

МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ПОД СТРЕС



Презивници

СПИСАНИЕ ЗА ОПШТЕСТВЕНИ ПРАШАЊА

МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ПОД СТРЕС

ПРЕДИЗВИЦИ - списание за општествени прашања

ТРИМЕСЕЧНИК - излегува четири пати годишно
(март/јуни/септември/декември)

ГОДИНА IV
БРОЈ 13
МАРТ 2022
бесплатен примерок

ИЗДАВА
ФРИДРИХ ЕБЕРТ ФОНДАЦИЈА – СКОПЈЕ

РЕДАКЦИЈА:
Билјана Георгиевска (главен уредник)
м-р Нита Старова (заменик главен уредник)
д-р Ванчо Узунов
д-р Ана Чупеска
м-р Лура Положани

ЛЕКТОР:
Инда Костова Савиќ

ГРАФИЧКИ УРЕДНИК:
Ели Гроздановска, КОНТУРА

ПЕЧАТИ:
КОНТУРА

ТИРАЖ:
150

Текстовите се примаат на адреса:
Фридрих Еберт Фондација
бул. 8 Септември 2/2-5
1000 Скопје (ТЦЦ Гранд Плаза)
Тел. + 389 2 3093-181/-182
Е-пошта: nita.starova@fes-skopje.org



АНА ЧУПЕСКА

Психичкото и политичкото, отсекогаш биле, и ќе останат во една константна спрега, меѓузависни и заемно влијателни. Во времето на италијанскиот фашизам, на пример, италијанската психијатрија (во периодот од 1922 – 1945 година) ќе се прослави со својата „превентивна“ и „терапевтската улога“ што ја одиграла – преку низа злоупотреби на здравствените политики – во правец на овозможувањето на тоталитарниот поредок. И не само во Италија. Познато е дека електрошоковите – терапија применета на „неконформирани пациенти“ во извесни историски околности, се користела низ цела Европа, па и на нашите подрачја, за жал. Со други зборови, психичкото и менталното здравје на поединецот во секое општество во голема мера зависат од: политичките, историските и општествените услови. Конечно, сведоци сме и сега, кога во зависност од: географската локација, политичката припадност и поимањето на демократските вредности, но и во зависност од подложноста на политички манипулации, луѓето во светот заземаат една или друга страна во однос на воениот судир што се одвива на европско тло.

Оттука, консеквентно е дека менталното и психичкото здравје се важно политичко прашање и се предмет на идеолошка атрибуција. Затоа, впрочем, ги третираме овде како предизвик на кој мора да му се погледне во очи. Бидејќи, во услови на брзорастечки предаторски неолиберализам во кој индивидуата живее во прекаријатни услови, соочени сме со драматичен пораст на: ментални растројства, анксиозности, депресији, суицидалности – од една страна – кои бараат одговорен пристап и третман. Паралелно, сведочиме за комодификација на менталното и психичкото здравје што резултира со значаен пораст на (зло)употреба на: антидепресивите, седативите, невротлептиците и сличната психофармака. Секако, нивната продажба носи високи профити за фармацевтските компании, и тоа подлежи на конзистентна неолиберална критика. Новите технологии постојано го усовршуваат

психо-профилирањето на индивидуите, па неретко големите компании што складираат податоци имаат повеќе сознанија за нас самите, тие сознанија ги продаваат, а нам повратно ни пласираат продукти (вклучувајќи и политичките) креирани според тоа што е наша една-пред-предодредена когнитивна преференца.

Затоа прашуваме, дали ова политичко прашање е вредно за адресирање?

Зависноста од кликови и лајкови ја отвора и димензијата за интервенирање во „психата“ на еден најрудиментарен начин што ја стимулира нет-адиктивноста, а последиците се видливи во нашето однесување (бихевиоризам). Тоа што постојано ни го сервираат гаџетите без кои веќе не можеме да функционираме, нè става во магичен круг на објекти, наместо субјекти. Скандалот Кембриџ Аналитика, лажните вести, алгоритамските поврзувања, бионадзорот, хибридните закани, сето ова укажува на разни (зло)употреби во политички цели, при тоа поигрувајќи си со психичкиот живот на луѓето – растргнати во општествените услови на денешнината. Психографиката е составен дел на политичките кампањи – но, како таа ќе се употребува во многу нешта зависи од моралните и етичките скрупули на политичарите.

Прашања за односот меѓу психата и политиката има многу, а взаемноста на менталното здравје и политиката отвора низа предизвици, што не можеме овде да ги исцрпеме во целост. Сепак, тоа што се обидуваме во овој број да го направиме е да ја подигнеме свесноста за важноста на менталното здравје, особено во услови на долготраен стрес. Поттикнати бевме од, таканаречената, „секундарна пандемија“, односно пандемијата на ментално-емотивни тешкотии/растројства како последица на Ковид-19, а сега и во услови на закана од трета светска војна, по агресијата на Русија врз Украина. Темите што ги обработија нашите ценети и високостручни и референтни контрибутори ротираат околу акутните прашања поврзани со менталното здравје: ефектот на нефункционалноста на институциите, на кризите, на образованието врз менталното здравје; адолесцентното и детското ментално здравје, и предизвиците со кои се соочуваат лицата со посебни потреби, во тој контекст; последиците од неправдата и дискриминирањето врз менталното здравје; животот со психичките нарушувања, итн.

Нашата намера со овој број на „Предизвици“ е да алертираме дека и менталното здравје на поединците е важно политичко прашање, и дека во мандатот на една социјалдемократски предводена Влада – треба да го добие заслуженото внимание.

Член на Редакцијата на списанието

3	ЕДИТОРИЈАЛ	75	МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО СЕМЕЈСТВОТА СО ЛИЦА СО ПОПРЕЧЕНОСТ
6	(НЕ)ФУНКЦИОНАЛНОСТА НА ИНСТИТУЦИИТЕ И ЕФЕКТОТ ВРЗ МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И РАЗВОЈОТ		АНА БЛАЖЕВА
	ИДА ПРОТУЃЕР	92	ЖИВОТ СО НЕПРАВДА - ДИСКРИМИНАЦИЈА, ЗДРАВЈЕ И РЕЛАЦИИ
17	ИНТЕРВЈУ МОРАЛНАТА КРИЗА НА ОПШТЕСТВОТО		СЛАВЧО ДИМИТРОВ
	СТОЈАН БАЈРАКТАРОВ	112	РАЗГОВОР СТРАВОТ ДОВЕДЕ ДО ПОРАСТ НА АНКСИОЗНОСТ И ДЕПРЕСИЈА
30	БОРДЕРЛАЈН ИЛИ МОЈАТА ПРИКАЗНА ЗА ЖИВОТ НА РАБОТ		КНЕГИЊА РИХТЕР СОКОЛОВСКА
	СТЕФАНИЈА ГРАОВАЦ	124	ИГНОРИРАЊЕ И ИНСТИТУЦИОНАЛНА БАВНОСТ
40	МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ КАЈ ДЕЦАТА И МЛАДИТЕ		БИЛЈАНА ГЕОРГИЕВСКА
	МАРИЈА РАЛЕВА	133	НОВИ СОЗНАНИЈА ЗА АУТИСТИЧНИОТ СПЕКТАР НА НАРУШУВАЊА
50	РАЗВОЈ НА ЕГЗЕКУТИВНИТЕ ФУНКЦИИ И МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НА ДЕЦАТА И АДОЛЕСЦЕНТИТЕ		ВЕСНА ЈОРДАНОВА
	АНА ФРИЦХАНД		
61	МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО УЧИЛИШТАТА – УНАПРЕДУВАЊЕ, НЕГУВАЊЕ И ПРЕДИЗВИЦИ		
	SHËNDETI MENTAL NË ARSIM- PROMOVIMI, KULTIVIMI DHE SFIDAT		
	ХАНА МЕМЕДИ		



(НЕ)ФУНКЦИОНАЛНОСТА НА ИНСТИТУЦИИТЕ И ЕФЕКТОТ ВРЗ МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И РАЗВОЈОТ

ИДА ПРОТУЃЕР

РАЗЛИКАТА ВО ЕФЕКТОТ ВРЗ БЛАГОСОСТОЈБАТА НА ЛУЃЕТО ВО ЗЕМЈИТЕ СО ФУНКЦИОНАЛНИ И ВО ОНИЕ СО НЕФУНКЦИОНАЛНИ ИНСТИТУЦИИ Е ВО ТОА ШТО ПРВИТЕ ЧУВСТВУВАЈКИ СЕ СИГУРНО, ЗАШТИТЕНО И ПОДДРЖАНО, СВОЈАТА ЕНЕРГИЈА МОЖАТ ДА ЈА НАСОЧАТ КОН РАЗВОЈ НА СВОИТЕ ПОТЕНЦИЈАЛИ ДО МАКСИМУМ, ОД ШТО ПОЛЗА ИМА И ДРЖАВАТА. ВТОРИТЕ, СЕ ВО ПОСТОЈАН ГРЧ ОД НЕИЗВЕСНОСТ И ЕНЕРГИЈАТА ЈА КОРИСТАТ ЗА РЕШАВАЊЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ ШТО ПРОИЗЛЕГУВААТ ОД НЕФУНКЦИОНАЛНОСТА НА ИНСТИТУЦИИТЕ И НЕМААТ ВРЕМЕ НИТУ ЕНЕРГИЈА ДА ГИ РАЗВИВААТ СВОИТЕ ПОТЕНЦИЈАЛИ ДО МАКСИМУМ. ПОПЛАВАТА КАЈ СТАЈКОВЦИ, НЕСРЕЌАТА КАЈ ЛАСКАРЦИ, МОДУЛАРНАТА БОЛНИЦА ВО ТЕТОВО, СООБРАЌАЈНИТЕ НЕСРЕЌИ СО ТРАГИЧНИ ПОСЛЕДИЦИ И НЕБЕЗБЕДНОСТА НА ПЕШАЦИТЕ, СЕ САМО ДЕЛ ОД ПРИМЕРИТЕ КОГА ГРАЃАНИНОТ Е ОСТАВЕН БЕЗ ПОДДРШКА ОД ИНСТИТУЦИИТЕ КОИШТО ТРЕБА ДА ОБЕЗБЕДАТ ЕЛЕМЕНТАРНА СИГУРНОСТ И БЕЗБЕДНОСТ

Меѓу среќата и благосостојбата

Која е разликата меѓу среќа и благосостојба? Чувството на исполнетост, живот со смисла. Тоа е она што во позитивната психологија се нарекува благосостојба. Зборот го влече значењето од старогрчкиот збор еудамонија, што значи квалитетен, исполнет живот. Благосостојбата е пошироко сфаќање на среќата. Ние можеме да доживееме среќни моменти во текот на денот, но ако секојдневието ни е стресно, се бориме со многу предизвици и доживуваме лоши искуства, нема да го оцениме животот како исполнет. Можеме да доживееме незаборавни моменти во една релација со некого, а повторно, да оцениме дека таа врска не нè поддржува како личности. Оттука, благосостојбата е состојба на долгорочна среќа, живот што би рекле дека е вреден за нас.

Луѓето, природно, тежнеат кон среќа и благосостојба и нивните мисли, делувања и однесување, главно,

се насочени кон тоа. Дури и кога стратегиите таа да се достигне се чудни или контроверзни, бидејќи потребите кај луѓето, нивното ис-кажување и задоволување е комплексно. Зад однесувањето, мислите и делувањето секогаш стои одредена потреба чие задоволување треба да обезбеди комфор, задоволство.

Концептот на благосостојба е поврзан со задоволување на потребата за самореализација. Не се сведува на автоматско, несвесно или, пак, „анимално“ задоволување на потребите, туку со свесност за она што ни треба, кон кое тежнееме и е во состав на „големата слика“ за нашиот живот, вклучително интернализираните вредности.

Во хиерархијата на потребите на американскиот психолог Абрахам Маслоу, во основата лежат: физиолошките потреби, потоа потребата за сигурност, па за припадност, за почит и потврда, а на врвот на хиерархијата е потребата за самореализација. Иако човековата природа е комплексна и некогаш задоволувањето на потребите не оди точно по овој хиерархиски ред, најчесто пред да тргнат кон самореализација, луѓето даваат предност во трошењето на ресурсите и енергијата за задоволување на базичните потреби, меѓу кои сигурноста и безбедноста, на пример.

Вредности кои поттикнуваат раст

Моја професионална база во работата се хуманистичката и позитивната психологија. Полето на нивните истражувања не е првенствено насочено кон дефицитите на луѓето и барање причини за она што „не е во ред“, туку кон човековата благосостојба и условите како таа да се достигне. Генерално се фокусирани на позитивниот хуман потенцијал, личните ресурси кои би се: (ре)откриле, развиле и ставиле во функција кон она што за личноста значи исполнет живот. Благосостојбата не се ограничува само на индивидуи, туку и на институции и општества.

Интервенциите, исто така, не се насочени единствено кон личен раст на индивидуите и нивна самореализација, туку и кон зајакнување на институциите во насока на поддршка на благосостојбата на заедницата. Институции кои не само што ги поддржуваат граѓаните, туку и рефлектираат вредности за кои едно општество постигнало внатрешен договор дека водат кон напредок и благосостојба. Во позитивната психологија тоа се хумани вредности кои поддржуваат: раст, услови за индивидуата да „процвета“ и да го развие

најдоброто од себе. Такви вредности се: еднакви услови, праведност, толеранција, одговорност, храброст, емпатија, солидарност, слобода, резилентност.

На пример, во училиштата, институции кои поттикнуваат солидарност, емпатија, развој на потенцијалите на децата. Или, пак, такви кои го поттикнуваат приватниот сектор и отворање работни места. Институции кои креираат услови за еднаков пристап до ресурсите на сите граѓани кои ќе се чувствуваат сигурни, вклучени во процесите и поддржани од системот.

Намерата на оваа анализа е токму тоа, како до благосостојба во општествата со силни и функционални институции како поддршка, за граѓаните да можат да ги максимизираат своите потенцијали. Како ефект од таквата поддршка се ресурсите што тие граѓани би ги ставиле на располагање во општеството.

Човековите потреби и институционалната поддршка

Во Виена, градот каде што живеам, на денот на вљубените, виенското јавно транспортно претпријатие на екраните им го честиташе празникот на граѓаните на креативен начин, употребувајќи зборови коишто ги поврзуваат јавниот транспорт и љубовта како „ein BUSsi für dich“ (еден бакнеж за тебе), или „Ich OFFI mein Herz für dich“ (ти го нудам моето срце).

Основна дејност на таа институција е да обезбеди квалитетен превоз што прво ќе ја задоволи елементарната потреба за сигурност кај граѓаните. Бидејќи тоа не е доведено во прашање, а виенскиот јавен превоз е еден од најдобрите во светот, институцијата оди чекор понатаму и „комуницира“ со граѓаните на ниво на почит, емотивно поврзување, итн.

Австрија е стабилна држава, со функционални институции и граѓаните се чувствуваат сигурни, институционално поддржани, па својата енергија и ресурси имаат можност да ги инвестираат во: креативност, себереализација и задоволување на „повисоките“ потреби, од што, исто така, државата има полза, бидејќи го добива најдоброто од своите „човечки ресурси“.

Македонија е држава на нефункционални институции, кои внесуваат несигурност кај граѓаните. Наместо да ја инвестираат енергијата во себереализирање и креација, граѓаните ја трошат на

фрустрација и решавање на елементарни проблеми кои произлегуваат од нефункционалниот систем.

Ќе наведам само еден личен пример што илустрира нефункционален систем, а не е во директна корелација со БДП на државата.

Минатото лето требаше да ја обновам возачката дозвола. Закажав термин онлајн, среќна што дигитализацијата функционира. Одвоив еден час за терминот, наивно верувајќи дека е логично во закажан термин да има еден, двајца пред, и после мене. Имаше 50, во просторија од 50 квадрати, без ниту едно столче. Чекав два и пол часа со чувство на: задушеност под маска, умор од стоење и урнато достоинство.

Просторија опремена со столица чини помалку од едно службено возило. Поинаква организација на термините, при што ќе се води сметка за достоинството на граѓаните, не чини ни толку. Главната разлика е отсуството на политичка волја да се стават граѓаните во фокус, да се креира функционална институционална рамка што неселективно ќе ги обезбедува и штити нивните права и ќе рефлектира сигурност и предвидливост. За да има политичка волја, пак, битно е да постои свест за последиците, ефектите од носењето одлуки. Свест за „големата слика“.

Разликата во ефектот врз благосостојбата на луѓето во земјите со функционални и во оние со нефункционални институции е во тоа што првите чувствувајќи се сигурно, заштитено и поддржано, својата енергија можат да ја насочат кон развој на своите потенцијали до максимум, од што полза има и државата. Вторите се во постојан грч од неизвесност и енергијата ја користат за решавање на проблемите што произлегуваат од нефункционалноста на институциите,

СЕ ПОСТАВУВА ТОГАШ ПРАШАЊЕТО: КАКО Е МОЖНО ДА СЕ ПОСТИГНЕ СВЕСТ И ОДГОВОРНОСТ ЗА ЗАЕДНИЧКА ИДНИНА, БЛАГОСОСТОЈБА НА ЦЕЛАТА ЗАЕДНИЦА, ЗА „ГОЛЕМАТА СЛИКА“, ЗА РЕСУРСИ ЗА СЛЕДНИТЕ ГЕНЕРАЦИИ? КАКО МОЖЕ СВЕСТА ДА СЕ ПОМЕСТИ ОД „СЕГА, И ДЕНЕС, ДА МИ Е МЕНЕ ДОБРО“, КОН „УТРЕ, ДА НИ БИДЕ НА СИТЕ ДОБРО“? ОД НЕОДГОВОРНО ОДНЕСУВАЊЕ, КОН ОДГОВОРНО ДЕЛУВАЊЕ? МЕЃУ ПРИЧИНИТЕ, ВЕРОЈАТНО, Е РЕЛАТИВНО БЛИСКАТА ИСТОРИСКА ДИСТАНЦА ОД ВРЕМЕТО КОГА ЕДЕН ЦЕНТАР НА МОЌ, АВТОРИТЕТ, ГИ НОСЕЛ ОДЛУКИТЕ, А ПРЕКУ ОБРАЗОВНИОТ СИСТЕМ, ИНСТИТУЦИИТЕ И МЕДИУМИТЕ, ГРАЃАНИТЕ СЕ „ВОСПИТУВАНИ“ ДА ОСТАНАТ ДЕЦА И КОГА ЌЕ ПОРАСНАТ, ОДНОСНО НАМЕСТО ДА НОСАТ САМОСВЕСНИ ОДЛУКИ, ДА СЛЕДАТ ИНСТРУКЦИИ И ДА БАРААТ НЕКОЈ ДРУГ ДА ИМ ГИ РЕШИ ПРОБЛЕМИТЕ. ТОА ЈАС ГО НАРЕКУВАМ „СИНДРОМ НА НЕПОРАСНАТИ ДЕЦА“

па немаат време ниту енергија да ги развиваат своите потенцијали до максимум. Поплавата кај Стајковци, несреќата кај Ласкарци, модуларната болница во Тетово, сообраќајните несреќи со трагични последици и небезбедноста на пешаците, се само дел од примерите кога граѓанинот е оставен без поддршка од институциите кои треба да обезбедат елементарна сигурност и безбедност.

Нефункционалноста на институциите што рефлектира несигурност кај граѓаните е голем стрес-фактор. Бројот на стрес-фактори е во позитивна корелација со негативните ефекти врз менталното здравје. Што повеќе стресори, тоа повеќе негативни ефекти.

Стрес-факторите, односно стресорите кај личноста предизвикуваат биолошки одговор на организмот, како при опасност што се заканува. Но, ако порано, гледано историски, било стрес-фактор перципирање на бафало кое трча кон праисторискиот човек, денеска е тоа опасност да ви доцни платата, на пример. Опасност да преминете улица ако знаете дека државата е немоќна да спроведе закон што треба да осигури безбедност за пешаците. Опасност да се разболите бидејќи здравствениот систем за парите што ги уплатувате не може навреме да ви обезбеди ниту ПЦР тест за корона, да не зборуваме за посложени услуги.

Организмот во сите случаи на перципирана опасност реагира со ист стрес-механизам. Се активира симпатикусот кој треба да поттикне лачење на хормони кои ќе му помогнат на човекот да влезе во режим на бегство или борба (fight of flight mode), што му било потребно за да опстане во суровиот див свет, гледано историски. Тоа подразбира: лачење на големо количество адреналин, срцебиене, забрзано дишење, контракција на мускулите. По завршување на опасноста, се активира парасимпатикусот и настанува состојба на релаксација. Ако перципираната опасност, односно стрес, трае подолго, организмот не се релаксира и наместо адреналин почнува да лачи кортизол, кој се нарекува хормон на стресот. Долгорочно лачење на кортизол има директни последици врз менталното здравје, како: анксиозност, несоница, пад на мотивацијата, депресија, согореност (burnout).

Режим на преживување

Ако разбирањето на овој механизам го ставиме во контекст на нефункционалноста на системот во Македонија, заклучокот е дека

граѓаните, главно, функционираат во режим на преживување и справување со стресот. Тоа ги оневозможува личните ресурси да ги насочат кон креација, кон тестирање на сопствените потенцијали и достигнување на целите од она што се вика исполнет живот. Тој режим на преживување го раѓа клиентелизмот како модус вивенди, кој прерасна во форма на ендемска корупција.

Преживувањето значи дека си оставен сам на себе, а сите услуги коишто ти следуваат и за кои плаќаш даноци да треба да се добијат со „врски“. Од тоа да се фатат „врски“ за елементарна здравствена услуга, потребен документ навреме, до добивање тендер. Во таквото преживување, институциите се отуѓени од граѓаните и креираат посебен потсистем, односно мини општество во тесна соработка со партиите на власт. А, во тоа „општество“ нема еднаков пристап до ресурсите за сите граѓани, туку за оние кои се „во кругот“.

Впечатокот е дека граѓаните се жртви на системот, на нефункционалноста на институциите. Но, дали?

Во институциите, во власта, во политичките партии, седат и членуваат луѓе кои потекнуваат од истата заедница. Не се „увезени“ кадри. Нема поинаков менталитет, капацитет, туку тие луѓе се рефлексивни на условите за личен развој и вредности што ги негува заедницата. Тоа се луѓе, исто така, ставени во режим на преживување и чувствувајќи се немоќни да го сменат системот како поединци, лесно го прифаќаат клиентелизмот и ги прегрнуваат привилегиите што им овозможуваат „да се збогатат додека се на власт“. Вработените во институциите, пак, наместо кон граѓаните – плаќачи на даноците, целосно се свртени кон задоволување на потребите на партиите што им нудат сигурност преку обезбедено работно место.

Се поставува тогаш прашањето: како е можно да се постигне свест и одговорност за заедничка иднина, благосостојба на целата заедница, за „големата слика“, за ресурси за следните генерации? Како може свеста да се помести од „сега, и денес, да ми е мене добро“, кон „утре, да ни биде на сите добро“? Од неодговорно однесување, кон одговорно делување?

Меѓу причините, веројатно, е релативно блиската историска дистанца од времето кога еден центар на моќ, авторитет, ги носел одлуките, а преку образовниот систем, институциите и медиумите, граѓаните се „воспитувани“ да останат деца и кога ќе пораснат, односно наместо да носат самосвесни одлуки, да следат инструкции и

да бараат некој друг да им ги реши проблемите. Тоа јас го нарекувам „синдром на непораснати деца“.

Но, и во развиените земји таков центар на моќ била католичката црква, на пример, а сепак, институциите се функционални. Оттука, слично на концептот на позитивната психологија, помалку е важно зошто некој станал депресивен и да се заглавие во причините, одошто да ги видиме условите и ресурсите за тој да стане исполнет и среќен.

Во овој контекст, она што е најбитно од психолошки аспект, се однесува на **локусот на контрола**.

Моќта на изборот и последиците

За да се каже за една личност дека е зрела, дека станала возрасен човек, не е доволно таа да биде полнолетна. Разликата меѓу дете и возрасен е во тоа што: контролата, моќта и одговорноста за децата

ЗА ДА СЕ КАЖЕ ЗА ЕДНА ЛИЧНОСТ ДЕКА Е ЗРЕЛА, ДЕКА СТАНАЛА ВОЗРАСЕН ЧОВЕК, НЕ Е ДОВОЛНО ТАА ДА БИДЕ ПОЛНОЛЕТНА. РАЗЛИКАТА МЕЃУ ДЕТЕ И ВОЗРАСЕН Е ВО ТОА ШТО: КОНТРОЛАТА, МОЌТА И ОДГОВОРНОСТА ЗА ДЕЦАТА Е ВО РАЦЕТЕ НА РОДИТЕЛОТ, ВОЗРАСИОТ. ЛОКУСОТ НА КОНТРОЛА Е НАДВОР, А ДЕЦАТА НЕМААТ ЦЕЛОСНА АВТОНОМИЈА ВО ОДЛУЧУВАЊЕТО. ПОСТОИ „СУПЕРВИЗИЈА“ КОЈАШТО ГО СЛЕДИ ДЕЛУВАЊЕТО. КОГА ЛОКУСОТ НА КОНТРОЛА СЕ ИНТЕРНАЛИЗИРА, ТОГАШ ЕДИНКАТА Е СВЕСНА ЗА: СВОЈАТА МОЌ, КОНТРОЛА НА СВОЕТО ОДНЕСУВАЊЕ, СЛОБОДА НА ИЗБОР И ОДГОВОРНОСТ ЗА СВОЕТО ДЕЛУВАЊЕ. ТОГАШ МОЖЕ ДА ЈА СОГЛЕДА ПОДОБРО И СВОЈАТА УЛОГА ВО ЗАЕДНИЦАТА И ОДГОВОРНОСТА ЗА СВОЕТО ВЛИЈАНИЕ ПОШИРОКО

та е во рацете на родителот, возрасниот. Локусот на контрола е надвор, а децата немаат целосна автономија во одлучувањето. Постои „супервизија“ која го следи делувањето. Умешност во воспитувањето и подигањето на деца кои ќе станат зрели личности е наместо со казни и уцени, децата да се воспитуваат да ги разберат последиците од нивното делување и личната одговорност притоа. Да го моделираат своето однесување не заплашени од казна, туку согледувајќи ја моќта на изборот и последиците од тоа. Сепак, на тој пат, наградата и казната се инструменти, особено на рана возраст, но целта е постепено локусот на контрола да се интернализира.

Кога локусот на контрола ќе се интернализира, тогаш единката е свесна за својата: моќ, контрола на своето однесување, слобода на избор и одговорност за своето делување.

Тогаш може да ја согледа подобро и својата улога во заедницата и одговорноста за своето влијание пошироко.

Постои во коучингот една алатка која се нарекува **Скала на одговорност** (Ledder of accountability), која илустрира токму однесување каде локусот на контрола е надвор од поединецот, па тој: се правда, бега од одговорност, ја обвинува „тешката судбина“, лошиот шеф, и сл. Тоа однесување се опишува со изразот „нештата секогаш ми се случуваат мене“. Тоа е однесување на жртва.

На другото ниво е опишано однесувањето од типот „нештата се случуваат заради мене“, кога поединецот е целосно свесен за: личната одговорност, моќ и контролата врз своите постапки. Локусот на контрола е интернализиран. Таа личност ги ужива бенефитите на успехите, но и одговорноста на постапките за неуспехите.

Во однос на менталното здравје на луѓето, ако локусот на контрола е надвор и личноста мисли дека неа ѝ се случуваат лошите работи, таа нема да ја чувствува личната моќ на носење одлуки кон промени какви што посакува. Тогаш ќе слушаме изјави дека: некој е ненадлежен, му наредиле, комплексна била ситуацијата и сè што личи на оправдување, а е далеку од преземање одговорност.

Лидери со внатрешен локус на контрола, пак, се оние кои трагаат по решенија, кои знаат дека нивното делување и носење одлуки ја обликува иднината и судбината на целата заедница. Свесни дека промените ќе се случуваат заради нив.

Општествени вредности

Секако, во градењето на личности преку воспитување и образование, важни се и вредностите што ги негува едно општество, а кои се рефлектираат од културното милје, семејните вредности и образованието.

Во капиталистичките општества, на пример, моќта е кај поединецот и се поттикнува неговата одговорност, но вредносниот систем наметнува постигнувањата да се мерат во финансиски профити. Во мала држава, како Македонија, и народ кој се „чувствува“ немоќен, приказните, на пример оние за Итар Пејо, рефлектираат вредности како надитрување и снаоѓање. Но, тие не придонесуваат за развој, туку за преживување.

Во општествата во кои безбедноста и сигурноста се апсолвирани, а институциите функционални, капацитетите на државата се ставени во поддршка на граѓаните и нивните: права, слободи и потенцијали. Вредностите што тие институции ги рефлектираат се: солидарност, еднакви услови, здравје.

Конечно, за да можат институциите да поддржат раст на своите граѓани, потребно е лидерство коешто во моќта на функцијата не гледа корист за себе, туку алатка за да се креираат промени кон подобро. Коешто го разбира ефектот од сопственото делување во креирање на тие подобри услови. Односно, коешто претходно ги интернализира хуманите вредности што водат до напредок и поттик на човековиот раст.

Хуманите вредности треба да се интернализираат прво кај доволен број припадници на општеството за да станат вредности на заедницата.

