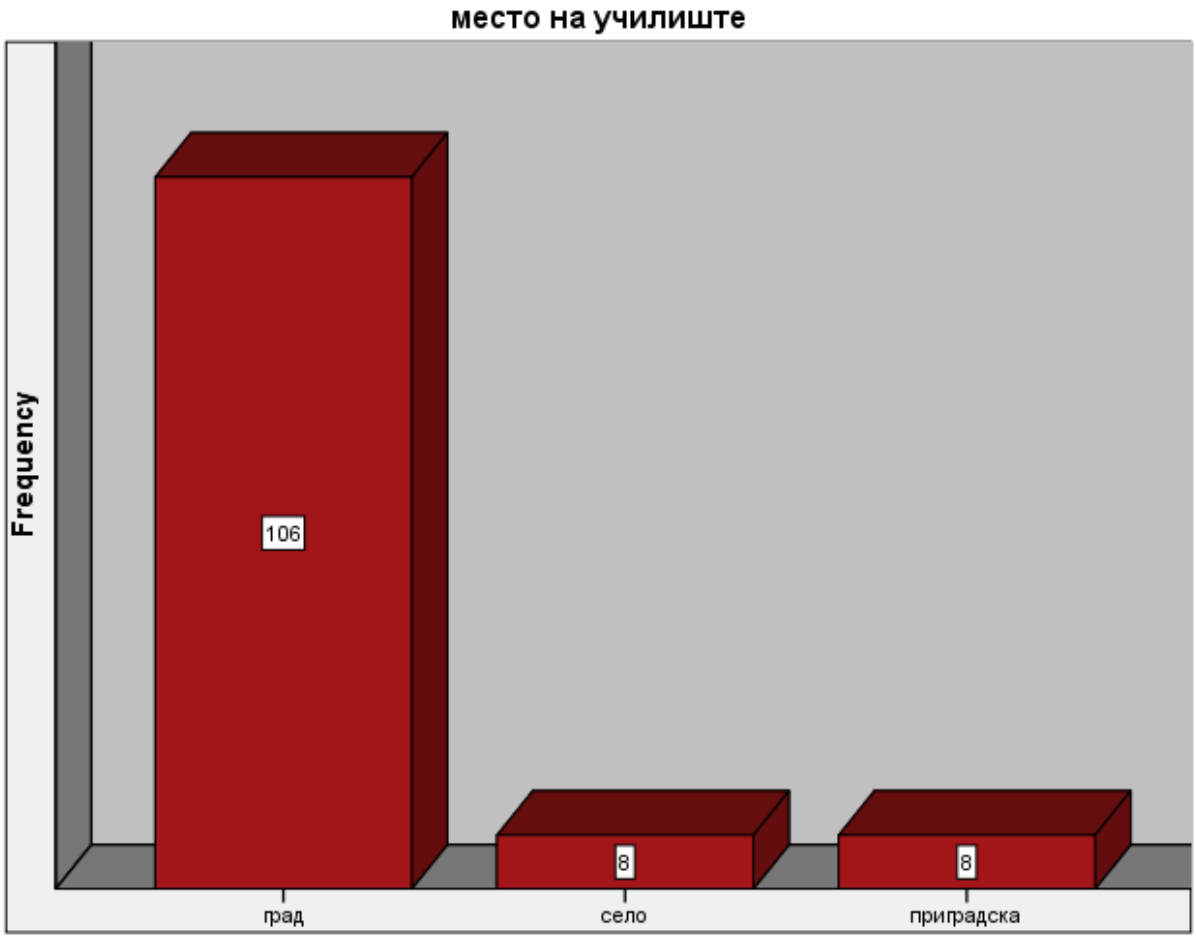
Графикон 4: Место на живеење

Според местото на живеење, најголем дел од испитаниците, поточно 104 или 85.2% се од градска средина.

Табела 6: Место на училиште

место на училиште

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	град	106	84,8	86,9	86,9
	село	8	6,4	6,6	93,4
	приградска	8	6,4	6,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



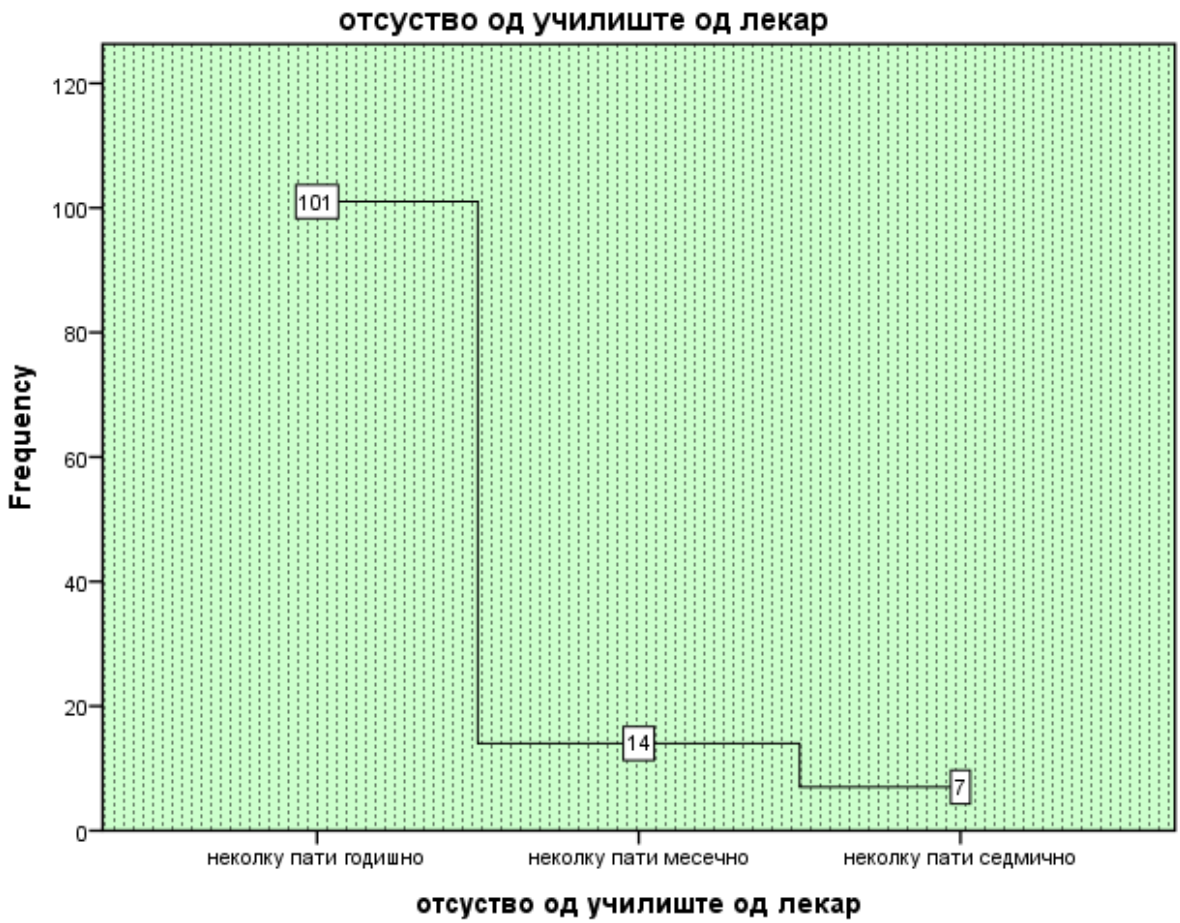
Графикон 5: Место на училиште

Најголем дел од учениците учат во училишта кои се лоцирани во градска средина и тоа 106 испитаници или 86.9% од вкупниот број испитани адолесценти.

Табела 7: Отсуство од училиште поради препорака од лекар

отсуство од училиште од лекар

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	неколку пати годишно	101	80,8	82,8	82,8
	неколку пати месечно	14	11,2	11,5	94,3
	неколку пати седмично	7	5,6	5,7	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



Графикон 6: Отсуство од училиште поради препорака од лекар

Во однос на прашањето за отсуство од училиште поради препорака на медицинско лице, најголем дел од адолесцентите, поточно 101 или 82.2% одговориле дека по препорака на медицинско лице отсуствуваат само неколку пати годишно, односно ретко.

Од вредноста на M=1,2295, која се однесува на категоријата на годишно ниво, се заклучува дека отсуствата на учениците поради препорака на лекар се случуваат неколку пати на годишно ниво.

Табела 8: Отсуство од училиште поради субјективна проценка

отсуство од училиште поради субјективна проценка

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	неколку пати годишно	113	90,4	92,6	92,6
	неколку пати месечно	8	6,4	6,6	99,2
	неколку пати седмично	1	,8	,8	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



Графикон 7: Отсуство од училиште поради субјективна проценка

Што се однесува на прашањето за отсуството од училиште поради субјективна проценка, најголем дел од испитаниците, поточно 113 или 92.6 % одговориле дека тоа се случува неколку пати годишно, или ретко. Што се однесува на вредноста на аритметичката средина, која изнесува M=1,0820, исто така се укажува дека отсуство поради субјективност се случува ретко, односно само неколку пати на годишно ниво.

Добиените податоци посочија на следното: Прикажаните податоци се добиени од 122 единици на анализа, кои се ученици во основно училиште и се во развоен период на рана адолесценција, на возраст од 11 до 15 години. Најзастапени се испитаниците од 14 години, подеднакво застапени се испитаници од женски и машки пол. Според националната припадност на испитаниците, има застапеност на македонска, албанска, турска и друга националност, а најчеста е македонската националност, потоа испитаниците се претежно од градска средина и учат во училишта кои се лоцирани во градска средина.

Во однос на отсуствата од училиште поради препорака на медицинско лице, се случуваат неколку пати на годишно ниво, а отсуствата од училиште поради субјективна проценка, се случуваат исто така ретко, односно само неколку пати на годишно ниво.

2.АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ПРАШАЛНИКОТ

Најпрво се обработени трите прашања, кои се однесуваат на процена на сопствената здравствена состојба, посетата на медицинско лице и на исказите за боледување од хронична болест. Се добија следните резултати:

Табела 1: Дескриптивни параметри

Statistics

		проценка на сопствена здравствена состојба	мораше да посетиш лекар	боледување од хронична болест
N	Valid	122	122	122
	Missing	3	3	3
Mean		3,7869	1,9262	1,9754
Median		4,0000	2,0000	2,0000
Mode		4,00	2,00	2,00
Std. Deviation		,53365	,26247	,15551
Range		3,00	1,00	1,00

Проценатa на сопствената здравствена состојба на испитаниците адолесценти се категоризира како одлична, со најчесто застапена категорија, како мод (4). Средната вредност на исказите изнесува M=3.77, со мало отстапување SD=0.53365.

Посетата на медицинско лице поради психосоматски симптоми претежно не се случува, на што укажува M=1.93, со мало отстапување SD=0.26247.

Испитаниците адолесценти во најголем број не боледуваат од хронична болест M=1.98, со минимално отстапување од 0.15551.

Поединечно и пооперационално се прикажани добиените резултати.

Табела 2: Проценка на сопствената здравствена состојба

проценка на сопствена здравствена состојба

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	лоша	1	,8	,8	,8
	средна	4	3,2	3,3	4,1
	многу добра	15	12,0	12,3	16,4
	одлична	102	81,6	83,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



Графикон 1: Проценка на сопствената здравствена состојба

Проценката на сопствената здравствена состојба кај адолесцентите, кои се предмет на истражување, се однесува на исказот одлична со (4) категорија, за која се определиле 102 или 83.6 % од испитаниците. Како лоша сопствената здравствена состојба ја проценува 1 испитаник или 0.8 % од вкупниот број на испитаници.

Табела 3: Потреба да се посети лекар

мораше да посетиш лекар

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	9	7,2	7,4	7,4
	не	113	90,4	92,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



Графикон 2: Потреба да се посети лекар

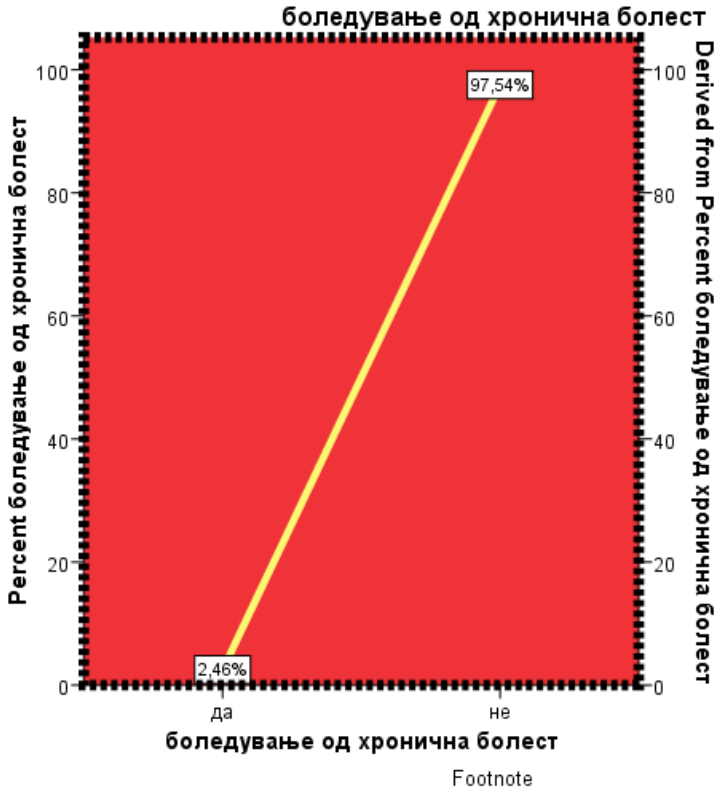
Неопходна посета на медицинско лице поради сопствената здравствена состојба кај адолесцентите, кои се предмет на истражување, се случила кај мал број испитаници, поточно 9 или 7.4%, а не посетиле лекар најголем број од испитаниците, т.е. 113 или 92.6 % од вкупниот број на испитаници.

Табела 4: Боледување од хронична болест

боледување од хронична болест

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	да	3	2,4	2,5	2,5
	не	119	95,2	97,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		

Во однос на боледување од хронична болест на испитаниците адолесценти, најголем дел, поточно 119 или 97.5 % се изјасниле дека не боледуваат од хронична болест, а само 3 или 2.5 % боледуваат од некој тип на хронично заболување.



Графикон 3: Боледување од хронична болест

Табела 1: Дескриптивни статистички показатели

Frequency Table

	N		Mean	Median	Mode	Std.	Variance	Minimum	Maximu
	Missi	Valid							
вртоглавица	3	122	1,1967	1,0000	1,00	,56975	,325	1,00	4,00
губење рамнотежа	3	122	1,1885	1,0000	1,00	,51957	,270	1,00	3,00
кнедла во грло	3	122	1,2295	1,0000	1,00	,60009	,360	1,00	4,00
двојна слика	3	122	1,1475	1,0000	1,00	,43924	,193	1,00	3,00
заматен вид	3	122	1,1803	1,0000	1,00	,46384	,215	1,00	3,00
губење вид	3	122	1,2295	1,0000	1,00	,55725	,311	1,00	3,00
губење слух	3	122	1,1475	1,0000	1,00	,43924	,193	1,00	3,00
губење несвест	3	122	1,1148	1,0000	1,00	,38989	,152	1,00	3,00
губење помнење	3	122	1,5328	1,0000	1,00	,86420	,747	1,00	4,00
забрзана работа на срце	3	122	1,4098	1,0000	1,00	,76875	,591	1,00	3,00
болки во гради	3	122	1,1475	1,0000	1,00	,43924	,193	1,00	3,00
прекумерно потење	3	122	1,7295	1,0000	1,00	1,21992	1,488	1,00	4,00
мускулна напнатост	3	122	1,1967	1,0000	1,00	,45707	,209	1,00	3,00
слабост на мускули	3	122	1,2295	1,0000	1,00	,57189	,327	1,00	3,00
тешкотии при дишење	3	122	1,2705	1,0000	1,00	,57549	,331	1,00	3,00
гушење	3	122	1,2213	1,0000	1,00	,48977	,240	1,00	3,00
настинка	3	122	1,3852	1,0000	1,00	,52139	,272	1,00	3,00
мачнина	3	122	1,1967	1,0000	1,00	,47481	,225	1,00	3,00
грчев во стомак	3	122	1,2295	1,0000	1,00	,52675	,277	1,00	3,00
пролив	3	122	1,1639	1,0000	1,00	,45200	,204	1,00	3,00
повраќање	3	122	1,1639	1,0000	1,00	,46993	,221	1,00	3,00
надуеност	3	122	1,0902	1,0000	1,00	,34025	,116	1,00	3,00
губење апетит	3	122	1,2541	1,0000	1,00	,49060	,241	1,00	3,00
неподносливост на одредена	3	122	1,1393	1,0000	1,00	,41292	,171	1,00	3,00
опстипација-нередовна	3	122	1,2705	1,0000	1,00	,49854	,249	1,00	3,00
печење на желудник	3	122	1,1148	1,0000	1,00	,36808	,135	1,00	3,00
кожен осип	3	122	1,1148	1,0000	1,00	,36808	,135	1,00	3,00
црвенило на кожа	3	122	1,1557	1,0000	1,00	,48140	,232	1,00	4,00
акни	3	122	1,4016	1,0000	1,00	,52476	,275	1,00	3,00
главоболка	3	122	1,6066	1,0000	1,00	1,13223	1,282	1,00	4,00
болки во грло	3	122	1,3033	1,0000	1,00	,64140	,411	1,00	4,00
недостаток на енергија	3	122	2,4918	2,0000	4,00	1,20773	1,459	1,00	4,00
покачена температура	3	122	1,1066	1,0000	1,00	,35923	,129	1,00	3,00
болни зглобови	3	122	1,0984	1,0000	1,00	,34997	,122	1,00	3,00
болки во раце и нозе			1,1475	1,0000	1,00	,42000	,176	1,00	3,00

1. Кај симптомот **вртоглавица**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1967) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.325 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

2. Кај симптомот **губење на рамотежа**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1885) покажува на фокусирање на податоците околу првата

категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.270 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

3. Кај симптомот **кнедла во грло**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,2295) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.360 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

4. Кај симптомот **двојна слика**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1475) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.193 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

5. Кај симптомот **заматен вид**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1803) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.215 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

6. Кај симптомот **губење вид**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,2295) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.311 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

7. Кај симптомот **губење слух**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1475) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.193 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

8. Кај симптомот **губење на свест - несвестица**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1148) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом.

Вредноста на варијансата од V=0.152 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

9. Кај симптомот **губење помнење,** вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,5328) покажува на фокусирање на податоците околу првата и втората категорија на одговори, односно на мала присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.747 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

10. Кај симптомот **забрзана работа на срце**, вредноста на аритметичката средина по категории M=1,4098 покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.591 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

11. Кај симптомот **болка во гради**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1475) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.193 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

12. Кај симптомот **потење,** вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,7295) покажува на фокусирање на податоците кон *втората* категорија на одговори, односно на мала присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=1.488 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

13. Кај симптомот **мускулна напнатост**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1967) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.209 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

14. Кај симптомот **слабост на мускули**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,2295) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.327 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

15. Кај симптомот **потешкотии со дишење**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,2705) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.331 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

16. Кај симптомот **гушење**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,2213) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.240 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

17. Кај симптомот **настинка**, вредноста на аритметичката средина по категории M=1,3852 покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.272 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

18. Кај симптомот **мачнина**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1967) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.225 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

19. Кај симптомот **грчеви во стомак**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,2245) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.277 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

20. Кај симптомот **пролив**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1639) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.204 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

21. Кај симптомот **повраќање**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1639) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом.

Вредноста на варијансата од V=0.221 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

22. Кај симптомот **надуеност,** вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,0902) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.116 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

23. Кај симптомот **губење апетит,** вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,2541) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.241 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

24. Кај симптомот **неподнесливост на одредена храна**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1393) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.171 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

25. Кај симптомот **опстипација - нередовна столица**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,2705) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.249 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

26. Кај симптомот **печење на желудник**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1148) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.135 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

27. Кај симптомот **кожен осип**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1148) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом.

Вредноста на варијансата од V=0.135 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

28. Кај симптомот **црвенило**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1557) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.232 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

29. Кај симптомот **акни**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,4016) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.275 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

30. Кај симптомот **главоболка**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,6066) покажува на фокусирање на податоците околу *втората категорија* на одговори, односно на мала присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=1.282 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

31. Кај симптомот **болки во грло**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,3033) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.411 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

32. Кај симптомот **недостаток на енергија**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=2.4918) покажува на фокусирање на податоците околу *втората* категорија на одговори, односно на мала присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=01.459 укажува на мало варирање на одговорите на адолесцентите.

