

УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ – ШТИП
ПЕДАГОШКИ ФАКУЛТЕТ



ВОСПИТАНИЕ
списание за теорија и практика

Штип, 2009

ВОСПИТАНИЕ
списание за теорија и практика
год. 6, број 10
2009 год.

Издавач
Универзитет „Гоце Делчев” - Штип

За издавачот
проф. д-р Саша Митрев

Главен и одговорен уредник
проф. д-р Блаже Китанов

Редакциски одбор
проф. д-р Блаже Китанов
проф. д-р Емилија Петрова - Ѓорѓева
д-р Снежана Јованова - Митковска
м-р Кирил Барбареев
м-р Трајче Стојанов
доц. д-р Соња Петровска

Техничко уредување
Славе Димитров
Благој Михов

Лектор
Даница Гавриловска-Атанасовска

Тираж:
500 примероци

Списанието излегува еднаш годишно

СОДРЖИНА

Проф. д-р Блаже Китанов Невербалната комуникација како интеркултурна комуникација	5
Проф. д-р Микеле де Бени Белешки за комуникацијата	19
Проф. д-р Емилија Петрова - Ѓорѓева Современи тенденции во развојот на интелектуалното воспитание	23
Доц. д-р Виолета Николовска Функционална морфологија	31
Проф. д-р Ленче Милошева Анксиозност и депресивност кај деца и адолесценти	45
Помл. асс. Билјана Стојанова Проф. д-р Ленче Милошева Вредносните ориентации кај адолесцентите	55
Доц. д-р Билјана Ивановска 20 години по паѓањето на Берлинскиот ѕид (1989-2009)	63
Доц. д-р Соња Петровска Теориски пристапи во училишниот менаџмент	65
М-р Татјана Уланска Методи на предавање литература	77
Проф. д-р Снежана Ставрева-Веселиновска Проф. д-р Лилјана Колева-Гудева Стекнување на компетентност на наставникот кој предава предмети од природните науки	101

Доц. д-р Снежана Јованова-Митковска	
Акционите истражувања и нивната примена во педагошката практика	111
М-р Нина Даскаловска	
Ликот на хуманистичкиот наставник	123
Асс. м-р Ирена Китанова	
Блумова таксономија на воспитно-образовните цели	129
М-р Миленко С. Стојник	
Биоритам – предизвик на природата	133
Доц. д-р Јованка Денкова	
Пеперут - симбол на љубовта	141
М-р Владимир Китанов	
Лесново - природна и културна дестинација за развој на руралниот туризам	145
Даница Гавриловска - Атанасовска	
Поетот се раѓа - говорникот се создава	151
Јадранка Тодевска	
Карактеристики и видови на толкување	157
Проф. д-р Фехим Хусовиќ	
Наставни објекти	165

Проф. д-р Ленче Милошева
Педагошки факултет, Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип

АНКСИОЗНОСТ И ДЕПРЕСИВНОСТ КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

Апстракт

Целта на овој прегледен труд е да се акцентира постоењето на антиномија и стигма помеѓу поимот „ментално здравје“ и училиштата, како и важноста и потребата за нивно надминување. Современата клиничка психологија, посебно развојната психопатологија има огромни апликативни можности за промовирање на менталното здравје во училиштата и превенција на појавата на менталните нарушувања. Анксиозноста и депресивноста се најмалку истражувани, покрај тоа што се во рангот на често присутните психички нарушувања во периодот на детството и адолесценцијата. Според сфаќањата на развојната психопатологија, до нарушувања не доаѓа одеднаш, туку постепено од субклинички симптоми, поединечни симптоми, преку синдроми до нарушувања.

Тоа упатува на важноста на истражувањата на сите нивоа на психопатолошките феномени, посебно на ниво на симптоми и синдроми, а со цел подобро препознавање на децата и адолесцентите кои се под ризик на развој на некое нарушување, како и развивање на стратегијата на превенција, посебно во училиштата.