Претседателот Стево Пендаровски, на пример, со потегот да ја придружува малата Ембла до училиште, од највисока државна позиција, покажа промоција на: емпатијата, солидарноста и инклузивноста како вредности.

Од друга страна, пак, обидот да се протне несоодветен стручен кадар да ја претставува надворешната политика на земјата во Њујорк е промоција на „итарпејовски“ вредности, на итроштини и „ако пројде – пројде“, начин на размислување и делување.

Во издигнувањето на свеста и промоцијата на вредности, секогаш не се клучни носителите на функции. Голема улога имаат медиумите и невладиниот сектор, развојот на критичкото размислување. Размена на перспективи, здрава дебата за решенија, откривање и санкционирање на корупцијата се важна алка за поттикнување консензус околу вредностите коишто ќе го заменат клиентелизмот и корупцијата.

Издигнување на свеста за потребите на општеството и како да ги задоволиме. На пример, кога чувствуваме жед, посегнуваме по вода, како автоматска реакција. Но, што правиме кога чувствуваме гнев? Можеме да реагираме „детски“, да одиме во деструкција, автодеструкција, обвинување на другите, осуда, но тоа нема да ни ја промени ситуацијата кон посакувана. А, може гневот да ни биде поттик, да нè мотивира да ја промениме ситуацијата која нè фрустрира.

Има една мисла на познатиот американски психотерапевт Милтон Ериксон: „не можеш да ги избираш картите што ти се поделени, но можеш да одлучиш како ќе играш со нив.“ Со други зборови, важно е да се помести фокусот од проблеми, кон решенија. Од жртва, кон автор на сопствениот живот. **Од пасивен консумент на приликите, во активен креатор на сопствената иднина.**

За жал, многу квалитетни кадри од Македонија кои ја зедоа „судбината во свои раце“, си заминаа од земјата во потрага по средина којашто ќе го поддржи нивниот раст како личности. Каде ќе имаат институционална поддршка и услови да ги максимизираат сопствените потенцијали.

Дали Македонија ќе успее да обезбеди амбиент во кој граѓаните ќе излезат од режим на преживување, кон таков на творење и самореализација?

Веројатно промените да дојде до тоа се преку образованието.

Во училиштата преку подигнување на деца кај кои повеќе од тоа „како треба да се однесуваат“, ќе се води сметка како се чувствуваат,

ВО ОДНОС НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НА ЛУЃЕТО, АКО ЛОКУСОТ НА КОНТРОЛА Е НАДВОР И ЛИЧНОСТА МИСЛИ ДЕКА НЕА Ѐ СЕ СЛУЧУВААТ ЛОШИТЕ РАБОТИ, ТАА НЕМА ДА ЈА ЧУВСТВУВА ЛИЧНАТА МОЌ НА НОСЕЊЕ ОДЛУКИ КОН ПРОМЕНИ КАКВИ ШТО ПОСАКУВА. ТОГАШ ЌЕ СЛУШАМЕ ИЗЈАВИ ДЕКА: НЕКОЈ Е НЕНАДЛЕЖЕН, МУ НАРЕДИЛЕ, КОМПЛЕКСНА БИЛА СИТУАЦИЈАТА И СЕ ШТО ЛИЧИ НА ОПРАВДУВАЊЕ, А Е ДАЛЕКУ ОД ПРЕЗЕМАЊЕ ОДГОВОРНОСТ. ЛИДЕРИ СО ВНАТРЕШЕН ЛОКУС НА КОНТРОЛА, ПАК, СЕ ОНИЕ КОИ ТРАГААТ ПО РЕШЕНИЈА, КОИ ЗНААТ ДЕКА НИВНОТО ДЕЛУВАЊЕ И НОСЕЊЕ ОДЛУКИ ЈА ОБЛИКУВА ИДНИНАТА И СУДБИНАТА НА ЦЕЛАТА ЗАЕДНИЦА. СВЕСНИ ДЕКА ПРОМЕНИТЕ ЌЕ СЕ СЛУЧУВААТ ЗАРАДИ НИВ

кои се нивните потреби и потенцијали. Да се јакне нивната свест за активна улога во сопствениот живот и употребување на личните ресурси за креирање на сопствената, но и заедничката иднина. За интернализирање на локусот на контрола.

Во компаниите, преку тренинг на лидери кои ќе успеат да ги максимизираат потенцијалите на вработените, водејќи сметка за нивната благосостојба, со што ќе го уживаат бенефитот врз продуктивноста.

Во институциите, преку тренинг за комуникација насочена кон јасни долгорочни цели, каде фокусот ќе биде ставен на граѓаните и услугите што треба да се испорачаат.

Тренинг за личен развој на лидерите кон одговорно и отчетно управување, фокус на „големата слика“.

Едно општество вреди колку што се вредни неговите човечки ресурси. Секогаш не е пресуден БДП, големината на државата, туку посветеноста, целта и јасната визија за „големата слика“. Тие промени почнуваат со поединци, па полека се шират во вредности на целата заедница. Или, како што вели познатиот цитат на Маргарет Мид: „Никогаш не се сомневајте дека мала група внимателни, посветени граѓани може да го сменат светот. Всушност, тоа е единственото нешто што некогаш го има.“

(Ида Протуѓер е сертифициран лајф и бизнис коуч, која од 2015 година живее и работи во Виена, Австрија. Дипломирала психологија на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Повеќе од 20 години има работено во новинарството, главно на уреднички позиции во повеќе електронски и печатени медиуми. Кариерата ја почнува во Агенцијата МИА, а потоа работи и во: Канал 5, Дневник, Алфа ТВ и неделникот „Граѓански“. Има повеќе од 1.000 часови искуство во индивидуален коучинг и бројни тренинзи, главно за иселеничката заедница во Австрија. Нејзина професионална база е хуманистичката психологија која што се фокусира на позитивниот човечки потенцијал. Темите на работилниците се: ефективна комуникација, конфликт менаџмент, справување со стрес и промени, зголемување на резилентност и медиа-тренинг.)



МОРАЛНАТА КРИЗА НА ОПШТЕСТВОТО

СТОЈАН БАЈРАКТАРОВ

Светската здравствена организација, во март годинава, објави дека пандемијата со вирусот Ковид-19 остави непропорционален импакт врз менталното здравје на луѓето, со најголем пад на менталната благосостојба кај младите на возраст од 18 до 24 години, но и кај жените од 35 до 44-годишна возраст. Самоубиствата и на-таму значително придонесуваат во општата бројка на предвремена смртност, особено во европскиот регион на СЗО. Во момент кога од една кризна ситуација континентот се втурна во друга, од две-годишна пандемија – во војна на европско тло, долготрајната из-ложеност на страв, загуба и изолираност, сега се надополнува со ужасеност од глетките на уништување и милиони бегалци. Како во вакви околности да се сочува: здравиот дух, менталното здравје и личната стабилност?

Во ова издание на „Предизвици“ овие и други прашања му ги поставивме на д-р Стојан Бајрактаров, психијатар и директор на Клиниката за психијатрија во Скопје:

Д-р Бајрактаров: Живееме во време на сериозни предизвици. Ова е „време на синдемија“, немаме само една, пандемијата од Ко-вид-19, туку и пандемија: од криза на моралот, криза на менталното здравје, економска криза, глобална политичка криза. Во моментов се одвиваат неколку кризи на ниво на пандемии, бидејќи се на гло-бално ниво. Но, она што е карактеристично за изминатиот период,

ЛУЃЕТО СЕ ЗБУНЕТИ И НЕ ЗНААТ КАКО ДА ГИ ОДВОЈАТ ПАТИШТАТА ПО КОИШТО БИ ГИ СЛЕДЕЛЕ СВОИТЕ ВРЕДНОСТИ, ИДЕАЛИ И ОЧЕКУВАЊАТА ШТО ГИ ИМАЛЕ, БИДЕЈЌИ ВО ОВА ВРЕМЕ СЕ НАРУШЕНИ СИТЕ: РЕЛАЦИИ, ОДНОСИ И ВРЕДНОСТИ. ТОА ГО ГЛЕДАМЕ И НА СВЕТСКО НИВО. СЕ СООЧУВАМЕ СО ТОТАЛНА ОБЕЗЛИЧЕНОСТ НА МОРАЛНИТЕ ВРЕДНОСТИ И КАЈ СВЕТСКИТЕ ЛИДЕРИ, ШТО, ПАК, ИМА СВОИ РЕПЕРКУСИИ НА НИВО НА ОПШТЕСТВА, НА ЛИДЕРИ ВО ОПШТЕСТВАТА, НА НИВО НА ПРИФАТЕНО ОДНЕСУВАЊЕ НА МЛАДИТЕ. АКО МОДЕЛ НА ОДНЕСУВАЊЕ ИЛИ КАРАКТЕРИСТИКИ НА ЕДЕН СВЕТСКИ ЛИДЕР ТРЕБА ДА Е ЧОВЕК КОЈ ПОЧНУВА ВОЈНА, КОЈ Е АГРЕСИВЕЦ И НА КОЈ МУ СЕ ПЛАШАТ И ГЕНЕРАЛИТЕ, ТОГАШ ИМАМЕ ДВЕ ОПЦИИ – ПРВАТА ДА ИЗБЕРЕМЕ ТАКОВ ЛИДЕР, БИДЕЈЌИ ТОЈ Е ВОДАЧ, МОДЕЛ НА „УСПЕШЕН ЧОВЕК“ ИЛИ, ПАК, ДА СМЕ НА СТРАНАТА НА „НЕУСПЕШНИТЕ“, СПОРЕД ТИЕ КРИТЕРИУМИ, НО ИСПРАВНИТЕ НА МОРАЛЕН ПЛАН

или најважна и со најголемо влијание, е кризата на моралот бидејќи направи една конфузија на светско ниво и еден вртлог, невреме на планот на менталната благосостојба. Луѓето се збунети и не знаат како да ги одвојат патиштата коишто би ги следеле своите вредности, своите идеали, очекувањата што ги имале, бидејќи во ова време се нарушени сите: релации, односи и вредности. Живееме во време кога вредностите од пред 20-30 години се сосема ирелевантни, а на младите генерации дури им се и смешни. Тоа го гледаме и на светско ниво. Се соочуваме со тотално обезличување на моралните вредности и кај светските лидери, што, пак, има свои реперкусии на повеќе нивоа. На ниво на општества, на ниво на лидери во општествата, на ниво на прифатено однесување на младите. Ако модел на однесување или карактеристики на еден светски лидер треба да е човек кој почнува војна, кој е агресивец и на кој му се плашат и генералите, тогаш имаме две опции – првата да избереме таков лидер, бидејќи тој е

водач, модел на успешен човек, како што бил и Хитлер на почетокот на својата диктатура. Па тогаш тие што го следат него ќе бидат означени како успешни. Или, пак, да сме на страната на „неуспешните“, според тие критериуми, но исправните на морален план. Односно, тие што се демократски ориентирани и што дозволуваат отворена дискусија, и сопствена критика, тие ќе бидат означени како неуспешни бидејќи: не предизвикуваат страв, не казнуваат, не се служат со сите аспекти на диктатура, нема агресивност кај нив, а нема ниту убивање. Тоа е пораката што се дава ако се дозволи таквиот стил – агресивниот да преовладува. Досега во историјата, после периоди на диктатура или војни обично настапува период на катарза,

кога доброто пак ќе победи, под услов историјата да е добро напишана. Оти, нели, историјата ја пишува победникот.

После борбата меѓу доброто и злото, следи период кога ќе имаме чувство на вина на совеста зошто навреме не сме го спречиле злото. Меѓутоа, оваа сегашна криза како сосема да ги избриша тие вредности што би се очекувале и што ги очекуваме, на крајот на краиштата и од нашите деца кога ги воспитуваме. Сето тоа како да е избришано, па единствена морална вредност на ова општество останаа парите и вреднувањето на агресивното однесување.

„Предизвици“: *Каква е психолошката заднина на луѓето кои, со различни изговори, наоѓаат оправдување дури и за воената агресија?*

Д-р Бајрактаров: Се работи за синдромот на Фауст. Тоа се луѓе кои не можат да го носат бремето на сопствената одговорност, на пронаоѓањето на самите себеси и на процесот на созревање на ниво на адекватна личност. Бидејќи тие не можат да го поднесат тоа тешко бреме, не можат да донесат сами свои одлуки, не можат да се снајдат во животот, и затоа најчесто „си ја продаваат душата на ѓаволот“, па тој ѓавол, всушност, е агресивниот лидер. Тој ја презема нивната душа и ги води во своите походи и освојувања. Тоа е моралната бура за која говорев на почетокот, на светско ниво. Гледаме и постојано се чудиме, гледајќи од страна, какви лидери низ светот се избираат. Кога гледа човек од дистанца си вели – никогаш не би дозволил такви лидери да бидат избрани. Тоа го гледаме и на Балканот, со некои лидери што се на власт или, пак, во опозиција. Всушност, тоа губење на моралот најмногу се гледа низ политиката, преку неприфатливиот речник којшто го користат некои политичари. Во едно друго време ќе беше сосема недозволено, ќе беа жигосани до крај на животот заради такви зборови, подметнувања и лажни вести. А сега, на дневна основа гледаме дека се дозволуваат такви однесувања, па дури и се поттикнуваат, а наредниот ден како да не било ништо. Ако сакате фројдовски да се изразам, се работи за комплетно бришење на нашето супер-его или искажано јунговски, на нашето колективно супер-его. Нема веќе сопирачки, нема веќе морална свест со која некој морално би бил казнет, би бил запрен. Ниту, пак, има општествено морални пречки коишто би ја спречиле некоја личност да лаже, да подметнува, само за да дојде до својата

цел, да дојде на власт. Тоа стана светски тренд, не е само кај нас. Затоа, граѓанинот е збунет, гледа дека вредностите според кои е воспитан, израснат, едноставно веќе не се почитуваат, не функционираат. Во таа бора реално е многу луѓе да потпаднат под влијание и да ги „продадат“ своите души.

„Предизвици“: *Анализите на светско ниво покажуваат дека во текот на корона пандемијата страдаше и менталното здравје. Некои од луѓето кои се соочија со исклучителен стрес, страв и загуба, не успеаја на време да побараат стручна помош. Дали со стивнувањето на пандемијата излегуваат на површина последиците, дали јасно се гледаат?*

Д-р Бајрактаров: Мислам дека веќе јасно се гледаат. Сите институции коишто работат со ментално здравје во Македонија, како и нашата Клиника за психијатрија, се соочуваме со зголемен обем на работа, наплив на лица со проблеми, како заради влијанието на ковид кризата врз менталното здравје, така и заради влошување на состојбата на пациентите со хронични состојби. Гледаме дека кај луѓето веќе декомпензираат оние адаптациони, одбранбени механизми што обично ги користиме, бидејќи одамна сме ги активирале, но кризата трае веќе две години. Само може да замислите како се чувствува еден здравствен работник кој е интензивно ангажиран, а јавноста очекува од него дека тој треба да е 24 часа на работа. Мислам дека здравствените работници се најризичната група, иако карактеристика за еден здравствен работник е да не признае дека му е тешко, да сака да покаже дека нема проблем и дека може сè. Меѓутоа, не е баш така. Замислете ги луѓето кои работат во ковид-центрите и кои секојдневно се соочуваат со борба за живот, давајќи сè од себе. Тоа, исто така, се луѓе кои се под постојан притисок од барања од пациентите, барања од семејствата, соочувања со обвинувања дека не постапиле како што треба. А, тоа трае интензивно две години. Така доаѓа до кршење на нашите адаптациони механизми, малку, по малку. Тоа го гледаме и кај други ризични групи: кај многу млади, кај постари, кај луѓе со хронични болести. Но, со новите предизвици што се случуваат, граѓаните се дополнително притиснати, што предизвикува една тегоба, а така се чувствуваат: многу наши пријатели, нашите семејства, нашите колеги. Преплавени сме

со едно чувство на страв, вознемиреност за иднината. Не знаеме веќе ниту на дневно ниво што ќе се случи утре, живееме како во вртлог, зборуваме за „трета светска војна“, а мислевме дека е тоа незамисливо. Блиску до нас се случува војна и сето ова не може а да не предизвика немир кај нас, и не може да се избегне влијание врз нашето ментално здравје. Некому малку повеќе му влијае на лош сон, некому на анксиозност, други се со намалена ефикасност на работа. Се чудиме зошто луѓето се избувливи на работа, или зошто реагираат на начин којшто не бил карактеристичен претходно за одредена личност, се чудиме зошто некои од колегите се однесуваат некарактеристично за нив. Меѓутоа, тој притисок делува и кога сме на работа и кога сме дома, па неадекватно го пренасочуваме нашето незадоволство на несоодветни асоцирани начини.

„Предизвици“: *Можете ли вие како психијатри да одговорите на барањата, институционални и лични, бидејќи сега оваа помош се очекува од вас? Можеби ковид-центрите се празнат, но вие велите дека имате повеќе барања за помош?*

Д-р Бајрактаров: Ние не прекинавме да работиме во текот на целата ковид-криза. Беше отворен „Мој термин“, а во случај кога пациентите не можеа да доаѓаат отворивме опција за онлајн комуникација, за телемедицина, така што цело време работиме. Но, ние и пред кризата имавме доста голем обем на работа, па мислевме дека сме на работ на нашите можности, дека сме преплавени со работа. Сега сме сведоци дека веќе две години има пораст на обемот на работа, а во последниот период уште повеќе, до 20 % повеќе во споредба со претходно. Имаме барање за уште повеќе, но ние, едноставно, физички тоа не можеме да го постигнеме. Затоа што пациентите мора да бидат прегледани, во закажаните термини, но значителен е бројот и на оние кои доаѓаат како итни случаи. Но, не се работи само за практична помош на пациентите кои доаѓаат во Клиниката за психијатрија, туку станува збор за бројни јавно-здравствени акции со едукација на разни групи коишто после можат да помогнат, со ширење на мрежа, со креирање на мрежи за помош на специфични групи под ризик. На пример, во текот на изминатите две години, заедно со Министерството за труд и социјална политика правиме акции за поддршка на деца под ризик, на деца

згрижени во групни домови и на луѓе од секторот труд и социјала кои работат со тие деца, бидејќи и самите се под голем ризик.

„Предизвици“: *Имате ли сознание за извесен број „согорени“ лекари по корона-кризата? Како резултат на премореност и долготрајна напнатост да го имат изгубено ентузијазмот за работата, па дури и со негативно чувство кон неа?*

Д-р Бајрактаров: Такво истражување не сме направиле, но дефинитивно, голем е предизвикот да се работи во здравствен сектор во време на пандемија. Од друга страна, вршме и доста едукации, на пример, за здравствениот сектор, ги обучуваме вработените како самите меѓу себе да си даваат поддршка. Тоа е светски тренд, го правиме со помош на Светската здравствена организација, со Здравствената мрежа на Југоисточна Европа, за да можеме да рашириме една мрежа за поддршка на лицата со какви било проблеми со менталното здравје низ институциите.

„Предизвици“: *Тоа се групи за поддршка од обучени луѓе?*

Д-р Бајрактаров: Да, групи од лица кои не се професионалци за ментално здравје, а кои можат да си помогнат меѓу себе на работното место. Тоа се лица кои имаат афинитети како помагачи во областа на менталното здравје. Луѓе заинтересирани за тоа, едуцирани за таа тема, во атмосфера во којашто може да им помогнат на своите колеги. Обуката ги оспособува за техники за справување со

СЕ РАБОТИ ЗА СИНДРОМОТ НА ФАУСТ. ТОА СЕ ЛУЃЕ КОИ НЕ МОЖАТ ДА ГО НОСАТ БРЕМЕТО: НА СОПСТВЕНАТА ОДГОВОРНОСТ, НА ПРОНОАЃАЊЕТО НА САМИТЕ СЕБЕСИ И НА ПРОЦЕСОТ НА СОЗРЕВАЊЕ НА НИВО НА АДЕКВАТНА ЛИЧНОСТ. БИДЕЈЌИ НЕ МОЖАТ ДА ГО ПОДНЕСАТ ТОА ТЕШКО БРЕМЕ, НЕ МОЖАТ САМИТЕ ДА ДОНЕСАТ НИТУ СВОИ ОДЛУКИ, НЕ МОЖАТ ДА СЕ СНАЈДАТ ВО ЖИВОТОТ, И ЗАТОА НАЈЧЕСТО „СИ ЈА ПРОДАВААТ ДУШАТА НА ЃАВОЛОТ“, ПА ТОЈ ЃАВОЛ, ВСУШНОСТ, Е АГРЕСИВНИОТ ЛИДЕР. ТОЈ ЈА ПРЕЗЕМА НИВНАТА ДУША И ГИ ВОДИ ВО СВОИТЕ ПОХОДИ И ОСВОЈУВАЊА. ТОА Е МОРАЛНАТА БУРА ЗА КОЈА ГОВОРЕВ И НА СВЕТСКО НИВО. ГЛЕДАМЕ И ПОСТОЈАНО СЕ ЧУДИМЕ, КАКВИ ЛИДЕРИ СЕ ИЗБИРААТ ВО СВЕТОТ. КОГА ГЛЕДАТЕ ОД ДИСТАНЦА СИ ВЕЛИТЕ – НИКОГАШ НЕ БИ ДОЗВОЛИЛ ТАКВИ ЛИДЕРИ ДА БИДАТ ИЗБРАНИ. ТОА ГО ГЛЕДАМЕ И НА БАЛКАНОТ, СО НЕКОИ ЛИДЕРИ НА ВЛАСТ ИЛИ ВО ОПОЗИЦИЈА. ВСУШНОСТ, ТОА ГУБЕЊЕ НА МОРАЛОТ НАЈМНОГУ СЕ ГЛЕДА НИЗ ПОЛИТИКАТА, ПРЕКУ НЕПРИФАТЛИВИОТ РЕЧНИК ШТО ГО КОРИСТАТ НЕКОИ ПОЛИТИЧАРИ

актуелните кризи, со стрес на работното место. Во моментот тоа го спроведуваме низ здравствениот сектор за да изградиме мрежа на помагачи внатре во системот, како најпогоден и најризичен.

„Предизвици“: *Има ли доволен одглас, ентузијазам?*

Д-р Бајрактаров: Да, има одглас, има голема заинтересираност. Имаме редовна соработка со примарната здравствена заштита, каде што лекарите имаат големо искуство во работењето со лица со проблеми со менталното здравје. Можам да искажам задоволство од нивната подготвеност да помогнат за подобрување на менталното здравје на целата популација, од различни аспекти.

„Предизвици“: *Дали психијатријата е популарна медицинска гранка кај младите лекари, по завршување на факултетот. Сакаат ли да специјализираат психијатрија и да работат овде во земјава?*

Д-р Бајрактаров: Популарноста на нашата гранка е сè поголема, а тоа особено го видовме на последниот конкурс за специјализации. Ова беше една од најинтересните гранки на медицината за специјализација. Така што, пред неколку месеци ни дојдоа голем број нови специјализанти. Тоа е добар знак дека и стигмата и предрасудите поврзани со психијатријата, односно со менталните болести, се намалува.

„Предизвици“: *Господин Бајрактаров, корона-кризата покажа колку недостига дружењето, не само како забава, туку и како еден вид самопомагање во случај на психичка напнатост и повлеченост. Може ли една сесија кај психолог или психијатар да се изедначи со „кафе-сесија“ со пријателите? Каков совет би им дале на луѓето коишто чувствуват тегобност?*

Д-р Бајрактаров: Мислам дека дружењето, односно социјалните активности се круцијални. Не значи дека треба да одиме кај психолог или психијатар за секоја криза, за секој проблем што го имаме. Сите имаме: проблеми, предизвици, очекувања како да ги решиме, но тоа не значи дека веднаш треба да трчаме по специјалисти. Се разбира, доколку човек има сериозен проблем не треба

да се плаши или да има предрасуди, треба да побара помош. Меѓутоа, сигурно дека една од најдобрите алатки за одржување на нашето ментално здравје е социјализацијата, дружењето, „кафето“ со нашите најблиски, со луѓето со кои ни е пријатно, кои можат да не сослушаат, а и ние нив. Тоа е еден начин на подобрување на нашето ментално здравје, што за мене и лично многу значи. Мене лично најмногу ме релаксира, дури и по најнапорниот ден, прошетката со моите пријатели. Ние сме мало друштво коешто многу често приквечер пешачиме по неколку километри покрај Вардар. Дефинитивно, тоа многу повеќе ми помага и ме релаксира отколку да седам дома, пред телевизор.

„Предизвици“: *Како да се негува толерантноста, прифаќањето на разликите кај другите, бидејќи не сме сите идентични нели, дури и со најблиските? Во последно време се добива впечаток дека попушта толеранцијата, па често слушаме за: прекинување на децениски пријателства, стеснување на кругот, меѓусебни осуди. Дали се работи за последица од пандемијата која не нате-ра да го истиснеме дружењето?*

Д-р Бајрактаров: Истото чувство го имам и јас, сведок сум на беспричински раскинувања на долгогодишни пријателства, токму заради губење на трпеливоста, егоцентричноста како несоодветен механизам на одбрана од надворешните опасности, грижа само за себе, недостаток на сочувство. Долгогодишните искрени пријателства се сериозна инвестиција која не збогатува и убаво, пријатно делува врз нас и нашето здравје. Но, заемното разбирање и толерантноста се вредности коишто се во опаѓање, сите како да живеат само за сегашниот момент, без размислување за последиците од нашето однесување, што ќе се случи утре, односно какви реперкусии ќе има нашето однесување денеска, утре, или понатаму. Сето ова е многу поврзано со тоа што претходно го зборував, за промените на однесување на глобално ниво. Меѓутоа, тоа е и еден вид наша одбрана, за да не бидеме повредени, една зачауреност пред сите предизвици коишто се јавуваат. Така што: губењето на границите, недостатокот на адаптивност, фрустрациите, импулсивноста, сето ова стана секојдневно и општо прифатливо.

„Предизвици“: Но, тоа е меч со две острици кога станува збор за менталното здравје. Бидејќи, осаменоста, изолацијата од луѓе може да води кон други проблеми, кон постојана напнатост?

Д-р Бајрактаров: Тоа е симптоматологија која е карактеристична за модерниот човек. Кога порано слушавме или читавме за отуѓеноста и осаменоста како модерни болести на општеството кои предизвикуваат промени на социјалното функционирање на поединецот, а преку тоа и на неговата емоционална состојба и однесување, тоа ни изгледаше како далечно за нас или како нешто што само на другите им се случува. Но, еве, сега е околу нас, веројатно тоа е и главниот симптом, а можеби и причина за сегашниот „болен“ светски поредок.

„Предизвици“: Дали тоа значи дека и овде, на Балканот, стигна трендот од големите градови во западниот свет каде што се смета дека и до 40 % од луѓето живеат сами, не сакаат никој дома да им „пречи“? Независно од тоа дали имаат партнер или не.

Д-р Бајрактаров: Да, исто така, тоа е модерен тренд и ако се завртиме наоколу ќе видиме дека насекаде околу нас има многу, многу повеќе луѓе кои се сами, на кои не им е приоритет потомството, посериозна врска или брак. Општеството се смени, па тоа што било приоритет пред 50 години сега веќе не е. Сега се наметнуваат модели со коишто ние се

СЕ СООЧУВАМЕ СО ЗГОЛЕМЕН ОБЕМ НА РАБОТА, НАПЛИВ НА ЛИЦА СО ПРОБЛЕМИ, КАКО ЗАРАДИ ВЛИЈАНИЕТО НА КОВИД-КРИЗАТА ВРЗ МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ, ТАКА И ЗАРАДИ ВЛОШУВАЊЕ НА СОСТОЈБАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ СО ХРОНИЧНИ СОСТОЈБИ. ГЛЕДАМЕ ДЕКА КАЈ ЛУЃЕТО ВЕЌЕ ДЕКОМПЕНЗИРААТ ОНИЕ АДАПТАЦИОНИ, ОДБРАНБЕНИ МЕХАНИЗМИ ШТО ОБИЧНО ГИ КОРИСТИМЕ, БИДЕЈЌИ ОДАМНА СМЕ ГИ АКТИВИРАЛЕ, НО КРИЗАТА ТРАЕ ВЕЌЕ ДВЕ ГОДИНИ. МОЖЕ ДА ЗАМИСЛИТЕ САМО КАКО СЕ ЧУВСТВУВА ЕДЕН ЗДРАВСТВЕН РАБОТНИК КОЈ Е ИНТЕНЗИВНО АНГАЖИРАН, А ЈАВНОСТА ОЧЕКУВА ОД НЕГО ДА Е 24 ЧАСА НА РАБОТА. МИСЛАМ ДЕКА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ СЕ НАЈРИЗИЧНАТА ГРУПА, ТИЕ ШТО РАБОТАТ ВО КОВИД-ЦЕНТРИТЕ И КОИ СЕКОЈДНЕВНО СЕ СООЧУВААТ СО БОРБА ЗА ЖИВОТ, ДАВАЈЌИ СЕ ОД СЕБЕ. А, ТОА ТРАЕ ИНТЕНЗИВНО ДВЕ ГОДИНИ. ТАКА ПОСТЕПЕНО ДОАЃА ДО КРШЕЊЕ НА НАШИТЕ АДАПТАЦИОНИ МЕХАНИЗМИ. СО НОВИТЕ ПРЕДИЗВИЦИ ШТО СЕ СЛУЧУВААТ, ПАК, ГРАЃАНИТЕ СЕ ДОПОЛНИТЕЛНО ПРИТИСНАТИ, ШТО ПРЕДИЗВИКУВА НОВА ТЕГОБА, ЧУВСТВО НА СТРАВ, ВОЗНЕМИРЕНОСТ ЗА ИДНИНАТА. ЖИВЕЕМО ВО ВРТЛОГ, ЗБОРУВАМЕ ЗА „ТРЕТА СВЕТСКА ВОЈНА“, А МИСЛЕВМЕ ДЕКА Е ТОА НЕЗАМИСЛИВО

идентификуваме и според кои функционираме, модели за тоа што се очекува од една модерна единка. А, модерна единка, каква што општеството ја моделира и кон која треба да се формулираме и ние за да бидеме општествено прифатливи и ефикасни, е човек кој живее сам, кој е цел ден на работа, кој постојано се фали дека работата требало да ја заврши „вчера“, дека нема време за ништо друго освен за работа, дека единствена социјална содржина му е кафето после работа. Сето ова е поврзано со себичност и со псевдохедонизам, со бегање од обврските, што заслужува сериозна анализа за „шифтање“ на приоритетите или за исполнување на нагонски пулзии кај модерниот човек.