33. Кај симптомот **покачена температура**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1066) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.129 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

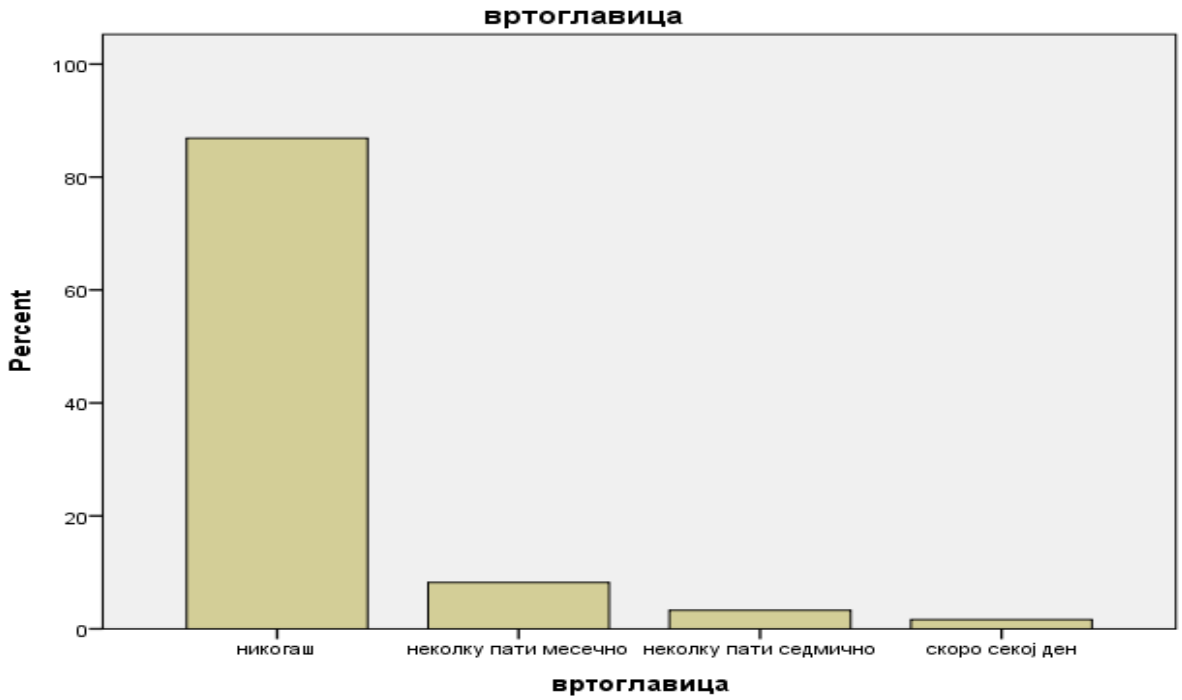
34. Кај симптомот **болки во зглобови,** вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,0984) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.122 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

35. Кај симптомот **болки во раце и нозе**, вредноста на аритметичката средина по категории (M=1,1475) покажува на фокусирање на податоците околу првата категорија на одговори, односно на многу ретка присутност на овој симптом. Вредноста на варијансата од V=0.176 укажува на многу мало варирање на одговорите на адолесцентите.

Табела 2: Вртоглавица

вртоглавица

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	106	84,8	86,9	86,9
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	95,1
	неколку пати седмично	4	3,2	3,3	98,4
	скоро секој ден	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



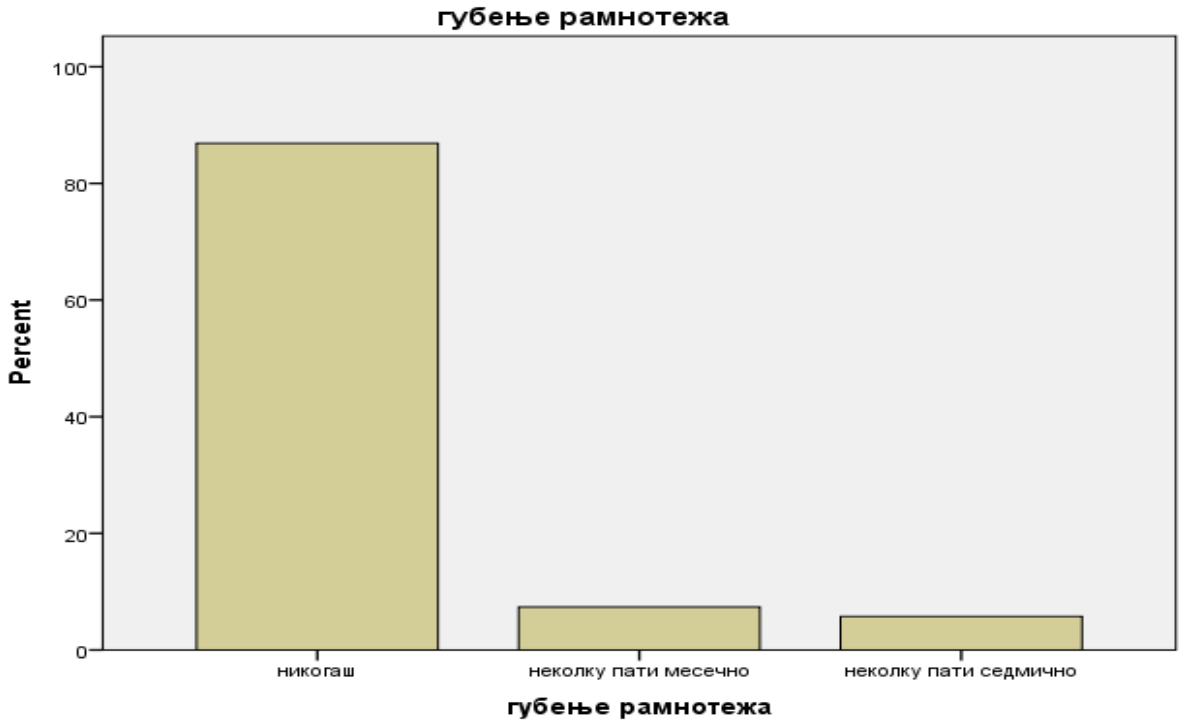
Графикон 1: Вртоглавица

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на вртоглавица, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно 106 или 86.9 % никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 3: Губење рамнотежа

губење рамнотежа

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	106	84,8	86,9	86,9
	неколку пати месечно	9	7,2	7,4	94,3
	неколку пати седмично	7	5,6	5,7	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



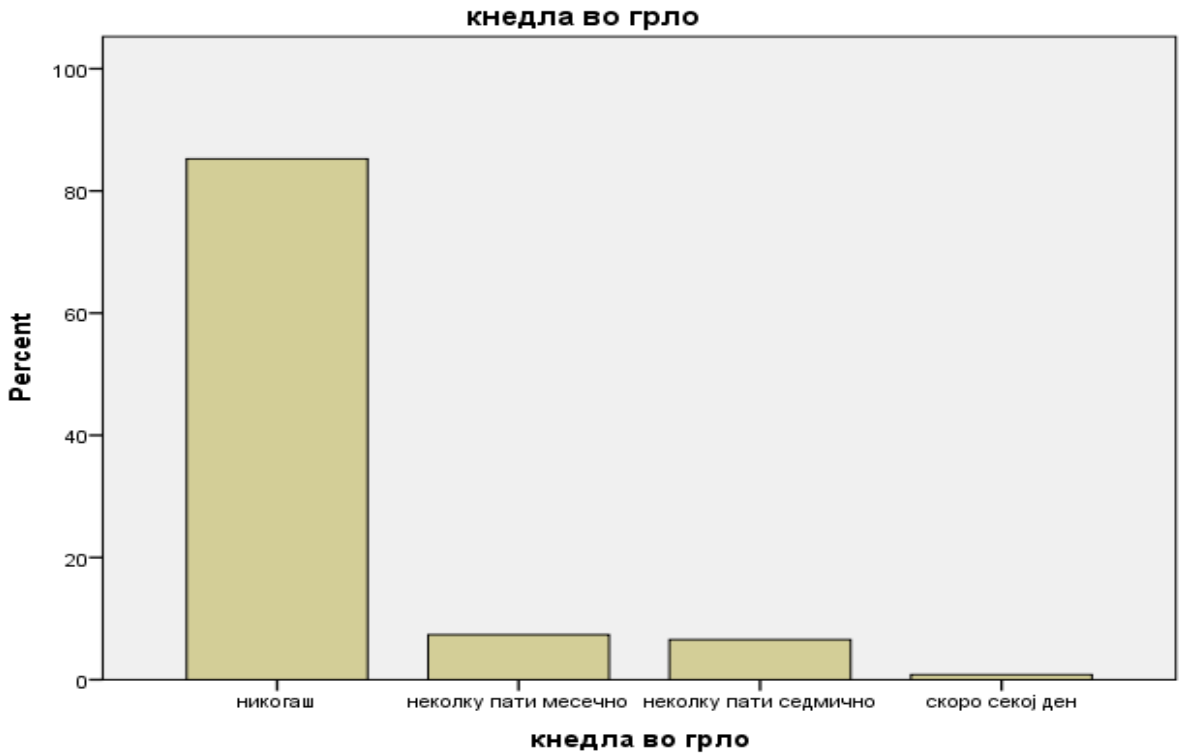
Графикон 2: Губење рамнотежа

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на губење рамнотежа, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно 106 или 86.9 % никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 4: Кнедла во грло

кнедла во грло

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	104	83,2	85,2	85,2
	неколку пати месечно	9	7,2	7,4	92,6
	неколку пати седмично	8	6,4	6,6	99,2
	скоро секој ден	1	,8	,8	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



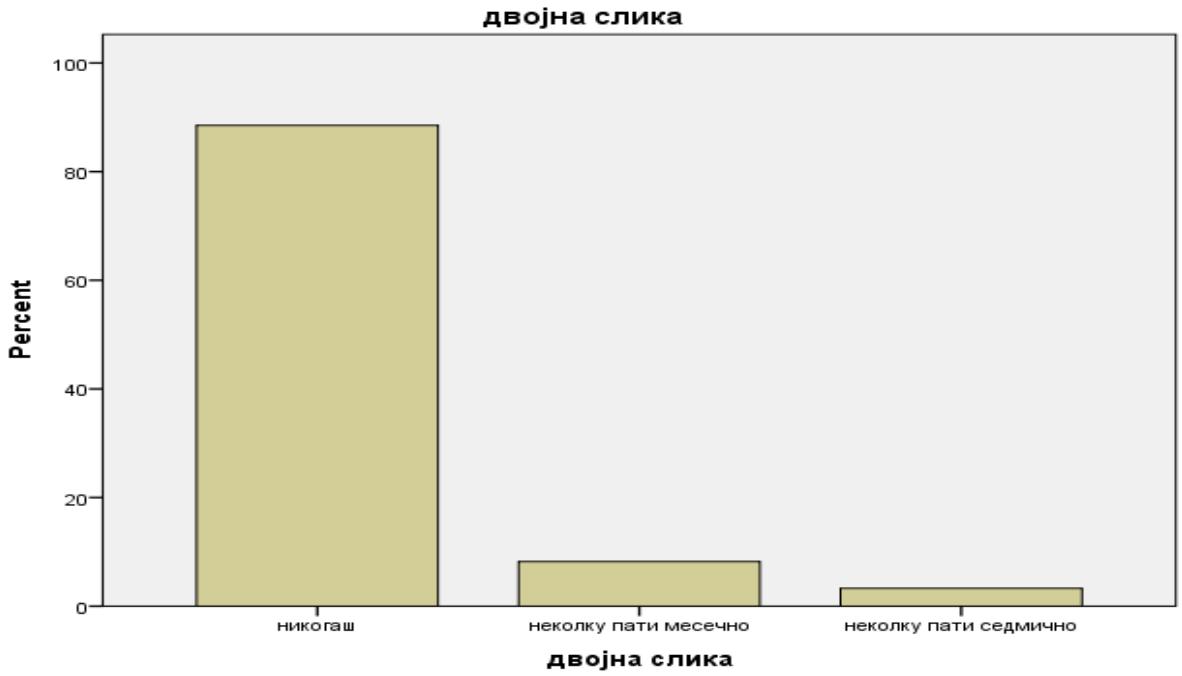
Графикон 3: Кнедла во грло

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на кнедла во грло, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 104 или 85.2% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 5: Двојна слика

двојна слика

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	108	86,4	88,5	88,5
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	96,7
	неколку пати седмично	4	3,2	3,3	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



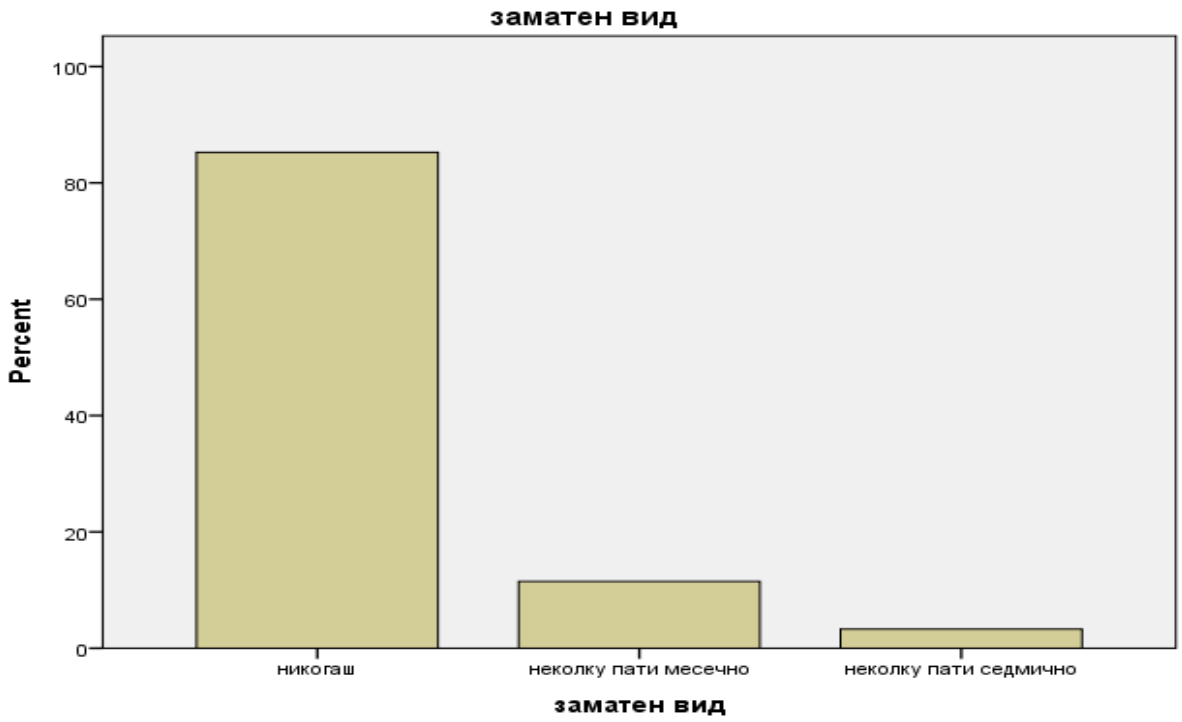
Графикон 4: Двојна слика

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на двојна слика, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, т.е. кај 108 или 88.5% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 6: Заматен вид

заматен вид

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	104	83,2	85,2	85,2
	неколку пати месечно	14	11,2	11,5	96,7
	неколку пати седмично	4	3,2	3,3	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



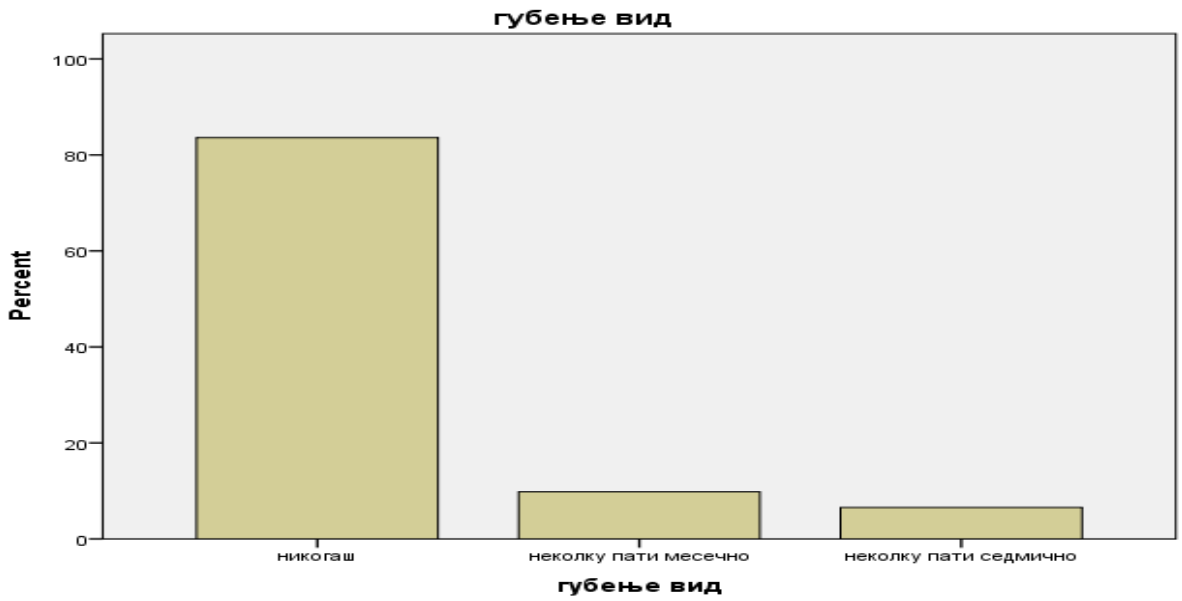
Графикон 5: Заматен вид

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на заматен вид, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 104 или 85.2% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 7: Губење вид

губење вид

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	102	81,6	83,6	83,6
	неколку пати месечно	12	9,6	9,8	93,4
	неколку пати седмично	8	6,4	6,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



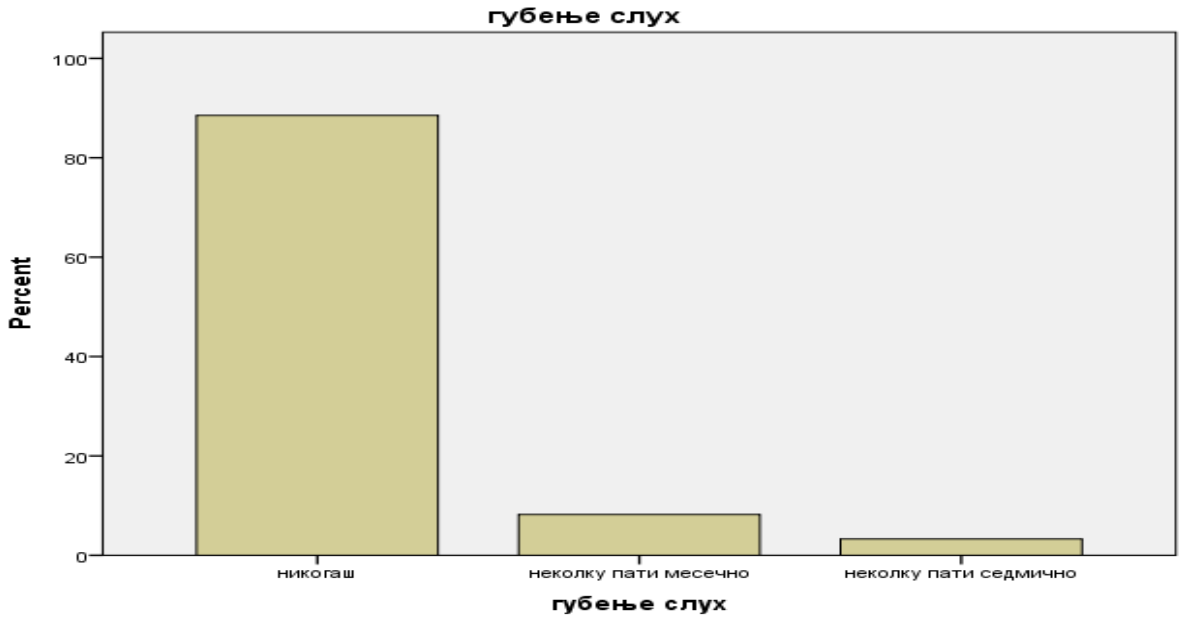
Графикон 6: Губење вид

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на губење вид, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 102 или 83.6% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 8: Губење слух

губење слух

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	108	86,4	88,5	88,5
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	96,7
	неколку пати седмично	4	3,2	3,3	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