Клучни зборови: *анксиозност, депресивност, деца, адолесценти*

Вовед

Развојната психопатологија, како една од поатрактивните области на клиничката психологија, засилено се развивала во 70-тите години од минатиот век, давајќи ново разбирање на односот на развојните процеси и психопатологијата.

Овој пристап тргнува од претпоставката дека е важно да се проучува нормалниот развој на човекот, за да може да се разберат отстапувањата кои ги нарекуваме психопатолошки состојби.

Со оглед на фактот дека развојот е целоживотен процес и дека секоја личност е соочена со развојни задачи, нормалноста се дефинира како „успешна интеграција на биолошки, социјални, емоционални и когнитивни достигнувања кои придонесуваат подеднакво на сегашната

и идната адаптација“. Во согласност со тоа, абнормалноста се дефинира како „недостиг на интеграција во различни домени или развој на такви психолошки механизми кои се ригидни и водат во идна неадаптација“ (Vulić – Prtorić, 2001; стр. 165).

Според сфаќањата на развојната психопатологија, до нарушувања не доаѓа одеднаш туку постепено од субклинички симптоми, поединечни симптоми, преку синдроми до нарушувања. Тоа упатува на важноста на истражувањата на сите нивоа на психопатолошките феномени, посебно на ниво на симптоми и синдроми, а со цел подобро препознавање на децата и адолесцентите кои се под ризик на развој на некое нарушување, како и развивање на стратегијата на превенција, посебно во училиштата.

Анксиозноста и депресијата може да претставуваат приспособување во стресни ситуации, но можат и да преминат во психопатолошки нарушувања. Анксиозноста не предупредува и подготвува на потенцијално стресна или опасна ситуација (Barlow, 2002), а депресијата ја следат непријатни и стресни искуства, како што се губење на важни личности или материјални добра, неуспех во постигнување на важна цел и др. (Vulić – Prtorić, 2004). Ако чувството на анксиозност се јавува вон заканувачката ситуација или трае многу долго по стресот, а по својот интензитет не е во согласност со вистинската опасност и може на бизарен начин да го измени мислењето, се смета за патолошка анксиозност (Kendall, Chu, Pimentel & Choudhury, 2000).

Многу слично, депресивната состојба која по својот интензитет и траење не е во согласност со претрпената загуба и доведува до изразено чувство на вина и губиток на самопочита, се смета за патолошка состојба (Vulić – Prtorić, 2004).

Симптомите на анксиозност и депресија, како и нарушувањата, се појавуваат почесто од останатите симптоми и нарушувања и тоа во сите животни периоди (Davidson & Neale, 1999). Често се јавуваат во „преодни“ периоди на животот, како што е тргнувањето во градинка, основно училиште, премин од средно училиште на факултет, вработување, или во други ситуации во кои се одвиваат повеќето промени, како што е склучување на брак, губење на најблиски членови на семејството итн., бидејќи тоа се ситуации кои се непознати и бараат приспособување.

Детството и адолесценцијата може да се определат како развојни периоди со интензивни промени. Интензивните промени се однесуваат на физички, когнитивен и на емоционален план, како и на односите со врстниците и семејството.

Пред адолесцентите се поставуваат бројни барања – истовремено се очекува индивидуализација, но и приспособување на општеството (Vander Zanden, 2000). Барањата во училиштата претставуваат голем извор

на стрес, бидејќи претпоставени и пожелни вредности кај нас се дека училишниот успех е важен за иднината, за понатамошното школување или вработување (Lacković – Grgin, 2004).

Во овој период доаѓа до пораст на симптомите на анксиозност и депресија во однос на периодот на доцно детство (Vander Zanden, 2000). Тешко е да се каже колкава е точно застапеноста на анксиозните и депресивните нарушувања, односно симптоми на овие нарушувања во адолесценција, бидејќи во истражувањата се користат различни извори на податоци, различни класификации на нарушувања, различни прашалници и различни гранични вредности. Се проценува дека преваленцата на анксиозните нарушувања е над 10% и дека помеѓу 10% и 20% од адолесцентите патат од симптомите на анксиозност (Pine, 1994; Kashani & Orvaschel 1988; Werry, 1986; Anderson, 1994; според Kendall и соп., 2000).