„Предизвици“: *Наспроти ваквите „модерни“ трендови, во земјава, сепак, има средини во кои сè уште се негуваат длабоки предрасуди кон менталните проблеми, што не оди во полза на брзо дијагностицирање и лечење на посериозните состојби. Сè уште има семејства кои претпочитаат проблемот да остане зад затворени врати, или попрво ќе се обратат во црква или џамија, наместо во болница. Зошто толку бавна еманципација?*

Д-р Бајрактаров: Така е, но сепак, има голем прогрес во споредба со времето пред 20 години. Тогаш имавме цели подрачја во Македонија во кои доминираше такво или слично однесување. Не дека не постојат и денес, но се во многу помал број. Друго е тенденцијата за религиозна посветеност во која имаме „воскреснување“ на некои традиционални, религиозни однесувања, норми кои воопшто не се поврзани со радикални морални вредности туку со модерни сфаќања на традиционалното. Но, дефинитивно, има позитивна промена во тие традиционални средини од порано, различна е поранешната традиционална, фамилијарна средина од сегашната.

„Предизвици“: *Дали сето ова доведува до ситуации кога лекувањето на пациент, длабоко навлезен во болеста, оди потешко заради предрасудите?*

Д-р Бајрактаров: Често се судираме со предрасуди, но тие не се карактеристика само на традиционалните средини. Има и интелектуалци кои имаат зачудувачки многу предрасуди за менталните болести и состојби. И кај нив многу често гледаме желба да се скрие

дека некој во нивното семејство е болен, да не дознаат другите. А, нашиот принцип на работа е дека болеста не е срамна, дека тоа не е жиг, дека менталната болест е како секоја друга болест и дека на лицето треба да му се помогне, да му се даде поддршка, секако и кога се работи за тешка ментална болест. Не да се жигосува и да се изолира.

„Предизвици“: *Кој потфрлил за сè уште присутното жигосување на менталните болни? Здравствениот систем, образованието, медиумите?*

Д-р Бајрактаров: Не сум сигурен дека сме потфрлиле. Можеби не чекориме доволно брзо, можеби не сме на нивото што сме го очекувале или сме биле преамбициозни, но, секако, доста сме понапред отколку што бевме пред 20 години. Бидејќи, во меѓувреме, се направени сериозни реформи. Мислам дека сите заедно можеме многу повеќе да работиме, многу повеќе да сториме, во сите сфери што ги спомнавте. Ние, како здравствена сфера, мислам дека даваме голем импулс во тоа: излегуваме во јавност, држиме предавања, отвораме сервиси коишто се достапни до граѓаните, го реформираме системот, драстично го намаливме бројот на луѓето кои беа заборавени во институциите. Се обидуваме да работиме и со образовните институции. Затоа, не би рекол дека има препреки во било која сфера, туку дека треба сите заедно да се ангажираме – здравството, социјалните служби, образованието и медиумите коишто се клучна сфера секаде во светот.

„Предизвици“: *Психијатрите тврдат дека голем број од менталните болести кај возрасните имаат корен во детството. Заради различни трауми во раното детство и неуспех на родителите да охрабрат самодоверба кај децата. Каде грешат родителите, што би им порачале?*

Д-р Бајрактаров: Тука има повеќе аспекти, а би издвоил, пред сè, два. Модерниот профил на родител е сосема различен од она што самите тие би го опишале како дефиниција за родител. Ќе ви дадат сосема поинаков одговор од тоа како самите се однесуваат. Каде и да излезете ќе забележите млади родители со една зачестена појава на хиперпротектизам и ставање на детето во центар на сите случувања, забораване на сè друго наоколу. Пораката на Сидарта

ВО ОДНОС НА МЕНТАЛНИТЕ БОЛЕСТИ ЧЕСТО СЕ СУДИРАМЕ СО ПРЕДРАСУДИ, НО ТИЕ НЕ СЕ КАРАКТЕРИСТИКА САМО НА ТРАДИЦИОНАЛНИТЕ СРЕДИНИ. ИМА И ИНТЕЛЕКТУАЛЦИ КОИ ИМААТ ЗАЧУДУВАЧКИ МНОГУ ПРЕДРАСУДИ ЗА МЕНТАЛНИТЕ БОЛЕСТИ И СОСТОЈБИ. И КАЈ НИВ МНОГУ ЧЕСТО ГЛЕДАМЕ ЖЕЛБА ДА СЕ СКРИЕ ДЕКА НЕКОЈ ВО НИВНОТО СЕМЕЈСТВО Е БОЛЕН, ДА НЕ ДОЗНААТ ДРУГИТЕ. А, НАШИОТ ПРИНЦИП НА РАБОТА Е ДЕКА БОЛЕСТА НЕ Е СРАМНА, ДЕКА ТОА НЕ Е ЖИГ, ДЕКА МЕНТАЛНАТА БОЛЕСТ Е КАКО СЕКОЈА ДРУГА БОЛЕСТ И ДЕКА НА ЛИЦЕТО ТРЕБА ДА МУ СЕ ПОМОГНЕ, ДА МУ СЕ ДАДЕ ПОДДРШКА, СЕКАКО И КОГА СЕ РАБОТИ ЗА ТЕШКА МЕНТАЛНА БОЛЕСТ. НЕ ДА СЕ ЖИГОСУВА И ДА СЕ ИЗОЛИРА

е дека треба да го развиваме секој дел од себе, не само еден дел. Значи, имаме една појава дека родителите претерано се фокусираат на децата, запоставувајќи ги другите аспекти на живеењето. И друштвото ќе почне да ја изолира таа личност ако цело време, и откако детето ќе наполни година-две-три, зборува само за него, за тоа што јаде, а што не. Има една таква опседнатост, од една страна, а од друга страна хиперпротективност, што го сузбива градењето на една самостојна личност. Ако трчате цело време по детето да не падне во парк, нема да му дозволите да научи да трча. Ова е едноставен пример за тоа што го гледаме секој ден.

Од друга страна, општеството наметна еден стил на промоција на хиперфикасност на работното место, па сите трчаат за да се поефикасни, да заработат повеќе пари, а кога децата

малку ќе пораснат, родителите својата улога им ја префрлуваат на градинките, на жените што чуваат деца, на бабите и на дедовците. Така, родителите ја губат постепено својата улога, односно немаат ефективно време за своите деца. Познавам многу родители кои си доаѓаат од работа во 6 часот попладне, одвај чекаат во 7 часот да ги заспијат децата за да можат да се одморат. Тоа се родители „за еден час“. Иако се со добра намера, понекогаш немаат начин да го изменат тоа. Но, тоа остава последици.

„Предизвици“: Дали би сугерирале законски измени за поефикасно да се спроведуваат сите активности што вие ги преземате за менталното здравје и дали институционалната соработка во земјава задоволува?

Д-р Бајрактаров: Имаме квалитетни законски решенија, национална стратегија и Закон за ментално здравје. Имаме и одлична

соработка и поддршка од повеќе институции, пред сè од Министерството за здравство. Тоа резултираше со реформи на системот, така што не можеме да се пожалиме дека немаме институционална соработка. Можеби треба да размислиме како да го унапредиме системот, бидејќи кога пред две децении за првпат почнавме да ги отвораме центрите за ментално здравје имавме поголема вклученост и на другите чинители: Министерството за труд и социјална политика, Фондот за здравство, локалната самоуправа. Проблемот со законите во Македонија, како и во целиот регион, е што повеќето се само на хартија. Тоа е тренд, веројатно заради напорите да се приближиме кон Европската Унија некогаш немаме доволно време да ги имплементираме законите што се донесени. Сметам дека тоа што сите заедно треба да го сториме е да го подобриме системот, да не се очекува дека само здравствениот систем, психијатрите и психолозите ќе го сторат тоа. Менталното здравје е комплексна област во којашто сите имаме свое учество. Факт е дека пандемијата многу нè дефокусираше, имавме големи планови и финансиска поткрепа. Но, корона-кризата нè дефокусираше на многу полиња...

(Д-р Стојан Бајрактаров е доцент на Медицинскиот факултет во Скопје, директор на Универзитетската клиника за психијатрија. Има докторат во областа на афективни растројства – депресија. Член е на главниот одбор на Светската психијатриска асоцијација, а има раководено и со проекти на: Светската здравствена организација, УНИЦЕФ, Европската комисија, Здравствената мрежа на Југоисточна Европа. Автор и коавтор е на преку 100 научни трудови и неколку книги во областа на психијатријата.)



БОРДЕРЛАЈН ИЛИ МОЈАТА ПРИКАЗНА ЗА ЖИВОТ НА РАБОТ

СТЕФАНИЈА ГРАОВАЦ

БОЛНИТЕ ОД БОРДЕРЛАЈН ДОЖИВУВААТ АТИПИЧНИ ПОДЕМИ И ПАДОВИ НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО, КОИ МОЖАТ ДА СЕ МЕНУВААТ ВО ТЕКОТ НА ЕДЕН ДЕН, ИЛИ ДА ТРААТ СО ДЕНОВИ. ИМААТ АМБИВАЛЕНТНИ ЧУВСТВА ВО ОДНОСОТ КОН СЕБЕСИ И КОН ДРУГИТЕ. ПОСТОЈАНО ЈА МЕНУВААТ СЛИКАТА ЗА СВОЈОТ ИДЕНТИТЕТ И НЕ МОЖАТ ДА ДАДАТ ОДГОВОР НА ПРАШАЊЕТО: КОЈ/КОЈА СУМ ЈАС? ПА ТАКА, НЕ ПОЗНАВАЈЌИ СЕ СЕБЕСИ И СЕ ОНА ШТО ГО НОСИ ДИЈАГНОЗАТА, ЛУЃЕТО СО БОРДЕРЛАЈН ИМААТ ТЕШКОТИИ ДА ОДРЖАТ СТАБИЛНА РЕЛАЦИЈА. СКЛОНИ СЕ КОН ИМПУЛСИВНИ И РИЗИЧНИ ОДНЕСУВАЊА, МЕЃУ КОИ Е И САМОПОВРЕДУВАЊЕТО. СЕ ПЛАШАТ ОД НАПУШТАЊЕ БИДЕЈЌИ ЧУВСТВУВААТ ОГРОМНА ПРАЗНИНА ДЛАБОКО ВО СЕБЕ ОД КОЈА ИЗВИРААТ СИТЕ НЕГАТИВНИ РАСПОЛОЖЕНИЈА, КАРАКТЕРИСТИЧНИ ЗА НИВ

Имам 33 години и боледувам од менталната болест гранично растројство на личноста, позната уште како бордерлајн (Borderline Personality Disorder). Сметам дека денес, во овие стресни времиња, многу е важно да се зборува за менталното здравје, за тоа да не биде табу тема и нешто срамно што треба да се крие. Поточно, да не ѝ се дозволи на стигмата да преовлада, туку да се расветлат нештата за доброто, како на заболените, така и на нивните блиски. Затоа се одлучив да споделам дел од моите искуства во борбата со бордерлајн. Ќе се обидам да доловам како оваа болест има влијаено врз мојот целокупен живот.

Што претставува бордерлајн?

Многу луѓе не знаат точно што е бордерлајн, па можеби затоа постојат многу митови околу оваа дијагноза. Оваа болест е врзана со голема стигма, па на луѓето кои ја имаат се гледа

како на: луѓи, злобни, манипулативни и опасни личности, кои треба да се избегнуваат. Се разбира, тоа е далеку од вистината.

Бордерлајн е болест која се карактеризира со неможност на индивидуата да се стекне со една стабилна емоционална состојба. Тие што страдаат од оваа болест доживуваат атипични подеми и падови во расположението, коишто можат да се менуваат во текот на еден ден, или да траат со денови. Тие имаат амбивалентни чувства во односот кон себеси и кон другите. Постојано ја менуваат сликата за својот идентитет и не можат да дадат одговор на прашањето: кој/која сум јас? Па така, не познавајќи се себеси и сè она што го носи дијагнозата, луѓето со бордерлајн имаат тешкотии да одржат стабилна релација. Склони се кон импулсивни и ризични однесувања, меѓу кои е и самоповредувањето. Се плашат од напуштање, да не останат сами бидејќи чувствуваат огромна празнина длабоко во себе од која извираат сите негативни расположенија, карактеристични за нив. Некогаш под интензивен стрес доживуваат дури и дисоцијација (одвојување од реалноста, но не и комплетно губење на чувството за реалност, каков што е случајот со психозите).

Причини за гранично растројство

Постојат две основни причини за појава на граничното растројство или бордерлајн, и тоа: генетска предиспозиција и трауматично детство. Јас ги имам и двете.

Генетска предиспозиција

Мојот татко боледувал од биполарно растројство, кое е во многу нешта слично со бордерлајн. Од низата психијатри, психотерапевти и психолози кои ги посетував, неколкумина сметаа дека имам биполарно нарушување, а не бордерлајн. И самата се двоумев долго време – што точно ми е, но престанав да се сомневам кога од Дневната болница при Клиниката за психијатрија во Скопје ме испишаа со вистинската дијагноза, а тоа е бордерлајн. Стојам зад нивната стручност, бидејќи беа цел тим и детално ме прегледуваа секојдневно, за разлика од повеќето други психијатри, кај кои имаше термин еднаш месечно и кои ми посветуваа вкупно пет минути. Еден од нив си играше игри на компјутер за време на сесијата. Друг, пак, ме тераше да го читам Новиот завет и постојано ми укажуваше на моите гревови и ми забрани да одам на часови по стомачен танц бидејќи тоа било грев, а третиот, пак, само молчеше и си гледаше низ прозорецот. Најскапиот од сите ми рече: „Фати си дечко,

девојче“, и ме избрка. Да не биде сè така црно, имаше и добри психијатри, ама, за жал, термините кај нив беа пополнети и требаше да чекам и по три месеци.

Биолошки, од најраното детство бев: хиперсензитивна, дефокусирана, дезорганизирана и плашлива. Токму заради тие особини така трауматично ги доживеав нештата што ми се случуваа на тие години, што, од друга страна, придонесе да се развие оваа болест.

Трауми во детството

Првата траума што ја доживеав е смртта на татко ми. Имав две години кога се случи тоа. Се разбира, не се сеќавам на тоа, ниту, пак, на татко ми воопшто. Тоа непознавање на сопствениот родител, колку и да ги гледам фотографиите од него, направи дупка во мојата душа, која никако не можам да ја пополнам. Со себе носам празнина, па и во најубавите моменти во животот не можам да се почувствувам целосна.

Како мала личев на момче. Имав кратка коса и секогаш бев спортски облечена, фустан или здолниште не доаѓаше предвид. Се занимавав со гимнастика и освоив дури и прво место на ниво на Република Македонија. За жал, во училиштето бев предмет на потсмет. Децата се строги судии, не сакаат кога се кршат правилата: девојчињата мора да имаат долга коса. Не се дружеа со мене, единствено ме викаа да си играм со нив кога им требаше некој да ја врши улогата на хигиеничарка. Имав само една другарка, која, исто така, имаше кратка коса и која, исто така, беше отфрлена. Со неа најчесто игравме фудбал во дворот на училиштето со празна лименка како импровизација на топка.

За нештата да бидат полоши, во прво и во второ одделение бев малтретирана од наставничката, заради мојата вродена неуредност. Наставничката ми удираше шлаканици, ми ги кинеше тетратките и ме оставаше да стојам на табла пред цело одделение сè дури не заплачам, за на крај да ми рече дека ронам крокодилски солзи.

Тоа беше во прво и во второ одделение, подоцна ја напуштив гимнастиката и пуштив долга коса, заради што бев прифатена во друштвото. Така научив да не бидам своја. Понатаму во животот бев сè што се бараше од мене да бидам и на половина од патот веќе заборавив која, всушност, сум јас. Кога ќе ја тргнев маската остануваше безличност.

Натамошното школување го поминав во страв од наставници и професори, ни криви, ни должни. Така, јас со долга коса и без веќе спомнатата наставничка, лесно туркав во животот, сè додека не дознав дека мајка ми е бремена и дека ќе се мажи и ќе живее на друго место. Тоа толку многу ме погоди што мојата свест ја избриша како никогаш да не живеела со мене. И денес не можам да се сетам на нашиот заеднички живот. Тоа се случи кога бев седмо одделение, во цутот на пубертетот. Почнав: да пушам, да пијам, да бидам дрска, недисциплинирана со намален просек и поведение. Училишниот психолог разговараше со мене, но немаше никаков позитивен ефект од тоа. Како поминуваа годините се намали интензитетот на тинејџерскиот бунт, ама симптомите на бордерлајн не ме оставаа. Тоа беа следните симптоми:

ОД ДНЕВНАТА БОЛНИЦА ПРИ КЛИНИКАТА ВО СКОПЈЕ МЕ ИСПИШАА СО ВИСТИНСКАТА ДИЈАГНОЗА – БОРДЕРЛАЈН. БЕА ЦЕЛ ТИМ И ДЕТАЛНО МЕ ПРЕГЛЕДУВАА СЕКОЈДНЕВНО, ЗА РАЗЛИКА ОД ПОВЕКЕТО ДРУГИ ПСИХИЈАТРИ, КАЈ КОИ ИМАШЕ ТЕРМИН ЕДНАШ МЕСЕЧНО И КОИ МИ ПОСВЕТУВАА САМО ПО ПЕТ МИНУТИ. ЕДЕН ОД НИВ СИ ИГРАШЕ ИГРИ НА КОМПЈУТЕР ЗА ВРЕМЕ НА СЕСИЈАТА. ДРУГ, ПАК, МЕ ТЕРАШЕ ДА ГО ЧИТАМ НОВИОТ ЗАВЕТ И МИ УКАЖУВАШЕ НА МОИТЕ ГРЕВОВИ, МИ ЗАБРАНИ ДА ОДАМ НА ЧАСОВИ ПО СТОМАЧЕН ТАНЦ БИДЕЈЌИ ТОА БИЛО ГРЕВ. ТРЕТИОТ САМО МОЛЧЕШЕ И СИ ГЛЕДАШЕ НИЗ ПРОЗОРЕЦОТ. НАЈСКАПИОТ ОД СИТЕ МИ РЕЧЕ: „ФАТИ СИ ДЕЧКО“, И МЕ ИЗБРКА. ИМАШЕ И ДОБРИ ПСИХИЈАТРИ, АМА, ЗА ЖАЛ, ЗА ТЕРМИН КАЈ НИВ ТРЕБАШЕ ДА ЧЕКАМ И ПО ТРИ МЕСЕЦИ

Чувство на неприпадност

Постојано се чувствував како аутсајдер, како да не припаѓам никаде. Тоа беше затоа што сè уште не знаев која сум. Секогаш ставав маска кога излегував да се дружам со пријателите. Не сакав да ја видат мојата болка. Не сакав да ширам „негативна енергија“. Кога немав сила за да ја носам маската, не излегував од дома. Загубив многу другарки, затоа што не бев во состојба да ветам и често ги откажував договорените дружби. Се мразев себеси заради тоа.

Страв од напуштање

Не можев да си фатам дечко бидејќи бев убедена дека кога ќе ме запознае подобро – ќе ме напушти, кога ќе ја види онаа страна што така грчевито ја кријам. Тоа премногу ме плашеше. Лесно се вљубував, ама тоа, речиси, секогаш беше љубов од далечина. Се

„затрескував“ во: доктори, забари, психијатри, професори, музичари, па дури и во еден поп, и тоа секогаш беше платонски. Ги идеализирав, ги воздигнував до небото и доколку малку не ми обрнеа внимание бесно ги девалуирав како да се најзлобните луѓе на светот. Таа идеализација и девалуација е карактеристика на болните од бордерлајн. Кај нив сè е или црно или бело, нема простор за други нијанси. Мерката им е туѓа работа, мисловниот тек им функционира исклучиво во екстреми.

Променливо расположение

Постојано имав подеми и падови на расположението. Таман кога ќе почувствував дека ги држам конците во рака, силен бран од: депресија, апатија, безнадежност ме поклопуваше и го скратуваше моето движење. Бев врзана за креветот и одењето до тоалет ми беше најтешката работа на светот. Доста лежиш, зошто не излезеш малку да прошеташ, убаво е времето? На овие чести изјави од членовите на моето семејство немав одговор, ниту за себе, ниту за нив.

• Самоповредување

Живеев со баба ми, дедо ми и со постарата сестра. Баба ми и дедо ми постојано се расправаа, а постарата сестра имаше проблеми со алкохолот. Да издржам ми помагаше само љубовта што ми ја пружаа баба ми и дедо ми, меѓутоа алкохолот на сестра ми не можев да го поднесам. Доаѓаше навечер, агресивна и ми се тресеше целото тело кога ја слушав како вика за неправдите во животот. Со сестра ми често се тепавме. Таа не веруваше дека имам дијагноза и постојано ме провоцираше и навредуваше.

Најагресивното нешто што го имав направено беше кога, додека се расправавме со сестра ми, го грабнав скалпелот на дедо ми и со брзи движења се сечев по должина на рацете додека цели раце не ми станаа кржави. До денес имам лузни кои ме потсетуваат на тој момент.

За жал, провокациите во врска со мојата дијагноза не доаѓаа само од сестра ми, туку и од многу други познаници кои си земаа за право да го нарекуваат тоа што го имам „глупости“, а за медикаментозната терапија ми велеа дека се трујам. Дека сè сум си замислила и дека „џоинт“ подобро ќе ми дојде. Ваквите коментари ме правеа конфузна и понекогаш им верував и ги тргав апчињата, ама сето тоа резултираше со хаос и огромна агресија од моја страна.

• **Импулсивно однесување**

Borderline во превод од англиски означува гранична линија. Тие што имаат бордерлајн живеат на таа граница. Граница помеѓу лудилото и свесноста, животот и смртта. Се движат по тенка линија, надвор од која ги очекува бездна. Најблиску до бездната бев кога стапнав во казиното во мојата зграда и не сакав никако да излезам од таму. Мојот нов светкав дом, во кој времето е смрзнато, нема место за досада и осаменост, каде не е важно кој си и единствен пријател и непријател ти е апаратот. Тоа е местото на смртта. Луѓето кои одат таму немаат трпение да го живеат животот. Таму заглавуваат импулсивните луѓе, кои тежнеат да ја исполнат празнината во себе на што побрз начин, да се отргнат од душевната болка и да ги стопираат своите мисли додека автоматски го стискаат копчето на апаратот, полни со надеж за брза заработка. Такви луѓе се оние коишто страдаат од бордерлајн. Не вела дека сите луѓе во казиното имаат бордерлајн, туку дека на тие што имаат бордерлајн им е многу потешко да одолеат на тоа мрачно искушение наречено коцкање.

Се коцкав околу три месеци, притоа земав кокаин и големо количество коњак. Ги лажев домашните дека сум во читална. Кога потрошив повеќе пари отколку што имав, кажав на баба ми. Нејзиното големо срце, љубов и прошка направија да му затворам врата на тој темен период. Таа не само што ми го намери долгот, туку и ми го спаси животот.

• **Нарушување во исхраната**

Нарушувањата во исхраната често коегзистираат со симптоматологијата на оние кои имаат бордерлајн. Дека јас имам нарушување во исхраната доволно е само да споменам дека сум висока 170 см и тежам 135 кг. Мојот однос со храната беше погрешен уште од тинејџерските денови. Секогаш кога бев под стрес или вознемирена, посегнував по брзата храна и се прејадував до тој степен да морам да одам да повратам, за да можам да дишам. Во тој процес наоѓав некое уживање, особено кога ќе повратев. Се чувствував прочистено и грижата на совест ми исчезнуваше. На почеток тоа го практикував ретко, но со текот на времето ја зачестив таа практика, па почнав да сакам да повратам сè што ќе изедев. Најважно ми беше да повратам навечер, пред спиење, за да си легнам со празен стомак. Му кажав на мојот психијатар. Ми даде антипсихотик за да го решам тој проблем и терапијата дејствуваше позитивно. Немав

ОД СИТЕ СИМПТОМИ НА БОРДЕРЛАЈН СУИЦИДНИТЕ МИСЛИ МИ ПАЃААТ НАЈТЕШКО. НЕ САКАМ ДА СЕ УБИЈАМ, НЕ ПРАВАМ НИКАКВИ ПЛАНОВИ, НО ЕДЕН ВНАТРЕШЕН ГЛАС ПОСТОЈАНО МИ ВЕЛИ: НАЈДОБРО Е ДА СЕ УБИЕШ! КОГА ЌЕ МЕ ОБЗЕМЕ ДЕПРЕСИВНОТО ЧУВСТВО, ГИ ЗАТВОРАМ ОЧИТЕ И СИ ЗАМИСЛУВАМ ДЕКА СУМ МРТВА, ДЕКА НИШТО НЕ Е ВАЖНО И ДЕКА МЕ ОПКРУЖУВА БЕСКРАЕН МИР. ТОЈ РИТУАЛ МЕ СМИРУВА. НАЈТЕШКО МИ ПАЃА КОГА ГИ ИМАМ СИТЕ ПРИЧИНИ ДА БИДАМ СРЕЌНА, А ГЛАСОТ ДА СЕ САМОУБИЈАМ НЕ МЕ ОСТАВА НА МИР. СЕ ЧУВСТВУВАМ КАКО НЕБЛАГОДАРНА И СЕБИЧНА, СЕ МРАЗАМ СЕБЕСИ! ВО ТИЕ МИГОВИ НАВИСТИНА ИМАМ ПОТРЕБА ДА ЗБОРУВАМ СО НЕКОГО И СТРАШНО МЕ НЕРВИРА ФАКТОТ ШТО ВО НАШАТА ДРЖАВА СЕ УШТЕ НЕМА СОС ЛИНИИ НАМЕНЕТИ ЗА ЛУЃЕ ИЗМАЧУВАНИ ОД СУИЦИДНИ МИСЛИ

повеќе потреба за повраќање, односно булимија. Бев многу незадоволна од мојата тежина и испробував различни диети, некои од нив беа бизарни, како, на пример, кога јадев само чоколадо и слабеев, ама се чувствував ужасно. Најбизарна беше диетата која си ја измислив самата, да ја џвакам храната, но да не ја голтнам, туку да ја плукнам.

По некое време, откако ја држев таа диета и дома го празнев целиот фрижидер, решив да проверам на интернет дали некој друг го прави истото. Дознав дека тоа е уште еден вид нарушување на исхраната како булимија и постои ризик од многу здравствени проблеми, како, на пример, недостаток на витамини и минерали, проблеми со забите, како и чир на желудник од желудочната киселина што напразно се лачи при џвакањето храна на празен стомак, како и многу, многу други здравствени проблеми. Се исплашив и престанав со диетата.

Решив повеќе да не држам никакви диети, меѓутоа не можев никако да се откажам од прејадувањето. И денес, кога ќе се почувствувам непријатно, веднаш посегнувам по храна. Секогаш тоа е брза храна: пици, крофни, хамбургери, чипсови, а понекогаш ми се случувало да изедам и по цела торта.

Тежината ме онеспособува во многу работи. При најмал напор, како пешачење до некоја блиску лоцирана продавничка, се заморувам и задишувам. Тешко си наоѓам облека за мене, бидејќи во продавниците, најчесто, нема големи броеви. Дури и во продавниците за трудници повеќето работи ми се мали. Најтешко ми паѓа што не можам да излегувам со другарките навечер и да танцувам до доцните часови. Долго време се обидував со диети, но без никаков резултат. Ми дојде идеја да појдам во манастир на неколку месеци

и таму да го решам проблемот со зависноста од храна. Се работи за манастирот „Свети Јован Бигорски“ каде што еднаш веќе сум била, но само на неколку дена. Таму храната е здрава и превкусна. Ако отидам таму, нема да имам никаков пристап до брза храна и тоа ме прави оптимист дека, конечно, на здрав начин ќе се решам од вишокот килограми.