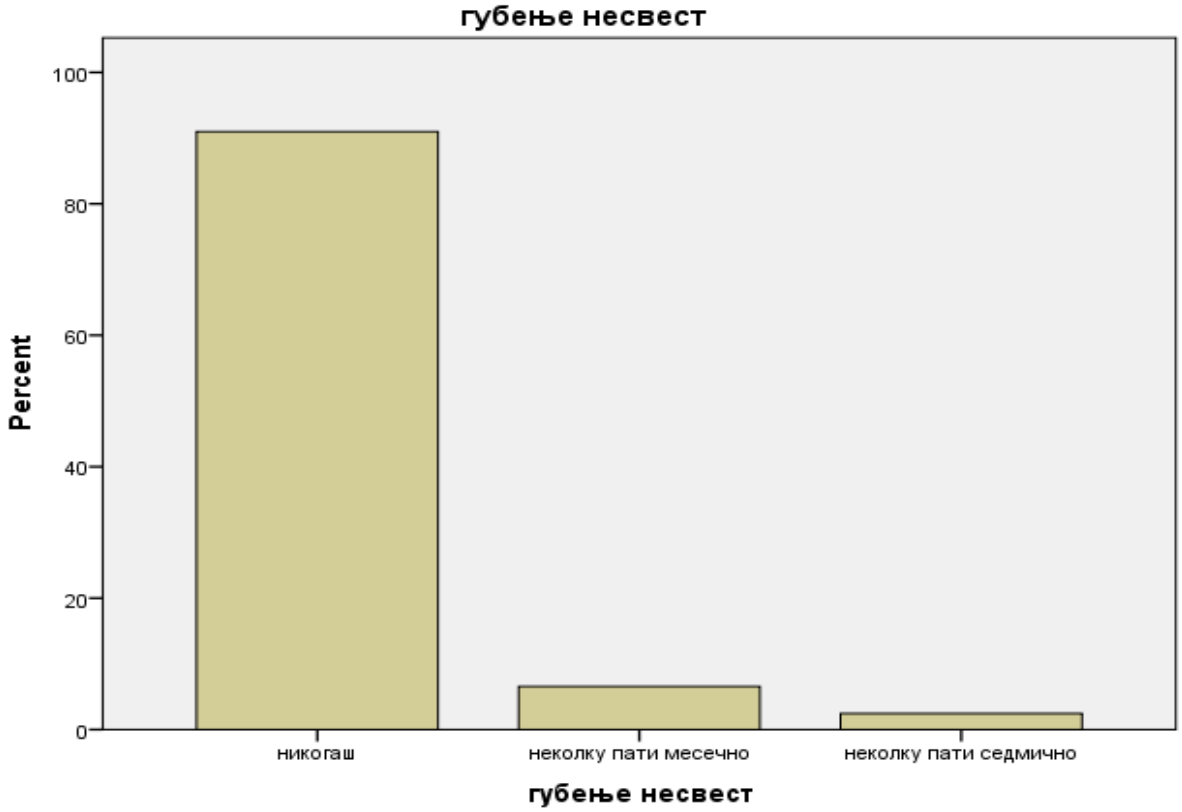
Графикон 7: Губење слух

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на губење слух, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 108 или 88.5% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 9: Губење на свест

Губење свест- несвест

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	111	88,8	91,0	91,0
	неколку пати месечно	8	6,4	6,6	97,5
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



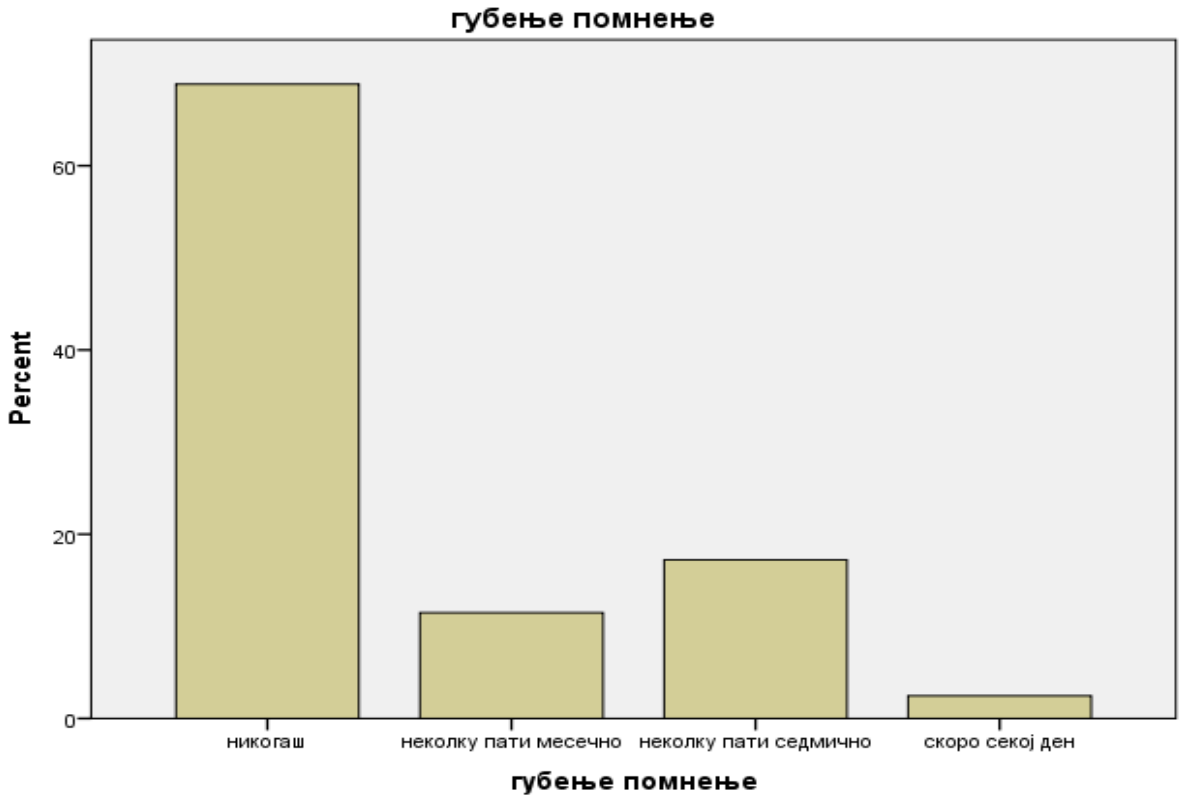
Графикон 8: Губење на свест

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на губење на свест, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 111 или 91.0% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 10: Губење на помнење

губење помнење

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	84	67,2	68,9	68,9
	неколку пати месечно	14	11,2	11,5	80,3
	неколку пати седмично	21	16,8	17,2	97,5
	скоро секој ден	3	2,4	2,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



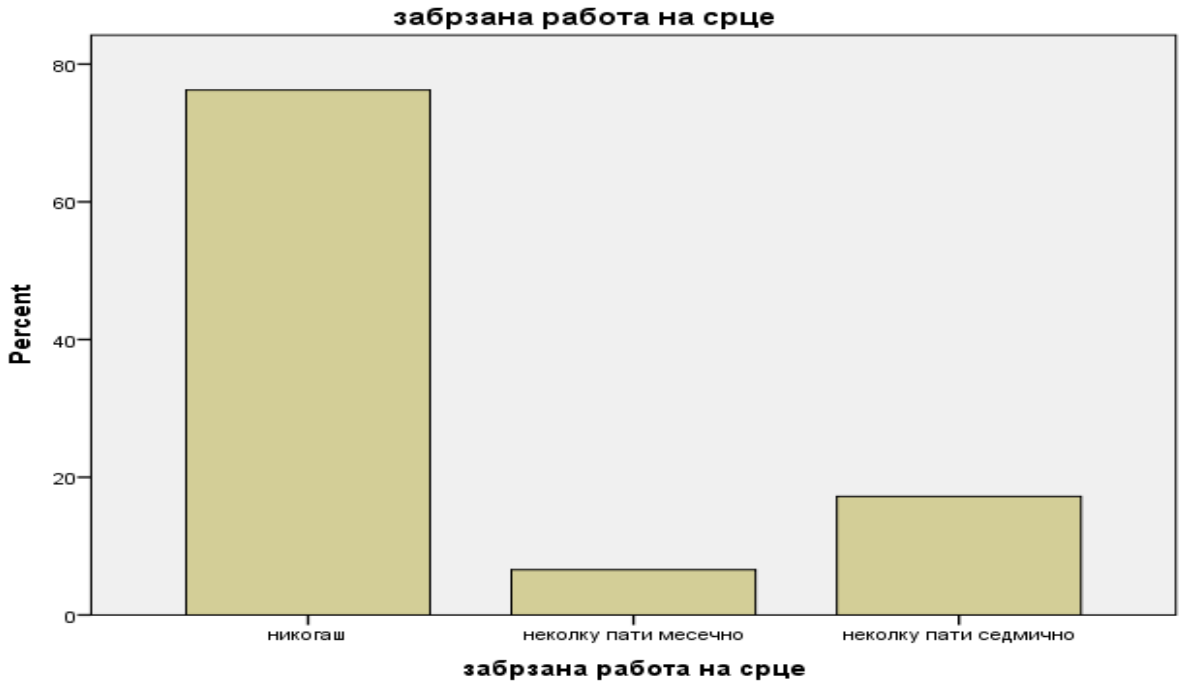
Графикон 9: Губење на помнење

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот губење на помнење, покажуваат дека кај голем процент од испитаниците, т.е. кај 84 или 68.9% никогаш не се јавува. Кај одреден дел од 21 или 17.2% испитаници се јавува неколку пати седмично и кај 14 или 11.5% се јавува неколку пати месечно. Кај 3 испитаници или 2.5% се случува скоро секој ден.

Табела 11: Забрзана работа на срце

забрзана работа на срце

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	93	74,4	76,2	76,2
	неколку пати месечно	8	6,4	6,6	82,8
	неколку пати седмично	21	16,8	17,2	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



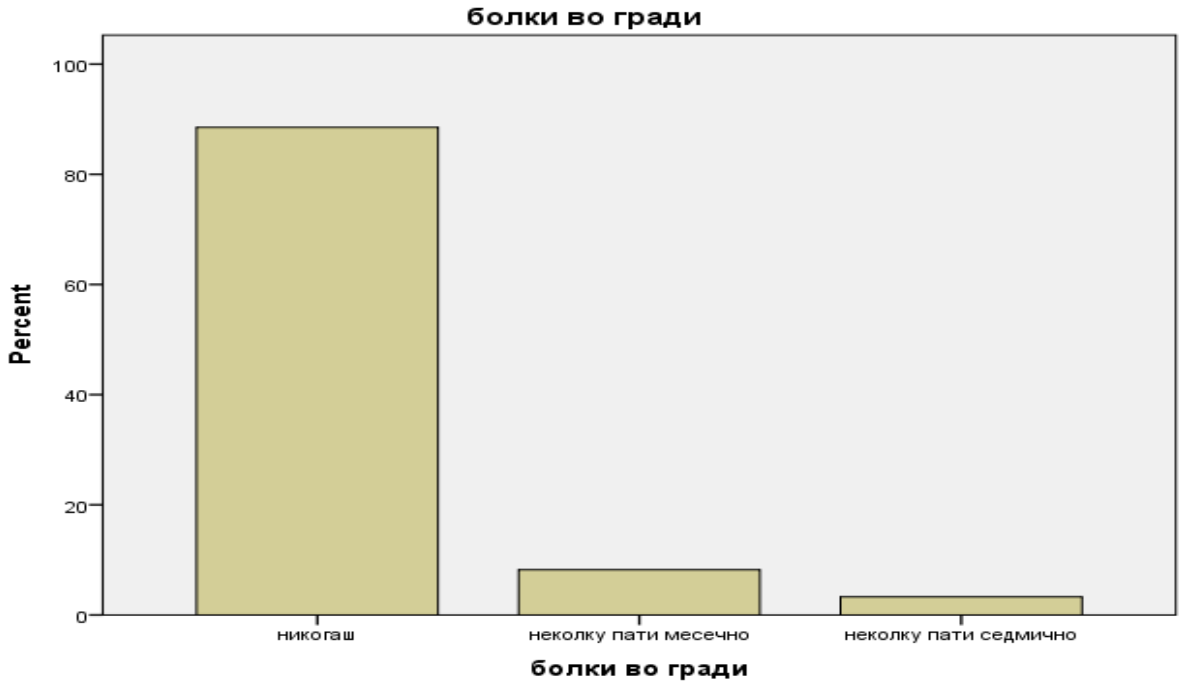
Графикон 10: Забрзана работа на срце

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот забрзана работа на срце, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 93 или 76.2% никогаш не се јавува. Кај останатите 23.8% се случува од неколу пати месечно до неколу пати во седмицата.

Табела 12: Болки во гради

болки во гради

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	108	86,4	88,5	88,5
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	96,7
	неколку пати седмично	4	3,2	3,3	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



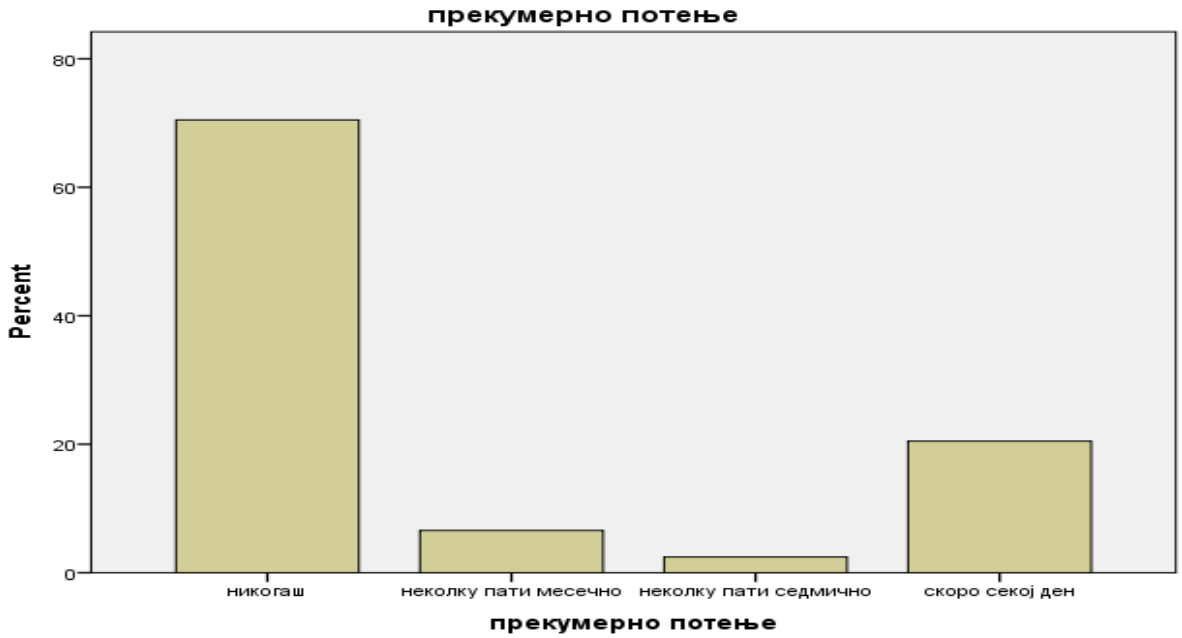
Графикон 11: Болки во гради

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на болки во гради, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 108 или 88.5% никогаш не се јавува. Кај 10 или 8.2 % се јавува неколу пати месечно.

Табела 13: Прекумерно потење

прекумерно потење

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	86	68,8	70,5	70,5
	неколку пати месечно	8	6,4	6,6	77,0
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	79,5
	скоро секој ден	25	20,0	20,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



Графикон 12: Прекумерно потење

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на прекумерно потење, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 86 или 70.5% никогаш не се јавува. Кај 25 или 20.5% се јавува скоро секојдневно.

Табела 14: Мускулна напнатост

мускулна напнатост

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	101	80,8	82,8	82,8
	неколку пати месечно	18	14,4	14,8	97,5
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



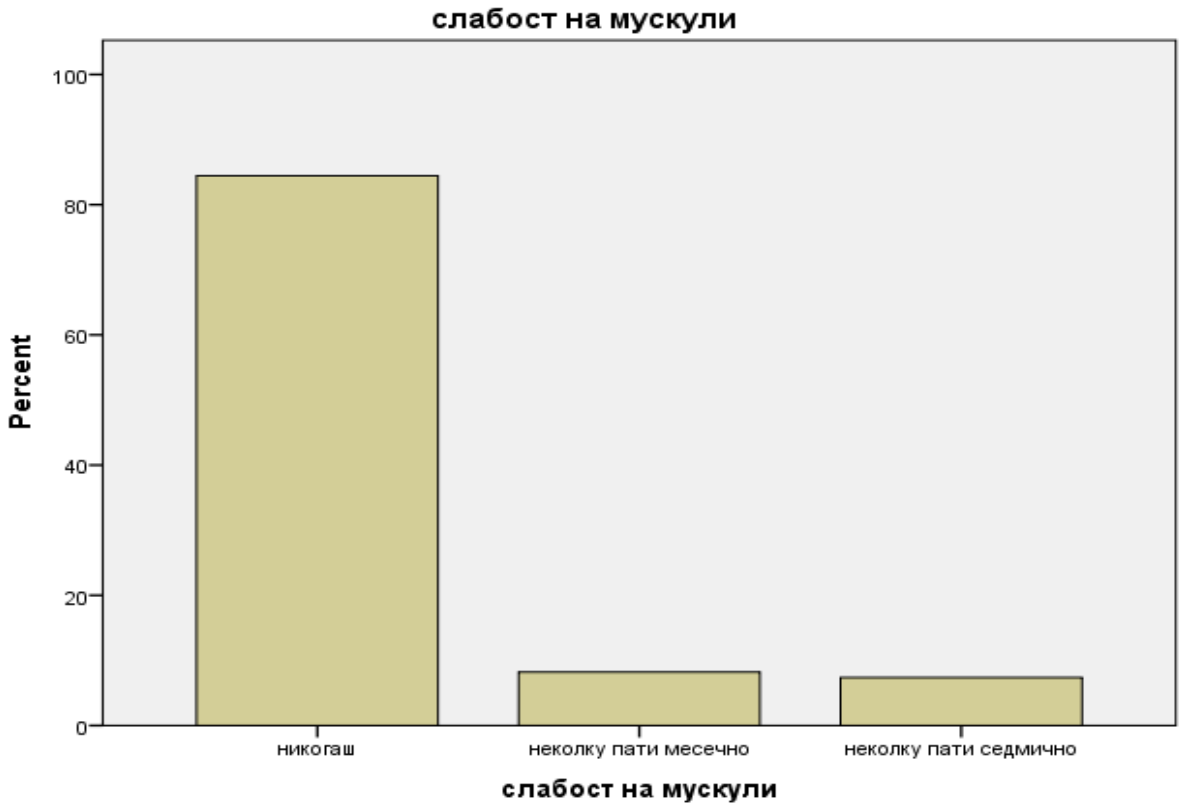
Графикон 13: Мускулна напнатост

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на мускулна напнатост, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 101 или 82.8% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 15: Слабост на мускули

слабост на мускули

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	103	82,4	84,4	84,4
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	92,6
	неколку пати седмично	9	7,2	7,4	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



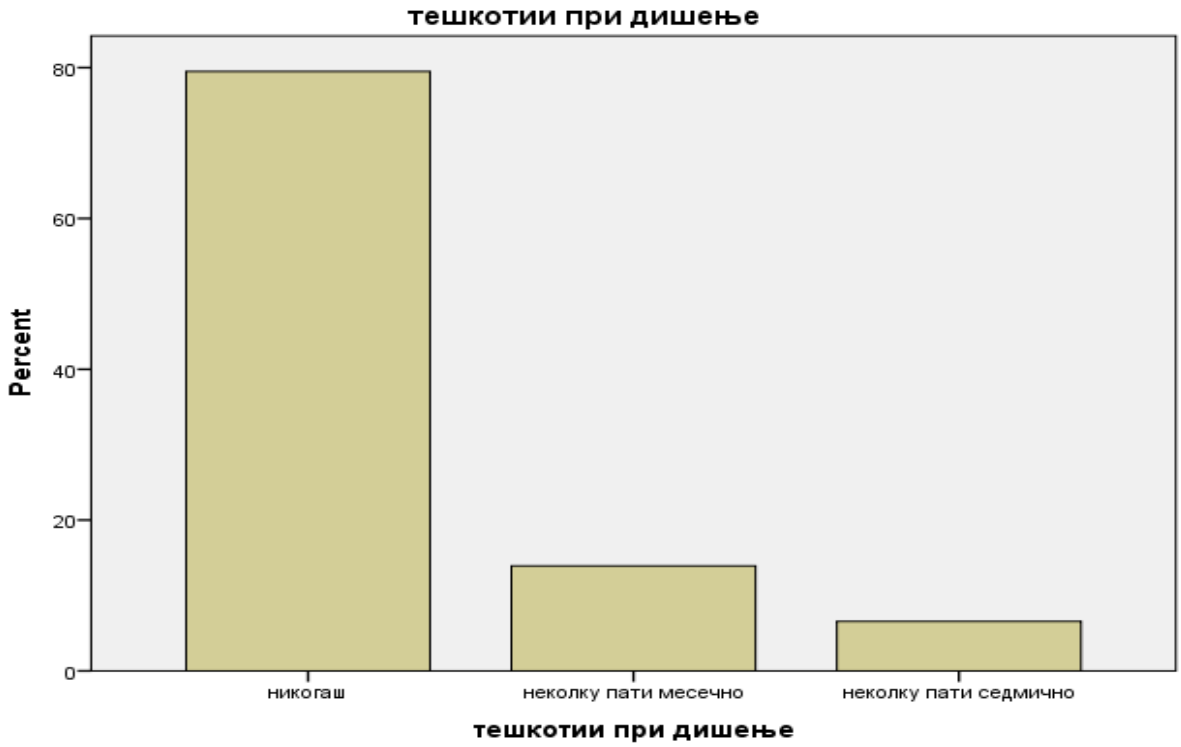
Графикон 14: Слабост на мускули

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот слабост на мускули, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 103 или 84.4% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 16: Тешкотии при дишење

тешкотии при дишење

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	97	77,6	79,5	79,5
	неколку пати месечно	17	13,6	13,9	93,4
	неколку пати седмично	8	6,4	6,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



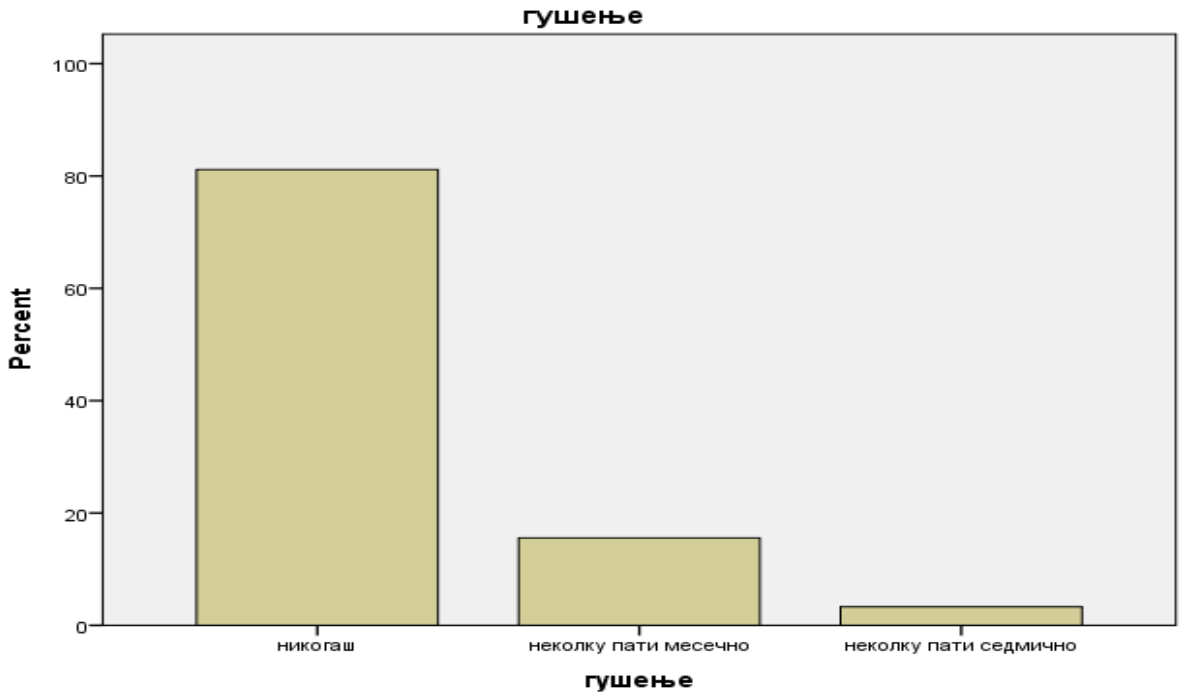
Графикон 15: Тешкотии при дишење

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на тешкотии при дишење, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 97 или 79.5% никогаш не се јавува. Кај 17 или 13.9% се јавува неколу пати месечно.