Симптомите на анксиозност во периодот на адолесценција на телесен план се однесуваат на различни физиолошки реакции, како што се црвенило на лицето, дигестивни пречки, треперење на телото/гласот, забрзана работа на срцето и забрзано дишење, укочено држење и друго.

На емоционално-когнитивен план е присутна претерана грижа кај одвојување од родителите, заминување во училиште, социјална евалуација на врсниците, настап пред другите, посебно во училиште кога постојат можности за евалуација, претерано размислување за однесување во минатото и иднината. Без разлика на предметот на грижа, таа е постојана, претерана и многу често вон контрола. Високо анксиозните деца имаат изразено чувство на неприфатеност од другите деца и од општеството, воопшто, глобалната самопочит им е намалена и имаат повеќе негативни интеракции со врсниците (Ginsburg, La Greca & Silverman, 1998; според Kendall et al., 2000).

Преваленцата на депресивните нарушувања во адолесценција изнесува околу 14%, а 10-30% од адолесцентите постигнуваат резултати над критичната граница на скалите на симптомите на депресијата (Kessler & Walters, 1998; Garrison, Jackson, Marsteller, McKeown & Addy, 1990; Roberts, Lewinsohn & Seely, 1991; според Hammen & Rudolph, 2003).

Во овој период доминантни симптоми на депресија се чувството на вина, безначајност, беспомошност и раздразливост. Се јавува губење на интерес, повлекување од социјални контакти, соматски потешкотии, конверзивни реакции, хиперсомнија, а можат да се појават агресивно однесување и проблеми во училиштето.

Клиничката слика на депресијата во адолесценција во однос на детството е појасна и послична на возрасниот период (Vulić – Prtorić, 2004). Повеќето истражувања покажуваат дека на преминот од доцно

детство во адолесценција доаѓа и до полни разлики во изразеноста на симптомите на депресијата, па девојчињата наведуваат повеќе симптоми од момчињата (Twenge & Nolen - Hoeksema, 2002).

Важно е да се нагласи дека во овој период присутноста на симптомите може да биде дел од развојниот процес и не мора да дојде до развојни нарушувања, но тие можат, сепак, значајно да го нарушат нормалното функционирање (Nolen - Hoeksema и Girgus, 1994).

Повеќето психодинамски, бихејвиорални, когнитивни, па дури и биолошки теоретичари сметаат дека искуствата во детството имаат клучна улога во развојот на психичкото здравје на возрасната личност (Davidson & Neale, 1999). Љубовта, вниманието, задоволувањето на детските потреби и поттикнувањето на неговиот развој се основа на здравиот развој.

Анксиозност

Основни карактеристики на анксиозноста

Анксиозноста е комплексно, непријатно чувство на загриженост, напнатост, несигурност, стеснетост, карактеризирано со антиципација на можни опасности или закани, а проследено со активирање на автономниот нервен систем. Анксиозноста е нормална појава во секојдневниот живот. Прашањето на патологијата е прашање на интензитетот, траење и број на присутни симптоми. Интензивната анксиозност се јавува покрај многу психички, но и физиолошки нарушувања.

Нормалната анксиозност има мотивациска и адаптивна функција, поттикнува размислување, планирање и внимателност, и спречува повторни изложувања на непријатни и болни ситуации. Ваквата анксиозност личноста може да ја контролира.

Патолошката анксиозност се јавува вон опасни или заканувачки ситуации, трае долго по стресот или опасноста, го попречува функционирањето на личноста и може на бизарен начин да го измени нејзиното мислење и однесување. Патолошката анксиозност е надвор од контролата на личноста.

Емоционалните состојби, освен низ емоции, се изразуваат и низ когнитивна, бихејвиорална и физиолошка компонента. Анксиозноста ја карактеризира истовремена присутност на симптомите на сите подрачја и нивната меѓусебна интеракција. Когнитивната компонента на анксиозноста ги вклучува мислите, верувањата, интерпретациите и атрибуциите врзани за одредена ситуација и нејзините очекувани резултати.