- **Хиперсензитивност**

Ако си хиперсензитивен често имаш потреба да избегнуваш хаотични ситуации и да се осамуваш додека не ти се смират умот и сетилата. Бордерлајн носи неможност за справување со хаос. Тие што имаат бордерлајн најдобро функционираат кога се во добро структурирана и организирана средина. Шокот што го носи спонтаноста не ги изненадува пријатно, туку ги „вади од такт“. Исто така, хиперсензитивноста ги исцрпува бидејќи сетилата им се надрознуваат прекумерно од најобични работи, како: силна светлина, флуоросцентни светла, гласни звуци, интензивни миризби и сите тие нешта им предизвикуваат замор. Јас, лично, секогаш кога е многу сончево, наместо да излезам надвор со пријателите кои се радуваат на сонцето, седам дома со полуспуштени ролетни. Хиперсензитивноста ми ја диктира и модата. Секогаш носам широки блузи, од пофин материјал, со поголемо деколте, а марами никогаш не ставам бидејќи имам чувство како да ме гушат. Наместо пантолони, носам долги здолништа и никогаш не носам штикли. За да ги издржам притисоците на денот морам да бидам наспана најмалку десет часа, во спротивно наредниот ден плачам и за најмала ситница, како што е: нечиј поглед попреку, нечија мала критика или повисок тон упатен кон мене. Хиперсензитивноста, од една страна ме исцрпува, но од друга страна ми носи огромно задоволство, како, на пример, при допирот со уметноста. Се насладувам: додека гледам уметнички слики, се соживувам додека читам книги, се губам во музиката која ме носи на друго место и ме претвора во друга личност. Танцот за мене е врвна среќа и слобода. Исто така, преку хиперсензитивноста успевам да ги проценам луѓето, кои се искрени, а кои фолираат. Умеам да ги читам нивните мимики и гримаси.

Лажни луѓе избегнувам и секогаш сум опкружена со вистински пријатели. Мојата емпатија и интуиција ми овозможува да насетам што им се случува на другите во главата, а не го кажуваат тоа и ако некој има некаков проблем секогаш се нудам како „рамо за плачење“.

• Суицидни мисли

Од сите симптоми на бордерлајн, суицидните мисли ми паѓаат најтешко. Не сакам да се убијам, не правам никакви планови, но еден внатрешен глас постојано ми вели: најдобро е да се убиеш! Кога ќе ме обземе депресивното чувство ги затворам очите и си замислувам дека сум мртва, дека ништо не е важно и дека ме опкружува бескраен мир. Тој ритуал ме смирува и одмора: од животот, од болката, од празнината, од досадата и, конечно, од бесмисленоста. Но, најтешко ми паѓа кога ги имам сите причини да бидам среќна, а гласот да се самоубијам не ме остава на мир. Се чувствувам како неблагодарна и себична личност, се мразам себеси! Понекогаш си замислувам како полека тонам во море, а над мене се собираат јато риби кои целосно ми ја покриваат светлината и ја навестуваат мојата смрт. Суицидните мисли ми се силен непријател затоа што не знам од каде доаѓаат. Тие се невидлив непријател, а како да се бориш со нешто невидливо, непознато? Во тие мигови кога ми доаѓаат непоканети суицидните мисли, навистина имам потреба да зборувам со некого и страшно ме нервира фактот дека во нашата држава сè уште нема СОС линии наменети за луѓето коишто се измачувани од суицидни мисли.

БАБА МИ И ДЕДО МИ
ВЕЌЕ СЕ ПОЧИНАТИ, А ЈАС
ЖИВЕАМ СО ДЕЧКО МИ КОЈ
НЕСЕБИЧНО МЕ ПРИФАЌА. ДА
БИДАМ ИСКРЕНА, СÈ УШТЕ
СЕ БОРАМ СО БОРДЕРЛАЈН.
ПИЈАМ СООДВЕТНИ ЛЕКОВИ,
МЕЃУТОА БОРДЕРЛАЈН НЕ
СЕ ЛЕЧИ САМО СО ЛЕКОВИ.
ПОТРЕБЕН Е ДОЛГ ПРОЦЕС
НА СЕБЕСПОЗНАВАЊЕ
И СЕБЕПРИФАЌАЊЕ.
ЛУЗНИТЕ ОД МИНАТОТО
БАВНО ЗАЗДРАВУВААТ. И
ПОКРАЈ СÈ, СРЕЌНА СУМ
ШТО ИМПУЛСИВНОТО
ОДНЕСУВАЊЕ И
СУИЦИДНОСТА МИ СЕ
ДРАСТИЧНО НАМАЛЕНИ
И ПОВЕЌЕ НЕ ВЛЕГУВАМ
ВО ОПАСНИ СИТУАЦИИ
ПО ЖИВОТОТ. ВРСКАТА СО
МОЈОТ ПАРТНЕР Е СТАБИЛНА.
ОДНОСОТ СО БЛИСКИТЕ
ЗНАЧИТЕЛНО ГО ПОДОБРИВ.
СЕСТРА МИ, СО КОЈА ИМАВ
НАЈМНОГУ ПРОБЛЕМИ, СИ
НАЈДЕ НОВ ДЕЧКО И СЕГА
НЕ ПИЕ. ОДНОСОТ НИ Е
ОДЛИЧЕН. СО МАЈКА МИ СЕ
СЛУШАМЕ СЕКОЈ ДЕН И ТАА
РЕДОВНО МЕ БОДРИ ЗА ШТО
И ДА САКАМ ДА НАПРАВАМ

Мојата состојба денес

Баба ми и дедо ми се веќе починати, а јас живеам со дечко ми кој несебично ме прифаќа. Да бидам искрена, сè уште се борам со бордерлајн. Пијам соодветни лекови, меѓутоа бордерлајн не се лечи само со лекови. Потребен е долг процес на себеспознавање и себеприфаќање. А, лузните од минатото бавно заздравуваат. И

покрај сè, среќна сум што импулсивното однесување и суицидноста ми се драстично намалени и повеќе не се воведувам себеси во опасни ситуации по животот. Врската со мојот партнер е стабилна. Ниту го идеализирам, ниту го девалуирам. Излегов од тој црно-бел свет на екстреми и умеам да ја согледам пореално стварноста, со сите бои и нијанси што ги има. Научив да правам компромис, нешто што порано ми беше непознато. Односот со блиските значително го подобрих. Сестра ми, со која имав најмногу проблеми, си фати нов дечко и сега не пие. Односот ни е одличен. Често одам кај неа на гости и таа доаѓа кај мене, гледаме филмови и си разговараме на разни теми. Со мајка ми се слушаме секој ден и таа редовно ме бодри за што и да сакам да направам. Помалата сестра, со нејзината смисла за хумор и весела природа, кога ќе ми дојде на гости ми го прави денот најубав. За викенд сите се собираме кај мајка ми и сме едно сложно, хармонично семејство. И покрај тоа што ги загубив оние што најмногу ги сакав: баба ми и дедо ми, конечно со помош на блиските и на мојот дечко, пред сè, успевам да видам како се назира светлината на крајот од тунелот.

(Стефанија Граовац има дипломирано на Филолошки факултет „Блаже Конески“ при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“, Скопје, на Катедрата за општа и компаративна книжевност. Учесник е во повеќе проекти и обуки за развивање вештини. Член е на Клубот на литературни критичари, како и на граѓанското здружение за ментално здравје „Мисла“.)



МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ КАЈ ДЕЦАТА И МЛАДИТЕ

МАРИЈА РАЛЕВА

ПАНДЕМИЈАТА ДРАМАТИЧНО ИМ ГО НАРУШИ СЕКОДНЕВИЕТО НА ДЕЦАТА И МЛАДИТЕ ВО СВЕТОТ. ДЕПРЕСИВНОСТА И АНКСИОЗНОСТА СЕ ПОКАЧИЈА КАКО РЕЗУЛТАТ НА: СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА, ЗАТВОРАЊЕ НА УЧИЛИШТАТА, ПОПРЕЧУВАЊЕ НА СЛОБОДНИТЕ АКТИВНОСТИ И СЕ ПОГОЛЕМАТА СВРТЕНОСТ КОН ВИРТУАЛНАТА СТВАРНОСТ. НЕИЗВЕСНОСТА И ГРИЖАТА ЗА ЗДРАВЈЕТО И БЛАГОСОСТОЈБАТА НА СЕМЕЈСТВОТО, СЕ ПОВРЗАНИ СО ПОРАСТ НА ОПШТАТА АНКСИОЗНОСТ И ДЕПРЕСИВНОСТ КАЈ МЛАДИТЕ. ВО ОВОЈ ПЕРИОД, СТАПКАТА НА КЛИНИЧКИ ПОЧЕСТИ СИМПТОМИ НА ДЕПРЕСИЈА И АНКСИОЗНОСТ КАЈ МЛАДИТЕ ИЗНЕСУВА 25.2% И 20.5%. ТОА ЗНАЧИ 1 МЛАД ЧОВЕК ОД 4 НА ГЛОБАЛНО НИВО ДОЖИВУВА КЛИНИЧКИ ПОКАЧЕНИ ДЕПРЕСИВНИ СИМПТОМИ, А 1 ОД 5 ИМА ЗНАЧИТЕЛНО ПОКАЧЕНИ СИМПТОМИ НА АНКСИОЗНОСТ. ВО СПОРЕДБА СО ПРЕД ПАНДЕМИЈАТА, ПРОБЛЕМИТЕ СО МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НА МЛАДИТЕ СЕ ПОКАЧЕНИ ЗА 4 ДО 5 ПАТИ

Менталното здравје лежи во основата на човечката способност: да размислува, да чувствува, да учи, да работи, да гради значајни односи со другите и да придонесува за заедницата и општеството. Иднината на секое општество зависи од неговите заложби и способности да го негува здравјето воопшто, менталното здравје и благосостојбата на следната генерација. Градбените елементи на просперитетните заедници и добро функционалните општества почиваат врз здравјето и развојот на младите луѓе.

Децата и младите сочинуваат, речиси, една третина (2.7 милијарди индивидуи) од светската популација и, речиси, 90% живеат во земји со низок и среден приход, каде што сочинуваат до 50% од населението.¹ За младите луѓе, невропсихијатриските нарушувања се водечка причина за оптоварување поврзано со здравјето,

1 Unicef. Statistics and monitoring. 2022.

<http://www.unicef.org/statistics> (пристапено 12 февруари, 2022).

што претставува 15-30 % од годините живот приспособени на по-преченост (DALYs), изгубени во текот на првите три децении од животот.²

И покрај признавањето на важноста на промоцијата и превенцијата на менталното здравје на децата и младите, постои огромен јаз помеѓу потребите и достапноста на ресурсите. Финансирањето во научните истражувања на менталното здравје не бележи пораст, а само 1/3 од средствата инвестирани во истражувањата на менталното здравје се користат за истражувања кои ги вклучуваат младите луѓе.

Проблемите на возрасните со корен во детството

Доказите покажуваат дека значителен дел од проблемите со менталното здравје кај возрасните се јавуваат рано во животот, односно дека тие оставаат далекусежни последици по детството и адолесценцијата. Бидејќи менталните болести се хронични нарушувања на младите луѓе, решавањето на проблемите со менталното здравје во раните развојни фази во животот треба да се смета за приоритет.

Пандемијата со Ковид-19 го стави уште повеќе на проба здравствениот сектор глобално и локално, а последиците од неа се покажаа крајно девастирачки во однос на кривкиот јавно-здравствен систем, каков што е нашиот. Сè подлабоката стратификација на општеството, растечката сиромаштија, невработеноста и изолацијата, го изнесоа на виделина недостигот од програми за превенција и интервенција и заштита на менталното здравје на децата и младите, особено во услови со високо ниво на стрес, како што е пандемијата.

Во натамошното излагање, кон развојот на децата и адолесцентите ќе пристапам од аспект на животниот циклус, којшто ги мапира релевантните фактори на ризик по хронолошки редослед, почнувајќи од периодот пред концепцијата, па сè до адултната возраст. Потоа ќе се осврнам на состојбите и индикаторите на менталното здравје на глобално и локално ниво, со цел да се укаже на потребите и приоритетите во дејствувањето, особено во средини со малку ресурси, како што е нашата.

² Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1).

За развој на децата треба одговорна средина

Истражувањата го поткрепуваат фактот дека социјалните детерминанти на здравјето, како што се: социјалната стратификација, класните разлики и образованието, играат важна улога во раните животни периоди, во самиот зародиш на формирањето на индивидуата, како на социјално и психолошко рамниште, така и на невробиолошко рамниште.

Веднаш по раѓањето, невробиолошката основа на човековата благосостојба, мозокот во развој, бара одговорна средина и поддршка за да се изградат мозочните врски, да се олеснат новите способности на детето и да се зајакнат темелите на неговото физичко и ментално здравје. Преку заемно наградувачки интеракции со возрастите кои се грижат за нив, малите деца се и поттикнувачи и поттикнати во овој реципрочен динамичен процес. Овие интеракции се од суштинско значење за здрав развој и најнепосредно ја обликуваат архитектурата на мозокот во развој. Тоа е период на максимален раст на мозокот и на формирање на обрасците на емоционалната регулација што влијаат врз подоцнежните исходи на планот на менталното здравје

Ризиците специфични за возраста, уште од самиот зачеток се однесуваат на мајката, нејзината возраст (со посебна грижа за адолесцентни мајки), нејзината ментално-здравствена состојба, земајќи ја предвид депресијата во периодот на бременоста како сериозен фактор на ризик, семејната историја на проблеми со менталното здравје, несаканата бременост, ниската родилна тежина, несоодветното родителство.

Во Македонија, според МИКС³ студијата од 2019 година, индексот на раниот детски развој изнесува 81.8 %, што значи дека 18.2 % од децата помлади од 5 години не го достигнуваат својот развоен потенцијал заради: заостанување, несоодветна стимулација, лоша нега во домот, изложеност на насилство, интраутерино забавување на растот или изложеност на тешки метали. За децата во ромските средини индексот на раниот детски развој изнесува 59.1 %. Според истата Студија, 2.2 % од децата до 5 година и 11.1 % од децата на

3 State Statistical Office and UNICEF. 2020. 2018-2019 North Macedonia Multiple Indicator Cluster Survey and 2018-2019 North Macedonia Roma Settlements Multiple Indicator Cluster Survey, Survey Findings Report. Skopje, North Macedonia: State Statistical Office and UNICEF.

возраст од 5-17 година имаат функционални тешкотии, додека во ромските средини тие проценти изнесуваат 6.1 % и 24.8 %, соодветно.

Во периодот на училишна возраст и адолесценција (од 5 до 18 години) факторите на ризик за менталното здравје се зголемуваат значително со возраста: училишни тешкотии, врсничко насилство, семејна дисфункционалност, занемарување, физичка и сексуална злоупотреба, употреба на тутун, алкохол и дроги, патолошка употреба на интернет, рана бременост.

Истата Студија покажува дека, речиси, три четвртини (73 %) од децата во Македонија на возраст од 1-14 година се изложени на било кој вид злоупотреба, а 7 % од децата доживуваат тешки форми на насилство; во ромските средини 81.8 % се изложени на било кој вид злоупотреба, а 13 % на тешки форми на насилство. Негативните искуства во детството, злоупотребата и насилството се силен предиктор на ризик за засегање на подоцнежното ментално и физичко здравје.

Депресијата и генерализираната анксиозност се најчестите проблеми врзани со менталното здравје кај младите. Депресивните симптоми кои подразбираат чувство на тага, загуба на интерес и задоволство во активностите, како и нарушување на регулативните функции, како што се спиењето и апетитот, се значително присутни. Генерализирани симптоми на анксиозност кај младите се манифестираат како изразено чувство на: загриженост, страв и високи нивоа на возбуденост, а честопати се

СЕ СМЕТА ДЕКА ВО С. МАКЕДОНИЈА ДОПОЛНИТЕЛНИ 16.000 ДЕЦА СЕ ТУРНАТИ ПОД ПРАГОТ НА СИРОМАШТИЈАТА ЗАРАДИ КОРОНА-ПАНДЕМИЈАТА. ОВА Е ЕДНАКВО НА ЗГОЛЕМУВАЊЕ НА СТАПКАТА НА ДЕТСКА СИРОМАШТИЈА ОД 29.3 % НА 33.3 %. ОВОЈ ЕФЕКТ Е НАЈИЗРАЗЕН ВО ДОМАЌИНСТВА СО 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ДЕЦА, КАДЕ ВОЗРАСНИТЕ СЕ СО НИСКО НИВО НА ОБРАЗОВАНИЕ. НАЈСИРОМАШНИТЕ ДЕЦА МОЖЕ ДА СТРАДААТ ПОВЕЌЕ ОД КОВИД-19 КАКО РЕЗУЛТАТ НА НЕДОВОЛЕН ПРИСТАП ДО ИНТЕРНЕТ И ЛОШИ УСЛОВИ ЗА ДОМУВАЊЕ. СТУДИИТЕ СУГЕРИРААТ ДЕКА СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО СЕ ЗГОЛЕМИ ЗА ВРЕМЕ НА КОРОНА-КРИЗАТА, СО ОКОЛУ 10 % ДЕЦА ЖРТВИ. ИМА И ПОВЕЌЕ ВРСНИЧКО НАСИЛСТВО МЕЃУ ДЕЦАТА ОПФАТЕНИ ВО СИСТЕМОТ НА СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА. КОВИД-19 ГО НАМАЛИ И ПРИСТАПОТ ДО ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ, ОСОБЕНО ЗА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ. СТАПКАТА НА ДИЈАГНОСТИЦИРАНИ МЕНТАЛНИ ТЕШКОТИИ Е ЗНАЧИТЕЛНО ЗГОЛЕМЕНА. СЕ ПОГОЛЕМ БРОЈ ДЕЦА И МЛАДИ ИМААТ ПОТРЕБА ОД ЛЕКОВИ И ПСИХОТЕРАПЕВТСКИ ТРЕТМАНИ

придружени со: соматски симптоми, болки, стегање, и сл.

Во периодот пред пандемијата со Ковид-19, податоците од епидемиолошките студии за менталното здравје на децата и младите во светски рамки укажуваа на тоа дека 13.4 % од децата на возраст до 18 години имаат некакво нарушување на менталното здравје. Анксиозните нарушувања беа застапени кај 6.5 %, а депресивните кај 2.6 %, хиперактивноста кај 3.4 % и растројствата во однесувањето кај 5.7 % од нив. Податоците кај нас од 2019 година говорат во правец на значително повисока застапеност на анксиозноста кај децата. Во Македонија, 9.3 % од децата на возраст од 5-17 години имаат анксиозни нарушувања, а 1.8 % од децата имаат депресивни нарушувања.⁴

Ковид-19 ја засили детската сиромаштија

Откако пандемијата со КОВИД-19 беше прогласена за меѓународна итна јавно-здравствена состојба, децата и младите ширум светот доживеаја драматични нарушувања во нивниот секојдневен живот. Депресивноста и анксиозноста се покачени за време на пандемијата како резултат на: долготрајната социјална изолација, затворање на училиштата во поголем дел од времето, попречување на слободните активности, интереси и спорт и сè поголемата свртеност кон виртуелната

**ЗНАЧИТЕЛЕН ДЕЛ
ОД ПРОБЛЕМИТЕ СО
МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ
КАЈ ВОЗРАСНИТЕ СЕ
ЈАВУВААТ РАНО ВО
ЖИВОТОТ И ОСТАВААТ
ДАЛЕКУСЕЖНИ ПОСЛЕДИЦИ
И ПО ДЕТСТВОТО И
АДОЛЕСЦЕНЦИЈАТА.
ВИДЕЈКИ МЕНТАЛНИТЕ
БОЛЕСТИ СЕ ХРОНИЧНИ
НАРУШУВАЊА НА МЛАДИТЕ
ЛУЃЕ, РЕШАВАЊЕТО
НА ПРОБЛЕМИТЕ СО
МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО
РАНИТЕ РАЗВОЈНИ ФАЗИ
ВО ЖИВОТОТ ТРЕБА ДА
СЕ СМЕТА ЗА ПРИОРИТЕТ.
ПАНДЕМИЈАТА СО КОВИД-19
ГО СТАВИ УШТЕ ПОВЕЌЕ НА
ПРОБА ЗДРАВСТВЕНИОТ
СЕКТОР ГЛОБАЛНО И
ЛОКАЛНО, А ПОСЛЕДИЦИТЕ
ОД НЕА СЕ ПОКАЖАА
КРАЈНО ДЕВАСТИРАЧКИ
ВО ОДНОС НА КРЕВКИОТ
ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕН
СИСТЕМ, КАКОВ ШТО Е
НАШИОТ. СЕ ПОДЛАБОКАТА
СТРАТИФИКАЦИЈА
НА ОПШТЕСТВОТО,
РАСТЕЧКАТА СИРОМАШТИЈА,
НЕВРАБОТЕНОСТА
И ИЗОЛАЦИЈАТА ГО
ИЗНЕСОА НА ВИДЕЛИНА
НЕДОСТИГОТ ОД ПРОГРАМИ
ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И
ИНТЕРВЕНЦИЈА И ЗАШТИТА
НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ
НА ДЕЦАТА И МЛАДИТЕ,
ОСОБЕНО ВО УСЛОВИ СО
ВИСОКО НИВО НА СТРЕС,
КАКО ШТО Е ПАНДЕМИЈАТА**

4 Polanczyk G, Salum G, Sugaya L, Caye A, Rohde I (2015) Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1-21 doi:10.1111/jcpp.12381.

стварност и активностите онлајн. Неизвесноста, нарушувањето во секојдневните навики и грижата за здравјето и благосостојбата на семејството и најблиските, загуба на блиски членови на семејството заради смрт за време на пандемијата, веројатно се поврзани со зголемување на општата анксиозност и депресивност кај младите.

Во последните мета-анализи на студиите низ светот (за време на пандемијата) стапката на клинички покачени симптоми на депресија и анксиозност меѓу младите изнесува 25.2 % и 20.5 %.⁵ Тоа значи 1 млад човек од 4 на глобално рамниште доживува клинички покачени депресивни симптоми и 1 од 5 доживува значително покачени симптоми на анксиозност.

Споредбата на овие наоди со оние пред пандемијата (6.5 % за анксиозност и 2.6 % за депресија) укажува на тоа дека тешкотиите на планот на менталното здравје на младите за време на пандемијата се 4-5 пати покачени, особено во првата година на пандемијата, особено повеќе кај девојчињата и кај постарите деца и адолесценти. Широк опсег на анксиозни нарушувања, како што се: социјалната анксиозност, генерализираната анксиозност и паничните растројства, се во фокусот на пријавените нарушувања. Девојчињата се позасегнати и со анксиозни и со депресивни нарушувања (како и во претходните студии) што, пред сè, се должи на: биолошката подложност, пониското ниво на самопочит, повисоката стапка и поголемата чувствителност на насилство, родовата нееднаквост, и сл. Постарите деца и адолесценти, исто така, се позасегнати заради биолошката ранливост во пубертетот и хормоналните промени кои влијаат врз мозочната активност и дополнително заради социјалните фактори – изолацијата и физичкото дистанцирање што ги засега младите, особено заради фактот што значително се потпираат врз врските со врсниците.

Неодамнешната студија на УНИЦЕФ⁶ во земјава, покажа дека покрај директниот ефект на самата пандемија и други социјални

5 Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. (2021) Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19 A Meta-analysis, JAMA Pediatrics, November, 175, 1-11 <https://jamanetwork.com/> on 12/12/2021.

6 Petreski M, Petreski B, Tomovska – Misoska A, Gerovska – Mitev M, Parnardzieva – Zmejкова M, Dimkovski V, Morgan N. (2020) The Social and Economic Effects of COVID-19 on Children in North Macedonia: Rapid Analysis and Policy Proposals UNICEF, https://repository.ukim.mk/bitstream/20.500.12188/9463/1/Study_%20Social%20and%20Economic%20Effects%20of%20COVID-19.pdf

ВО МАКЕДОНИЈА, СПОРЕД МИКС СТУДИЈАТА ОД 2019 ГОДИНА, ИНДЕКСОТ НА РАНИОТ ДЕТСКИ РАЗВОЈ ИЗНЕСУВА 81.8 %, ШТО ЗНАЧИ ДЕКА 18.2 % ОД ДЕЦАТА ПОМЛАДИ ОД 5 ГОДИНИ НЕ ГО ДОСТИГНУВААТ СВОЈОТ РАЗВОЕН ПОТЕНЦИЈАЛ ЗАРАДИ: ЗАОСТАНУВАЊЕ, НЕСООДВЕТНА СТИМУЛАЦИЈА, ЛОША НЕГА ВО ДОМОТ, ИЗЛОЖЕНОСТ НА НАСИЛСТВО, ИНТРАУТЕРИНО ЗАБАВУВАЊЕ НА РАСТОТ ИЛИ ИЗЛОЖЕНОСТ НА ТЕШКИ МЕТАЛИ. ЗА ДЕЦАТА ВО РОМСКИТЕ СРЕДИНИ ИНДЕКСОТ НА РАНИОТ ДЕТСКИ РАЗВОЈ ИЗНЕСУВА 59.1 %. СПОРЕД ИСТАТА СТУДИЈА, 2.2 % ОД ДЕЦАТА ДО 5 ГОДИНИ И 11.1 % ОД ДЕЦАТА НА ВОЗРАСТ ОД 5-17 ГОДИНИ, ИМААТ ФУНКЦИОНАЛНИ ТЕШКОТИИ, ДОДЕКА ВО РОМСКИТЕ СРЕДИНИ ТИЕ ПРОЦЕНТИ ИЗНЕСУВААТ 6.1 % И 24.8 %, СООДВЕТНО. СТУДИЈАТА ПОКАЖУВА ДЕКА, РЕЧИСИ, ТРИ ЧЕТВРТИНИ (73 %) ОД ДЕЦАТА ВО МАКЕДОНИЈА НА ВОЗРАСТ ОД 1 ДО 14 ГОДИНИ СЕ ИЗЛОЖЕНИ НА НЕКАКВА ЗЛОУПОРЕБА, А 7 % ОД ДЕЦАТА ДОЖИВУВААТ ТЕШКИ ФОРМИ НА НАСИЛСТВО. НЕГАТИВНИТЕ ИСКУСТВА ВО ДЕТСТВОТО, ЗЛОУПОТРЕБАТА И НАСИЛСТВОТО СЕ СИЛЕН ПРЕДИКТОР НА РИЗИК ЗА ПОДОЦНЕЖНОТО МЕНТАЛНО И ФИЗИЧКО ЗДРАВЈЕ

фактори коишто ги продлабочи пандемијата, придонесуваат за детериорирање на менталното здравје, како што се: сиромаштијата, зголемување на зачестеноста на семејното насилство и насилството врз децата, врничкото насилство и насилството на интернет.

„Ковид-19 ја засили детската сиромаштија во Северна Македонија. Многу извесно е дека пандемијата втурна дополнителни 16.000 деца под прагот на сиромаштијата. Ова е еднакво на зголемување на стапката на детска сиромаштија од сегашните 29.3 %, на 33.3 %, стапка што не е забележана во земјата... Овој ефект е најсилен кај децата кои живеат во домаќинства со 3 или повеќе деца и каде возрасните членови на семејството имаат завршено ниско ниво на образование. Најсиромашните деца може да страдаат повеќе од Ковид-19 како резултат на комбинирани ефекти на повеќе ризици и неповолности, како недоволен пристап до интернет и лоши услови за домување, што може да биде особено важно за напредокот во учењето.“ Во истата Студија е забележано дека „семејното насилство се зголеми за време на Ковид-19, при што децата претставуваа скоро 10 % од жртвите, зголемен број на случаи на врнич-

ко насилство меѓу згрижените деца во обличите на згрижување во системот на социјална заштита“. Исто така, Ковид-19 предизвика „одложување на пристапот до здравствени услуги. Дијагностиката и контролата на хроничните состојби и, до одреден степен, на

менталното здравје, се најмногу запоставени за време на пандемијата. Стапката на дијагностицирање на ментално-здравствени тешкотии и нарушувања е значително зголемена, сè поголем број деца и млади имаат потреба од фармаколошки и психотерапевтски третмани, воспитно-образовни интервенции и бројни специјални служби за децата со атипичен развој“.

Искуството на растење во сиромаштија, раната изложеност на насилство од секаков вид, има и краткорочни и долгорочни негативни последици. Децата кои растат во вакви средини имаат повиоки стапки на акутни и хронични болести и може да имаат полошо физичко и ментално здравје во зрелата возраст.

Интервенцијата денес го нарушува товарот утре

Децата и адолесцентите се засегнати од нарушувања на менталното здравје. Постои голема група на деца под ризик кои заради начинот на кој се предиспонирани да одговорат на стрес, се особено склони да бидат погодени и од позитивни и од негативни социјални услови. Но, во услови на значително нагласен социјален стрес, каков што е пандемијата со Ковид-19, што влијае директно, но и индиректно нагласувајќи ја социјалната нееднаквост и социјалната стигматизација, негативните последици започнуваат во раното детство. Овие ефекти функционираат преку невробилошки патишта кои се чувствителни на стрес и на негативни животни околности, се засилуваат и го дестабилизираат развојот и доведуваат до сериозни засегања на менталното здравје. Впрочем, една третина од децата во Македонија се под сериозен ризик за ваквите нарушувања.

Меѓутоа, многу деца кои доживуваат неповолни искуства во раните години, растат и, сепак, стануваат здрави возрасни. Психолошката отпорност (резилиентноста) подразбира вродени квалитети и разлики кај единката што ѝ овозможуваат да ги надмине неволјите на коишто може да биде изложена. Некои од овие квалитети, на пример, однесувањето и емоционалната саморегулација, се покажа дека придонесуваат за стабилноста на менталното здравје и водат кон повисоки училишни постигнувања на децата. Секако, овие способности можат да се поттикнат и да се поддржат со различни програми за детскиот развој.