Табела 17: Гушење

гушење

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	99	79,2	81,1	81,1
	неколку пати месечно	19	15,2	15,6	96,7
	неколку пати седмично	4	3,2	3,3	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



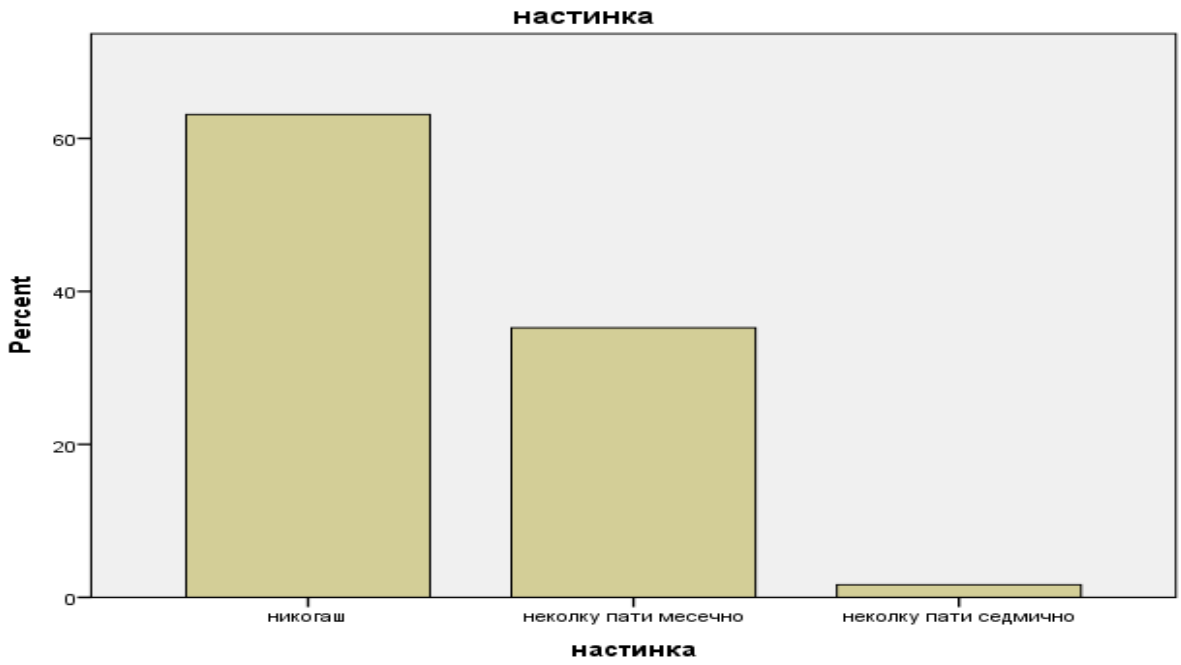
Графикон 16: Гушење

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на гушење, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 99 или 81.1% никогаш не се јавува. Кај 19 или 15.6% се јавува неколку пати месечно.

Табела 18: Настинка

настинка

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	77	61,6	63,1	63,1
	неколку пати месечно	43	34,4	35,2	98,4
	неколку пати седмично	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



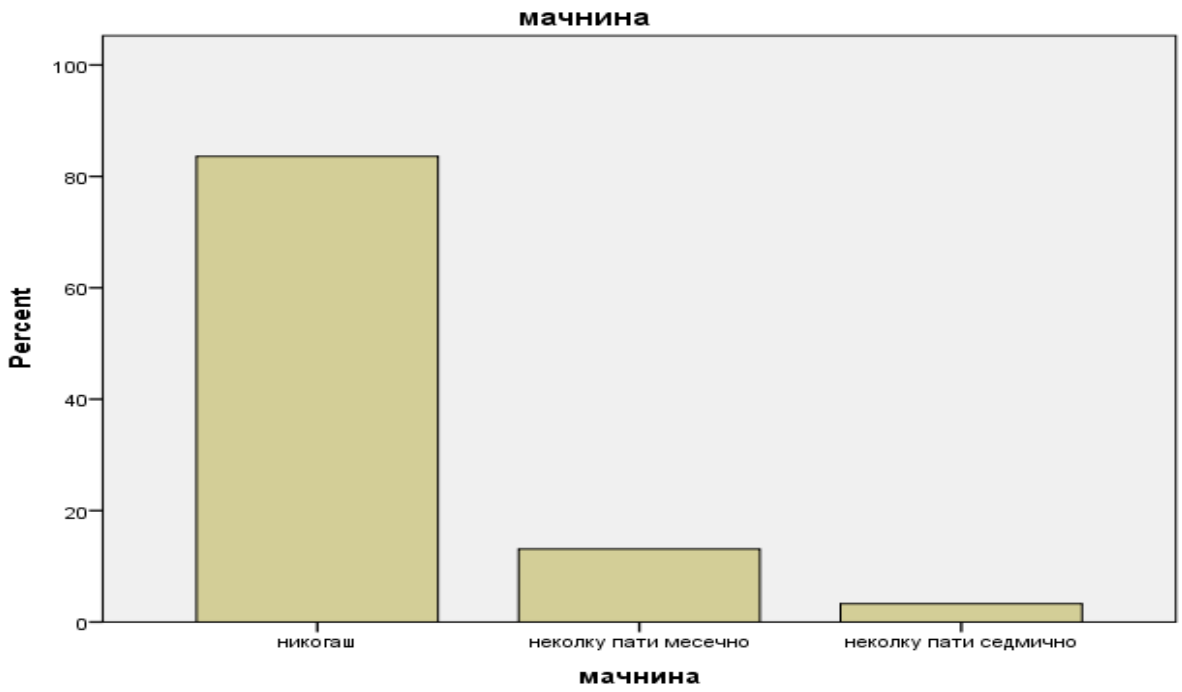
Графикон 17: Настинка

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на настинка, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 77 или 63.1% никогаш не се јавува. Кај дел од 43 или 35.2% се јавува неколку пати месечно.

Табела 19: Мачнина

мачнина

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	102	81,6	83,6	83,6
	неколку пати месечно	16	12,8	13,1	96,7
	неколку пати седмично	4	3,2	3,3	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



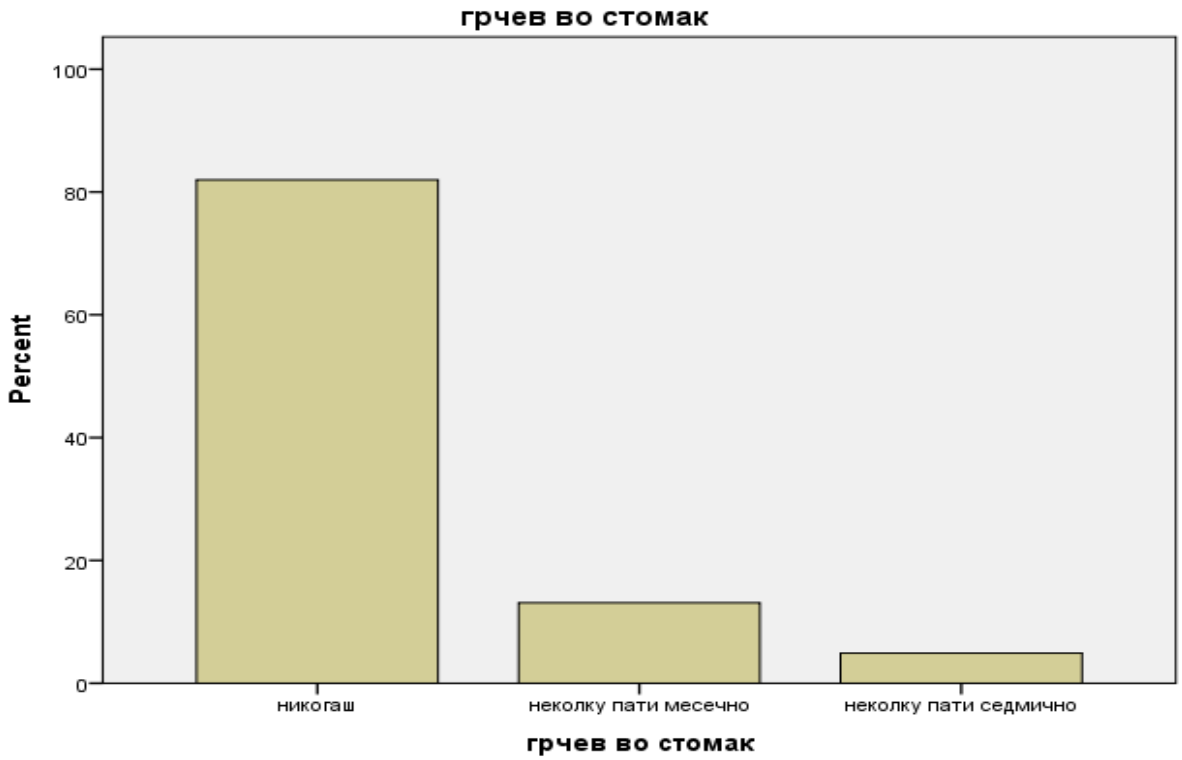
Графикон 18: Мачнина

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на мачнина, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 102 или 83.6% никогаш не се јавува. Кај 16 или 13.1% од испитаниците се јавува неколку пати во месецот.

Табела 20: Грчеви во стомак

грчеви во стомак

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	100	80,0	82,0	82,0
	неколку пати месечно	16	12,8	13,1	95,1
	неколку пати седмично	6	4,8	4,9	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



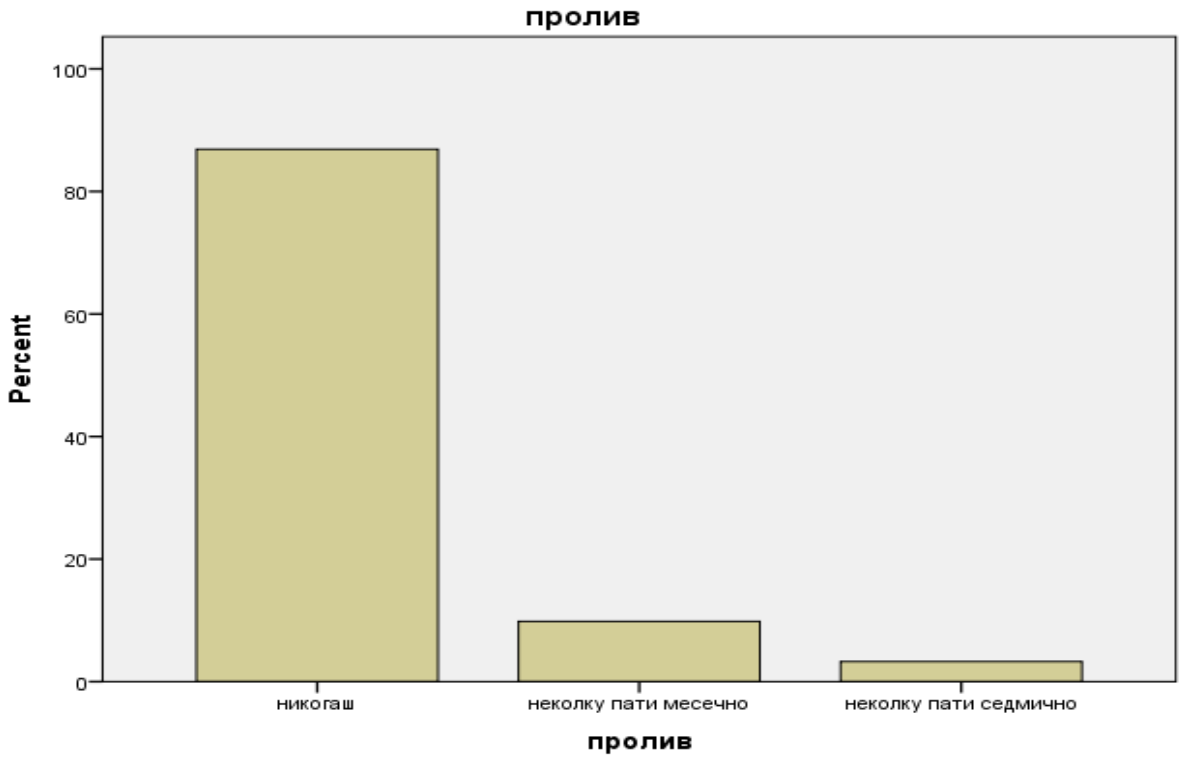
Графикон 19: Грчеви во стомак

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на грчеви во стомак, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 100 или 82.0% никогаш не се јавува. Кај 16 или 13.1% се јавува неколку пати месечно.

Табела 21: Пролив

пролив

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	106	84,8	86,9	86,9
	неколку пати месечно	12	9,6	9,8	96,7
	неколку пати седмично	4	3,2	3,3	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



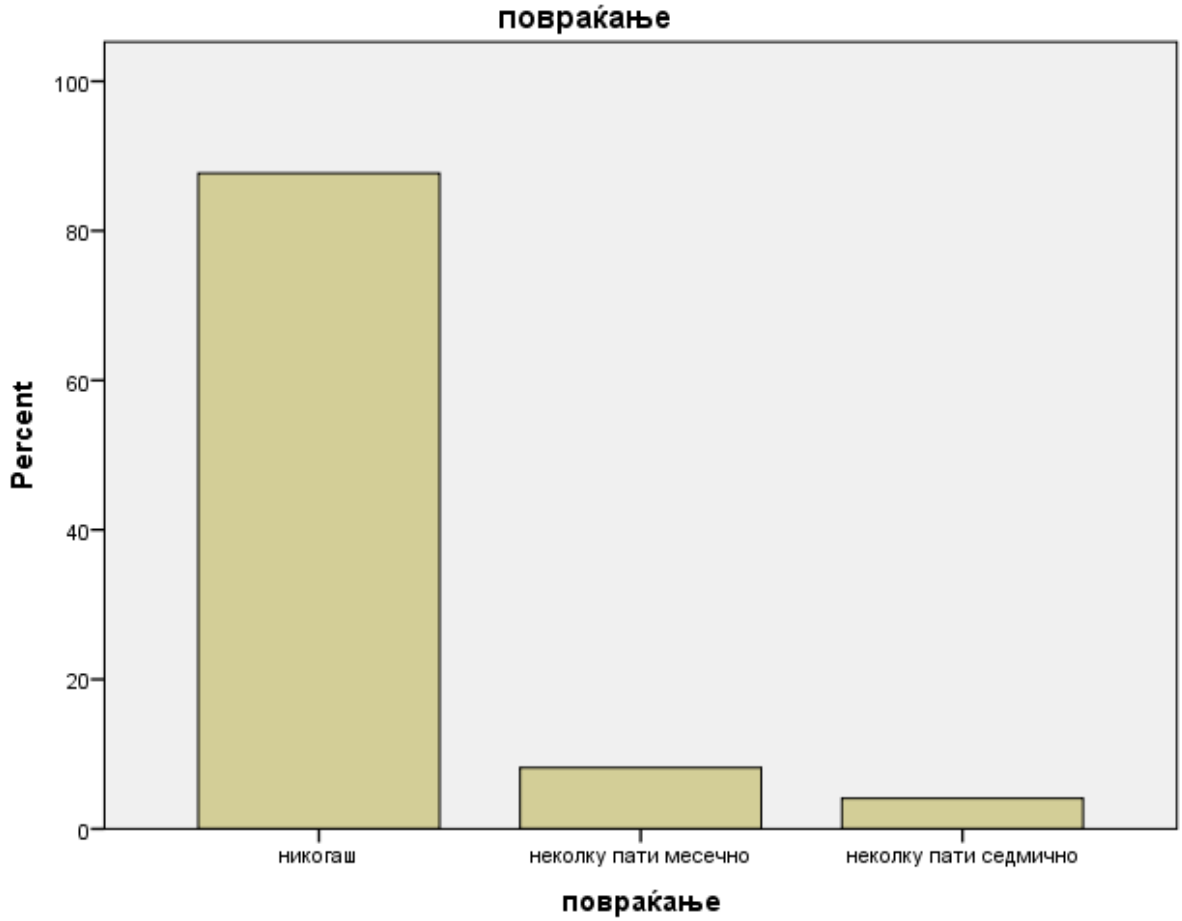
Графикон 20: Пролив

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на пролив, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 106 или 86.9 % никогаш не се јавува. Кај дел од 12 или 9.8% се јавува неколку пати месечно.

Табела 22: Повраќање

повраќање

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	107	85,6	87,7	87,7
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	95,9
	неколку пати седмично	5	4,0	4,1	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



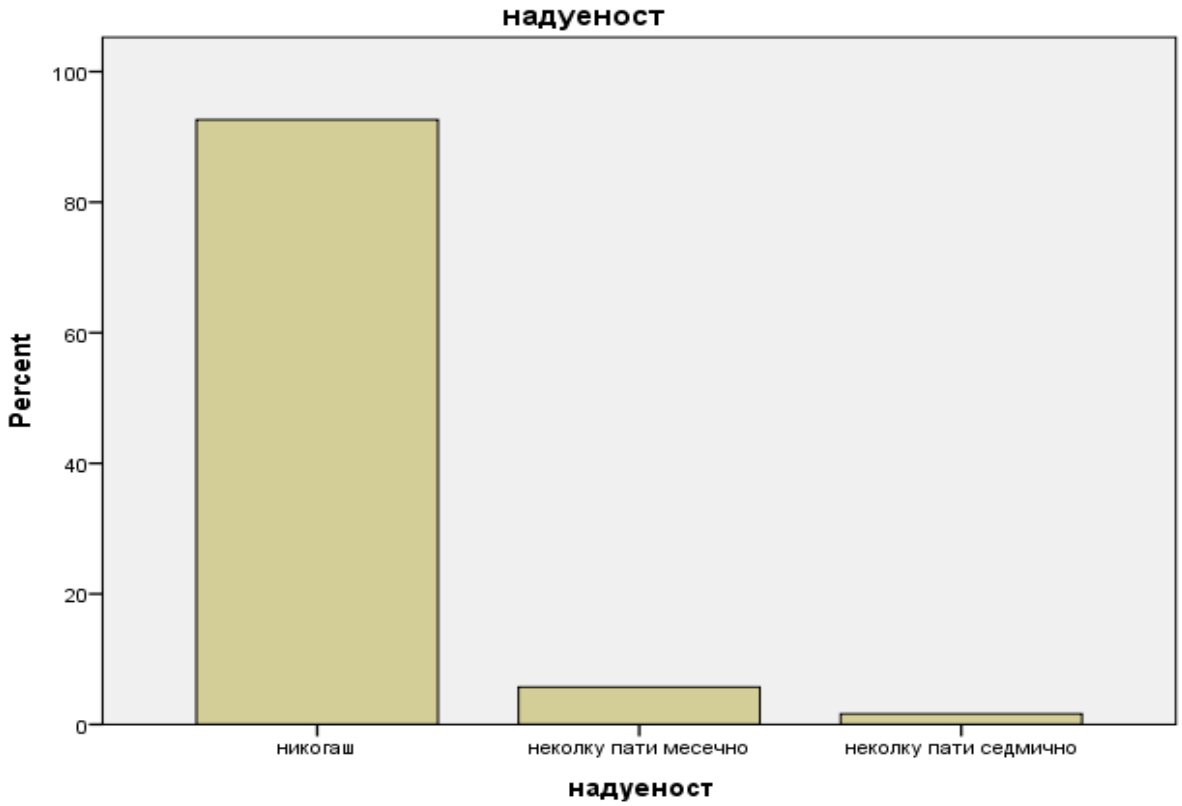
Графикон 21: Повраќање

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на повраќање, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 107 или 87.7% никогаш не се јавува. Кај дел од 10 или 8.2% се јавува неколку пати месечно.