Бихејвиоралната компонента се однесува на моторните реакции кои обично вклучуваат преземање на акција, одбегнување или бегство.

Физиолошката компонента ги вклучува телесните реакции на личноста. Соматските симптоми на анксиозноста можат да се поделат во неколку групи: кардиоваскуларни, респираторни, промени на кожата, мускуларни и останати симптоми.

Анксиозните нарушувања се најчесто нарушувања во детството, 6-8 % деца или адолесценти патат од некој облик на анксиозни нарушувања (Costello, 1989; Kashani & Orvaschel, 1988; според Davidson & Neale, 1999).

Возраста на појавување, текот и исходот се различни за различни анксиозни нарушувања. Анксиозните нарушувања поради сепарацијата и нарушувањата со претерана анксиозност се поспецифични за детската возраст. Анксиозните нарушувања поради сепарацијата се обележани со анксиозна загриженост на детето, поради сепарацијата од личноста со која се поврзани. Најчеста е нереалната загриженост на детето дека нешто ќе ѝ се случи на личноста со која детето е поврзано или ќе се случи некој настан кој ќе доведе до сепарација. Одбивањето да одат на училиште за да останат со важната личност е често, како кај помладите така и кај постарите деца.

Децата кои патат од нарушувања со претерана анксиозност најчесто многу се грижат за иднината, компетентноста во училишното и социјално функционирање, здравствените потешкотии, семејните проблеми итн. Често се присутни чувства на несигурност и напнатост, потреба за смирување, како и соматски потешкотии.

Училишната фобија е ирационален страв предизвикан со некои аспекти на училишните околности (на пр. страв од исмејување или страв од неуспех во училиште), проследен со физиолошки симптоми на анксиозност или паника. Се манифестира преку потешкотии на задржување во одделението за време на целиот училиштен ден или низ потполно одбивање на заминување во училиште. Се јавува од 0,4 до 1,5 % деца во периодот од 5 до 17 години (Last & Strauss, 1990; според Wenar, 2002). Најчесто се јавува и најмногу доаѓа до израз кај четиринаесетгодишни предадолесценти, кога преминуваат во нова училишна средина, почесто кај момчиња отколку кај девојчиња.

Важно е училишната фобија да се разликува од анксиозните нарушувања заради сепарацијата, која често се манифестира и преку одбивање на одење во училиште (Last & Strauss, 1990; според Wenar, 2002). Останатите анксиозни нарушувања, главно, се јавуваат во возрасен период, а вклучуваат панични нарушувања, генерализирани анксиозни

нарушувања, опсесивно-компулзивни нарушувања, посттравматски стресни нарушувања и акутни стресни нарушувања.

Поврзаност на семејните интеракции и анксиозноста

Емпириските истражувања за влијанието на семејните интеракции на развој на анксиозноста утврдиле дека анксиозните нарушувања поради сепарацијата и училишната фобија се јавуваат кај деца кои се премногу зависни од своите родители и кај родителите кои се однесуваат наметливо, односно претерано заштитнички кон своите деца (на пр. ја поткрепуваат зависноста на детето, ја ограничуваат контролата на детето „влегуваат“ во неговата психолошка и физичка приватност), според Wenar, 2002.

Другите истражувања на ова подрачје покажуваат дека децата од семејства во кои постојат брачни проблеми во комбинација со доминација на родители од спротивен пол, се изложени на ризик за развој на анксиозни нарушувања.

Депресивност

Основни карактеристики на депресијата

Депресијата е емоционална состојба проследена со големо тагување и лоши претчувства, чувства на безвредност, вина, потиштеност, повлекување од други, несоница, губење на апетитот и полните нагони, или губење на интересот за вообичаени активности и задоволства што од нив произлегуваат. Повеќето луѓе во својот живот доживуваат некој облик на депресија, но таа по својот интензитет, траење и манифестација се разликува од патолошката депресија.