Промоцијата и превенцијата на менталното здравје на децата и адолесцентите е голем предизвик, особено во нашата средина, која

располага со малку ресурси. Се соочуваме со: недоволно јасни показатели на ментално-здравствениот статус на оваа популација (а и оние што ги имаме не се користат за посеопфатно планирање на програми), малку национални универзални и индицирани превентивни програми, мал број стручни лица и недоволно служби за третман и рехабилитација на менталното здравје на децата и младите.

Затоа, пред сè, ни се потребни национални епидемиолошки студии за менталното здравје на децата и младите со релевантни показатели на факторите на ризик и факторите на резилентност што ќе овозможи соодветно разбирање и справување со последиците од оваа криза и нејзините импликации врз патиштата на развој на денешните деца и млади врзани за нивното ментално здравје. Раните интервенции насочени кон подобрување на благосостојбата на децата и младите, можат да обезбедат долгорочни здравствени и социо-економски придобивки, главно преку спречување на хроничните нарушувања, што е значително наградувачки ако мудро и далекусежно планираме. Денешната интервенција, веројатно, ќе резултира со намален товар врз општеството во иднина.

ПРОМОЦИЈАТА И ПРЕВЕНЦИЈАТА НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НА ДЕЦАТА И АДОЛЕСЦЕНТИТЕ Е ГОЛЕМ ПРЕДИЗВИК, ОСОБЕНО ВО НАШАТА СРЕДИНА, КОЈА РАСПОЛАГА СО МАЛКУ РЕСУРСИ. СЕ СООЧУВАМЕ СО НЕДОВОЛНО ЈАСНИ ПОКАЗАТЕЛИ НА МЕНТАЛНО-ЗДРАВСТВЕНИОТ СТАТУС НА ОВАА ПОПУЛАЦИЈА (А И ОНИЕ ШТО ГИ ИМАМЕ НЕ СЕ КОРИСТАТ ЗА ПОСЕОПФАТНО ПЛАНИРАЊЕ НА ПРОГРАМИ), МАЛКУ НАЦИОНАЛНИ УНИВЕРЗАЛНИ И ИНДИЦИРАНИ ПРЕВЕНТИВНИ ПРОГРАМИ, МАЛ БРОЈ СТРУЧНИ ЛИЦА И НЕДОВОЛНО СЛУЖБИ ЗА ТРЕТМАН И РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НА ДЕЦАТА И МЛАДИТЕ. ЗАТОА СЕ ПОТРЕБНИ НАЦИОНАЛНИ ЕПИДЕМИОЛОШКИ СТУДИИ ЗА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НА ДЕЦАТА И МЛАДИТЕ СО РЕЛЕВАНТНИ ПОКАЗАТЕЛИ НА ФАКТОРИТЕ НА РИЗИК И ФАКТОРИТЕ НА РЕЗИЛЕНТНОСТ ШТО ЌЕ ОВОЗМОЖИ СООДВЕТНО РАЗБИРАЊЕ И СПРАВУВАЊЕ СО ПОСЛЕДИЦИТЕ ОД ОВАА КРИЗА

(Д-р Марија Ралева е психијатар за деца и адолесценти и семеен психотерапевт. Таа е професор по психијатрија на Медицинскиот факултет и професор по Детска и адолесцентна психопатологија на Филозофскиот факултет, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Скопје. Има учествувало во повеќе меѓународни и национални проекти за детското и адолесцентно ментално здравје. Автор и

коавтор е на 44 трудови објавени во стручни и научни сисанија од оваа област. Соработник е на Европскиот извештај за превенција на злоупотреба на деца (СЗО, 2013), главен истражувач на Студијата за негативните искуства во детството и влијанието врз однесувањата поврзани со здравјето (СЗО, 2014). Актуелно е координатор и главен истражувач на проектот RISE во Северна Македонија (2018-2022) – Превенција на менталното здравје на децата во Југоисточна Европа (Хоризонт 2020). Таа е член на ISPCAN (Меѓународно здружение за превенција од злоупотреба и запоставување на децата) и други асоцијации.)



РАЗВОЈ НА ЕГЗЕКУТИВНИТЕ ФУНКЦИИ И МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НА ДЕЦАТА И АДОЛЕСЦЕНТИТЕ

АНА ФРИЦХАНД

ПЕРИОДОТ НА РАНО ДЕТСТВО СЕ ПОСОЧУВА КАКО КЛУЧЕН ЗА РАЗВОЈОТ НА ЕГЗЕКУТИВНИТЕ ФУНКЦИИ, ТАКА ШТО КВАЛИТЕТНОТО ПРЕДУЧИЛИШНО ОБРАЗОВАНИЕ И НАЈВАЖНО – ВКЛУЧЕНОСТА НА СИТЕ ДЕЦА ВО ПРЕДУЧИЛИШНИ УСТАНОВИ – Е СЛЕДЕН ЗНАЧАЕН ЧЕКОР КОН ПОТТИКНУВАЊЕ НА РАЗВОЈОТ НА ЕФ. ЗЕМЕНО ВО ЦЕЛОСТ, ФОКУСОТ ТРЕБА ДА БИДЕ СТАВЕН НА: ПРОМОВИРАЊЕ НА РАНИОТ РАЗВОЈ НА МОЗОКОТ, ОДРЖУВАЊЕТО НА КВАЛИТЕТОТ НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И БЛАГОСОСТОЈБАТА, ПОЗИТИВНОТО РОДИТЕЛСТВО, СИГУРНОТО СОЦИО-ЕМОЦИОНАЛНО ПРИВРЗУВАЊЕ, ПСИХОЛОШКАТА РЕЗИЛИЕНТНОСТ, ВИСОКАТА ЕМОЦИОНАЛНА РЕГУЛАЦИЈА, И СЛИЧНО, СО ЦЕЛ СЕКОЕ ДЕТЕ ДА ГО ДОСТИГНЕ СВОЈОТ МАКСИМАЛЕН КАПАЦИТЕТ ЗА: РАЗВОЈ, УЧЕЊЕ И ПРОДУКТИВНОСТ

Use it or lose it! Растење во стимулативна средина

Развојот на мозокот и на невропсихолошките функции е еден од најсложените развојни домени проучувани во повеќе научни дисциплини. Согласно невропсихолошката парадигма, мозокот и однесувањето на поединецот се меѓусебно причински-последично поврзани. Со развојот на структурите, се развиваат и соодветните функции, при што развојната динамика и брзината на достигнување на развојните фази е различна за секое дете, иако фазите се исти за сите деца. Развојот на мозокот започнува уште во преднаталниот период и интензивно продолжува во периодите на детство и адолесценција. Се работи за суштински процес од кој зависат и со кој се неразделно поврзани сите други процеси и функции. Тој е тесно поврзан со: влијанијата од средината, интерперсоналните врски, генетскиот потенцијал, итн.

Сложената средина делува поттикнувачки врз развојот на мозокот,

кој забавува доколку изостане активност, што доведува и до губење на синапсите (познатата изрека: „use it or lose it“). Искуствата коишто потекнуваат од интерперсоналните врски влијаат врз начинот на кој мозокот функционира и како поединецот ментално ја конструира реалноста во текот на животот. Овие влијанија не се само врз тоа кои информации допираат до мозокот, туку и како мозокот ги обработува тие информации (Павловиќ и Павловиќ, 2018). Растењето во стимулативна средина го зголемува бројот и големината на дендритите, како и невропластичноста којашто е посебно важна, заради тоа што овозможува менување и модификација на структурите и на функциите согласно барањата на средината. Ваквата приспособливост на мозочното ткиво, иако е најизразена во раното детство, се одржува во текот на целиот живот (Павловиќ и Павловиќ, 2016).

Клуч за успех – ЕФ или интелигенцијата?

Седиштето на егзекутивните функции (ЕФ) во мозокот се наоѓа во префронталниот кортекс (ПФК) и стриатумот. Zelazo & Carlson (2012) наведуваат дека, согласно истражувачките резултати, рапиден скок во развојот на ЕФ се забележува во раното детство (поточно во периодот меѓу 2-та и 6-та година), но продолжуваат да се развиваат во адолесценцијата и понатаму. Ваквите промени се јавуваат паралелно со суштинските структурни и функционални промени во префронталните области. Егзекутивните функции во литературата се уште познати и како когнитивна контрола. Тие се однесуваат на намерни, одозгора-надолу регулирани неврокогнитивни процеси коишто се вклучени во свесното, целно насочено контролирање на мислите, постапките и емоциите. Ваквите процеси ги вклучуваат: когнитивната флексибилност, инхибиторната контрола и работната меморија (Miyake et al., 2000; според Zelazo & Carlson, 2012).

Когнитивната флексибилност вклучува способност за преместување од размислување за два различни концепти, кон размислување за повеќе концепти истовремено (пр. разгледување на туѓа перспектива во одредена ситуација или решавање математички проблем на повеќе начини). Работната меморија вклучува чување на, и манипулирање со информациите и го олеснува: планирањето, разбирањето, расудувањето и решавањето проблеми. Инхибиторната контрола (позната и како инхибиција на одговор) е процес на намерно потиснување на вниманието (и последователно

реагирање) на нешто (пр. кога „броиме до 10“ пред да го кажеме првото што ни паѓа на ум). Овие три вештини се поизразени кај лица кои имаат карактеристики на темпераментот, како што се: волева контрола, совесност, отвореност и борбеност, како и карактеристики на целно насоченото однесување, како што се: самоконтрола, учење преку рефлексија, промислено решавање проблеми, емоционална регулација, истрајност и планирање (Zelazo, Blair & Willoughby, 2016).

Развојот на ЕФ игра клучна улога за развојот на многу аспекти од академскиот и социјалниот домен (пр. познато е дека ЕФ се подобар предиктор на академскиот успех, отколку коефициентот на интелигенција). Меѓу авторите постои начелна согласност дека ЕФ кај возрастните поединци не се единствена вештина, туку повеќе претставуваат склоп на меѓусебно поврзани вештини кои се ставаат во функција на решавање когнитивно сложени ситуации. Кај децата е докажано дека когнитивните процеси кои ги сочинуваат ЕФ кај возрастните, сè уште не се издиференцирани и затоа се потпираат врз единствен процес кој постепено се диференцира низ развојот (Bardikoff & Sabbagh, 2017).

Во литературата се разликуваат т.н. „студени“ и „топли“ егzekyтивни функции. Првите се процеси кои се повеќе когнитивни и се активираат во емоционално неутрален контекст (пример: планирање, донесување одлуки, поставување цели, адаптивно однесување, итн.), а се посредувани од дорзолатералниот ПФК. Вторите се повеќе афективни и се активираат во ситуации кои се од мотивациски и емоционален аспект значајни за поединецот (пр. донесување одлуки при неизвесност и ризик или одложување на наградата), а се поддржани од вентромедијалниот ПФК (Zelazo & Cunningham, 2007). „Топлите“ и „студените“ ЕФ се развиваат одделно, како различни конструкти, при што „топлиите“ ЕФ се развиваат побавно од „студените“ ЕФ (Prencipe & Zelazo, 2005; според Fernandes, 2017). Иако постојат релативно малку сознанија за развојот на „топлиите“ ЕФ, дел од истражувањата (пример: Overman, Bachevalier, Schuhmann, Ryana, 1996; според Zelazo & Cunningham, 2007), покажуваат дека постои возрастно напредување во изведбата на задачите на реверзибилни предмети помеѓу доенчиња и деца на предучилишна возраст. Kerr & Zelazo (2004; според Zelazo & Cunningham, 2007) наоѓаат дека 4-годишните деца прават многу понапредни избори на

задачите отколку што се очекува, додека 3-годишните деца прават помал број такви избори. Истражувањата покажуваат дека кај децата на возраст од 3 години постои поголема веројатност да избираат поголеми, повеќе одложени награди во споредба со помали, понепосредни награди. Но кога од нив ќе се побара да избираат за себе, поголема е веројатноста да изберат непосредни награди во споредба со децата од четири години (Prencipe & Zelazo, 2005; според Fernandes, 2017). Carlson, Davis & Leach (2005; според Fernandes, 2017) откриле дека на задачите што ги мерат „студените“ ЕФ (т.е. апстрактни претстави на задачата од претходно споменатото истражување), одговорите на тригодишните деца биле значително подобри. Hooper et al. (2004; според Fernandes, 2017) соопштуваат подобрувања поврзани со возраста во „студените“ и „топлите“ ЕФ. Во тој контекст, кај адолесцентите се најдени повисоки резултати за „топлите“ ЕФ, отколку кај децата.

Образование за подобри егzekутивни функции

Интересот за проучување на развојот на ЕФ е многу голем, од причина што раните индивидуални разлики во ЕФ присутни во детството, предвидуваат важни развојни исходи подоцна во животот. Според Zelazo, Blair & Willoughby (2016), вештините на ЕФ во детството обезбедуваат важна основа за учење и адаптација низ широк опсег на контексти, вклучително и во училиште. Тешкотиите во ЕФ се поврзани со предизвици во учењето и поголема веројатност за проблеми во однесувањето, а воедно, се истакната карактеристика на многу: емоционални и бихејвиорални нарушувања; невроразвојни нарушувања (пр. АДХД); нарушувања од аутистичниот спектар и специфични пречки во учењето што го попречуваат образованието на децата. Овие вештини можат да се променат и се под влијание на позитивни и негативни искуства (пр. токсичниот стрес, сиромаштијата и неповолните услови за развој се поврзани со тешкотии во ЕФ, додека поддршката, грижата, висококвалитетното предучилишно образование, и слично, може да ги подобрат ЕФ).

Резултатите од лонгитудиналната студија на Мофит и сор. (Moffitt et al., 2011; според Zelazo & Carlson, 2012) покажуваат дека самоконтролата (која во голем дел концепциски се преклопува со ЕФ) измерена кај испитаници на возраст од 3 до 11 години го предвидува нивното физичко здравје, зависност од супстанции,

социоекономски статус и веројатноста да бидат осудени за кривично дело на 32 годишна возраст, дури и кога се контролираат варијаблите на интелигенцијата и социјалното потекло. Ваквите резултати упатуваат на заклучок дека постои долгорочна стабилност на раните индивидуални разлики во ЕФ кои значително го засегаат животот на поединците.

Егзекутивните функции се наоѓаат во основата на емоционалната регулација. Најчестата форма на емоционална регулација е намерната саморегулација¹ на емоциите по пат на свесно когнитивно процесирање. Врската меѓу ЕФ и емоционалната регулација (ЕР) е највидлива во модулирањето на емоциите, посебно кога тоа е во функција на решавање на некој посложен проблем. Растењето на ПФК следи еден мошне пролонгиран развоен пат кој го отсликува развојот на ЕФ. Според Zelazo & Cunningham (2007), волуменот на сивата маса ги достигнува нивоата типични за возрасните поединци најпрво во орбитофронталниот кортекст, па во вентролатералниот ПФК и потоа во дорзолатералниот ПФК. Овие автори нагласуваат дека аналогно на ова може да се очекува дека и развојниот пат на ЕР ќе биде пролонгиран. Иако предучилишниот период може да биде мошне чувствителен за развојот на ЕФ, постои значителна реорганизација на префронталните системи за време на транзицијата кон адолесценцијата, кога волуменот на сивата маса во ПФК достигнува максимум (Giedd et al. 1999; според Zelazo, Blair & Willoughby, 2016). Префронталната кортикална пластичност не е ограничена само на предучилишниот период, а студиите за вежбање укажуваат на можноста за менување на нервните кола што се во основата на работната меморија и другите аспекти на ЕФ и кај децата, и кај возрасните (на пр., Klingberg et al. 2005; Olesen, Westerberg, и Klingberg 2003; Karbach and Unger 2014; според Zelazo, Blair & Willoughby, 2016).

Поврзаноста на ЕФ со менталното здравје

Имајќи предвид дека периодите на детство и адолесценција се најдинамичните од аспект на развојните промени што се случуваат во сите развојни домени, како мошне значајно се наметнува прашањето за состојбата со менталното здравје на децата и адолесцентите (посебно во периодот на пандемија на Ковид-19).

¹ Во развојната психологија термините саморегулација и самоконтрола честопати се користат наизменично.

Според најновите податоци објавени од „Ментално здравје Америка“, во 2022 година 15.08 % од адолесцентите во САД, на возраст меѓу 12 и 17 години, соопштиле дека претходната година искусиле најмалку една поголема депресивна епизода. Споредено со 2021 година, во 2022 бројот на адолесценти кои се соочуваат со депресивни епизоди се зголемил за 306.000 случаи. Во истиот извештај се наведува дека 10.6 % од адолесцентите (што соодветствува на повеќе од 2.5 милиони адолесценти) се соочуваат со сериозно тешка депресија. Овој број се покачил за 197.000 случаи споредено со 2021 година.

Депресивноста кај адолесцентите и младите често пати се јавува заедно со: анксиозноста, злоупотребата на супстанции и нарушувањата на однесувањето. Во декември, 2021 година, УНИЦЕФ објави публикација насловена: „Превенирање на изгубена декада“, во која е наведено дека за помалку од две години, дополнителни 100 милиони деца западнале во сиромаштија, заедно со нивните семејства, што е зголемување за 10 % споредено со 2019 година. Истата организација, во октомври, 2021 година, објави извештај под наслов: „Состојбата на децата во светот 2021“,

во кој, меѓу другото, стои дека според глобалното истражување на УНИЦЕФ и Галуп (дел од проектот: „Детство кое се менува“), спроведено во 21 земја, приближно 1 од 5 млади луѓе, на возраст од 15-24 години изјавиле дека често се чувствуваат депресивно или имаат мал интерес за активности. Понатаму, податоците на Институтот за

ИНТЕРЕСОТ ЗА ПРОУЧУВАЊЕ НА РАЗВОЈОТ НА ЕФ Е МНОГУ ГОЛЕМ, ОД ПРИЧИНА ШТО РАНИТЕ ИНДИВИДУАЛНИ РАЗЛИКИ ВО ДЕТСТВОТО ПРЕДВИДУВААТ ВАЖНИ РАЗВОЈНИ ИСХОДИ ПОДОЦНА ВО ЖИВОТОТ. ВЕШТИНИТЕ НА ЕГЗЕКУТИВНИТЕ ФУНКЦИИ ВО ДЕТСТВОТО ОБЕЗБЕДУВААТ ВАЖНА ОСНОВА ЗА УЧЕЊЕ И АДАПТАЦИЈА НИЗ ШИРОК ОПСЕГ НА КОНТЕКСТИ, ВКЛУЧИТЕЛНО И ВО УЧИЛИШТЕ. ТЕШКОТИИТЕ ВО ЕФ СЕ ПОВРЗАНИ СО: ПРЕДИЗВИЦИ ВО УЧЕЊЕТО, ПОГОЛЕМА ВЕРОЈАТНОСТ ЗА ПРОБЛЕМИ ВО ОДНЕСУВАЊЕТО, НО И МОЖНИ ЕМОЦИОНАЛНИ И БИХЕЈВИОРАЛНИ НАРУШУВАЊА; НЕВРОРАЗВОЈНИ НАРУШУВАЊА (ПР. АДХД); НАРУШУВАЊА ОД АУТИСТИЧНИОТ СПЕКТАР И СПЕЦИФИЧНИ ПРЕЧКИ ВО УЧЕЊЕТО. ОВИЕ ВЕШТИНИ МОЖАТ ДА СЕ ПРОМЕНАТ И СЕ ПОД ВЛИЈАНИЕ НА ПОЗИТИВНИ И НЕГАТИВНИ ИСКУСТВА. ТОКСИЧНИОТ СТРЕС, СИРОМАШТИЈАТА И НЕПОВОЛНИТЕ УСЛОВИ ЗА РАЗВОЈ СЕ ПОВРЗАНИ СО ТЕШКОТИИ ВО ЕФ, ДОДЕКА ПОДДРШКАТА, ГРИЖАТА И КВАЛИТЕТНОТО ПРЕДУЧИЛИШНО ОБРАЗОВАНИЕ МОЖЕ ДА ГИ ПОДОБРАТ ЕФ

ВО ДЕКЕМВРИ, 2021 ГОДИНА, УНИЦЕФ ОБЈАВИ ДЕКА ЗА ПОМАЛКУ ОД ДВЕ ГОДИНИ, ДОПОЛНИТЕЛНИ 100 МИЛИОНИ ДЕЦА ЗАПАДНАЛЕ ВО СИРОМАШТИЈА, ШТО Е ЗГОЛЕМУВАЊЕ ЗА 10% СПОРЕДЕНО ОД 2019. ВО ИЗВЕШТАЈОТ: „СОСТОЈБАТА НА ДЕЦАТА ВО СВЕТОТ 2021“ СЕ НАВЕДУВА ДЕКА ПРИБЛИЖНО 1 ОД 5 МЛАДИ ЛУЃЕ НА ВОЗРАСТ ОД 15-24 ГОДИНИ ИЗЈАВИЛЕ ДЕКА ЧЕСТО СЕ ЧУВСТВУВААТ ДЕПРЕСИВНО ИЛИ ИМААТ МАЛ ИНТЕРЕС ЗА АКТИВНОСТИ. ПОДАТОЦИТЕ НА ИНСТИТУТОТ ЗА МЕРЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА НА ЗДРАВЈЕТО ЗА 2019, НА КОИ СЕ ПОВИКУВААТ И УНИЦЕФ И СЗО, ПОКАЖУВААТ ДЕКА, ГЛОБАЛНО, 1 ОД 7 ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ НА ВОЗРАСТ ОД 10 ДО 19 ГОДИНИ СЕ СООЧУВААТ СО НАРУШУВАЊЕ НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ. СЗО НАГЛАСУВА ДЕКА ГОЛЕМ ДЕЛ ОД ОВИЕ СЛУЧАИ ОСТАНУВААТ НЕПРЕПОЗНАЕНИ И БЕЗ СООДВЕТНА ПОДДРШКА. ПОДАТОЦИТЕ ЗА САМОУБИШВАТА СЕ УШТЕ ПОЗАГРИЖУВАЧКИ. СПОРЕД УНИЦЕФ И СЗО, ТОА Е ЧЕТВРТА ПРИЧИНА ЗА СМРТ КАЈ ЛИЦА ОД 15 ДО 19 ГОДИНИ, ИЛИ СЕКОЈА ГОДИНА, РЕЧИСИ, 46.000 ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ ГО ЗАВРШУВААТ ЖИВОТОТ СО САМОУБИШВО

мерење и евалуација на здравјето за 2019 година, на кои се повикуваат и УНИЦЕФ и СЗО, покажуваат дека глобално, 1 од 7 деца и адолесценти (или околу 13%) на возраст од 10 до 19 години, се соочуваат со некакво нарушување на менталното здравје. Питоа, СЗО во онлајн написот објавен на 17 ноември, 2021 година, нагласува дека голем дел од овие случаи остануваат непрепознаени и без соодветна стручна поддршка.

Податоците за состојбата со самоубиствата се уште позагрижувачки. Според УНИЦЕФ и СЗО, тоа е четврта водечка причина за смрт кај адолесцентите на возраст од 15 до 19 години. Поконкретно, секоја година, речиси 46.000 деца и адолесценти на возраст меѓу 10 и 19 години го завршуваат животот со самоубиство. На возраст меѓу 15 и 19 години, разликите меѓу момчињата и девојките покажуваат дека самоубиството е четврта водечка причина за смрт кај адолесцентите од машки пол, додека кај адолесцентките тоа е трета водечка причина за смрт.

Поврзаноста на ЕФ со менталното здравје на младите е актуелна тема која интензивно се истражува во 21 век. Во таа насока, сè уште низа прашања остануваат неодговорени, посебно оние кои се однесуваат на

„топлите“ ЕФ и нивната поврзаност со најчесто дијагностицираните ментални нарушувања, како што се депресивноста и анксиозноста. Така, на пример, резултатите од истражувањето на Ajilchi & Nejati (2017), покажуваат дека адолесцентите од редовната популација

имале значително повисоки скорови при мерење на когнитивната флексибилност, работната меморија, инхибиторната контрола и планирањето, во споредба со адолесцентите кои манифестираше симптоми на: депресивност, анксиозност и стрес. Заклучокот, пак, од метаанализата на Alves et al. (2014), во која биле анализирани 28 статии, е дека најголемиот број студии покажале различни дефицити во ЕФ кај возрасни лица со дијагностицирана депресија, но дека се неопходни натамошни, лонгитудинални студии.

Детската саморегулација, основа за развој

Berthelsen, Hayes, White & Williams (2017) ги испитувале ЕФ во периодот на адолесценција, следејќи го нивниот развој кај 4.819 испитаници кои во истражувањето биле вклучени кога имале 4-5 години. Согласно наодите, ризикот од однесувањето на детето, социо-економскиот статус на семејството и родителските однесувања (лутина, топлина и доследност) биле поврзани со регулацијата на вниманието на 4-5 години, што, пак, било значително поврзано со пристапот кон учење на 6-7 години. Регулацијата на вниманието, како и пристапите кон учењето, биле директно поврзани со ЕФ на 14-15 години. Ваквите наоди сугерираат дека раните капацитети за саморегулација на децата се основа за подоцнежниот развој на ЕФ во адолесценцијата, кога способностите за планирање и решавање проблеми се важни за постигнување на образовните цели.

Medeiros, Torro-Alves, Malloy-Diniz & Minervino (2016) ги истражувале ЕФ кај 60 деца (10-11 год.), кои биле изложени на меѓуврсничко малтретирање, поделени во 4 групи: насилници, жртви, насилници-жртви и контролна група. Биле зададени тестови за мерење на: способноста за донесување одлуки, работната меморија, когнитивната флексибилност и инхибиторната контрола. Кај групата насилници биле регистрирани поголеми тешкотии во задачите за донесување одлуки, додека кај жртвите било забележано нешто слично при мерење на когнитивната флексибилност. Резултатите од ова истражување покажале дека насилниците имале оштетување на „топлите“ ЕФ, додека жртвите имале релативно пониски постигнувања на „студените“ ЕФ. Дополнително, авторите заклучуваат дека освен влијанието на социјалните и културните варијабли, неврокогнитивните и емоционалните фактори, исто така, влијаат врз однесувањето на децата во ситуации на меѓуврсничко малтретирање.

Low, Gluckman & Poulton (2021) нагласуваат дека оштетувањата на компонентите на ЕФ го ставаат поединецот пред поголем ризик од негативни последици кои можат да траат цел живот, вклучувајќи: неуспех во училиште, полошо ментално/физичко здравје, асоцијални и криминални однесувања и, генерално, послаб квалитет на живот. Оштетувањата во ЕФ наметнуваат големо општествено оптоварување и имаат меѓугенерациски ефекти пренесени со практикување на штетни родителски стилови. Факторите на ризик за оштетување на ЕФ вклучуваат: низок социо-економски статус, негативно расположение на мајката за време на бременоста, родителска нечувствителност и запоставување, токсичен стрес, високо ниво на изложеност на екран што не е поврзано со реализирање едукативни цели и неурамнотежена постнатална исхрана.

Според резултатите од низа истражувања (пр. Barkley, 1997; Castellanos & Tannock, 2002; Scheres et al., 2006; Sonuga-Barke & Halperin, 2010; според Fernandes, 2017) оштетувањата на ЕФ се силно поврзани со невноразвојните нарушувања во детството, како што е АДХД. АДХД, кое покажува силен коморбидитет со други нарушувања на однесувањето (пр. проблеми во однесувањето и опозициско пркосно нарушување), е поврзано со дефицити во „студените“ ЕФ. Од друга страна, проблемите во однесувањето се поврзани и со „топлите“ ЕФ (Dolan & Lennox, 2013; Hobson, Scott & Rubia, 2011; според Fernandes, 2017). Досега е докажано дека само „студените“ ЕФ се поврзани со депресија и анксиозност (Andreotti et al., 2013; Roiser & Sahakian, 2013; според Fernandes, 2017). Fernandes, во 2017 година, спровела две истражувања за: поврзаноста на ЕФ, емоционалната регулација (ЕР) и проблемите со менталното здравје на децата и адолесцентите. Во првото истражување учествувале 250 испитаници поделени во 3 групи: деца (7-11 год.), адолесценти (12-17 год.) и млади (18-24 год.). Резултатите покажале дека „топлите“ ЕФ биле послаби кај адолесцентите, отколку кај младите. Овие наоди биле слични и за стратегиите за регулирање на емоциите, каде адолесцентите покажале помала веројатност да користат адаптивни вештини за регулирање на емоциите, во споредба со младите. Воедно, било најдено и дека „студените“ ЕФ се позитивно поврзани со адаптивните стратегии за ЕР во адолесценцијата, додека „топлите“ ЕФ се позитивно поврзани со адаптивните стратегии за ЕР кај младите. Во втората студија биле вклучени 41 дете и адолесценти

со тешкотии во однесувањето и емоционални тешкотии, за да се процени дали ЕФ и стратегиите за регулирање на емоциите би можеле да се подобрат и да ги намалат емоционалните проблеми и проблемите во однесувањето со примена на креирана интервентна програма заснована врз когнитивно-бихејвиорална терапија. Резултатите покажале намалување на емоционалните тешкотии и неприлагодливите стратегии за ЕР, како што се катастрофирање и обвинување на другите. Сепак, не биле пронајдени значајни подобрувања кај „топлите“ ЕФ и проблемите во однесувањето. Подобрувања по примената на интервентната програма биле регистрирани само кај „студените“ ЕФ и кај редуцирањето на маладптивните стратегии на ЕР.