Табела 23: Надуеност

надуеност

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	113	90,4	92,6	92,6
	неколку пати месечно	7	5,6	5,7	98,4
	неколку пати седмично	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



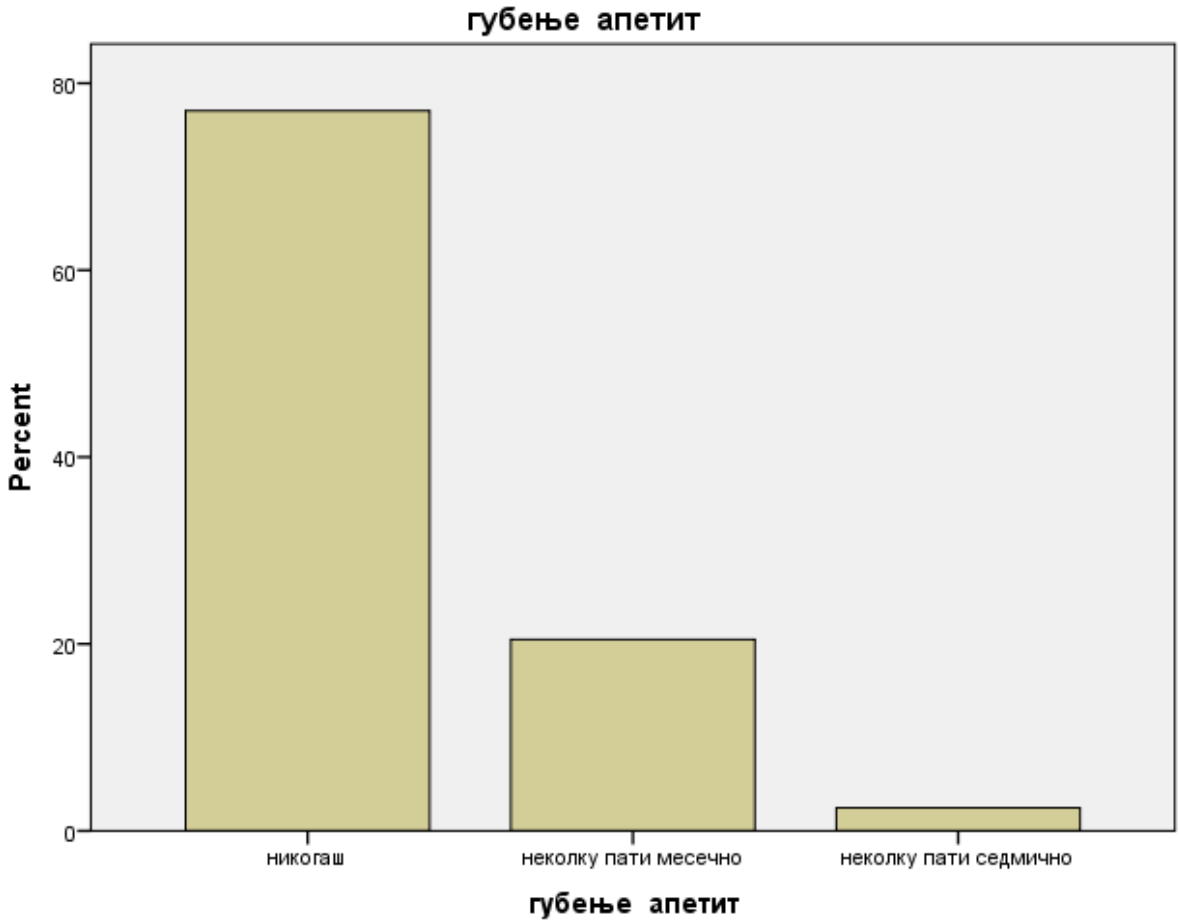
Графикон 22: Надуеност

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на надуеност, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 113 или 92.6% никогаш не се јавува. Кај останатите се јавува во многу мало присуство.

Табела 24: Губење апетит

губење апетит

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	94	75,2	77,0	77,0
	неколку пати месечно	25	20,0	20,5	97,5
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



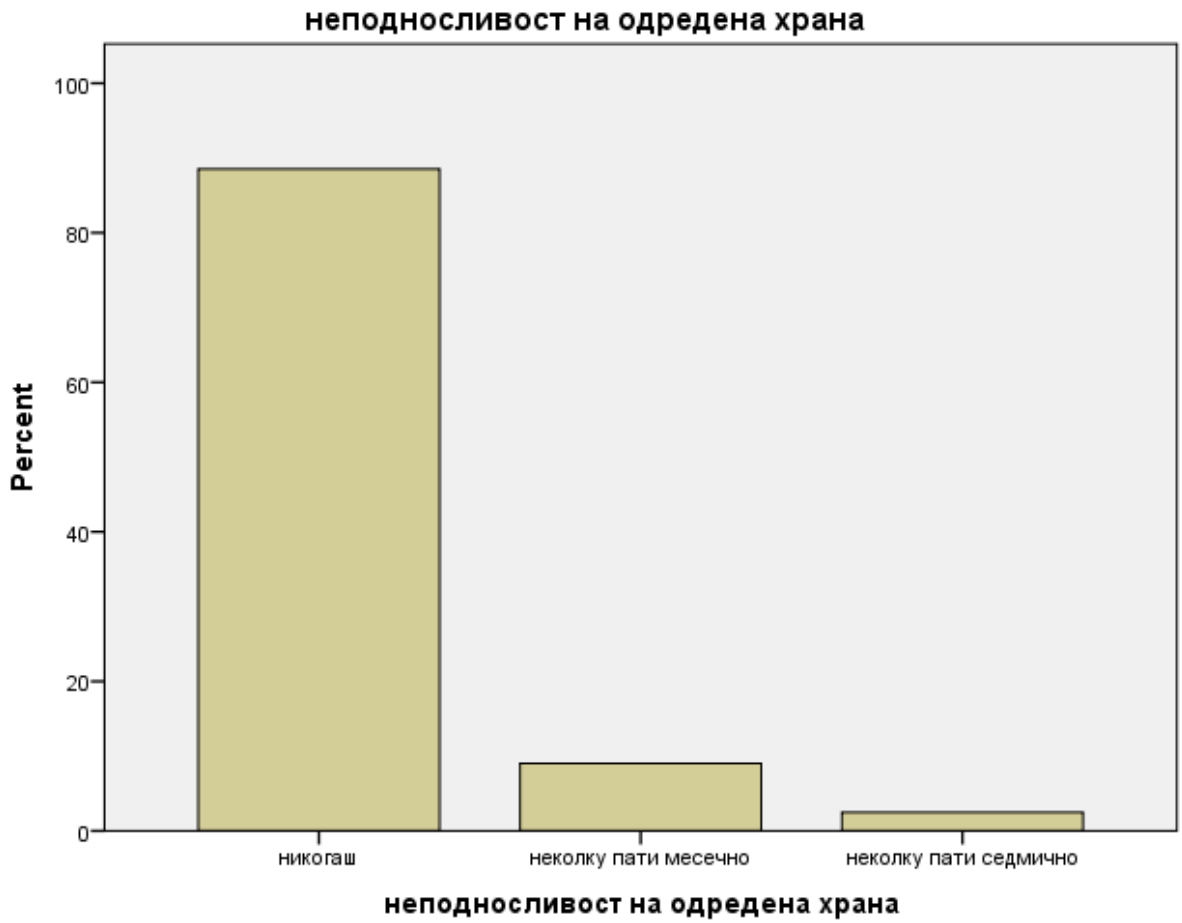
Графикон 23: Губење на апетит

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот губење на апетит, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 94 или 77.0% никогаш не се јавува. Кај 25 или 20.5% се јавува неколку пати месечно.

Табела 25: Неподносливост на одредена храна

неподносливост на одредена храна

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	108	86,4	88,5	88,5
	неколку пати месечно	11	8,8	9,0	97,5
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



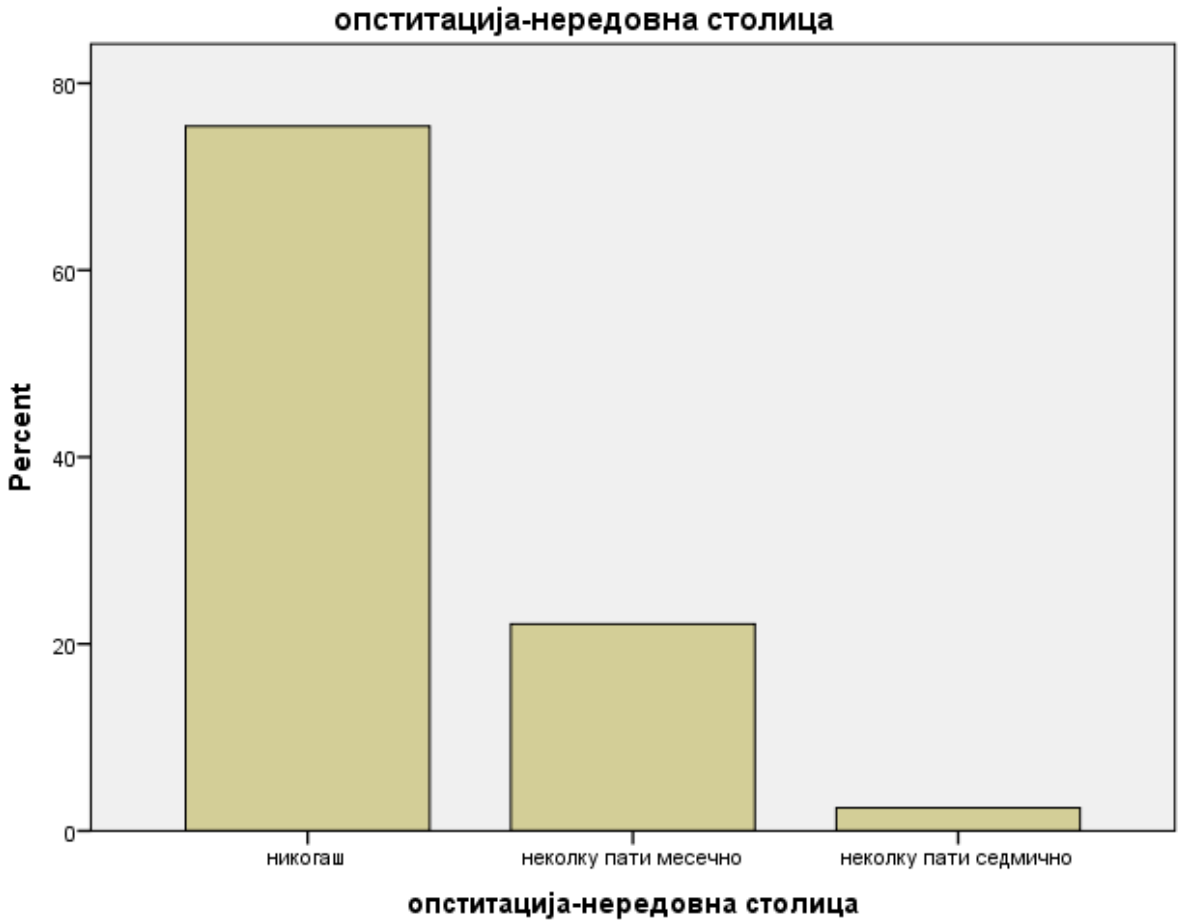
Графикон 24: Неподносливост на одредена храна

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот неподносливост на одредена храна, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 108 или 88.5% никогаш не се јавува. Кај 11 или 9.0% се јавува неколку пати месечно.

Табела 26: Опстипација - нередовна столица

опстипација-нередовна столица

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	92	73,6	75,4	75,4
	неколку пати месечно	27	21,6	22,1	97,5
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



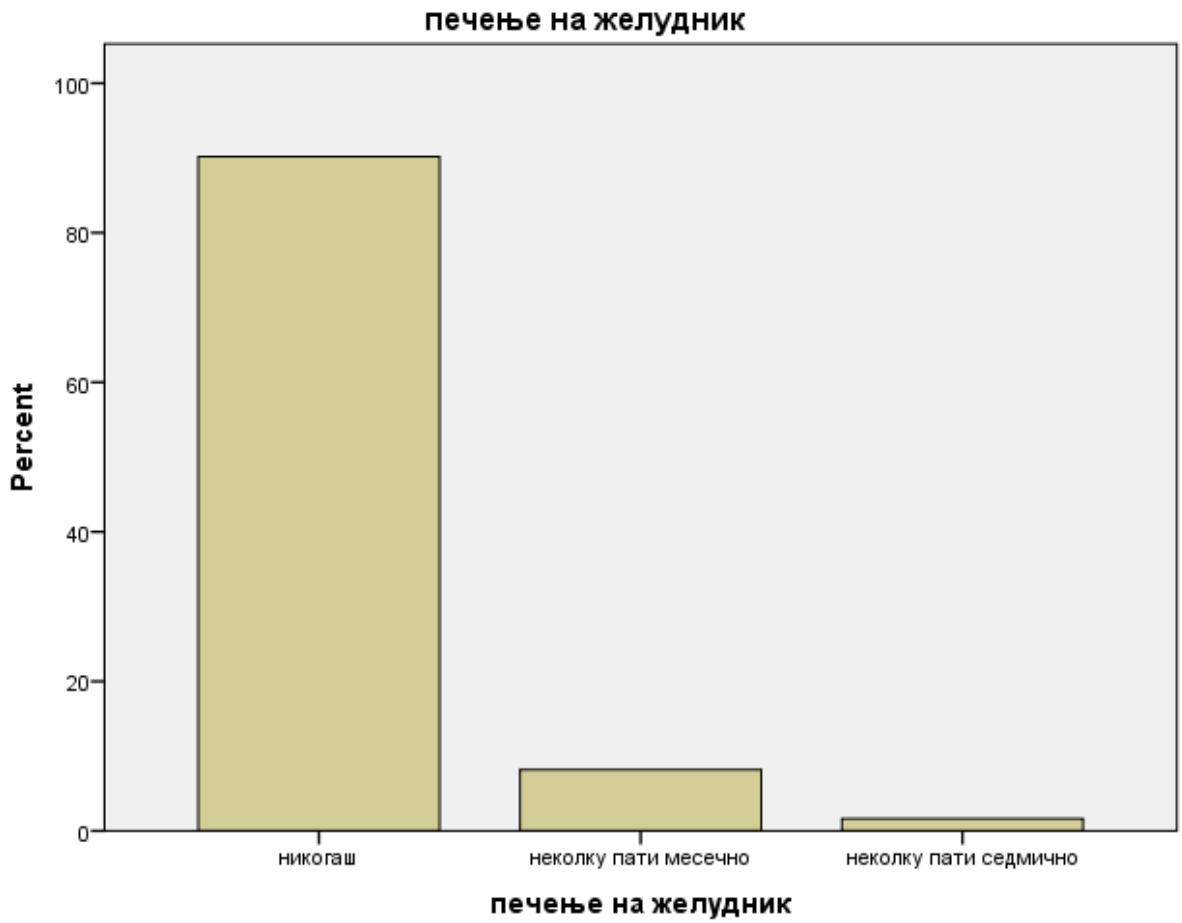
Графикон 25: Опстипација - нередовна столица

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на опстипација - нередовна столица, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 92 или 75.4% никогаш не се јавува. Кај 27 или 22.1% се јавува неколку пати месечно.

Табела 27: Печење на желудник

печење на желудник

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	110	88,0	90,2	90,2
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	98,4
	неколку пати седмично	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



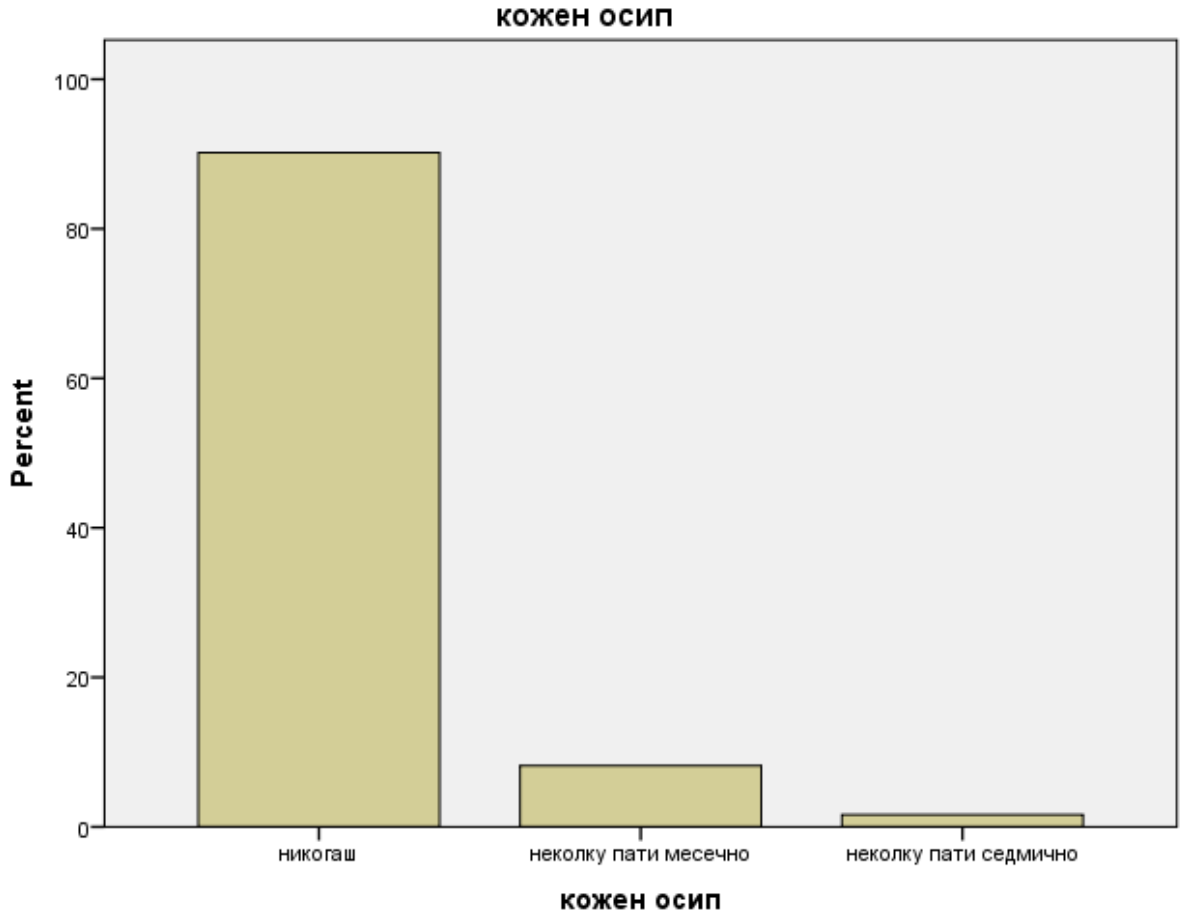
Графикон 26: Печење на желудник

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот печење на желудник, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 110 или 90.2% никогаш не се јавува. Кај 10 или 8.2% се јавува неколку пати месечно.