Поимот депресија најчесто се однесува на три различни феномена: симптом, синдром и нарушување. Најчест симптом на депресијата е тагата која често ја среќаваме во секојдневниот живот.

Синдромот на депресијата се однесува на зедничко појавување на група симптоми, па така освен тага може да се појават чувство на безвредност, потиштеност и осаменост, потешкотии со спиењето, промена во апетитот и др. За да се дијагностицираат некои од нарушувањата на депресијата, мора да се задоволат критериумите на одреден класификационен систем, како што е на пр. DSM-IV. Депресијата е дел од поголема категорија на нарушувања на расположението.

Истражувачите на детската психопатологија пред дваесетина години се сложиле околу фактот дека депресијата како клинички феномен може да се појави и во детскиот период (Matson, 1989; според Milling, 2001).

Иако постојат многу сличности во манифестацијата на депресијата кај децата и возрасните, природата на депресијата се менува во зависност

од возраста. Во поново време постојат сè повеќе истражувања, кои ги испитуваат разликите помеѓу депресиите кај децата и адолесцентите.

Честите карактеристики на депресиите кај децата се гнев, иритабилност, претерана активност и агресивност, која е почеста кај машките деца отколку кај женските. Децата од женски пол по своето доживување и изразување на депресијата се многу послични на адолесцентите и возрасните.

Симптомите кои се јавуваат во адолесценцијата често се потешки од оние кои се јавуваат во детскиот период. Во адолесценцијата повеќе се изразени чувството на несфатеност и чувството на вина, негативизам, антисоцијално однесување, губење на интересот или уживање во активностите. Иако суицидалните идеи, закани и обиди се присутни и кај децата, многу ретко доаѓа до суицид кај деца помлади од 12 години (Hawton, 1985; според Kazdin, 1989). Истражувањата покажуваат дека веројатноста на суицидот се зголемува во адолесценција, посебно во периодот од 15 до 19 години (според Gilbert, 1996).

Веројатноста за појавување на депресивни нарушувања во предучилишниот период е исклучително мала, се зголемува низ училишниот период, со најголема веројатност за појавување во адолесценцијата.

Поврзаност на семејните интеракции и депресијата

Истражувањата за поврзаноста на депресијата со семејните односи јасно покажува дека депресивноста кај децата и адолесцентите е значајно поврзана со два вида на интеракции: отфрлање и контрола.

Отфрлањето се однесува на негативните, непријателски чувства на родителите кон детето, критицизам и дофрлување, наспроти прифаќање, топлина и разбирање.

Контролата се однесува на родителската заштита и контрола, наспроти автономијата. Отфрлањето и контролата често резултираат со управување на детето и намалување на неговата индивидуалност (Vulić – Prtorić, 2001). Утврдено е дека во семејните интеракции на депресивните деца постојат голем број на конфликти и проблеми во комуникацијата, помало изразување на емоциите и меѓусебна поддршка, почесто запоставување, отфрлање и злоставување, во споредба со семејните интеракции на недепресивните деца (Vulić – Prtorić, 2001).

Изложеноста на поголем број настани на кои детето не може да влијае (на пр. насилство во семејството и сл.) или проценката на детето за

неможност на контрола на околните случувања и настани е важен фактор на ризик за развој на депресивноста кај децата и адолесцентите (Vulić – Prtorić, 2002).

Промотивни и превентивни пристапи во заштитата на менталното здравје на децата и адолесцентите

Промотивен пристап

Промоцијата вклучува одредување на принципи и едукативни програми, на универзитетско, училишно, национално, општинско ниво, кои ќе го унапредуваат менталното здравје на децата, семејството, училиштето и зедницата. Во земјите во развој, статусот на детското и адолесцентно ментално здравје се наоѓа на многу ниско ниво. Стигмата на менталното здравје е присутна во сите сфери на нашето живеење. Потребно е креирање на курикулуми од областа на менталното здравје, посебно на факултетите за образување на наставници и воспитувачи, психолози, лекари, педијатри, невролози, психијатри и други сродни професии, со крајна цел промоција на детското и адолесцентно ментално здравје.