ЕФ клучни за академскиот успех

Познато е дека ЕФ се клучни за просоцијалното однесување и за академскиот успех на поединецот. Како што беше нагласено и претходно, тие предвидуваат важни развојни исходи подоцна во животот. Оттука, нивното оштетување има силни ефекти врз, речиси, секој аспект од секојдневното живеење, кои можат да траат и цел живот. Согласно прикажаниот преглед на релевантните теориски и емпириски сознанија, може да се заклучи дека ЕФ позитивно реагираат на интервенции и може да се подобрат во текот на животот. Low, Gluckman & Poulton (2021) нагласуваат дека за разлика од специфичните клинички нарушувања кои можат формално да се дијагностицираат и третираат со медикаментозна терапија, оштетувањата на ЕФ, веројатно, многу се поприсутни во популацијата, отколку што, вообичаено, се мисли и бараат многу различно разбирање

ОШТЕТУВАЊАТА НА КОМПОНЕНТИТЕ НА ЕФ ГО СТАВААТ ПОЕДИНЕЦОТ ВО РИЗИК ОД НЕГАТИВНИ ПОСЛЕДИЦИ ШТО МОЖЕ ДА ТРААТ ЦЕЛ ЖИВОТ, ВКЛУЧУВАЈКИ: НЕУСПЕХ ВО УЧИЛИШТЕ, ПОЛОШО МЕНТАЛНО/ФИЗИЧКО ЗДРАВЈЕ, АСОЦИЈАЛНО И КРИМИНАЛНО ОДНЕСУВАЊА И ГЕНЕРАЛНО ПОСЛАБ КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ. ОШТЕТУВАЊАТА ВО ЕФ НАМЕТНУВААТ ГОЛЕМО ОПШТЕСТВЕНО ОПТОВАРУВАЊЕ И ИМААТ МЕЃУГЕНЕРАЦИСКИ ЕФЕКТИ ПРЕНЕСЕНИ СО ПРАКТИКУВАЊЕ НА ШТЕТНИ РОДИТЕЛСКИ СТИЛОВИ. ФАКТОРИТЕ НА РИЗИК ЗА ОШТЕТУВАЊЕ НА ЕФ ВКЛУЧУВААТ: НИЗОК СОЦИО-ЕКОНОМСКИ СТАТУС, НЕГАТИВНО РАСПОЛОЖЕНИЕ НА МАЈКАТА ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМНОСТА, РОДИТЕЛСКА НЕЧУВСТВИТЕЛНОСТ И ЗАПОСТАВУВАЊЕ, ТОКСИЧЕН СТРЕС, ВИСОКО НИВО НА ИЗЛОЖЕНОСТ НА ЕКРАН ШТО НЕ Е ПОВРЗАНО СО ЕДУКАТИВНИ ЦЕЛИ И НЕУРАМНОТЕЖЕНА ПОСТНАТАЛНА ИСХРАНА

за решавање на проблемот. Сепак, раната интервенција е најдобриот пристап за намалување на ризиците од оштетувања на ЕФ. Во оваа смисла, како што посочуваат дел од авторите: менталното здравје на мајката, нејзиниот став и однос кон бременоста, информираноста за спецификите на различните развојни периоди, како и правилната исхрана и нега, се едни од клучните аспекти на кои треба да се обрне внимание. Периодот на раното детство во литературата се посочува како клучен за развојот на ЕФ, така што квалитетното предучилишно образование и најважно – вклученоста на сите деца во предучилишни установи – е следен значаен чекор кон поттикнување на развојот на ЕФ. Земено во целост, фокусот треба да биде ставен на: промовирање на раниот развој на мозокот, одржувањето на квалитетот на менталното здравје и благосостојбата, позитивното родителство, сигурното социо-емоционално приврзување, психолошката резилентност, високата емоционална регулација, и слично, со цел секое дете да го достигне својот максимален капацитет за развој, учење и продуктивност.

(Проф. д-р Ана Фрицханд дипломирала и магистрирала на Филозофскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Докторската дисертација ја одбрала во 2010 година на Филозофскиот факултет во Скопје, а во 2020 е избрана за редовен професор. Во моментот е раководител на Институтот за психологија. Во 2008 година била меѓународен алумни на Универзитетот во Минесота-Твин Ситис, САД, како добитник на стипендија за млади истражувачи и универзитетски наставен кадар. Во периодот 2017-2019 година била генерален секретар на Македонско-Американската Алумни Асоцијација (МААА). Била главен истражувач, надворешен експерт и/или аналитичар на повеќе национални и регионални проекти финансирани од меѓународни организации, како: УНИЦЕФ, УСАИД и ОБСЕ. Има објавено голем број трудови во домашни и меѓународни списанија и монографии. Нејзините истражувачки интереси се во областите: развојна психологија, психологија на моралот, психологија на воспитување и образование и психологија на мирот и конфликтите.)



SHËNDETI MENTAL NË ARSIM- PROMOVIMI, KULTIVIMI DHE SFIDAT

HANA MEMEDI

NË QOFTË SE NISEM NGA KOHA KUR UNË KAM QENË NXËNËSE, MUND TË THEM SE KA QENË NJË PERIUdhË KUR NUK ËSHTË BISEDUAR HAPTAZI PËR SHËNDEtin MENTAL OSE PËR PUNËN E PSIKOLOGUT. PERSONALISHT AS UNË NUK E KAM NJOHUR PSIKOLOGUN/PSIKOLOGEN E SHKOLLËS SIME DHE NUK E DI SE A KA PASUR PSIKOLOG NË SHKOLLË. JAM E SIGURTË SE PO TË KISHIM MUNDËSI TË BASHKËPUNOJMË ME PSIKOLOGUN NE SI NXËNËS DO TË MUND TË PËRFITONIM SHUMË PËRVOJA NË ASPEKT INDIVIDUAL, SHOQËROR, POR EDHE PROFESIONAL. FJALA SHËNDET MENTAL DHE PSIKOLOG DO TË NA ISHIN TË NJOHURA DHE DO TË NA DUKESHIN SHUMË NORMALE. KUR DO TË VINTE KOHA QË TË VENDOSIM DREJTIMIT TONA PËR STUDIME, NUK DO TË HEZITONIM TË ZGJEDHNIM DREJTIMIN E PSIKOLOGJISË VETËM PSE ASKUSH NUK DO TË KISHTE DASHUR TË SHKOJË TEK NJË PSIKOLOG, PËR TË MOS U ETIKETUAR SI "I ÇMENDUR". TË GJITHA KËTO DO TË ISHIN SHUMË MË LEHTË TË KAPËRCYESHME PO QË SE NGA NJË MOSHË E VOGËL DO TË KISHIM KUPTIM PËR SHËNDEtin MENTAL DHE PUNËN E PUNONJËSVE TË KËSAJ FUSHE

Me siguri shumica nga ne janë ballafaquar me terma të ngjajshme si shëndeti mendor, shëndeti mental, mirëqenia psikologjike apo mentale, mbështetja psikologjike, etj. Për të gjitha këto sa do pak mund të kemi një ide se me çfarë kanë të bëjnë, mirëpo sa jemi të informuar se çfarë në të vërtetë do të thotë shëndeti mental?

Shëndeti mental paraqet mirëqenien tonë psikologjike, që përfshin ndjenjat, mendimet, dhe sjelljet tona të cilat bashkëveprojnë mes veti dhe ndikojnë tek secili nga ne në mënyrë të veçantë. Duke u kujdesur për këto elemente që na karakterizojnë neve dhe jetën tonë të përditshme, ne do të arrijmë që të jemi më të kënaqur me veten dhe jetën tonë.

Në qoftë se paralelizojmë shëndetin mental me shëndetin fizik do të shohim se sa të rëndësishme janë të dyja për ne.

Gjurmimi kah rrënja e problemit

Shëndeti fizik është mirëqenia e trupit dhe organizmit tonë. Kur bëhet

fjalë për shëndetin fizik ne bëjmë analizat e gjakut për të zbuluar në qoftë se kemi ndonjë problem shëndetësor, kur sëmuremi bëjmë kontrollat mjekësore për të zbuluar burimin e asaj që na ka shkaktuar sëmundjen, me qëllim që të gjejmë edhe mënyrën se si të shërohemi. E njëjta duhet të vlejë edhe për shëndetin mental. Kur ndjehemi të mër-zitur dhe në një rrugë pa dalje, njëlloj duhet që të bëjmë analizat dhe të gjejmë gjenezën e asaj që neve na le në rrugë pa dalje, e më pas të ndër marrim masat e duhura për të tejkaluar këtë. Kush më mirë se një psikolog, psikoterapist, apo edhe një mik me të cilin jemi në gjendje të kemi biseda konstruktive, mund të na ndihmojë që ne të kujdesemi për shëndetin tonë mental?!

Shëndeti mental është pjesë e pandashme e jetës sonë dhe është i pranishëm në çdo mjedis në të cilin mund të ndodhemi ne, qoftë individualisht ose në grup, në mjedisin familjar, me shoqëri, komunitet, shkollë, vend pune, etj.

Çdo individ shëndetin mental e përjeton duke u bazuar në përvojën personale jetësore. Për dikë shëndeti mental është prioritet, për dikë është diçka sekundare, ndërsa dikush ndosh-ta as nuk është i vetëdijshëm për pre-zencën dhe rëndësinë e tij.

Vetëdija për shëndetin mental duhet të jetë prezente në jetën e secilit person dhe në çdo fushë, për këtë arsye edhe promovimi i tij duhet të shihet si prioritet në çdo mjedis ku është i përfshirë njeriu. Për ta arritur këtë mund të organizohen aktivitete, prezantime, reklamime të ndryshme në lidhje me atë se çfarë është shëndeti mental, si të mirëmbahet i njëjti, kush punon në këtë fushë, çfarë është psikologu, psikoterapeuti, psikiatri, neurologu, cilët janë ekspertizat e tyre, etj. Sqarimi i të gjitha këtyre do të na jep kuptim për shëndetin mental, dhe se kush i kryen shërbimet e kësaj fushe, dhe në të njëjtën kohë edhe do të normalizohet përmendja e tyre dhe kërkimi i ndihmës profesionale. Në qoftë se të rriturit do

PËR FAT TË KEQ, SOT NUK MUND TË THEMI SE KA NDONJË NDRYSHIM TË DUKSHËM NË LIDHJE ME PRANIMIN E PSIKOLOGËVE OSE TEMAVE QË KANË TË BËJNË ME SHËNDETIN MENTAL. NË SHUMË SHKOLLA NDODH QË TË MOS KETË TË PUNËSUAR PSIKOLOG, POR VETËM PEDAGOG, OSE ANASJELLTAS, PASI QË SUPOZOHET SE PEDAGOGU DHE PSIKOLOGU SI SHËRBIM PEDAGOGJIKO-PSIKOLOGJIK MUND TË KRYEJNË PUNËN E NJËJTË, DHE VEPROHET NË ATË MËNYRË QË ATA TË KOMPENZOJNË NJËRI-TJETRIN. KJO ËSHTË E GABUESHME SEPSE NATYRA E PUNËS SË TË DYJAVE ËSHTË KREJTËSISHT E NDRYSHME DHE ASNJËRI NUK MUND TA ZËVENDËSOJË TJETRIN, NDËRSA NEVOJA PËR TË DYJA ROLET NË SHKOLLË ËSHTË E DOMOSDOSHME

arrijnë që të kenë mirëkuptim për çështjen e shëndetit mental, ata të njëjtën do të arrijnë që ta përcjellin tek fëmijët e tyre dhe kështu edhe vështirësitë do të fillojnë që të zbehen.

Unë besoj fuqishëm se e ardhmja jonë janë fëmijët dhe gjeneratat e reja, prandaj edhe ndryshimi i qasjes ndaj mirëmbajtjes të shëndetit mental dhe ndaj psikologut mund të fillojë nga ata me qëllim që të fitojë një kahje pozitive përgjithmonë.

Pedagog në vend të psikolog?

Si një institucion edukativo-arsimor dhe për socializim, vendi më i mirë se ku mund të kemi kontakt me fëmijët dhe të kemi ndikim tek ata është shkolla.

Promovimi dhe kultivimi i shëndetit mental në shkolla, apo në procesin edukativo-arsimor, është i nevojshëm dhe i domosdoshëm për të gjithë personat e kyçur në këtë proces, si: nxënësit, mësime, prindërit dhe bashkëpunëtorët tjerë në shkollë. Këtë e kam vërejtur personalisht fillimisht nga përvoja ime si nxënëse, e më pas si një psikologe shkollë.

Në qoftë se nisem nga koha kur unë kam qenë nxënëse, mund të them se ka qenë një periudhë kur nuk është biseduar haptazi për shëndetin mental ose për punën e psikologut. Personalisht as unë nuk e kam njohur psikologun/psikologen e shkollës sime dhe nuk e di se a ka pasur psikolog në shkollë. Jam e sigurtë se po të kishim mundësi të bashkëpunojmë me psikologun ne si nxënës do të mund të përfitonim shumë përvoja në aspekt individual, shoqëror, por edhe profesional. Fjala shëndet mental dhe psikolog do të na ishin të njohura dhe do të na dukeshin shumë normale. Kur do të vinte koha që të vendosim drejtimet tona për studime, nuk do të hezitonim të zgjedhnim drejtimin e psikologjisë vetëm pse askush nuk do të kishte dashur të shkojë tek një psikolog, për të mos u etiketuar si "i çmendur". Të gjitha këto do të ishin shumë më lehtë të kapërcyeshme po që se nga një moshë e vogël do të kishim kuptim për shëndetin mental dhe punën e punonjësve të kësaj fushe.

Për fat të keq, sot nuk mund të themi se ka ndonjë ndryshim të dukshëm në lidhje me pranimin e psikologëve ose temave që kanë të bëjnë me shëndetin mental. Në shumë shkolla ndodh që të mos ketë të punësuar psikolog, por vetëm pedagog, ose anasjelltas, pasi që

supozohet se pedagogu dhe psikologu si shërbim pedagogjiko-psikologjik mund të kryejnë punën e njëjtë, dhe veprohet në atë mënyrë që ata të kompenzojnë njëri-tjetrin. Kjo është e gabueshme sepse natyra e punës së të dyjave është krejtësisht e ndryshme dhe asnjëri nuk mund ta zëvendësojë tjetrin, ndërsa nevoja për të dyja rolet në shkollë është e domosdoshme.

Vështirësitë e ndërsjella dhe të brendshme

Pse promovimi i shëndetit mental dhe ngritja e vetëdijes për të është e rëndësishme në shkolla dhe gjatë procesit edukativo-arsimor?

Në jetë secili ballafaqohet me vështirësi të shumëllojshme. Të qenit njeri do të thotë që varësisht prej situatës në të cilën ndodhemi, të kemi nevoja të ndryshme, të përjetojmë emocione të ndryshme, dhe të njëjtat t'i manifestojmë në mënyrat tona të veçanta.

Në qoftë se pak më shumë do të thelloheshim në atë se çfarë ndodh nëpër shkolla, të gjithë jemi të vetëdijshëm se aty ka nxënës të moshave të ndryshme, të karaktereve të ndryshme, të familjeve të ndryshme, të statuseve të ndryshme sociale, secili i pajisur me tregimet e veta, me bagazhin e vetë jetësor prej ku edhe burojnë shumë mendime, qëndrime, ndjenja, sjellje dhe reflektime të tyre.

Natyrë e vështirësive që paraqiten në shkolla dhe gjatë procesit edukativo-arsimor mund të jenë të shumëllojshme. Ata mund të kenë karakter interpersonal, si p.sh. nxënësit të kenë vështirësi me njëri-tjetrin, me mësimdhënësit ose me persona të tjerë brenda ose jashtë shkollës dhe të hasin vështirësi në komunikim, të kenë keqkuptime të cilat më pas mund të çojnë deri në zmadhim të situatave, zënka, keqtrajtme, etj; por gjithashtu ndodh që të kenë edhe vështirësi intrapersonale, pra të ndodh diçka në botën e brendshme të tyre dhe të njëjtën të mos mundën ta kuptojnë, ta shprehin, ose ta zgjidhin. Këto vështirësi mund të ndikojnë në mësimet e nxënësve, në suksesin e tyre në shkollë, mbyllje në vete, ose edhe e kundërta, të reflektohen tek rrethi duke i bërë të tjerët pre e problemeve të veta personale.

Tek psikologu shkojnë “problematikët”

Duke marr parasysh se sa të ndryshëm janë nxënësit mes veti, ne duhet t'i kushtojmë vëmendje mënyrës se si duhet të qasemi me ata. Çdo

DUKE MARR PARASYSH SE SA TË NDRYSHËM JANË NXËNËSIT MES VETI, NE DUHET T'I KUSHTOJMË VËMENDJE MËNYRËS SE SI DUHET TË QASEMI ME ATA. ÇDO PËRJETIM I NXËNËSVE NDIKON NË SJELLJEN E TYRE, NË QOFTË SE NE MUNDOHEMI DHE TREGOJMË GATSHMËRI QË T'I KUPTOJMË ATA EDHE ATA DO TË JENË MË TË HAPUR QË TË NDAJNË DIÇKA NË LIDHJE ME VETEN E TYRE. PËR KËTË FILLIMISHT NE SI TË RRRITUR E MË PAS SI TË PUNËSUAR NË SHKOLLA, JO VETËM SI PSIKOLOG TË SHKOLLËS, POR EDHE SI MËSIMDHËNËS, UDHËHEQËS, ETJ, DUHET TË KEMI NJOHURI BAZIKE NË LIDHJE ME ATË SE ÇFARË ËSHTË SHËNDETI MENTAL DHE SE SI MUND TË KUJDESEMI PËR TË. KUR NE PËR VETE DO TË JEMI TË MOBILIZUAR ME NJOHURITË E NEVOJSHME, ATËHERË EDHE PËR NXËNËSIT DO TË KEMI NJË QASJE MË TOLERANTE DHE MË ME MIRËKUPTIM

përjetim i nxënësve ndikon në sjelljen e tyre, në qoftë se ne mundohemi dhe tregojmë gatshmëri që t'i kuptojmë ata edhe ata do të jenë më të hapur që të ndajnë diçka në lidhje me veten e tyre. Për këtë fillimisht ne si të rritur e më pas si të punësuar në shkolla, jo vetëm si psikolog të shkollës, por edhe si mësime-dhënës, udhëheqës, etj, duhet të kemi njohuri bazike në lidhje me atë se çfarë është shëndeti mental dhe se si mund të kujdesemi për të. Kur ne për vete do të jemi të mobilizuar me njohuritë e nevojshme, atëherë edhe për nxënësit do të kemi një qasje më tolerante dhe më me mirëkuptim. Në këtë mënyrë edhe nxënësit do t'i mësojmë që të njohin veten, të kuptojnë rëndësinë e shëndetit të tyre mental, të kuptojnë njëri-tjetrin, dhe të vlerësojnë më mirë situatat me të cilat do të ballafaqohen.

Roli i psikologut të shkollës dhe i mësime-dhënësve është shumë i rën-

dësishëm si në vëzhgimin nxënësve ashtu edhe për reagimin ndaj gjendjes së tyre. Duke qenë ne proaktiv, nxënësit do të jenë në gjendje të kuptojnë se dikush angazhohet për ata, mundohet t'i dëgjojë dhe don që t'i përkrah ata me qëllim që vështirësia të mos thellohet, por të përmirësohet.

Shumë sjellje dhe vështirësi të nxënësve në shkollë mund të kenë zgjidhje më të lehtë po që se shkolla së bashku me prindërit bashkëpunon për përkrahjen e tyre. Për këtë arsye edhe duhet që të nxitet përfshirja e prindërve dhe transparenca e dyanshme me ata. Kur ne do të bashkojmë forcat për të përmirësuar një dukuri, jam e sigurtë se për një kohë të shkurtë do të arrijë të realizohet ndryshimi pozitiv.

Një çështje tjetër që e shoh si sfida në punën e psikologëve në shkollë është pranimi i psikologut nga ana nxënësve por edhe nga ana e të rriturve. Duke u nisur nga stigmatizimi se deri tek psikologu udhëzohen nxënësit "problematik" atëherë kur shkaktojnë ndonjë problem, tek

DUKE U NISUR NGA STIGMATIZIMI SE DERI TEK PSIKOLOGU UDHËZOHEN NXËNËSIT "PROBLEMATIK" ATËHERË KUR SHKAKTOJNË NDONJË PROBLEM, TEK NXËNËSIT PARAQITET NJË AVESION NDAJ PSIKOLOGUT. PRAPAVIJA E KËSAJ DUKURIE BAZOHET EDHE NË ATË SE KUR NXËNËSIT SHFAQIN NDONJË SJELLJE TË PAPËRSHTATSHME, MËSIMDHËNËSIT I KËRCËNOJNË NXËNËSIT SE DO T'I UDHËZOJNË TEK PSIKOLOGU, DUKE NDIKUAR QË TEK ATA TË KRIJOHET BINDJA SE TAKIMI ME PSIKOLOGUN ËSHTË DËNIM, DHE SE ZYRA E PSIKOLOGUT ËSHTË NJË VEND I CILI NUK DUHET VIZITUAR SEPSE ËSHTË NJË VEND KU NË QOFTË SE SHKON DO TË ETIKETOHESH PËR TË KEQ

nxënësit paraqitet një aversion ndaj psikologut. Prapavija e kësaj dukurie bazohet edhe në atë se kur nxënësit shfaqin ndonjë sjellje të papërshtatshme, mësimdhënësit i kërcënojnë nxënësit se do t'i udhëzojnë tek psikologu, duke ndikuar që tek ata të krijohet bindja se takimi me psikologun është dënim, dhe se zyra e psikologut është një vend i cili nuk duhet vizituar sepse është një vend ku në qoftë se shkon do të etiketohesh për të keq.

Nxënësit, mësimdhënësit, prindërit dhe të gjithë duhet të dijnë se psikologu nuk është vendi ku duhet shkuar vetëm atëherë kur kemi vështirësi apo probleme. Psikologu është aty për ne kurdo që të ndjejmë nevojë të ndajmë diçka me të, qoftë edhe gëzimet tona; kur do që të kemi nevojë të kthjellojmë

mendimet tona, kur do që të duam të rrijmë në qetësi dhe të relaksohemi.

Ndryshimi i rolit të psikologut të shkollës

Në shkollë duhet kultivuar kulturën e interaksionit më të shpeshtë të psikologut me nxënësit me qëllim që të mënjanohej paragjykimet për psikologët por edhe për nxënësit që shkojnë tek psikologu. Që ky fenomen të ndryshojë mendoj se edhe vetë psikologët e shkollës duhet të angazhohen duke qenë më shpesh prezent në mesin e nxënësve në ambiente të ndryshme, e jo vetëm në zyrë; duke realizuar aktivitete interaktive dhe zbavitëse që kanë karakter zhvillimor për nxënësit, duke realizuar takime më të shpeshta individuale me nxënësit pa pritur që të vjen momenti që të paraqitet ndonjë problem, duke u afruar dhe duke njohur më shumë natyrën e nxënësve, duke u interesuar për ata, duke i vëzhguar ata, deri në atë moment që nxënësit me vetëdëshirë të shkojnë tek zyra e psikologut dhe të flasin për çështje të ndryshme.

Unë mendoj se në qoftë se në një shkollë psikologu e arrin këtë, atëherë ky është një sukses i madh edhe për të, edhe për nxënësit, edhe

për shkollën, e për gjithë komunitetin, për arsye se këta nxënës kanë arritur një vetëdije e cila do t'i çojë ata të mendojnë më thellë dhe të kujdesen për shëndetin e tyre mental por edhe për shëndetin mental të të tjerëve.

Në lidhje me këtë çështje mendoj se edhe drejtuesit e shtetit në insitucionet përkatëse që kanë të bëjnë me arsimin edhe edukimin kanë një rol të veçantë. Në qoftë se ata theksojnë rëndësinë e shëndetit mental në shkolla, fillimisht duke punësuar psikolog në çdo shkollë, bile nëse bëhet fjalë për shkolla me më shumë nxënës atëherë mund të mendohet edhe më shumë se një psikolog në shkollë, duke përfshirë kujdesin dhe kultivimin e shëndetit mental në procesin edukativo-arsimor si një temë, kurs ose lëndë të veçantë, mendoj se do të ketë ndryshime të mëdha pozitive në qasjen ndaj shëndetit mental. Rezultati i një qasjeje të kështillë do të reflektohet në suksesin e nxënësve, marrëdhëniet e mira shoqërore, vetëbesim më të lartë, vetëpranim dhe vetëperceptim pozitiv, gjë që rrjedhimisht do të ndikojë që ata të jenë të rritur të dobishëm si për veten ashtu edhe për shoqërinë.

МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО УЧИЛИШТАТА – УНАПРЕДУВАЊЕ, НЕГУВАЊЕ И ПРЕДИЗВИЦИ

ХАНА МЕМЕДИ

КОГА ЈАС БЕВ УЧЕНИЧКА, ИМАШЕ ПЕРИОД КОГА НЕМАШЕ ОТВОРЕНА ДИСКУСИЈА ЗА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ИЛИ ЗА РАБОТАТА НА ПСИХОЛОГОТ. ЈАС, ЛИЧНО, НЕ ГО ЗНАЕВ И НЕ ЗНАМ ДАЛИ ВООПШТО ИМАВМЕ ПСИХОЛОГ ВО НАШЕТО УЧИЛИШТЕ. ДОКОЛКУ ИМАШЕ МОЖНОСТ ДА СОРАБОТУВАМЕ СО ПСИХОЛОГ, ЌЕ МОЖЕВМЕ ДА СТЕКНЕМЕ МНОГУ ИСКУСТВА ОД ИНДИВИДУАЛЕН, СОЦИЈАЛЕН, НО И ОД ПРОФЕСИОНАЛЕН АСПЕКТ. ИЗРАЗИТЕ МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ И ПСИХОЛОГ ЌЕ НИ БЕА ПОЗНАТИ И ЌЕ НИ ИЗГЛЕДАШЕ МНОГУ НОРМАЛНО. КОГА ЌЕ ДОЈДЕШЕ ВРЕМЕ ДА ОДЛУЧИМЕ ЗА НАШИТЕ СТУДИИ, НЕМАШЕ ДА СЕ КОЛЕБАМЕ ДА ИЗБЕРЕМЕ НАСОКА ПСИХОЛОГИЈА САМО ЗАТОА ШТО НИКОЈ НЕ САКАШЕ ДА ОДИ КАЈ ПСИХОЛОГ, ЗА ДА НЕ БИДЕ ОБЕЛЕЖАН КАКО „ЛУД“. СЕТО ОВА БИ МОЖЕЛО ДА СЕ НАДМИНЕ МНОГУ ПОЛЕСНО ДОКОЛКУ ОД МАЛИ НОЗЕ ИМАВМЕ ЗНАЕЊЕ ЗА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И РАБОТАТА НА СТРУЧНИТЕ ЛУЃЕ ВО ОВАА ОБЛАСТ

Сигурно повеќето од нас се соочуваат со слични изрази, како што се: ментално здравје, психолошка или ментална благосостојба, психолошка поддршка, итн. За да можеме да имаме малку претстава за што станува збор, првично прашуваме колку сме информирани што значи, всушност, менталното здравје?

Менталното здравје ја претставува нашата психолошка благосостојба, којашто ги вклучува нашите: чувства, мисли и однесување, коишто комуницираат едни со други и влијаат на секој од нас поединечно. Преку нашето внимание обезбедено за овие елементи коишто се карактеристични за нас и нашето секојдневие, ние ќе постигнеме да сме позадоволни од себе и од својот живот.

Ако направиме паралела помеѓу менталното и физичкото здравје, ќе видиме колку ни се важни и двете.

Трагање по коренот на проблемите

Физичкото здравје претставува благосостојба на нашето тело и организам. Кога станува збор за физичкото здравје, правиме анализа на крвта за да откриеме дали имаме некакви здравствени проблеми, кога се разболуваме одиме на лекар за медицински преглед за да се открие изворот на тоа што ја предизвикало болеста, со цел да откриеме начин како да оздравиме. Истото се однесува и за менталното здравје. Кога сме вознемирени и чувствуваме дека нема решение, на ист начин треба да го анализираме и најдеме потеклото на таквата околност, и потоа да ги преземеме неопходните мерки за да го надминеме тоа. Кој подобро од психолог, психотерапевт, па дури и пријател со кој можеме да имаме конструктивни разговори, може да ни помогне да се грижиме за нашето ментално здравје?!

Менталното здравје е неразделен дел од нашите животи и е присутно во секоја средина каде што можеме да бидеме присутни, без разлика дали: сами или во група, семејство, друштво, заедница, училиште, работно место, итн.

Секој поединец го доживува менталното здравје врз основа на личното животно искуство. За некогаш менталното здравје е приоритет, за друг тоа е нешто споредно, додека некои трети не се ни свесни за присуството и важноста на менталното здравје.