Табела 28: Кожен осип

кожен осип

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	110	88,0	90,2	90,2
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	98,4
	неколку пати седмично	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



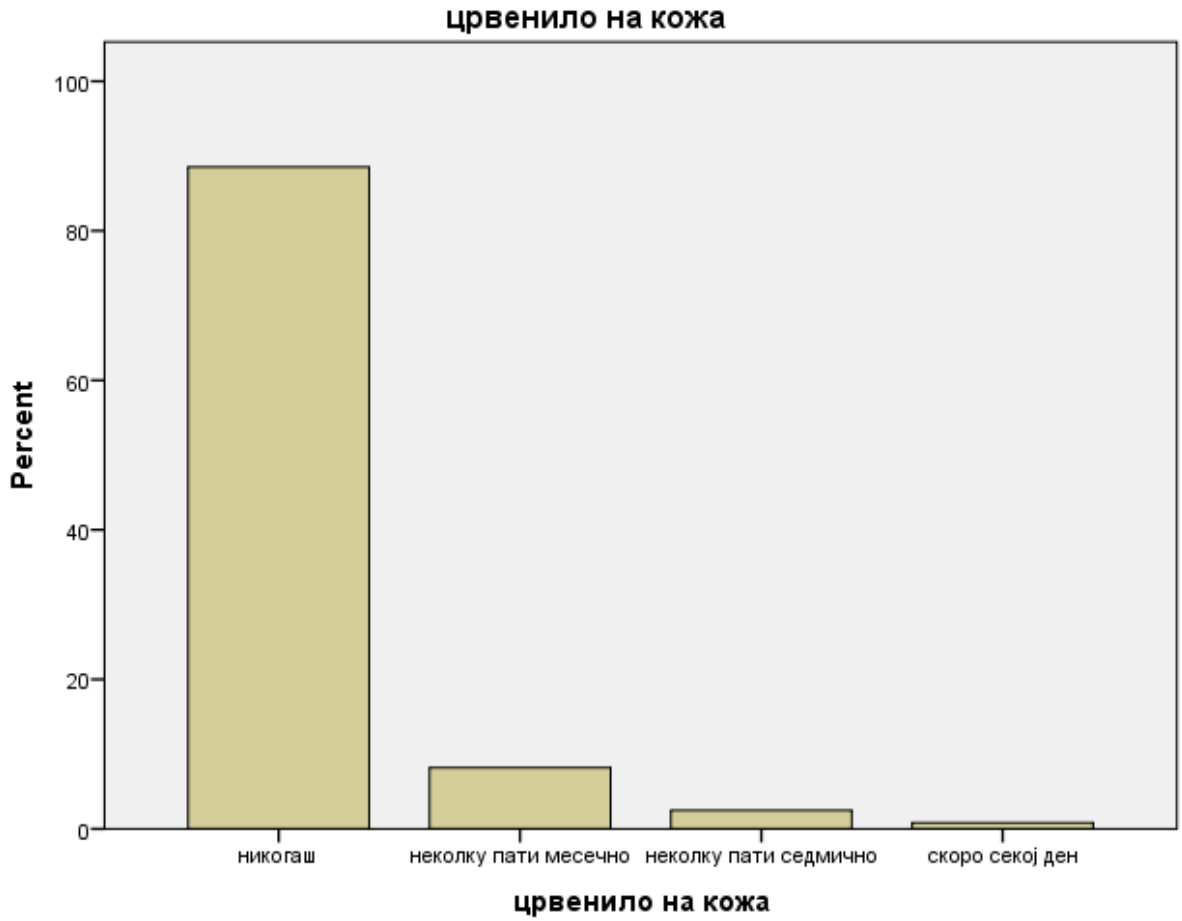
Графикон 27: Кожен осип

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на кожен осип, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 110 или 90.2% никогаш не се јавува. Кај 10 или 8.2% се јавува неколку пати месечно.

Табела 29: Црвенило на кожа

црвенило на кожа

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	108	86,4	88,5	88,5
	неколку пати месечно	10	8,0	8,2	96,7
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	99,2
	скоро секој ден	1	,8	,8	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



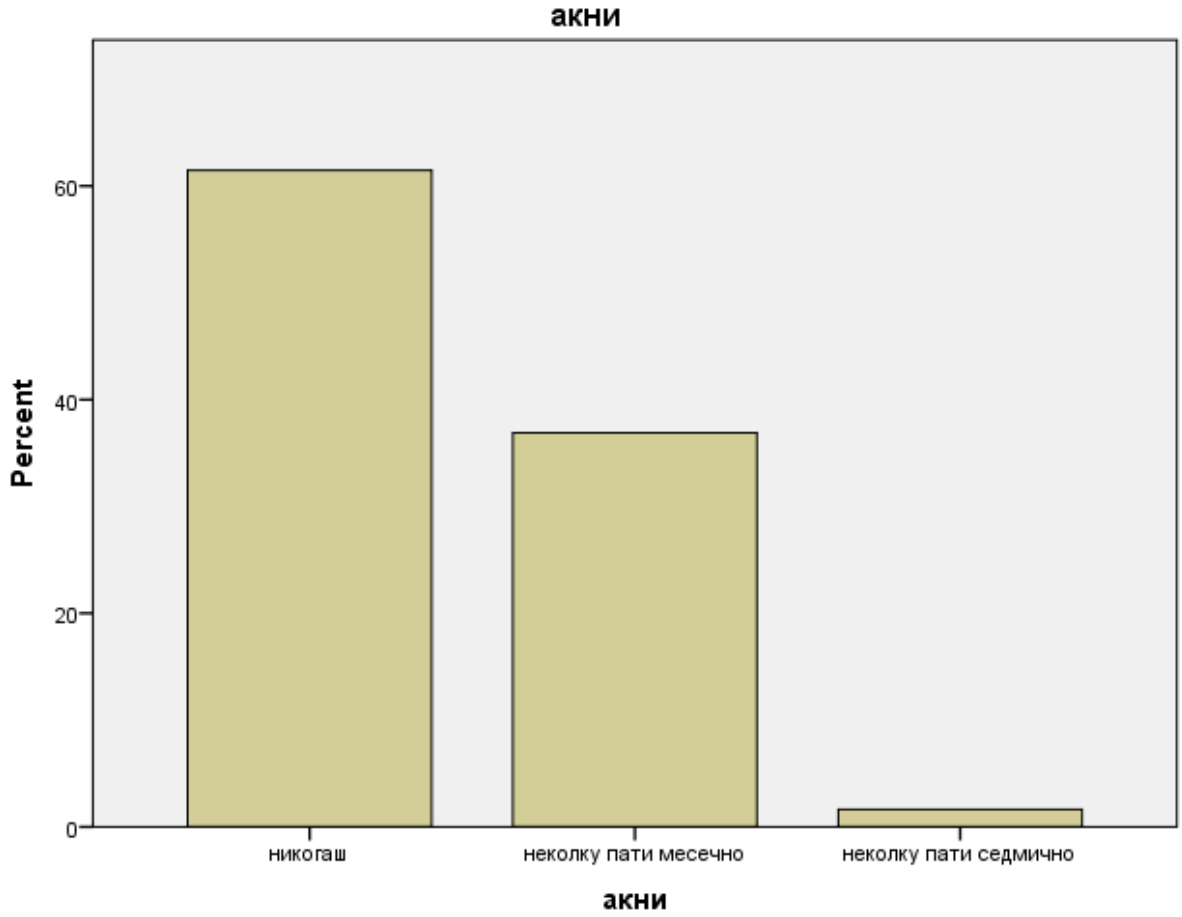
Графикон 28: Црвенило на кожа

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот црвенило на кожа, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 108 или 88.5% никогаш не се јавува. Кај 10 или 8.2% се јавува неколку пати месечно.

Табела 30: Акни

акни

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	75	60,0	61,5	61,5
	неколку пати месечно	45	36,0	36,9	98,4
	неколку пати седмично	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



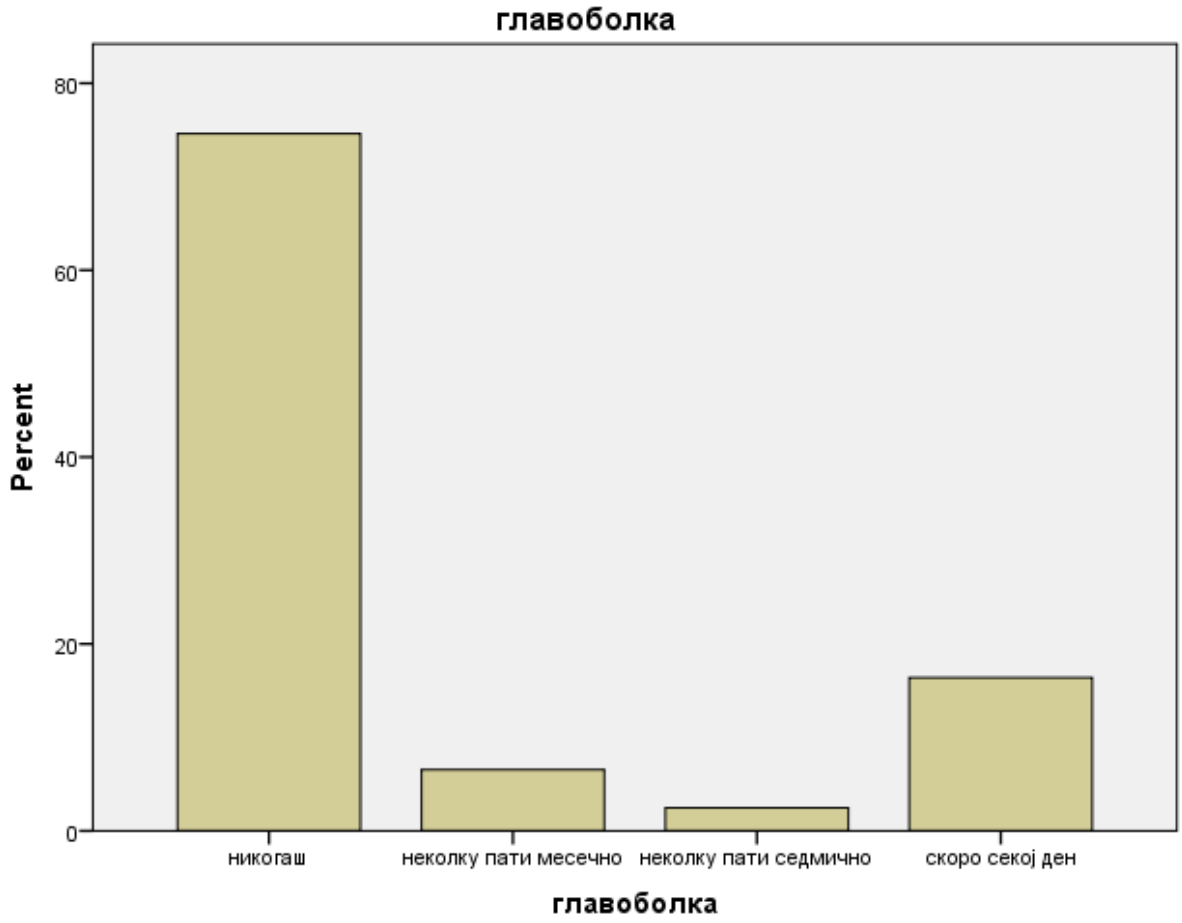
Графикон 29: Акни

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на акни, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 75 или 61.5 % никогаш не се јавува. Кај 45 или 36.9% се јавува неколку пати месечно.

Табела 31: Главоболка

главоболка

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	91	72,8	74,6	74,6
	неколку пати месечно	8	6,4	6,6	81,1
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	83,6
	скоро секој ден	20	16,0	16,4	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



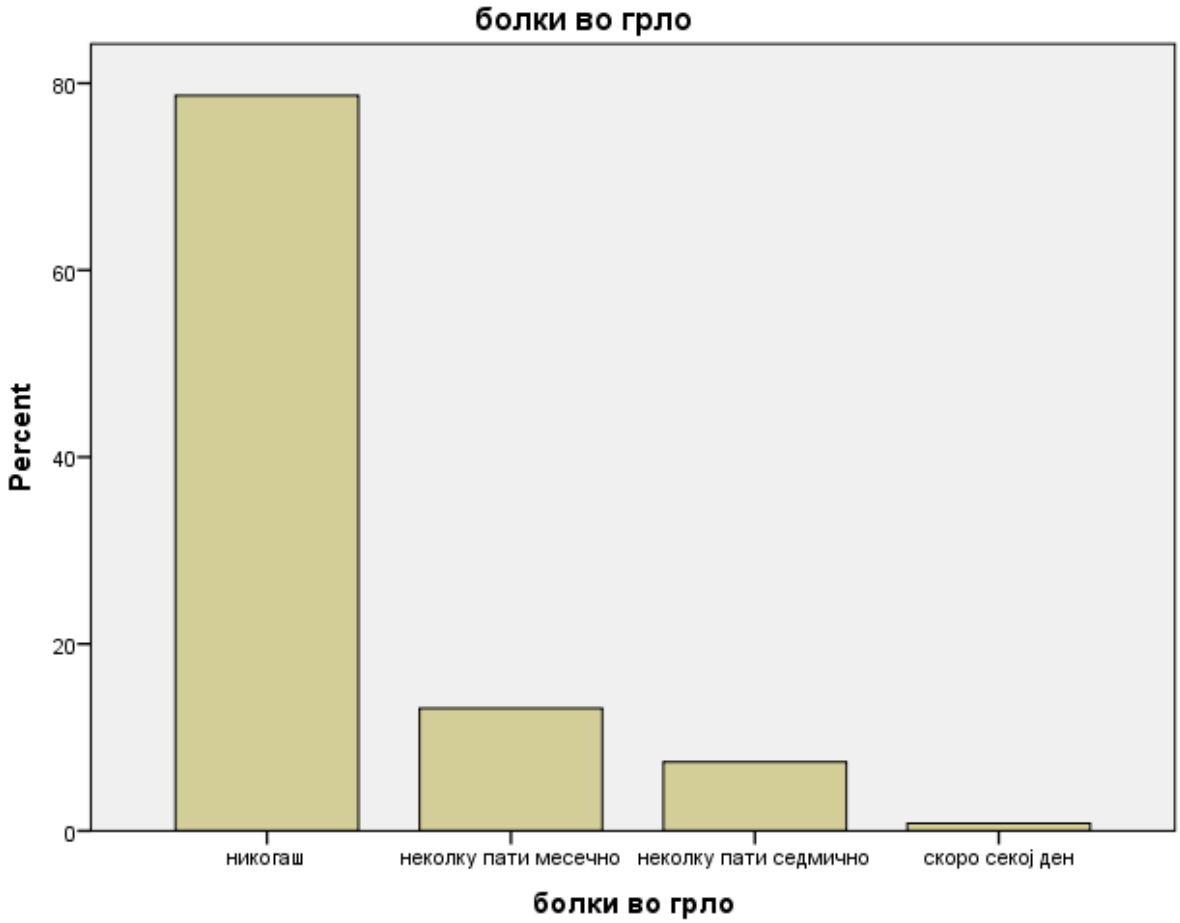
Графикон 30. Главоболка

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на главоболка, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 91 или 74.6 % никогаш не се јавува. Кај 20 или 16.4% се јавува скоро секојдневно.

Табела 32: Болки во грло

болки во грло

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	96	76,8	78,7	78,7
	неколку пати месечно	16	12,8	13,1	91,8
	неколку пати седмично	9	7,2	7,4	99,2
	скоро секој ден	1	,8	,8	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



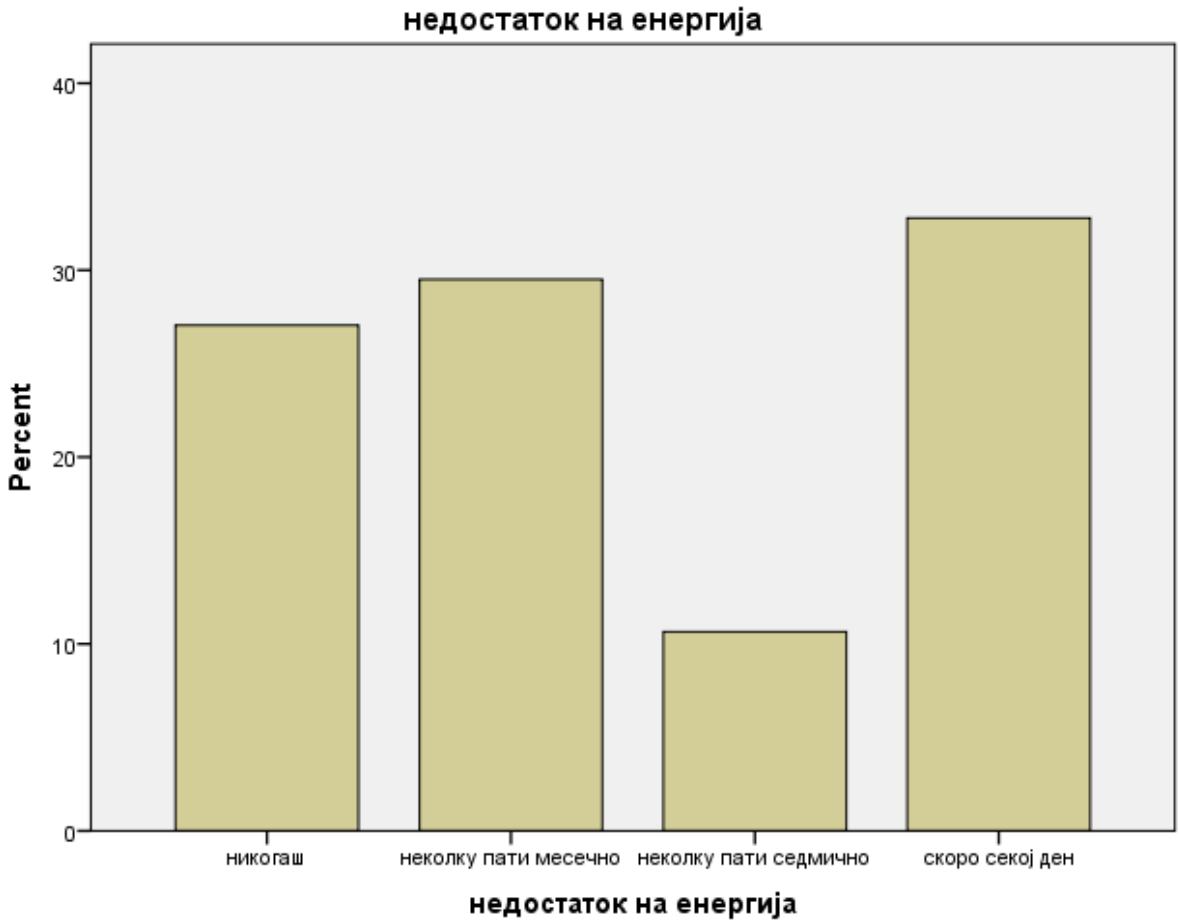
Графикон 31: Болки во грло

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на болки во грло, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 96 или 78.7 % никогаш не се јавува. Кај 16 или 13.1% се јавува неколку пати месечно.

Табела 33: Недостаток на енергија

недостаток на енергија

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	33	26,4	27,0	27,0
	неколку пати месечно	36	28,8	29,5	56,6
	неколку пати седмично	13	10,4	10,7	67,2
	скоро секој ден	40	32,0	32,8	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



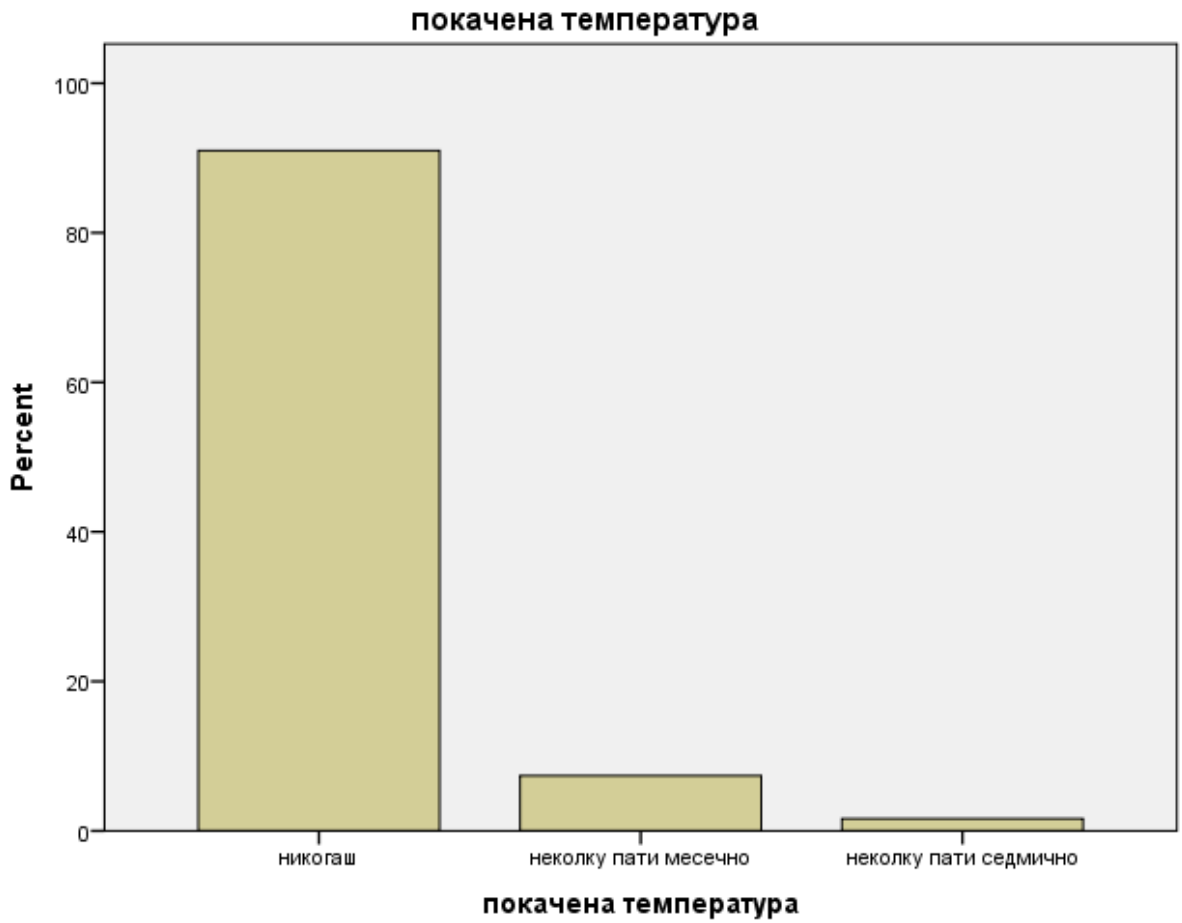
Графикон 32: Недостаток на енергија

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на недостаток на енергија, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 40 или 32.8 % се јавува скоро секојдневно. Кај 36 или 29.5% се јавува неколку пати месечно. Ова укажува на зголемено присуство на овој симптом кај адолесцентите испитаници.