Превентивен пристап

Терминот „превенција“ ги означува сите акции, втемелени на познавање на создавање на нарушувањата, со крајна цел да се одбегне појавата или понатамошното развивање на симптоматологијата, односно да се редуцира нејзиното ширење и интензитет. Попознати програми кои се имплементирани во земјите во кои статусот на менталното здравје е на високо ниво се: програми за емоционално описменување, програми за стекнување на резилентност, програми за позитивен развој, програми за развивање на стратегии за справување со стрес, итн.

Превенција во училиштата – наместо заклучок

Анксиозноста и депресивноста, за жал, не се единствените психички нарушувања во периодот на детство и адолесценција. Превенција на детските и адолесцентни психички нарушувања во училиштата може, несомнено, да биде еден од најделотворните начини во борба против менталните заболувања. Училиштата, уште од градинка, за детето претставуваат привилигиран амбиент во кој детето и адолесцентот минуваат поголем дел од денот.

Во Р. Македонија, за жал, за заштита на менталното здравје и превенцијата на појава на менталните заболувања во училиштата не е направено скоро ништо. Училиштето, такво какво што постои

и делува денес, освен на ниво на образование, потполно е насочено кон когнитивната компетентност, процент на успех на испитите, при одговарање итн., но никако не на развивање на личните способности на секое дете и на неговото здравје.

Нашите училишта, за жал, не се посакуваните „позитивни училишта“ или „училишта кои промовираат здравје“.

Затоа се потребни темелни реформи во кои свесноста на наставникот и на сите учесници во воспитно-образовниот процес ќе ја надмине антиномијата ментално здравје – училиште.

Сепак, предучилишните установи треба да се разгледуваат одвоено, заради спецификата на возраста на децата, како и заради непостоењето на крути програми. Во предучилишните установи повеќе може да се почувствува амбиент за промоција на здравје.

Сметам дека за надминување на гепот со промоција и превенција на менталното здравје кај деца и адолесценти се потребни курикуларни реформи на факултетите за едуцирање на наставници и воспитувачи, континуирано образование на вработените наставници и воспитувачи со програми од клиничка психологија, психопатологија, ментална хигиена на деца и адолесценти и секако вклученост на невладините и владините институции со проекти кои ќе поддржуваат „училишта кои промовираат здравје“.

Литература

1. Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York. The Guilford Press.
2. Davidson, G.C., & Neale, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. DSM-IV. (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. Gilbert, P. (1992). *Depression: The Evolution of Powerlessness*. New York, London: The Guilford Press.
5. Hammen, C. & Rudolph, K. (2003). Childhood Mood Disorders. Mash, E., J. & Barkley, R.A. (Eds). *Child Psychopathology*. New York. The Guilford Press.
6. Kazdin, A.E. (1989). Childhood Depression. In Mash, E.J. & Barkley, R.A. (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (pp.135-167). New York: The Guilford Press.
7. Lacković- Grgin, K. (2004). *Psihologija adolescencije*. Jastrebarsko. Naklada Slap.
8. Milling, L.S. (2001). Depression in Preadolescents. In Walker, C.E. & Roberts, M.C. (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp.373-390). New York: John Wiley and sons.

9. Kendall, P.C., Chu, B.C., Pimentel, S.S., Choudhury, M. (2000). Treating Anxiety Disorders in Youth. Kendall, P.C. (Ed). *Child & Adolescent Therapy: Cognitive - Behavioral Procedures*. New York. The Guilford Press.
10. Vulić – Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko. Naklada Slap.
11. Vulić – Prtorić, A., Macuka, L. (2004). Anksioznost i depresivnost – fenomenologija komorbidnosti. *Suvremena psihologija*, 7(1), 45 - 64
12. Vulić – Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija: "Normalan put koji je krenuo krivim putem". *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40 (17), 161 – 186.
13. Vander Zanden, J.W. (2000). *Human Development*. USA. Division of The McGraw-Hill Companies.
14. Wenar, C. (2002). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dječje dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.