Свеста за менталното здравје треба да биде присутна во животот на секој човек и на секое поле, затоа треба да се унапредува и да се гледа како приоритет во секоја средина во која е вклучен поединецот. За да се постигне тоа, може да се организираат различни: активности, презентации, реклами, за тоа што е менталното здравје, како да се одржува менталното здравје, кој ги врши услугите во оваа област, што е: психолог, психотерапевт, психијатар, невролог, каква е нивната стручност, итн. Разјаснувањето на сето ова ќе ни овозможи да го разбереме менталното здравје, кој ги врши услугите во оваа област, а воедно, ќе се нормализира и можноста тие да се спомнуваат, како и да се бара стручна помош. Ако возрасните можат да го разберат прашањето за менталното здравје, ќе можат да го пренесат истото на своите деца и така ќе се олеснуваат тешкотиите.

Силно верувам дека нашата иднина се децата и помладите генерации, затоа и може да започне промената во пристапот кон

одржувањето на менталното здравје и кон психологот, со цел да имаме еднаш засекогаш една позитивна насока.

Педагог наместо психолог?

Како воспитно-образовна институција за социјализација, најдоброто место каде што можеме да имаме контакт со децата и да влијаеме врз нив е – училиштето.

Унапредувањето и негувањето на менталното здравје во училиштата, или во воспитно-образовниот процес, е потребно и неопходно за сите вклучени лица во овој процес, како што се: учениците, наставниците, родителите и другите соработници во училиштето. Ова е од лично искуство како ученичка, а потоа и како училиштен психолог.

Ако се навратам на времето кога јас бев ученичка, можам да кажам дека имаше период кога немаше отворена дискусија за менталното здравје или за работата на психологот. Јас, лично, не го знаев и не знам дали воопшто имавме психолог во нашето училиште. Секако, доколку имаше можност да соработуваме со психологот, ние како ученици ќе можевме да стекнеме многу искуства од: индивидуален, социјален, но и професионален аспект. Изразите ментално здравје и психолог ќе ни беа познати и ќе ни изгледаше многу нормално. Кога ќе дојдеше време да одлучиме за нашите студии, немаше да се двоумиме да избереме насока психологија само затоа што никој не сакаше да оди кај психолог, за да не биде обележан како „луд“. Сето ова би можело да се надмине многу полесно доколку од мали нозе би имале разбирање за менталното здравје и работата на вработените во оваа област.

За жал, денес не можеме да кажеме дека има некоја значителна разлика во однос на прифаќањето на психолози или теми поврзани со менталното здравје. Во многу училишта се случува да нема вработен психолог, туку само педагог, или обратно, бидејќи се претпоставува дека педагогот и психологот како педагошко-психолошка служба можат да вршат иста работа, и се постапува на таков начин за тие да можат меѓусебно да се компензираат. Тоа е погрешно бидејќи природата на работата на овие две професии е сосема различна и ниту една позиција не може да ја замени другата, а потребата за двете улоги во училиштето е неопходна.

Меѓусебни и внатрешни тешкотии

Зошто е важно унапредувањето на менталното здравје и издигнувањето на свеста за истото во училиштата и во текот на образовниот процес?

Секој човек се соочува со различни тешкотии во својот живот. Да се биде човек значи дека во зависност од ситуацијата во која се

ЗА ЖАЛ И ДЕНЕС НЕМА ЗНАЧИТЕЛНА РАЗЛИКА ВО ПРИФАЌАЊЕТО НА ПСИХОЛОЗИТЕ ИЛИ ТЕМИТЕ ПОВРЗАНИ СО МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ. ВО МНОГУ УЧИЛИШТА И СЕГА НЕМА ВРАБОТЕН ПСИХОЛОГ, ТУКУ САМО ПЕДАГОГ, ИЛИ ОБРАТНО, БИДЕЈЌИ СЕ ПРЕТПОСТАВУВА ДЕКА ПЕДАГОГОТ И ПСИХОЛОГОТ КАКО ПЕДАГОШКО-ПСИХОЛОШКА СЛУЖБА МОЖАТ ДА ВРШАТ ИСТА РАБОТА, И СЕ ПОСТАПУВА НА ТАКОВ НАЧИН ЗА ТИЕ ДА МОЖАТ МЕЃУСЕБНО ДА СЕ КОМПЕНЗИРААТ. ТОА Е ПОГРЕШНО БИДЕЈЌИ ПРИРОДАТА НА РАБОТАТА НА ОВИЕ ДВЕ ПРОФЕСИИ Е СОСЕМА РАЗЛИЧНА И НИТУ ЕДНА ПОЗИЦИЈА НЕ МОЖЕ ДА ЈА ЗАМЕНИ ДРУГАТА, А ПОТРЕБАТА ЗА ДВЕТЕ УЛОГИ ВО УЧИЛИШТЕТО Е НЕОПХОДНА

наоѓаме, може да имаме различни потреби, да имаме различни емоции и да ги манифестираме истите на наш посебен начин.

Ако навлегуваме малку подлабоко во тоа што се случува во училиштата, сите сме свесни дека има ученици: од различни возрасти, со различни карактери, од различни семејства, со различни социјални статуси, секој со своја приказна, со свој живот, од каде потекнуваат и многу нивни: мисли, ставови, чувства, однесувања и размислувања.

Природата на тешкотиите што се јавуваат во училиштата и во текот на воспитно-образовниот процес може да биде разновидна. Тие можат да имаат интерперсонален карактер, кога, на пример, учениците имаат тешкотии меѓу себе, со наставниците или други лица во, или надвор од

училиштето, може да се соочуваат со тешкотии во комуникацијата, да имаат недоразбирања кои потоа можат да доведат до: ескалација на ситуациите, кавги, малтретирање, итн. Но се случува да имаат и интраперсонални тешкотии, кога нешто се случува во нивниот внатрешен свет, а тоа да не можат ниту да го разберат, ниту пак да го изразат и решат. Овие тешкотии можат да влијаат врз учењето на учениците, врз нивниот успех во училиштето, но може да водат и кон затворање на младите во себе, или пак обратно, може да водат кон рефлектирање на проблемите во средината при што ги вовлекуваат и другите како плен на нивните лични проблеми.

Кај психолог одат „проблематичните“

Со оглед на тоа што учениците се разликуваат меѓу себе, треба да бидеме внимателни како им пристапуваме. Секое искуство на учениците влијае врз нивното однесување, па ако направиме обид и покажеме подготвеност да ги разбереме, тие ќе бидат поотворени да споделат нешто за себе. За ова, прво како возрасни, а потоа како вработени во училиштата, не само како училишни психолози, туку и како наставници, лидери, мора да имаме основни познавања за тоа што е менталното здравје и како можеме да се грижиме за него. Кога ќе се мобилизираме со потребното знаење, тогаш ќе имаме потолерантен и поразбирлив пристап кон учениците. На овој начин, на учениците ќе им се обезбеди: да се запознаат меѓу себе, да ја разберат важноста на нивното ментално здравје, да се разбираат меѓусебно и подобро да ги оценуваат ситуациите со коишто ќе се соочат.

Улогата на училишниот психолог и наставниците е многу важна како за надгледувањето на учениците, така и за реакцијата кон нивната состојба. Со тоа што ќе бидат проактивни, учениците ќе бидат во состојба да разберат дека: некој им е посветен, дека се обидува да ги слуша и дека сака да ги поддржи за да не се продлабочат нивните тешкотии, туку да се олеснат.

За многу однесувања и тешкотии со кои се соочуваат учениците во училиштето може да има полесни решенија доколку училиштето соработува со родителите. Заради оваа причина, треба да се поттикнува вклученоста на родителите и меѓусебната транспарентност во односот со нив. Кога ќе ги здружиме силите за подобрување на една појава, сигурна сум дека за кусо време ќе се постигне позитивна промена.

СО ОГЛЕД НА ТОА ШТО УЧЕНИЦИТЕ СЕ РАЗЛИКУВААТ МЕЃУ СЕБЕ, ТРЕБА ДА БИДЕМЕ ВНИМАТЕЛНИ КАКО ИМ ПРИСТАПУВАМЕ. СЕКОЕ ИСКУСТВО НА УЧЕНИЦИТЕ ВЛИЈАЕ ВРЗ НИВНОТО ОДНЕСУВАЊЕ, ПА АКО ПОКАЖЕМО ПОДГОТВЕНОСТ ДА ГИ РАЗБЕРЕМО, ТИЕ ЌЕ БИДАТ ПООТВОРЕНИ ДА СПОДЕЛАТ НЕШТО ЗА СЕБЕ. ЗА ОВА, ПРВО КАКО ВОЗРАСНИ, А ПОТОА КАКО ВРАБОТЕНИ ВО УЧИЛИШТАТА, НЕ САМО КАКО УЧИЛИШНИ ПСИХОЛОЗИ, ТУКУ И КАКО НАСТАВНИЦИ И ЛИДЕРИ, МОРА ДА ИМАМЕ ОСНОВНИ ПОЗНАВАЊА ЗА ТОА ШТО Е МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И КАКО МОЖЕМО ДА СЕ ГРИЖИМЕ ЗА НЕГО. КОГА ЌЕ СЕ МОБИЛИЗИРАМЕ СО ПОТРЕБНОТО ЗНАЕЊЕ, ТОГАШ ЌЕ ИМАМЕ ПОТОЛЕРАНТЕН И ПОРАЗБИРЛИВ ПРИСТАП КОН УЧЕНИЦИТЕ. А ТИЕ ЌЕ МОЖАТ ПОДОБРО ДА СЕ ЗАПОЗНААТ МЕЃУ СЕБЕ И ДА ЈА РАЗБЕРАТ ВАЖНОСТА НА НИВНОТО МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Друго прашање што го сметам за предизвик во работата на училишните психолози е прифаќањето на психологот од учениците, но и од возрасните. Поаѓајќи од стигматизирањето дека кај психологот се упатуваат „проблематични“ ученици, кога ќе предизвикаат некаков проблем, кај учениците се јавува аверзија кон психологот. Позадината на оваа појава се заснова врз фактот дека кога учениците покажуваат несоодветно однесување, наставниците се закануваат дека ќе ги упатат кај психолог, па така ќе се влијае врз нив да мислат дека средбата со психолог е казна, односно дека канцеларијата на психологот е место коешто не треба да се посети бидејќи ако одите таму ќе бидете означени за нешто лошо.

Учениците, наставниците, родителите и сите други, треба да знаат дека психологот не е местото каде што треба да одиме само кога имаме тешкотии и проблеми. Психологот е тука за нас, за секогаш кога чувствуваме потреба да споделиме нешто со него, дури и нашите среќни моменти. Тој е тука секогаш кога треба да ги разјасниме нашите мисли, кога сакаме да бидеме на мирно место и да се опуштиме.

Менување на улогата на училишниот психолог

Во училиштето треба да се негува културата на почеста интеракција помеѓу психологот и учениците за да се избегнат предрасудите за психолозите, но и за учениците коишто одат кај психологот. За да се измени оваа појава мислам дека треба да се посветат и самите училишни психолози, со тоа што: почесто ќе бидат присутни меѓу учениците во различни средини, не само во канцеларија; преку спроведување на интерактивни и забавни активности коишто

ПОАЃАЈКИ ОД
СТИГМАТИЗИРАЊЕТО
ДЕКА КАЈ ПСИХОЛОГОТ
СЕ УПАТУВААТ
„ПРОБЛЕМАТИЧНИ“
УЧЕНИЦИ, КОГА ЌЕ
ПРЕДИЗВИКААТ НЕКАКОВ
ПРОБЛЕМ, КАЈ МЛАДИТЕ
СЕ ЈАВУВА АВЕРЗИЈА КОН
ПСИХОЛОГОТ. ЗАДНИНАТА НА
ОВАА ПОЈАВА СЕ ЗАСНОВА
ВРЗ ФАКТОТ ДЕКА ШТОМ
УЧЕНИЦИТЕ ПОКАЖАТ
НЕСООДВЕТНО ОДНЕСУВАЊЕ,
НАСТАВНИЦИТЕ СЕ
ЗАКАНУВААТ ДЕКА ЌЕ ГИ
УПАТАТ КАЈ ПСИХОЛОГ.
ТАКА ЈА КРЕИРААТ НИВНАТА
ПЕРЦЕПЦИЈА ДЕКА
СРЕДБАТА СО ПСИХОЛОГ
Е КАЗНА, ОДНОСНО ДЕКА
КАНЦЕЛАРИЈАТА НА
ПСИХОЛОГОТ Е МЕСТО
КОЕШТО НЕ ТРЕБА ДА СЕ
ПОСЕТУВА БИДЕЈЌИ АКО
ОДИТЕ ТАМУ ЌЕ БИДЕТЕ
ОЗНАЧЕНИ ЗА НЕШТО
ЛОШО. ЗА ДА СЕ ИЗМЕНИ
ОВАА ПЕРЦЕПЦИЈА ТРЕБА
ДА СЕ ЗАЛОЖАТ САМИТЕ
УЧИЛИШНИ ПСИХОЛОЗИ,
НО И НАСТАВНИЦИТЕ И
РОДИТЕЛИТЕ

имаат развоен карактер за учениците; преку остварување на почесни индивидуални средби со учениците без да се чека моментот да се јави некаков проблем; да се зближат и запознаваат повеќе со природата на учениците; да се интересираат за нив, да ги набљудуваат, до моментот кога учениците доброволно одат во канцеларијата на психологот и разговараат за различни прашања.

Мислам дека доколку психологот во едно училиште го постигне ова, тогаш ќе се смета за негов голем успех, но и успех за учениците, училиштето и за целата заедница, бидејќи издигнатата свест кај учениците ќе ги натера: подлабоко да размислуваат, да се грижат за нивното ментално здравје, но и за менталното здравје на другите.

Во однос на ова прашање, сметам дека посебна улога имаат и раководителите во соодветните државни институции коишто се поврзани со образованието. Ако тие ја нагласуваат важноста на менталното здравје во училиштата, првично со вработување психолог во секое училиште, а во случај на училишта со повеќе ученици тогаш може да се размисли за повеќе од еден училиштен психолог, вклучувајќи грижа и негување на менталното здравје во воспитно-образовниот процес како посебна тема, курс или предмет, мислам дека ќе има големи позитивни промени во пристапот кон менталното здравје на децата. Резултатот од таквиот пристап секако ќе се одрази врз успехот на учениците, врз добрите социјални односи, поголемата самодоверба, самоприфаќање и позитивна самоперцепција. Тоа, пак, ќе влијае денешните ученици да израснат во здрави индивидуи, одговорни и корисни возрасни луѓе за себе и за општеството.

Превод од албански на македонски јазик: Јетмир Зиба



МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО СЕМЕЈСТВАТА СО ЛИЦА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

АНА БЛАЖЕВА

СЕМЕЈСТВАТА НА ЛИЦА СО ПОПРЕЧЕНОСТ ГО НЕМААТ ПОСЕБНОТО ВНИМАНИЕ ШТО ИМ Е ПОТРЕБНО. ОТСУСТВУВА ПСИХОЛОШКО СОВЕТУВАЊЕ И ПОДДРШКА ОД ПОЧЕТОК НА РОДИТЕЛСТВОТО, КОГА РОДИТЕЛИТЕ ЗА ПРВ ПАТ СЕ СООЧУВААТ СО ИНФОРМАЦИИТЕ. ОТСУСТВУВААТ ГРУПИ ЗА ПОДДРШКА, КАКО МЕХАНИЗМИ И МРЕЖИ НА ПСИХОСОЦИЈАЛНА ПОМОШ. ЕДИНСТВЕНО ПРЕКУ ГРАЃАНСКОТО ЗДРУЖУВАЊЕ И АКТИВИЗАМ ГОЛЕМ БРОЈ РОДИТЕЛИ И ПРОФЕСИОНАЛЦИ СЕ ОБИДУВААТ ДА ГИ АДРЕСИРААТ СВОИТЕ ПОТРЕБИ И ДА ДЕЈСТВУВААТ ЗА СИСТЕМСКИ И ОПШТЕСТВЕНИ ПРОМЕНИ. И ВО ОВОЈ СЕКТОР ОТСУСТВУВА ФОКУСОТ НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ, НО САМОТО ЗДРУЖУВАЊЕ И МЕЃУСЕБНО ПОВРЗУВАЊЕ НА РОДИТЕЛИТЕ И СЕМЕЈСТВАТА ЗА ПОДОБРИ УСЛОВИ И УСЛУГИ ЗА ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ, ВЛИЈАЕ ПОЗИТИВНО ВРЗ МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

„Најголемите изјави на љубов што ги паметиме од литературата или од филмовите, главно се све-дуваат на констатацијата: се видов себеси во него/неа. Некогаш ова ми звучеше многу вистинито и роман-тично. Да ја љубиш својата слика во другиот. Дури и во срцевината на родителската љубов почива таа, по малку егоцентрична потреба да ја потврдиме својата бесмртност преку една нова и свежа неком-промитурана слика на себеси. Се-пак, јас научив дека крајните гра-ници на потенцијалот да љубиш ги преиспитуваш токму со оној во кој (барем на прв поглед) не се гледаш себеси.“ (Мимоза Петревска, 2016)¹

Текстот го пишувам со длабока почит кон сите семејства и лица со попреченост, но бојазливо затоа што знам многу малку за нивните предиз-вици и не знам дали ќе успеам до-волно: прецизно, слоевито и јасно да

¹Петревска-Георгиева, Мимоза. Георгиевска-Наневска, Емилија. (2016) „Живот вреден за живеење“. Или-или, Скопје, стр. 14

пишувам за нивните искуства. Ограничувањата што ги имам во овој потфат ќе се обидам да ги пресретнам со искуствата што ги имам, но и знаењата што ми се на располагање. Во мојот личен и професионален живот имав можност да сретнам и да соработувам со повеќе семејства, најчесто мајки на деца со попреченост. Тие средби и нивните приказни длабоко ме изменија, затоа што преку нив успеав да дознаам за огромниот секојдневен труд и влог во грижата за децата и своите семејства, но и за системските недостатоци со коишто се соочуваат. Голема инспирација, и на некој начин рамка за исчитување на искуствата на родителите, ми беше книгата: „Живот вреден за живеење“ од авторките Мимоза Петревска-Георгиева и Емилија Георгиевска-Наневска и фотографот Драги Неделчевски.² Текстот опфаќа неколку делови, првиот се однесува на контекстот, потоа на концептот на грижа и на крајот следува психосоцијална анализа за родителствувањето на деца со попреченост во македонски контекст.

Контекст

Кризата со менталното здравје е уште една во низата општествени кризи со кои се соочуваме глобално, покрај пандемијата со Ковид-19. Впрочем, влошувањето на менталното здравје во услови на криза, речиси, е правило, односно вообичаен одговор на предизвиците со кои луѓето секојдневно се соочуваат. Поимот криза во психологијата означува период што е поврзан со настан или случувања во кој/кои личноста се соочува со предизвици што ја нарушуваат рамнотежата и постојните капацитети и механизми за справување. Најчестите последици врз менталното здравје во периоди на криза се: анксиозноста, депресивноста, пострауматското стрес растројство, злоупотребата на супстанции и други тешкотии кои може да се одразат и врз зголемување на семејното насилство и злоупотребата на деца.³ Во периоди на криза, најголем дел од луѓето, сепак, не развиваат сериозни тешкотии и наоѓаат нови сили да ја надминат кризата. Но, долготрајните и повеќекратни кризи ги трошат капацитетите и доведуваат до континуирана состојба на стрес којшто може лесно да премине во трауматско искуство. Трауматското искуство значи дека во одреден момент капацитетите

² Исто

³ The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing The Need for Prevention and Early Intervention - 2020 American Medical Association.

за справување со ситуацијата се надминати и личноста се доживува загрошена на едно поинакво ниво, кога ја опфаќа чувство на немоќ, на беспомошност, состојба на континуирано стравување за сопствениот живот или за себе како личност.

Семејствата на лица со попреченост без внимание

Менталното здравје во Македонија е целосно маргинализиран дел од здравствените политики. Стратегијата која постои за менталното здравје е целосно неадекватна на потребите на луѓето, особено на специфичните потреби на, т.н., ранливи општествени групи.⁴ Во стратегијата е застапен медицински модел во чиј фокус се психијатриските клиници и малиот број здравствени установи коишто пружаат услуги поврзани со менталното здравје. Психолозите и, особено, психотерапевтите, отсутствуваат од институционалните капацитети, но и од визијата на здравствените и социјални политики за ментално здравје. Психолошкото советување и психотерапијата, речиси, се недостапни во другите здравствени установи, а семејствата на лицата со попреченост воопшто го немаат посебното внимание што им е потребно. Психолошко советување и поддршка отсутствува и во почетокот на родителството, односно уште во родилиштата, каде што родителите на дете со попреченост за првпат се соочуваат со информациите, кога таквата поддршка им е неопходна. Групи за поддршка, исто така, целосно отсутствуваат како воспоставени механизми и мрежи на психосоцијална поддршка. Единствено преку граѓанското здружување и активизам голем број родители и професионалци се обидуваат да ги адресираат своите потреби и дејствуваат во насока на системски и општествени промени. Но, и во овој сектор отсутствува фокусот на менталното здравје, иако здружувањето и поддршката што се создава во поврзувањето на родителите и семејствата при застапување за подобри услови и услуги за лицата со попреченост, само по себе влијае позитивно на бројни начини врз менталното здравје.

Со здружување и дејствување во граѓанскиот сектор родителите не се чувствуваат осамени, добиваат: разбирање, легитимација

4 Министерство за здравство на РС Македонија: „Национална стратегија за унапредување на менталното здравје во Република Македонија. Септември 2018 – 2025 година, со Акциски план“ Достапна на: <http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2020/05/strategija-za-MZ-2018-2025-170718-pf-1.pdf> Пристапено на: 20.2.2022.

ДЕЛ ОД ПРОМЕНИТЕ КОГА СЕ РАБОТИ ЗА РОДИТЕЛИ НА ДЕТЕ СО ПОПРЕЧНОСТ МОЖЕ ДА СЕ СОВПАДНАТ СО ВООБИЧАЕНИТЕ ПРОМЕНИ И КАЈ ДРУГИТЕ РОДИТЕЛИ, НО ВО СЕКОЈ СЛУЧАЈ НЕ МОЖЕ ДА СЕ ИЗЕДНАЧАТ БИДЕЈЌИ СТАНУВА ЗБОР ЗА МНОГУ ПОСЛОЖЕНИ И ПОГОЛЕМИ ПРЕДИЗВИЦИ. ЧЕСТО, ВО РЕОРГАНИЗИРАЊЕТО НА ЛИЧНИОТ ИДЕНТИТЕТ НА РОДИТЕЛИТЕ, ЗАРАДИ СЛОЖНОСТА И ГОЛЕМИНАТА НА ИСКУСТВОТО, ПРЕОВЛАДУВА: НЕМОЌТА, НЕСИГУРНОСТА И ЗАТВОРАЊЕТО ВО ПРИСТАПОТ ДО СОПСТВЕНИТЕ ПОТЕНЦИЈАЛИ И КАПАЦИТЕТИ. МОЖЕ ДА СЕ ПОЈАВИ ЧУСТВО/ ИДЕНТИТЕТ НА ЖРТВА, ШТО НЕ ЗНАЧИ САМО ПОСТОЈАНА НЕСИГУРНОСТ, РЕПРОДУЦИРАЊЕ НА НЕДОСТИГ НА КАПАЦИТЕТИ, НЕУСПЕХ И ПОТФРЛАЊЕ, ТУКУ И ОТСУСТВО И ПОВЛЕКУВАЊЕ. ВО НОВАТА СИТУАЦИЈА КОЈА СОВЛАДУВА, ВООБИЧАЕНО Е ДА СЕ ПОЈАВИ И ЧУСТВОТО НА НЕСИГУРНОСТ И НЕМОЌ И ДА БИДЕ ПОТРЕБНО ВРЕМЕ ДОДЕКА СЕ КОНСОЛИДИРААТ ВНАТРЕШНИТЕ СИЛИ ДО ПОСТИГНУВАЊЕ ПОГОЛЕМА СИГУРНОСТ И КОРИСТЕЊЕ НА СОПСТВЕНАТА ЕНЕРГИЈА

и репрезентација за искуствата, потребите и предизвиците. Добиваат и директна помош во секаква смисла: емоционална – разбирање и емпатија без сожалување и амбивалентност; социјална – размена на многу важни информации и искуства, активирање и дејствување во средината; материјална – ресурси и услуги коишто им помагаат во грижата за лицата со попреченост. Во ваков контекст на општествени кризи и, речиси, отсутна системска политика кон менталното здравје, менталното здравје на родителите/семејствата на лица со попреченост во Македонија останува на повеќеслојна маргина.

Истражувањата покажуваат дека мајките кои се грижат за деца со попреченост имаат покревко ментално здравје, повеќе се изложени на долготраен стрес и со произразени анксиозно-депресивни искуства.⁵ Степенот на стрес или на влошување на менталното здравје зависи од неколку фактори – степенот на попреченост или здравјето на детето, напорот и времето што е поминато за неа на детето, вклученоста на таткото и поддршката од другите членови на семејството, пријателите и/или заед-

ницата. Степенот на неа што е потребен за грижа за деца и лица со попреченост варира, но е многу посложен и постресен отколку во вообичаеното родителство.

Другите предизвици и ограничувања што ги има во нашиот национален контекст се однесуваат на: отсуство на регистар на лица со

5 Parminder, Raina et.al (2004) Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice *BMC Pediatrics* 2004, 4:1

попреченост, слабо вложување во центри за рехабилитација, слаба достапност за родителите што живеат во помалите градови или во рурални средини, слаба инклузија во градинките и училиштата, речиси никаква поширока инклузија и слаба видливост на лицата со попреченост во образованието и јавниот живот.⁶ Односно, како општество, сè уште лицата со попреченост се сметаат за маргинализирана група која е истисната во хуманитарниот домен на општествените односи – да се донира, да се доделат пакетчиња и да се даде декларативна поддршка кога ќе се создаде јавна бука најчесто поврзана со сериозни акти на дискриминација, како што беше „случајот Тимјаник“ и „случајот Ембла“.⁷ Отсуството на реални институционални механизми и капацитети за социјална поддршка надвор од проектни активности на граѓански организации, сметам дека се клучните проблеми што треба долгорочно и системски да се анализираат и решаваат.

Дополнително, како што укажува Анализата за влијанието на Ковид-19 врз лицата со попреченост: „Државата не ги почитувала обврските што произлегуваат од Конвенцијата за правата на лица со попреченост, особено оние во однос на активното вклучување на лицата со попреченост и нивните претставнички организации во процесите на донесување одлуки за политиките и програмите. Потоа, во однос на признавањето на важноста на пристапноста до: физичката, социјалната, економската и културната средина, до здравство и образование и до информациите и комуникациите. Државата затаила и во преземањето соодветни мерки за да се идентификуваат и да се елиминираат пречките во пристапноста, како и во преземањето на сите неопходни мерки (во согласност со останатите меѓународно-правни обврски) за заштита и безбедност на лицата со попреченост во ситуации на ризик, вклучително и вонредни состојби“⁸

6 Станојковска-Трајковска, Наташа и др. (2017) „Анализа на состојбата на лицата со интелектуална попреченост и комбинирани пречки во Република Македонија“. Хелсиншки комитет за човековите права во Република Македонија.

7 Борис Георгиевски: „Тимјаник – слика и прилика за Македонија“ (11.6.2018) Deutsche Welle (DW) Достапно на: <https://www.dw.com/mk/тимјаник-слика-и-прилика-за-македонија/a-44161349> Пристапено на: 20.2.2022; „Случајот со малата Ембла: Гласен крик против предрасудите и стигматизацијата“ (3.2.2022) Достапно на: <https://p.dw.com/p/46SQL> Пристапено на 20.2.2022.

8 Јовановска, Бојана и Петковска, Наташа. (2021) „Влијанието врз Ковид-19 кризата врз лицата со попреченост во Северна Македонија“, Фондација за демократија на Вестминстер, Северна Македонија.

Грижата е повеќе од инстинкт

„Точно е дека сите живееме со неизвесност и животот е суров, но тоа не е утеха за мајка со болно дете, која ја нема привилегијата да размислува во претпоставки, или да го стави стравувањето за нешто што би можело да се случи во заднина, како родителите на здравите деца. За родителите со хронични проблеми, тешкотиите се веќе тука. Тие се реални, а не претпоставени. Потврдете ја нивната реалност“⁹ (Емилија Георгиевска-Наневска, 2016)

Мојот осврт кон менталното здравје и потребите на родителите и семејствата на лица со попреченост ќе биде преку концептот за грижа и преку една психосоцијална анализа на различни фази и предизвици со кои се соочуваат семејствата. Целта е да се приближи и разбере сложеноста на искуството, како и да се укаже на специфичните потреби во различни животни фази на родителите на лица со попреченост кои потоа влијаат врз менталното и емоционалното здравје и целосната добросостојба. Концептот на етика и политика на грижа се предлага како основна насока во којашто може да се развиваат натамошните институционални политики и пристапи за унапредување на менталното здравје на родителите и семејствата на лицата со попреченост.