Табела 34: Покачена температура

покачена температура

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	111	88,8	91,0	91,0
	неколку пати месечно	9	7,2	7,4	98,4
	неколку пати седмично	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



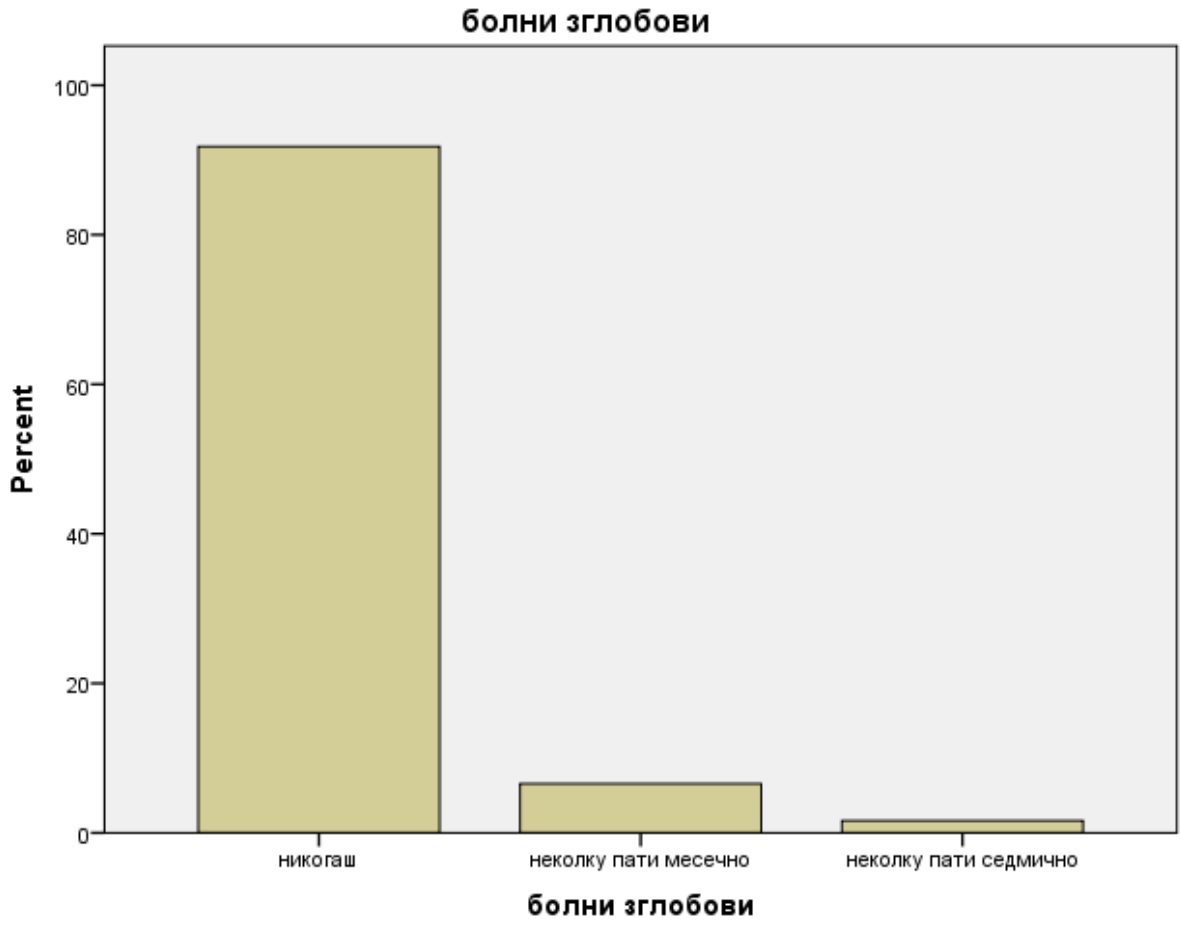
Графикон 33: Покачена температура

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на покачена температура, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 111 или 91.0 % никогаш не се јавува. Кај 9 или 7.4% се јавува неколку пати месечно.

Табела 35: Болни зглобови

болни зглобови

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	112	89,6	91,8	91,8
	неколку пати месечно	8	6,4	6,6	98,4
	неколку пати седмично	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



Графикон 34: Болни зглобови

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на болни зглобови, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 112 или 91.8 % никогаш не се јавува. Кај 8 или 6.6% се јавува неколку пати месечно.

Табела 36: Болки во раце и нозе

болки во раце и нозе

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	никогаш	107	85,6	87,7	87,7
	неколку пати месечно	12	9,6	9,8	97,5
	неколку пати седмично	3	2,4	2,5	100,0
	Total	122	97,6	100,0	
Missing	System	3	2,4		
Total		125	100,0		



Графикон 35: Болки во раце и нозе

Претставените податоци кои го прикажуваат симптомот на болки во раце и нозе, покажуваат дека кај најголем процент од испитаниците, поточно кај 107 или 87.7 % никогаш не се јавува. Кај 12 или 9.8% се јавува неколку пати месечно.

Во однос на *најчесто присутните симптоми* кај адолесцентите, добиени се следните резултати:

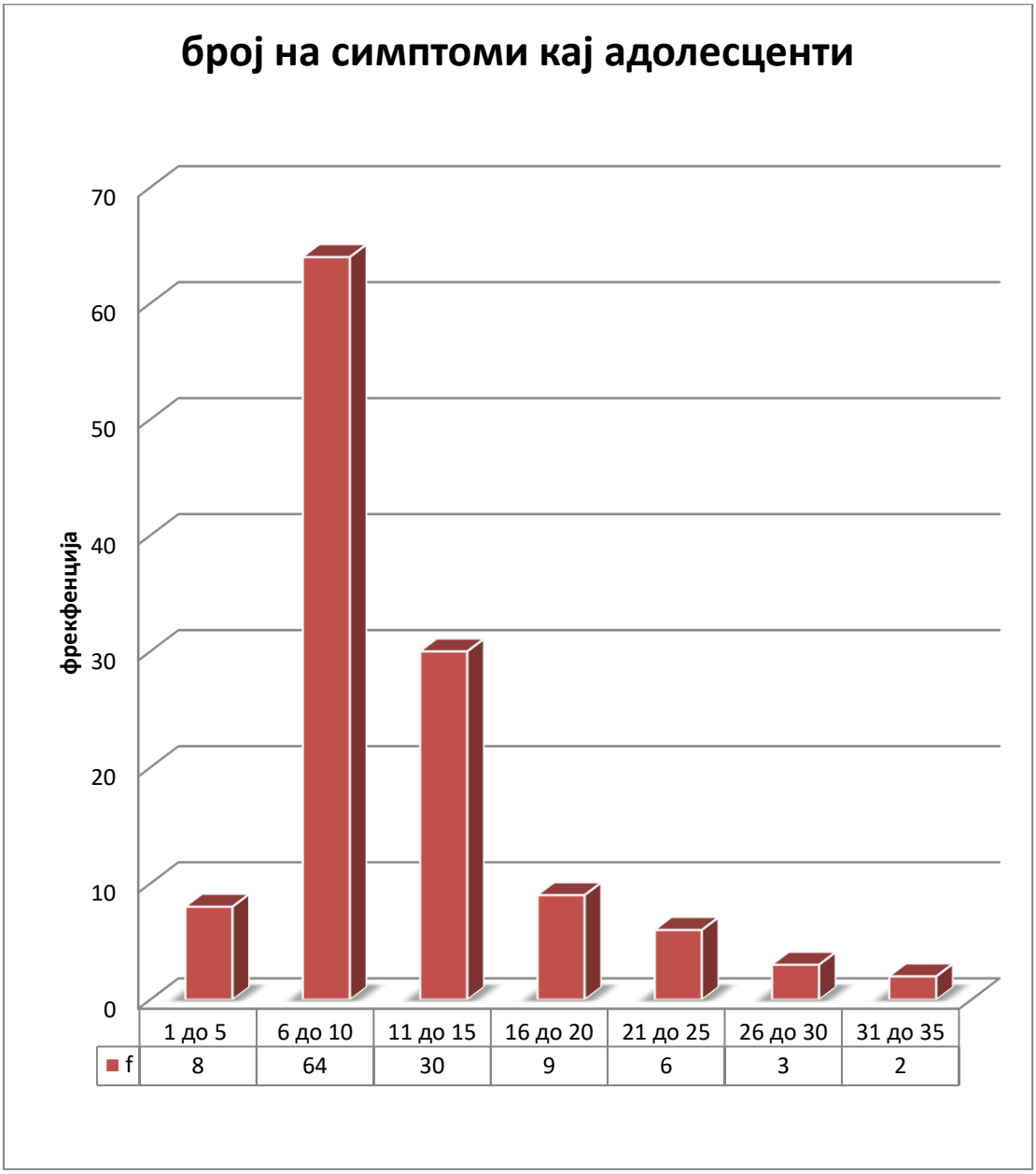


Графикон 1: Најзачестени симптоми кај адолесценти

Прикажаните визуелни податоци укажуваат дека најголем дел од испитаниците адолесценти, поточно кај 40 испитаници или 32.79%, најчесто, односно скоро секојдневно се јавува недостаток на енергија, потоа следува прекумерно потење, кај 25 или 20.49% испитаници, па честа главоболка кај 20 или 16.39% испитаници.

Најзачестени симптоми со речиси секојдневна присутност кај адолесцентите се: недостаток на енергија, потоа прекумерно потење, и главоболка.

Во однос на *бројот на симптоми*, добиени се следните резултати:



Графикон 2: Број на симптоми кај адолесценти

Дадените податоци покажуваат дека кај најголем број адолесценти, поточно кај 64 (52.46%) се јавуваат од 6 до 10 симптоми, потоа кај 30 (24.59%) адолесценти, кај кои се јавуваат од 11 до 15 симптоми.

Во однос на тоа колку им пречат психосоматските симптоми во секојдневното функционирање, добиени се следните податоци:

Табела 1: Колку пречат психосоматските симптоми

Колку психосоматските симптоми сметаат на секојдневното функционирање?			M
СТЕПЕНИ	вкупно	%	1.14
Воопшто не (1)	107	87.70 %	
Средно (2)	13	10.66 %	
Многу (3)	2	1.64%	
вкупно	122	100%	



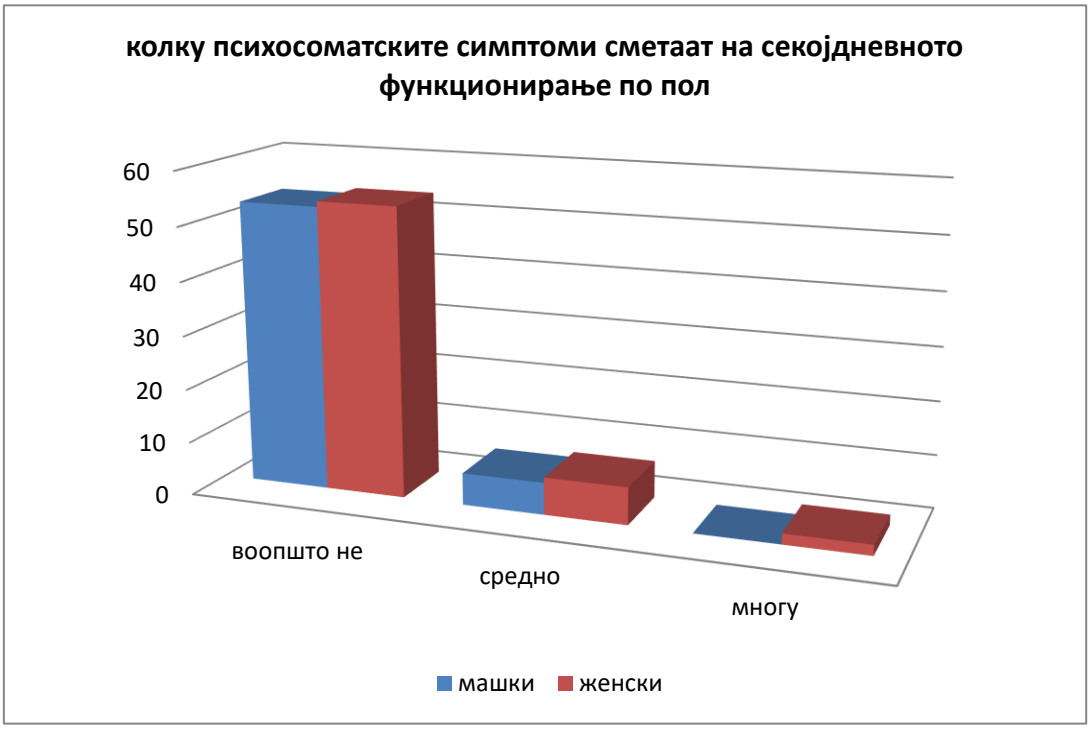
Графикон 3: Колку пречат психосоматските симптоми

Прикажаните податоци во однос на прашањето за тоа колку им пречи присуството на психосоматски симптоми во секојдневното функционирање, се забележува дека кај најголем број, поточно на 107 или 87.70% не им го нарушува секојдневниот живот. На 2 или 1.64% во голема мера им пречат и ним им е потребно посебно внимание.

Во однос на тоа колку психосоматските симптоми сметаат на секојдневното функционирање според полот, добиени се следните податоци.

Табела 2: Пречење на психосоматските симптоми на секојдневното функционирање по пол

	машки	%	женски	%
воопшто не	55	45.08%	52	42.62%
средно	6	4.92%	7	5.74%
многу	0	0	2	1.64%
вкупно	61	50%	61	50%



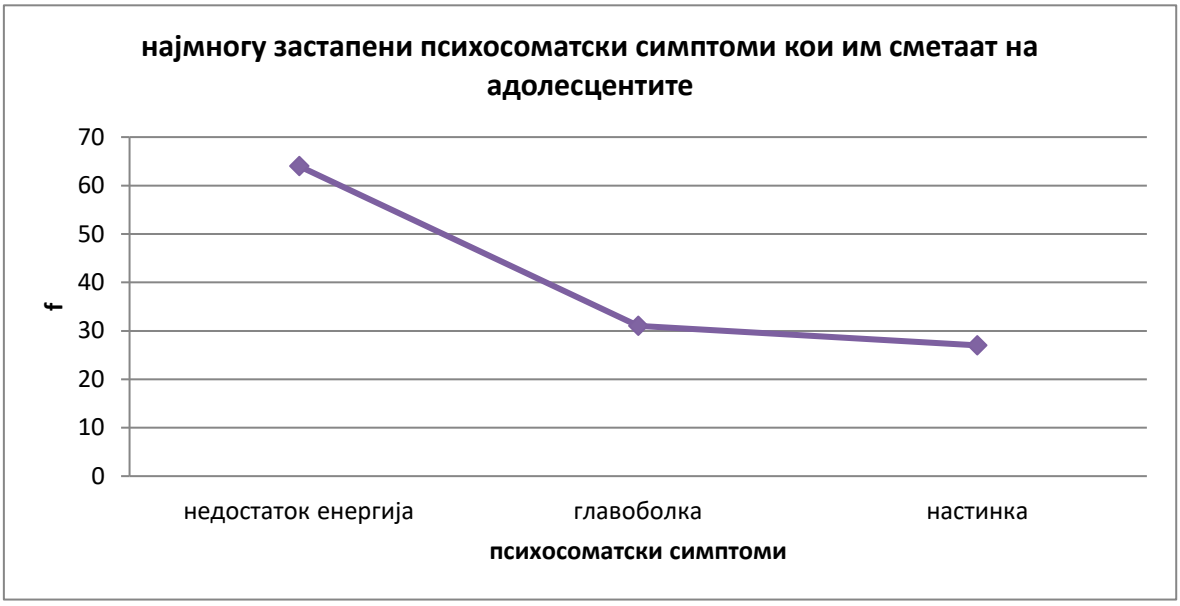
Графикон 4: Пречење на психосоматските симптоми на секојдневното функционирање по пол

На 55 или 45.08% од адолесцентите од машки пол и на 52 или 42.62% од адолесцентите од женски пол психосоматските симптоми воопшто не им пречат на секојдневното функционирање. Ниту еден адолесцент од машки пол не се изјаснил дека многу му пречат, а на 2 или 1.64% од девојчиња многу им пречат психосоматските симптоми на секојдневното функционирање.

Во однос на прашањето за најмногу застапени психососматски симптоми кои им сметаат на адолесцентите, добиени се следните показатели:

Табела 3. Најмногу застапени психососматски симптоми кои им сметаат на адолесцентите

Најмногу застапени психососматски симптоми кои им сметаат на адолесцентите		
недостаток енергија	64	52.46%
главоболка	31	25.41%
настинка	27	22.13%



Графикон 5: Најмногу застапени психососматски симптоми кои им сметаат на адолесцентите

Добиените податоци покажуваат дека најмногу застапени психосоматски симптоми кои им сметаат на адолесцентите се: недостаток на енергија кај 64 или 52.46%, потоа главоболка кај 31 или 25.41% и симптоми на настинка кај 27 или 22.13%.

Во однос на *поврзаноста на полот и најзастапениот психосоматски симптом на недостаток на енергија е пресметан т-тест.* Т-тестот се користи за тестирање на значајноста на разликите меѓу две аритметички средини на две различни варијабли.

Табела 1: Аритметички средини

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	пол на испитаници	1,5000	122	,50206	,04545
	недостаток на енергија	2,4918	122	1,20773	,10934

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	пол на испитаници & недостаток на енергија	122	-,450)	,000

Табела 2: Т-тест

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper			
Pair 1	пол на испитаници М-Ж недостаток на енергија	-,99180)	1,50204	,13599	-1,26103)	-,72258)	-7,293)	121	,000

Од табелите, односно од споредбата на аритметичките средини на двете варијабли, се забележува дека статистичката значајност на варијаблата пол на адолесцентите и најзастапениот психосоматски симптом на замор е проверена со t-тест за независни примероци, а резултатот е прикажан во соодветната табела, која е дадена погоре.

Резултатот од t-тестот покажува дека девојчињата во однос на недостатокот на енергија немаат статистички значајно повисок степен на замор, во споредба со момчињата (t (121) = 7.293, p=0.00). Од табелата се гледа дека добиениот резултат на t-тестот не е статистички значаен. Ваквиот резултат **потврдува дека вистинитоста на потхипотезата,** според која не постојат разлики помеѓу полот (момчињата и

девојчињата) во однос на психосоматските симптоми, поточно недостатокот на енергија како најзастапен симптом кај адолесцентите.

Табела 3: Поврзаност на полот во пречењето на секојдневното функционирање

5.pol -smetawe

Correlations

			Пол М -Ж	Сметање на секодневие
Spearman's rho	Пол М Ж	Correlation Coefficient	1,000	-,536)**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	122	122
	Сметање на секојдневие	Correlation Coefficient	-,536)**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	122	122

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

Прикажаните податоци (S=-0.536), p=0.000) укажуваат дека не постои поврзаност на полот и пречењето на психосоматските симптоми на секојдневното функционирање.

ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Во истражувањето е применет Прашалникот на психосоматски симптоми за деца и адолесценти (PSS), кој е соодветно адаптиран за потребите на истражувањето. Содржи збир од 35 симптоми, кои се поделени на 7 телесни подрачја на функционирање (псевдоневролошки, кардиоваскуларни, мускулаторни, респираторни, гастроинтестинални, дерматолошки, болки или чувства на слабост). Секој симптом кај испитаниците се проценува од два аспекти: честина на појавување и степен до кој симптомот пречи на личноста во секојдневните активности.

И двата аспекти се битни за клиничка процена на состојбата на клиентите адолесценти, како и за донесување на дијагностичка одлука. Секако, составен дел на инструментот се и посебно значајните дополнителни прашања, кои се однесуваат на подлабинско проценување на симптомите, како и на општата здравствена состојба на поединецот адолесцент.

Резултатите кои се добиени со прашалникот се анализираат од неколку аспекти:

Субјективното доживување на сопствената здравствена состојба се утврдува врз основа на тоа како испитаникот адолесцент го вреднува, односно проценува сопственото здравје. Конкретно се однесува на првото прашање во прашалникот. Од добиените резултати се согледува дека најголем дел од испитаниците (над 80%) сопствената здравствена состојба ја проценуваат како многу добра или одлична (M=3.77, SD=0.53365; распон = 1-4). Само 1 испитаник, или 0.8% од нив, сопственото здравје го проценува како лошо, 4 или 3.3% од испитаниците сопственото здравје го проценуваат како средно, како многу добро го проценуваат 15 или 12.3%, и како одлично го проценуваат вкупно 102 или 83.6% од испитаниците.

Зачестеноста на психосоматски симптоми се утврдува на основа на вкупниот број на симптоми и на нивото на бројот (честината) на поединечните симптоми. Вкупниот број на симптоми кај испитаниците се наведени во табелата. Очигледно е дека дистрибуцијата на резултатите се движи кон пониските вредности, односно помал број застапени симптоми кај испитаниците, што е карактеристично и

вообичаено за оваа популација. Најголем дел од испитаниците адолесценти имаат доживеано 6 до 10 симптоми од вкупно 35 симптоми.

Табела 4: Вкупен број на симптоми со број на испитаници

Вкупен број на симптоми	**Број адолесценти (N)**	**%**
0	**0**	***0***
1-5	8	6.56
6-10	**64**	**52.46**
11-15	**30**	*24.59*
16-20	9	*7.37*
21-25	6	4.92
26-30	3	2.46
31-35	2	1.64
N =	***122***	
	100%	

Зачестеноста, односно фреквенцијата на доживување на **посебните симптоми,** се проценува според Ликертова скала на нивоа од 1 до 4.

Со оглед на просечната честина на доживување на поединечните симптоми е утврдено дека испитаниците најчесто ги доживуваат следните симптоми: недостаток на енергија, прекумерно потење и главоболка, а потоа во помала мера останатите.

На **интензитетот на доживувањата на одредени симптоми** укажуваат 3 дела од прашалникот и тоа: вкупниот резултат на супскалата за субјективна процена, субјективната процена на интензитетот на пречење на секој симптом на нормалните секојдневни активности и одговорот на дополнителното прашање, кое се однесува на *посетата на лекар.*

Субјективната проценка на поединечните симптоми, која е прикажана погоре, е вршена на скала од Ликертов облик. Во однос на распонот на процена на степенот на пречење на поединечните симптоми, просекот изнесува M=1.14 (табела погоре), што укажува на тоа дека приближно нема големи попречувања на психосоматските симптоми на секојдневното функционирање на адолесцентите, со исклучок на мал број поединечни случаи, со кои е неопходна психолошка превентивна работа.

Како симптоми кои најмногу им сметаат на адолесцентите на нивното секојдневно функционирање, се наведуваат: недостаток на енергија кај 52.46%, главоболка кај 25.41%, настинка кај 22.13%. *Од вкупниот број испитани адолесценти, 9 или 7.4% посетиле лекар, а 92.6% не се јавиле на лекарски преглед.*

Во клиничката проценка е битно да се изврши внимателна анализа на поединечните одговори на симптомите, затоа што е можно испитаникот да има помал број симптоми, кои не се јавуваат често, но значајно ја попречуваат секојдневната активност на адолесцентот. Кај друг случај може да се појават поголем број симптоми кои малку влијаат на попречување во извршувањето на секојдневните активности, што бара поинаков третман на состојбата и интервенција.

Утврдувањето на подрачјето на симптомите е од исклучително големо значење. Во сите случаи, кога се работи за психосоматски симптоми, првата фаза во дијагностицирањето е констатирање на здравствената состојба на адолесцентот, поточно проверка дали симптомите се во врска со реални здравствени проблеми.

Во оваа насока, многу е битно да се констатира дали адолесцентите имаат некој порано дијагностициран здравствен проблем, па во оваа смисла, во прашалникот е наведено и прашањето за боледување од хронична болест. Резултатите покажаа дека мал број, односно само 3 испитаници или 2.5% имаат дијагностицирано некоја хронична болест.

Во голем број истражувања се утврдуваат разлики во бројот и видот на симптомите и полот на испитаниците. Исто така во ова истражување е испитувано дали постои поврзаност на полот и психосоматските симптоми. Конкретно, извршено е пресметување на т-тест, при што не е добиена статистички значајна разлика (t (121) = 7.293, p=0.00) на полот во однос на најчесто застапениот психосоматски симптом на недостаток на енергија.

Заклучно, може да се каже дека во истражувањето е утврдено дека:

- Постои генерално добра проценка на сопствената здравствена состојба на испитаниците адолесценти;

- Психосоматските симптоми, посебно изразени како недостиг на енергија, се јавуваат независно од проценката на здравствената состојба на адолесцентите.

- Присутна е висока застапеност на психосоматски симптоми кај адолесцентите, со присутност од 6 до 10 симптоми.

- Проверено е дали постои разлика на полот и најзастапениот психосоматски симпотом на недостаток на енергија. Разликите кои се добиени не се статистички значајни во поглед на зачестеноста на симптомот.

Треба да се напомене дека лицата од женски пол имаат поголем број на симптоми во 10 прашања, од вкупно 35 симптоми.

- Утврдено е дека не постои статистички значајна разлика меѓу девојчињата и момчињата во врска со процена на сметањето на симптомите во секојдневното функционирање. Сепак, треба да се напомене дека девојчињата сметаат дека симптомите повеќе им пречат во извршувањето на секојдневните активности во однос на момчињата.

ПРЕПОРАКИ

Која било комбинација или техника да ја избере терапевтот во психотерапијата, акцентот секогаш треба да биде ставен на односот помеѓу детето или адолесцентот и терапевтот.

Децата ретко самостојно бараат психотераписки третман. Најчесто се носат кога некој од семејството, а понекогаш и наставник или психолог, забележат некои психосоматски симптоми или некоја видлива психолошка промена или нарушување. Голем дел од децата веруваат дека биле одведени на третман за казна поради лошото однесување. Токму затоа на почетокот на терапискиот процес треба да се најде начин како да се мотивираат за учество. Кај детето стремежот за промена не се однесува на промена на сопственото интрапсихичко функционирање, туку е насочен кон промена на неговата средина, која многу бара од самиот адолесцент. Родителите на таквите деца се главно преплавени со разни чувства во врска со своето дете адолесцент и неговите проблеми, и затоа треба да им се помогне да се справат со нив. Треба да се ублажат стравовите или лутењето, ако се присутни, и најбитно е родителите да се согласат за соработка, и да станат чувствителни за детските потреби.

Одлуката за психотераписката интервенција за одредено дете или адолесцент вклучува: проценка на детската возраст, развојна стапка, тип на проблем и начин на комуникација. Која било комбинација или техника да е избрана од страна на терапевтот во психотерапијата, акцентот секогаш треба да биде ставен на односот помеѓу детето и терапевтот. Самиот однос често е примарен, ако не и исклучително вежен дел од психотерапијата. Во почетокот на повеќето психотерапии, независно од пациентската возраст и природата на тераписките интервенции, главните тераписки ефекти, според постигнувањата на пациентите, се постигнуваат преку поддршката што ја чувствуваат со доверлив и компетентен терапевт. Терапевтот треба да обезбеди сигурно окружување и доверлив однос во кој се слуша, се изразува чувство и се решаваат детските и адолесцентските проблеми.

Генерално, психотерапијата ги учи за способностите за справување со проблеми, овозможувајќи им на тинејџерите или децата да ги истражуваат чувствата и случките во релаксирана средина.

Користена литература

1. Achenbach T.M., McConaughy S.H. (1997). *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology,* London: SAGE Publications.
2. Američka psihijatrijska udruga (1996) DSM-IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Anderson SE, Dallal GE, Must A. (2003). Relative weight and race influence average age at menarche: results from two nationally representative surveys of US girls studied 25 years apart". Pediatrics. **111** (4 Pt 1): 814–816.
4. Al-Sahab B, Ardern CI, Hamadeh MJ, Tamim H. (2010). Age at menarche in Canada:results from the National Longitudinal Survey of Children and Youth.. BMC Public Health. BMC Public Health. **10** (1): 736.
5. Arnett J. J. (2007). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For?". Child Development Perspectives. **1** (2): 68–73
6. Bernstein GA, Massie ED., Thuras PD., Perwien AR., Borchardt CM., Crosby RD. (1997) Somatic symptoms in anxious - depressed school refusers, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.36, No.5,661-8.
7. Bezinović P., Tkalčić M. (2002). Škola i psihosomatski simptomi kod srednjoškolaca, *Napredak,* 143(3), 279-290.
8. Bradley K.L., McGrath P.J., Brannen C.L., Bagnell A.L. (2010). "Adolescents' attitudes and opinions about depression treatment". Community Mental Health Journal. **46** (3): 242–251.
9. Carney RM, et al. (2013). Depression in kids linked to cardiac riscs in teens. Science Daily.
10. Carr A. (1999) *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*, London, New York: Routledge.
11. Casey B. J.; Getz S.; Galvan A. (2008). The adolescent brain. Developmental Review. **28** (1): 62–77.
12. Choudhury, S.; Blakemore, S.-J.; Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. Social Cognitive and Affective Neuroscience. **1**(3): 165–168
13. Cooney, E. (2010). Puberty gap: Obesity splits boys, girls. Adolescent males at top of the BMI chart may be delayed. MSNBC.

14. Curcic, V., Eric. (1997). Adolescencija - identitet-psihopatologija-psihoterapija. Zagreb, Albulj
15. Danielsson, U. E.; Bengs, C.; Samuelsson, E.; Johansson, E.E. (2010). My Greatest Dream is to be Normal:The impact of Gender on the Depression Narratives of Young Swedish men and women. . Qualitative Health Research. 21: 1049732310391272.
16. Dorn L. D.; Biro F. M. (2011). Puberty and Its Measurement: A Decade in Review. Journal of Research on Adolescence. **21** (1): 180–195.
17. Eapen., V. (2012). Strategies and challenges in the management of adolescent depression". Current Opinion in Psychiatry. 25 (1): 7–13.
18. Egger H.L., Costello E.J., Erkanli A., Angold A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains and headaches, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.37, No.7, 852-860.
19. Garber J. (1998) *Somatoform Disorders in Childhood and Adolescence, Coprehensive Clinical Psychology,* Elsevier Science Ltd
20. Garber J., Walker L.S., Zeman J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolesents: further validation of the Children's Somatization Inventory, *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.3, No.4, 588-595.
21. Hallfors D. D.; et al. (2004). Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior". American journal of preventive medicine. 27 (3): 224–231.
22. Kail, RV; Cavanaugh JC. (2010). Human Development: A lifespan View (5th ed.). Cengage Learning.p. 296.
23. Keresteš G., Kuterovac-Jagodić G., Vizek-Vidović V. (1994). Upitnik za ispitivanje somatskih reakcija djece. U: Vizek-Vidović V., Arambašić L., Kuterovac-Jagodić G., Franc R., Bunjevac T. *Ispitivanje psihometrijskih karakteristika baterije upitnika za procjenu traumatskih i stresnih reakcija školske djece*, (neobjavljeni rukopis)

24. Kessler R.C., Avenevoli S., Merikangas K.R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiological perspective". Biological Psychiatry. 49(12): 1002–1014
25. Klomek A. Brunstein I. et al. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents". Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. **46** (1): 40–49.
26. Kovacs M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children, *Acta Peadopsychiatrica*, Vol.46,305-315 *Suvremena psihologija 8 (2005), 2, 211-227*
27. Kuzman M., Franelić I.P., Pavić-Šimetin I. (2004). *Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001/2002,* Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo
28. Larson, R., & Wilson, S. (2004). Adolescence across place and time: Globalization and the changing pathways to adulthood. In R. Lerner and L. Steinberg Handbook of adolescent psychology. New York: Wiley
29. Lopez M, Mariane A.,; Jansen, K; Drews, C; Pinheiro, R; Silva, R; Souza, L. (2013). Major depressive disorder symptoms in male and female young adults". Psychology, Health & Medicine. 19 (2): 136–145
30. Meesters C., Muris P., Ghys A., Reumerman T., Rooijmans M. (2003). The Children's Somatization Inventory: Further evidence for its reliability and validity in a pediatric and community sample of Duch children and adolescents, *Journal of Pediatric Psychology*, Vol.28, No.6, 413-422.
31. Обухова. Л. Ф. (2013). Детская Психология. Москва: Юрайт
32. Pennebaker J.W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms,* New York: Spreiger- Verlag
33. Reynolds W.M. (1998). *Depression, Coprehensive Clinical Psychology*, Elsevier Science Ltd
34. Richardson, LP; Davis, R; Poulton, R; McCauley, E; Moffitt, TE; Caspi, A; Connell, F. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. Arch Pediatr Adolesc Med. **157** (8): 739–45. .
35. Roberts, M. (2005). Why puberty now begins at seven. BBC News. Retrieved 2010-05-22.

36. Santalahti P., Aromaa M., Sourander A., Helenius H., Piha J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland, *Pediatrics,* Vol.115, No.4, 434-442.
37. Shoval, G., Bar-Shira O., Zalsman G., John J. Mann and Chechik G. (2014). Transitions in the transcriptome of the serotonergic and dopaminergic systems in the human brain during adolescence. European Neuropsychopharmacology. **24** (7): 1123 32.
38. Spear L. P. (2000). The adolescent brain and age related behavioral manifestations. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. **24** (4): 417–463.
39. Steinberg, L. (2008). Adolescence, 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill.
40. Steinberg, L. (2010). A dual systems of adolescent risk taking. Developmental Psychobiology. **52** (3): 216–224.
41. Susman, EJ; Dorn, LD; Schiefelbein, V.L.(2009). Puberty, sexuality, and health. In: Lerner MA, Easterbrooks MA, Mistry J., editors. Comprehensive Handbook of Psychology. New York: Wiley
42. Sutton, A., (2012). Depression in Children and Adolescents. Depression Sourcebook, 3rd Edition. Detroit: Omnigraphics: Health Reference Series. pp. 131–143.
43. Tselebis A, Pachi A, Ilias I, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, et al. (2016). Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD:a mental health perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat* (Review). 12: 297–328.
44. Vulić-Prtorić A. (2003). *SDD- Priručnik za skalu depresivnosti za djecu i adolescente*, Jastrebarsko: Naklada Slap
45. Vulić-Prtorić, A. (2004). *SKAD-62 Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente,* Jastrebarsko: Naklada Slap
46. Vulić-Prtorić,A.,Sorić,I.,Penezić,Z.(2006).Coping strategies and psychosomatic symp-toms in children. 3rd European Conference on Positive Psychology, Portugal
47. Vulić-Prtorić,A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente-procjena valjanosti. Suvremena psihologija, 8, 211- 227.
48. Walker L.S., Garber J., Greene J.W. (1994). Somatic complaints in pediatric patients: A prospective study of the role of negative life events, child social and

academic competence and parental somatic symptoms, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.62, No.6, 1213-1221.

49. Walker L.S., Garber J., Van Slyke D., Greene J.W. (1995). Long term health outcomes in patients with recurrent abdominal pain, *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 233-245.
50. Zeltzer L.K., LaBaron S., Richie D.M., Reed D., Schoofield J., Prihoda T.J. (1988). Can children understand and use a rating scale to quantify somatic symptoms? Assessment of nausea and vomiting as a model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.56, No.4, 567-572.

Интернет-извори

51. http://psychcentral.com/blog/archives/2012/09/22/why-do-women-get-depressed-more-than-men/
52. www.uspreventiveservicestaskforce.org.
53. http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/depression-teens

ПРИЛОГ 1

ПРАШАЛНИК ЗА ОПШТИ ИНФОРМАЦИИ

Почитувани ученици,

Целта на ова истражување е насочена кон собирање на податоци за психосоматските симптоми кои се јавуваат кај Вас учениците. Поради добивање на општи информации, Ве молиме да одговорите на зададените прашања:

Ви благодариме на Вашата соработка!

ПРАШАЊЕ	***ЗАПИШИ ИЛИ ЗАОКРУЖИ ЕДЕН ОД ДАДЕНИТЕ ОДГОВОРИ***
1.КОЛКУ ГОДИНИ ИМАТЕ?	
2.ПОЛ	
3.НАЦИОНАЛНА ПРИПАДНОСТ	***1 МАКЕДОНЕЦ*** ***2 АЛБАНЕЦ*** ***3 ТУРЧИН*** ***4 ДРУГА***
4.КАДЕ Е ВАШЕТО МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ?	***1 ГРАД*** ***2 СЕЛО*** ***3 ПРИГРАДСКА НАСЕЛБА***
5.МЕСТО НА УЧИЛИШТЕТО	***1 ГРАД*** ***2 СЕЛО*** ***3 ПРИГРАДСКА НАСЕЛБА***
6.ЧЕСТО ОТСУСТВУВАТЕ ОД УЧИЛИШТЕ ПОРАДИ ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА констатирана од лекар?	1 = ***никогаш*** ***2 = неколку пати месечно,*** ***3 = неколку пати седмично,*** ***4 = скоро секој ден***
7. ЧЕСТО ОТСУСТВУВАТЕ ОД УЧИЛИШТЕ ПОРАДИ ваша (или родителска) проценка дека не сте добро?	1 = ***никогаш*** ***2 = неколку пати месечно,*** ***3 = неколку пати седмично,*** ***4 = скоро секој ден***

ПРИЛОГ 2
ПРАШАЛНИК ЗА ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

Почитувани, Во интерес на целите на истражувањето кое е насочено кон утврдување на зачестеноста и интензитетот на појава на симптоми кај Вас во текот на последните три месеци, Ве молиме да заокружите согласно Вашата состојба.

Прашања :

1. Што мислиш какво е твоето општо здравје?

1 = лошо, 2 = средно, 3 = многу добро, 4 = одлично

2. Дали поради наведените здравствени проблеми мораше да одиш на лекар?

да не

3. Боледуваш ли од некои болести, како алергија, асма, дијабетес и слично?

да не

БР.		**СИМПТОМИ**	**ЗАЧЕСЕТНОСТ (ФРЕКВЕНЦИЈА) НА ПОЈАВУВАЊЕ НА СИМПТОМИТЕ** ***Колку често во текот на последните три месеци си го доживеал тоа?***	**СМЕТАЊЕ НА НОРМАЛНО СЕКОЈДНЕВНО ФУНКЦИОНИРАЊЕ** ***Колку ти смета тоа во секојдневните животни активности?***
1.	**ПСЕВДОНЕУРОЛОШК И СИМПТОМИ (9)**	ВРТОГЛАВИЦА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
2.		ГУБЕЊЕ НА РАМНОТЕЖА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично,	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу

			4 = скоро секој ден	
3.		ЗАКОЧЕНОСТ НА ГРЛО - КНДЕЛА ВО ГРЛО	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
4.		ДВОЈНА СЛИКА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
5.		ЗАМАТЕН ВИД	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
6.		ИЗНЕНАДНО ГУБЕЊЕ НА ВИД	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
7.		ИЗНЕНАДНО ГУБЕЊЕ НА СЛУХ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
8.		НЕСВЕСТИЦА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
9.		ИЗНЕНАДНО ГУБЕЊЕ НА ПОМНЕЊЕ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
10.	**КАРДИОВАСК УЛАРНИ (3)**	ЗАБРЗАНО ЛУПАЊЕ НА СРЦЕ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1=воопшто не, 2=средно, 3=многу
11.		БОЛКА ВО ГРАДИ	1 = никогаш,	1 = воопшто не,

			2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	2 = средно, 3 = многу
12.		ПРЕКУМЕРНО ПОТЕЊЕ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
13.	**МУСКУЛАТОРНИ (2)**	МУСКУЛНА НАПНАТОСТ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
14.		СЛАБОСТ НА МУСКУЛИ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
15.	**РЕСПИРАТОРНИ (3)**	ТЕШКОТИИ НА ДИШЕЊЕ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
16.		ЧУВСТВО НА ГУШЕЊЕ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
17.		НАСТИНКА (ЗАТНАТ НОС, КАШЛИЦА И СЛ)	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
18.	**ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ (9)**	МАЧНИНА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
19.		ГРЧЕВИ ВО СТОМАК (ОСВЕН МЕНСТРУАЛНИ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно,	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу

		БОЛКИ)	3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	
20.		ПРОЛИВ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
21.		ПОВРАЌАЊЕ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
22.		НАДУЕНОСТ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1=воопшто не, 2=средно, 3=многу
23.		ГУБЕЊЕ НА АПЕТИТ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
24.		НЕПОДНОСЛИВОСТ НА ОДРЕДЕН ТИП НА ХРАНА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
25.		ОПСТИПАЦИЈА ИЛИ НЕРЕДОВНА СТОЛИЦА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
26.		ПЕЧЕЊЕ НА ЖЕЛУДНИК	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
27.	**ДЕРМАТОЛОШКИ (3)**	КОЖЕН ОСИП	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично,	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу

			4 = скоро секој ден	
28.		ЦРВЕНИЛО НА КОЖА - ЧЕШАЊЕ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
29.		АКНИ – БУБУЛИЦИ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
30.		ГЛАВОБОЛКА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
31.		БОЛКА ВО ГРЛО	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
32.		НЕДОСТАТОК НА ЕНЕРГИЈА - ЗАМОР	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
33.	**БОЛКА /ЧУВСТВО НА СЛАБОСТ (6)**	ПОКАЧЕНА ТЕЛЕСНА ТЕМПЕРАТУРА	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
34.		БОЛКА ВО ЗГЛОБОВИ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу
35.		БОЛКА ВО РАЦЕ ИЛИ НОЗЕ	1 = никогаш, 2 = неколку пати месечно, 3 = неколку пати седмично, 4 = скоро секој ден	1 = воопшто не, 2 = средно, 3 = многу