Грижата, најчесто без преиспитување, односно „здраво за готово“, се сместува исклучиво во доменот на мајчинството и, воопшто, женската репродуктивна работа, како дел од „инстинктивните“ природни женски квалитети. Меѓутоа, грижата е многу посложен феномен од инстинктивно однесување. Карол Гилиган, психолог кој го проучува моралниот развој на девојчињата, укажува на тоа дека тие се развиваат (од нив се очекува) поинаку. Ако кај момчињата се охрабрува индивидуалноста, кај девојчињата се охрабрува релациската одговорност, бидејќи од нив се очекува да бидат респонзивни кон другите, да внимаваат, слушаат и реагираат во склад со потребите на другите, дури и по цена да ја изгубат врската со себе и/или со другите. Од девојчињата се бара да бидат во функција на другите околу себе. Оттука, условите, односно очекувањата и доделените улоги повеќекратно ги усложнуваат влијанијата врз креирањето на поинаков однос кон себе и светот преку останувањето во доменот на релациите и одговорноста кон другите. Феминистичката етика и

9 Петревска-Георгиева, Мимоза. Георгиевска-Наневска, Емилија. (2016) „Живот вреден за живеење“. Или-или, Скопје, стр. 55

политика на грижа се однесува на проширување на доменот на нејзината примена наместо во воспитување на девојчињата кон поставување на овие етички принципи – релациска грижа за себе и другите како основа за создавање похумано општество. Врамнувањето на концептот на грижа во приватниот домен на интимните релации не лишува од согледувањето на значењето што грижата (може да) ја има во другите социјални и политички релации. Затоа, грижата е во фокусот на овој текст во кој е прикажана сложената позиција на потребата и размената на грижа во остварувањето на подобро ментално и севкупно здравје и подобар квалитет на живот на лицата со попреченост, но и на нивните семејства – од една страна како суштински релациски квалитет, како капацитет што не смее да се сведе на една релација или систем (најчесто семејниот).

Недоволна поддршка вон семејството

Еден од централните проблеми со кои се соочуваат семејствата на лицата со попреченост е токму во недоволниот систем на поддршка во неопходната секојдневна грижа за детето/лицето со попреченост надвор од семејството. Имено, со стеснувањето на семејните системи во последните две декади, потребата за дополнителни системи на поддршка и сервиси за еднородителските семејства, но и, т.н., „нуклеарни семејства“ на деца/лица со попреченост е многукратно зголемена, а без адекватен одговор. Истражувањата потврдуваат дека подобра социјална поддршка кај родителите значи и нивно подобро физичко и ментално здравје и добросостојба.¹⁰ Оттука, грижата за менталното здравје не може да биде раздвоена од вклучување на социјални услуги и грижа од/во пошироката заедница и институциите во одгледувањето на дете/лице со попреченост. Промислувањето на општествените релации низ перспектива на етиката на грижа, напротив, може да овозможи многу поинаква перспектива на политиките, не само во доменот на грижата за здравјето, туку и во однос на сите други општествени сфери.

„Ноките што следеа ги минував во некој тап кошмар во креветот, со поглед закован за црното небо отаде прозорецот, или, пак, стоејќи под неонките во ходникот. Мојот сопруг беше првиот што ми кажа дека едното бебе има Даунов синдром. Ме

¹⁰ Parminder, Raina et.al (2004) Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice *BMC Pediatrics* 2004, 4:1

погали по косата и ми ја соопшти веста, повеќе збунет отколку загрижен, бидејќи и самиот не знаеше што значи тоа. По мојата панична реакција сфати дека ова е нешто поголемо од нас и нашата кривка врска. Тој сосема се повлече во својата болка, а јас се ледев пред она што доаѓаше... (Петревска-Георгиева 2016)¹¹

Адаптацијата и прифаќањето на детето со попреченост подразбира реорганизирање на целата визија/идеја за животот и како тој ќе се одвива во иднина. Во таа смисла, тоа е долготраен процес кој многу наликува на процесот на загуба, со тоа што загубата се однесува на одредени идеи и желби за себе и своите деца. Во тој процес, првиот шок е самото соочување со информацијата/сознанието што радикално го пренасочува животот. Животот пред, и по соочувањето со: состојбата, болеста, попреченоста на детето има сосема различен тек. Тоа скршнување многу лесно може да се искуси како класична траума. Немоќта пред фактот со кој се соочени е толкава што голем дел родители ја покажуваат преку затворање и немост. Како да доживеале ненадеен удар и шок што ги остава занемени и беспомошни. Затворањето е целосно, а немоста е споделена во најинтимните релации меѓу партнерите: со нивните родители, со другите деца, со пријателите, но и пред себеси. Меѓутоа, бидејќи преживувањето на децата директно зависи од постојаната вклученост и грижа, првата траума често останува да се преживува додека истовремено се извршуваат сите други функции – директна грижа за детето и уште многу институционални процеси што следат: дијагностицирање, навигирање во системот, наоѓање на соодветни терапии, и сл. Трауматското искуство не значи патологија, тоа претставува дел од нормалниот начин на реагирање и може да биде надминато како нормален тек на справување со новонастанатата ситуација, но секако, остава трајна промена врз личноста и релациите. Без соодветна психосоцијална поддршка во пребродувањето на првиот период се ризикуваат: трајни промени врз менталното здравје, партнерските релации и релациите во семејството, како и врз останатите деца во семејството. На крајот на овој прв период клучно за успешно справување со новата ситуација е создавање на доволно прифатлива рамка за неа, значења кои даваат смисла на новата ситуација и на новиот живот и иднина. Во реструктурирањето на животните

11 Петревска-Георгиева, Мимоза. Георгиевска-Наневска, Емилија. (2016) „Живот вреден за живеење“. Или-или, Скопје, стр. 24

рамки и значења, клучна улога има и воспоставувањето на функционален систем на поддршка за родителите и семејството во секојдневното функционирање.

Соочување и реорганизација

„Иако на улица изгледав како секоја мајка со количка, грчот секогаш беше тука. Имав денови кога бев: истоштена, безволна, празна, денови кога се бунтував, кога ме болеше секој пресилен збор или поглед, кога јурев по улиците трудејќи се да го одвеам темниот облак закачен за мене. Денови кога ги одбегнував довчерашните познаници и денови кога стискав заби и се обидував артикулирано да им ја претставам новата ‘јас.’“¹² (Мимоза Петревска-Георгиева)

Дел од процесот на прифаќање, освен соочувањето и реорганизацијата, подразбира и позиционирањето во сопствениот идентитет и улогата што се носи пред другите. Развивањето на родителската улога е само за себе сложен процес, можеби еден од најкомплексните и предизвикувачките улоги која трајно нè менува.

Дел од промените во оваа улога кога се работи за родители на дете со попреченост може да се совпаднат со вообичаените промени и кај другите родители, но во секој случај не може да се изедначат бидејќи станува збор за многу посложени и поголеми предизвици. Често во реорганизирањето на личниот идентитет на родители, заради сложеноста и големината на искуството, преовладува: немоќта, несигурноста и затворањето во пристапот до сопствените потенцијали и капацитети. Чувството/идентитетот на жртва може да се појави и не значи

ГОЛЕМ ПРЕДИЗВИК ВО СЕМЕЈСТВОТА Е ПОМИРУВАЊЕТО НА РАЗЛИЧНИТЕ СТИЛОВИ, ПОЗИЦИИ И ИДЕНТИТЕТИ ШТО ГИ ЗАЗЕМААТ ПАРТНЕРИТЕ. ДОКОЛКУ ЕДНИОТ ПАРТНЕР СЕ ПОВЛЕЧЕ, А ДРУГИОТ ВЛЕЗЕ ВО ПОЗИЦИЈА НА ЦЕЛОСНА МОБИЛИЗАЦИЈА, ТОА КРЕИРА ГОЛЕМ ДИСБАЛАНС И МОЖЕ ДА СЕ ОДРАЗИ ВРЗ КВАЛИТЕТОТ НА ПАРТНЕРСКАТА РЕЛАЦИЈА И, ВООПШТО, ВРЗ НЕЈЗИНАТА ОДРЖЛИВОСТ. ПОЗИЦИОНИРАЊЕТО НА ДВАЈЦАТА ПАРТНЕРИ ПОВЕЌЕ КАКО ЖРТВИ, ОДНОСНО НИВНОТО ПОВЛЕКУВАЊЕ МОЖЕ ДА ПОДРАЗБИРА ВКЛУЧУВАЊЕ НА ДРУГИ ЧЛЕНОВИ НА ПОШИРОКИТЕ СЕМЕЈНИ СИСТЕМИ, ПР. БАБИТЕ И ДЕДОВЦИТЕ ДА ПРЕЗЕМАТ ГОЛЕМ ДЕЛ ОД ОБВРСКИТЕ И ФУНКЦИИТЕ, ВКЛУЧИТЕЛНО И НОСЕЊЕТО ОДЛУКИ. СО ТОА СЕ НАРУШУВА СЕМЕЈНИОТ СИСТЕМ И ОДНОСИ ВО НАСОКА НА КОМПРОМИТИРАЊЕ НА РОДИТЕЛСКИТЕ ПОЗИЦИИ И МОЌТА ШТО ТИЕ ЈА НОСАТ

12 Исто, стр. 28

само: постојана несигурност, репродуцирање на недостиг на капацитети, неуспех и потфрлање, туку и отсуство и повлекување. Во новата ситуација која совладува, вообичаено е да се појави и чувството на несигурност и немоќ и да биде потребно време додека се консолидираат внатрешните сили до постигнување поголема сигурност и користење на сопствената енергија. Чувството на немоќ не мора да значи реална пасивност, туку доживување на беспомошност и во ситуации кога, покрај сите вложувања, доминира чувството дека не е доволно, несигурност дека во нешто се потфрла. Отсуство или повлекување се јавува кога доживувањето на ситуацијата е дека таа е поголема од она со кое што сме спремни да се соочиме. Повлекувањето може да носи со себе изолација и депресивна слика и искуство, додека, пак, уверувањето дека се неуспешни носи постојано стравување и анксиозност.

„Неретко се прашувам: за кого тоа ние ги правиме сите вежби, терапии и усовршувања? Се разбира, за детето, но во голема мера и за нас родителите. Ми се чини дека сите напори околу терапиите, третманите, и слично, се исто толку корисни, ако не и повеќе, за родителите. За родител на дете со сериозни тешкотии во развојот, најтешко е чувството на беспомошност. А, лесно човек може да се обесхрабри кога нешто што „треба“ да се случи природно, релативно безболно, се случува тешко или воопшто не се случува, оти кривата на учење кај нашите деца е ужасно бавна. За родителот, сите третмани и наизуст научени структури на вежби и терапевтски прирачници се орудии што му даваат чувство на контрола и компетенција. А, чувството на компетентност и учество во развојот на своето дете е важен дел во справувањето со беспомошноста, па дури и со депресијата“.¹³ (Емилија Георгиевска-Наневска)

Од друга страна, може да се активира или преовладува целосна мобилизација и постојано вложување да се направи максимум, постојано користење на сите расположливи сили, на некој начин влегување во улога на херој. Тоа значи: преземање на сите домашни задачи, испробување на сите третмани, непропуштање на ниту еден третман, застапување (односно обиди да се менува системот), итн. Хероизмот води кон исцрпеност и прегорување, но и изолација (слаби релационски капацитети) на долги патеки затоа што никој нема неисцрпен резервоар на енергија и не е имунизиран во однос на долгорочно запоставување на личните потреби.

¹³ Исто, стр. 53

И во двете позиции, и во сите други помеѓу, никогаш не се исклучени, туку, напротив, паралелно се одвиваат сите секојдневни обврски – грижа (јадење, хигиена, игра, облекување, заспивање, итн.), прегледи, третмани, социјализација, итн. Исто така, во двете позиции најчесто доаѓа до одложување или запоставување на личните потреби и на тој начин дополнително се намалува обновувањето на менталната енергија, односно се ризикува менталното здравје.

Дополнително, голем предизвик во семејствата е помирувањето на различните: стилови, позиции и идентитети што ги заземаат партнерите. Доколку едниот партнер се повлече, а другиот влезе во позиција на целосна мобилизација, тоа креира голем дисбаланс и може да се одрази врз квалитетот на партнерската релација и, воопшто, врз нејзината одржливост. Позиционирањето на двајцата партнери повеќе како жртви, односно нивното повлекување, може да подразбира вклучување на други членови на пошироките семејни системи, пр. бабите и дедовците да преземаат голем дел на обврските и функциите, вклучително и на позиција на носење одлуки. Со тоа се нарушува семејниот систем и односи во насока на компромитирање на родителските позиции и моќта што тие ја носат.

„Нашата релација уште од самиот почеток беше замрсно клопче од спротивставени емоции. На почетокот побегнав панично од неа, за панично да ѝ се вратам со чувство на вина и потреба да почнеме одново“.¹⁴ (Мимоза Петревска-Георгиева)

Заради сите овие искуства и сложени односи, односно долги процеси низ кои минуваат родителите, еден од најголемите предизвици во секојдневното функционирање е воспоставувањето на адекватна грижа за себе и своите потреби. Немањето доволно време или ресурси да бидат во контакт со себе и да се грижат за своите потреби негативно влијае врз менталното здравје. Постојаната исцрпеност не остава многу простор, а потребите не може да се суспендираат. Дополнително, во позадина на фрустрираните потреби и желби, покрај уморот и недостигот на време и услови, често може да стои чувство на вина. Недозволата за опуштање или за задоволство, е силно врзана за улогата на мајка и негувателка. Ставањето целосно во функција на своето дете, до толку повеќе ако детето е со попреченост, значи целосна посветеност, а одморот

¹⁴ Исто, стр. 33

или задоволството се сметаат за отстапка, за напуштање на таа улога, што знае целосно да го заземе идентитетот на жената. Вината и срамот се поврзани и со комплексната ситуација на амбивалентни доживувања кон детето. Истовремена љубов, но и желба да го нема, никогаш да не постоело, и сл. Ваквите чувства се целосно табуизирани. Се доживуваат како невозможни за „нормална“ мајка, „демонски“ и „монструозни“ како резултат на личната слабост, дека не се доволно добри и потфрлаат во улогата на мајка, дека немаат доволно сила или љубов да се грижат за своето дете, и сл. Овој сложен афективен јазол најчесто ги одржува жените во постојан стрес

**ВИНАТА И СРАМОТ
СЕ ПОВРЗАНИ СО
КОМПЛЕКСНА СИТУАЦИЈА
НА АМБИВАЛЕНТНИ
ДОЖИВУВАЊА КОН ДЕТЕТО.
ИСТОВРЕМЕНА ЉУБОВ,
НО И ЖЕЛБА ДА ГО НЕМА,
НИКОГАШ ДА НЕ ПОСТОЕЛО,
И СЛ. ВАКВИТЕ ЧУВСТВА СЕ
ЦЕЛОСНО ТАБУИЗИРАНИ.
СЕ ДОЖИВУВААТ КАКО
НЕВОЗМОЖНИ ЗА
„НОРМАЛНА“ МАЈКА,
„ДЕМОНСКИ“ И
„МОНСТРУОЗНИ“, КАКО
РЕЗУЛТАТ НА ЛИЧНАТА
СЛАБОСТ, ДЕКА НЕ СЕ
ДОВОЛНО ДОБРИ И
ПОТФРЛААТ ВО УЛОГАТА
НА МАЈКА, ДЕКА НЕМААТ
ДОВОЛНО СИЛА ИЛИ ЉУБОВ
ДА СЕ ГРИЖАТ ЗА СВОЕТО
ДЕТЕ, И СЛ. ОВОЈ СЛОЖЕН
АФЕКТИВЕН ЈАЗОЛ НАЈЧЕСТО
ГИ ОДРЖУВА ЖЕНИТЕ
ВО ПОСТОЈАН СТРЕС И
НЕЗАДОВОЛСТВО СО САМИТЕ
СЕБЕ. НО, ИСТОВРЕМЕНО,
ОВИЕ ИСКУСТВА БИДЕЈЌИ
СЕ ТАБУ, НАЈЧЕСТО НЕ
СЕ СПОДЕЛУВААТ НИТУ
СО ПАРТНЕРИТЕ, НИТУ
СО ДРУГИТЕ БЛИСКИ.
НЕДОСТАСУВА СПОДЕЛЕН
ЈАЗИК, БЕЗ ОСУДА, ЗА
ДА СЕ ЗБОРУВА ЗА СИТЕ
НИЈАНСИ НА ЗАПЛЕТКАНИТЕ
ДОЖИВУВАЊА**

и незадоволство со самите себе. Но, истовремено, овие искуства бидејќи се табу, најчесто не се споделуваат ниту со партнерите, ниту со другите блиски. Недостасува споделен јазик, без осуда, за да се зборува за сите нијанси на заплеткани доживувања.

Немањето: јазик, култура, простор да се зборува за искуствата и тие да бидат прифатливи и нормализирани, ги прави родителите (и другите членови на семејството, особено браќата и сестрите) осамени во искуството и ги „држи“ во буквална смисла сите доживувања постојано активни и заплеткани. Тоа креира постојан дополнителен афективен притисок и чувство на преплавеност или на претворање „во работ“, во голем дел од времето. Дел од терапевскиот процес со мајки на деца со попреченост се однесува токму на истражување на овие заплеткани афективни територии, потоа на дозвола да се артикулираат и уважат: заплетканите афективни јазли, забрани, критики и отуѓувања за да може да се разбере, но и да се ослободи товарот на тајната и табуто.

Често замрсените чувства доаѓаат од интроектираните (несвесно усвоени) социјални вредности и очекувања за тоа што значи да се биде мајка, особено добра мајка. Всушност, непризнавањето на афективните искуства и срамот што го генерираат штетните патријархални уверувања и глорификации за „мајчината љубов и пожртвуваност“ го креираат голем дел од притисокот и табуто. Непризнавањето на сопствените потреби или нивното запоставување, пак, од друга страна најчесто генерира незадоволство или е во позадината на „лошите мисли и чувства“ што мајките/родителите може да ги имаат и кон своите деца. Запоставувањето на сопствените потреби е состојба на фрустрација, незадоволство, лутина која лесно може преку механизмот на проекција да се припише на другите во околината. Така, лутината може да се насочи кон партнерот или кон детето или кон судбината, Бог, и сл., а бидејќи лутината, исто така, е: цензурирана, непожелна и недозволена, да го повика срамот и да се пренасочи кон себе. На тој начин може да има многукратни скратувања и да се креира целиот тој притисок и афективен јазол што причинува дополнителен товар, но и сериозно може да го загрози квалитетот на менталното здравје и да предизвика нарушувања и на здравјето и на релациите.

Откривањето и запознавањето на личниот простор на справување со родителството (загубата, идентитетот, емоциите, и сл.) е еден дел од развивање и јакнење на личните капацитети, другиот дел е комуникацијата и динамиката во партнерскиот однос и во семејните односи. На ова ниво, комплексноста уште повеќе се зголемува затоа што секој од партнерите и секој од семејниот систем: браќата, сестрите,¹⁵ бабите, дедовците, тетките, чичковците/вучковците или други пошироки системи кои се значајни за родителите, на пр. нивните пријатели (посебните и заедничките), колегите, итн., поминува низ некаков процес на лично прилагодување и позиционирање. Во таа смисла, предизвикот да се развиваат и негуваат системи на поддржување, односно позиционирање, е дополнително тежок процес.

„Се случува децата од блиските да ги прашаат родителите зошто е Марија во количка и секогаш настанува непријатна тишина.

¹⁵ Уште помалку истражени се искуствата и односите со браќата/сестрите на лицата со попреченост кои, исто така, се дел од сложениот семеен систем и чиј развој и живот се обликувани од личното, но и специфичното семејно искуство и многу значајни во неговото функционирање и одржување.

Родителите се толку збунети и засрамени како детето со прашањето да направило најголем криминал. Во таа ситуација објаснувам зошто е таа во количка и дека вежба и се труди и еден ден ќе оди како нив”.¹⁶ (Разговор со Оливера Савеска)

„Еднаш кај мене во населба еден ме погледна накриво и се изнасмеа. Пријателот до него го потчукна и му рече: ‘Не се смеј! А, јас се свртев и му реков: ‘Смеј се, бе брат, слободно смеј се! Мене ми е сеедно.“¹⁷ (Разговор со Александар Матовски Цако, 2015 година)

Соочување со средината, предизвик или пораз

Постојан предизвик за родителите на лицата со попреченост е соочувањето со средината. Покрај бремето на првата траума, комплексноста на промената и динамиката на односот кон себе и сопствените емоционални искуства и јазли, односите со партнерите, семејството и другите блиски, уште еден од слоевите на искуството се однесува на соочувањето со средината. Тоа што во контекстот беше назначено како сè уште нејасно издиференцирана општествена отвореност кон попреченоста, во интимните секојдневни искуства знае да биде многу специфичен тригер, односно враќање во ситуација на неприфатеност, преиспитување, итн. Отворените и директни дискриминациски искуства и практики најчесто се резултат на предрасуди, страв и зазор од нешто што е туѓо, непознато и поинакво. Покрај тоа, многу често се присутни суптилни микронасилства кои произлегуваат од: неразбирањето, неинформираноста, немањето искуство и контакт со лица со попреченост. Изложеноста на ваков третман може да се доживее како уште една потврда за личниот пораз и/или како уште еден предизвик. За дел од родителите и лицата со попреченост ова станува поле во кое се посветуваат и што дава дополнително значење и вредност на нивното искуство и живот, преку застапување за нивното прифаќање и интеграција во средината.

„Никола порасна, Акира стана нов член на семејството, баба Татјана и натаму е постојано до Мане, баба Вера се разболе од Паркинсон, Весна и Соња имаат сè помалку време за нас, Мане

¹⁶ Петревска-Георгиева, Мимоза. Георгиевска-Наневска, Емилија. (2016) „Живот вреден за живеење“. Или-или, Скопје, стр. 118

¹⁷ Исто, стр. 137

одамна го надмина „незгодниот пубертет“... но јас и Оли сè уште сме „still and strong“ и за овие 6 години Мане го пресоблековме повеќе од 8.640 пати, го избањавме 140 пати, му дадовме 8.640 оброци, а тој испи повеќе од 34.560 апчиња за смирување на епилептичните напади, кои сè уште ги има повеќе од 50 секојдневно... Ах, да! Го бакнувавме и гушкавме секојдневно, многу, многу, многу“.¹⁸ (Драги Неделчевски)

Следуваат предизвиците што ги носи животот со попреченост – вклучување во социјалните и образовните процеси, вработувањето. Искуствата на родителите говорат за: постојани проблеми, ограничувања, недоволно можности и потреба за многу одрекувања од сопственото време и кариера за да се надолнат недостатоците на системот за вклучување на лицата со попреченост во другите социјални сфери. Во овој период, по адаптацијата и развивањето на новиот идентитет, родителите во голема мера се соочени многу повеќе со уморот што го носи секојдневието во коешто тие постојано треба да одговорат на сите потреби на детето. Регенерирање на силата на дневно ниво е неопходна за зачувување на здравјето, иако тоа може да биде за сметка на лишувањето од други задоволства и лични желби. Долготрајното лишување, пак, може да биде постојан ризик за менталното здравје и севкупната добросостојба.

Во овие животни периоди родителите многу вложуваат за да им помогнат на лицата со попреченост да се социјализираат, да се

ИСКУСТВАТА НА РОДИТЕЛИТЕ ГОВОРАТ ЗА ПОСТОЈАНИ ПРОБЛЕМИ, ОГРАНИЧУВАЊА, НЕДОВОЛНО МОЖНОСТИ И ПОТРЕБА ЗА МНОГУ ОДРЕКУВАЊА ОД СОПСТВЕНОТО ВРЕМЕ И КАРИЕРА ЗА ДА СЕ НАДОПОЛНАТ НЕДОСТАТОЦИТЕ НА СИСТЕМОТ ЗА ВКЛУЧУВАЊЕ НА ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ ВО ДРУГИТЕ СОЦИЈАЛНИ СФЕРИ. ВО ОВОЈ ПЕРИОД, ПО АДАПТАЦИЈАТА И РАЗВИВАЊЕТО НА НОВИОТ ИДЕНТИТЕТ, РОДИТЕЛИТЕ ВО ГОЛЕМА МЕРА СЕ СООЧЕНИ МНОГУ ПОВЕЌЕ СО УМОРОТ ШТО ГО НОСИ СЕКОЈДНЕВИЕТО ВО КОЕ ТИЕ ПОСТОЈАНО ТРЕБА ДА ОДГОВОРАТ НА СИТЕ ПОТРЕБИ НА ДЕТЕТО. РЕГЕНЕРИРАЊЕ НА СИЛАТА НА ДНЕВНО НИВО Е НЕОПХОДНА ЗА ЗАЧУВУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО, ИАКО ТОА МОЖЕ ДА БИДЕ ЗА СМЕТКА НА ЛИШУВАЊЕТО ОД ДРУГИ ЗАДОВОЛСТВА И ЛИЧНИ ЖЕЛБИ. ДОЛГОТРАЈНОТО ЛИШУВАЊЕ, ПАК, МОЖЕ ДА БИДЕ ПОСТОЈАН РИЗИК ЗА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И СЕВКУПНАТА ДОБРОСОСТОЈБА

¹⁸ Исто, стр. 62

вработат, доколку е тоа можно, или да се оспособат за самостоен живот, да ги развиваат и остварат нивните: потенцијали, желби, соншта и потреби. Табу во текот на животот на лицата со попреченост останува да биде нивниот сексуален живот и потреби. Родителите и семејствата и во овој домен се целосно препуштени на самите себе, да се снаоѓаат онака како што знаат и умеат, онолку колку што условите им дозволуваат. Во тие периоди се клучни можностите за советување со професионалци од областа, со кои може да споделуваат информации и да научат што и како може да го поддржат задоволувањето на сите потенцијали и потреби. Поддршката од професионалците и сервисите за развој и социјализација на лицата со попреченост директно може да влијае врз менталното здравје и на родителите. Ослободувањето од непознатото, притисоците и табуата може да креираат многу дополнителен стрес и нејаснотија, кои со соодветна поддршка полесно се надминуваат.

„Нè плаши иднината, не сме вечни. Не знаеме што ќе биде со нејзе кога нас ќе не нема“.¹⁹ (Разговор со Јелка и Сашо Прокопиеви)

Еден од најголемите стравови на родителите на лицата со попреченост е прашањето на грижата во случај на нивна болест или смрт. Особено во контекст на многу слабо развиен систем на грижа и поддршка, најголемиот товар останува на семејството – браќата, сестрите или, пак, на трети лица на кои државата ќе им довери старателство за грижа, но кое многу често станува параван за злоупотреба и негрижа. Стравот повторно ги исправа родителите пред немоќта, ги соочува со неминовните ограничувања и може да ја врати истата болка и горчина што искуството на родителствување на дете со попреченост го носи. Затоа, особено значајно е да се одговори на овој специфичен проблем и да се работи на развивање на различни можности за соодветна грижа на лицата со попреченост надвор од семејствата.

(Д-р Ана Блажева е виш научен соработник на Институтот за општествени науки и хуманистички науки – Скопје. Дипломирала психологија, завршила магистерски студии по социологија и род, а докторирала на студии на култура. Таа е сертифициран гешталт психотерапевт и работи во приватна пракса. Нејзиното

¹⁹ Исто, стр. 76

истражувачко искуство е во областите на: политиките, родот, медиумите, социјалното вклучување, образованието, младите, и др. Има објавено извештаи од: истражувања, анализи на политики, академски трудови и прирачници. Нејзин интерес е интердисциплинарен пристап кон емоциите и политиката.)



ЖИВОТ СО НЕПРАВДА - ДИСКРИМИНАЦИЈА, ЗДРАВЈЕ И РЕЛАЦИИ

СЛАВЧО ДИМИТРОВ

ЗА ЦЕЛОСНО РАЗБИРАЊЕ НА НЕПРАВДАТА ВАЖНА УЛОГА ВО НАШЕТО ИСТРАЖУВАЊЕ ИМАА ТРАУМАТИЧНИТЕ И СТРЕСНИ ИСКУСТВА КАКО РЕЗУЛТАТ НА ЗАТСКРИЕНИ, ГЕСТИКУЛАЦИСКИ И ТЕЛЕСНИ ФОРМИ НА МИКРОНАСИЛСТВО. НА ПРИМЕР: ТЕЛЕСНА ДИСТАНЦА И ГРЧЕВИТИ РЕАКЦИИ; ИГНОРИРАЊЕ ВО СОЦИЈАЛНИ И РАБОТНИ КОНТЕКСТИ; ИСМЕВАЊЕ ЗА ДИЈАЛЕКТ; ПРЕЗРИВИ И ПОНИЖУВАЧКИ ПОГЛЕДИ; ЈАЗИЧНИ ПОРАКИ И КОМЕНТАРИ СО АМБИВАЛЕНТНА СОДРЖИНА КОИ СОЗДАВААТ СТРЕСНИ СИТУАЦИИ И ВОДАТ КОН ДВОУМЕЊЕ, НЕСИГУРНОСТ И ЕМОЦИОНАЛНО ИСЦРПУВАЊЕ. ОВИЕ РЕАКЦИИ ВОДАТ И КОН ЗАБУНА МЕЃУ „ОТВОРЕНАТА ПОРАКА И ИСКУСТВЕНАТА РЕАЛНОСТ“, РАЗНИШУВАЈЌИ ГИ ЛИЧНИТЕ И ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ ОДНОСИ И „ДОВЕДУВАЈЌИ ГИ ЖРТВИТЕ ВО ПОЗИЦИЈА ДА НЕ МОЖАТ ДА УТВРДАТ КОГА, КАДЕ, И КАКО ДА СЕ СПРОТИВСТАВАТ НА ОПРЕСИЈАТА

Вовед

Овој текст ги прикажува некои од клучните наоди од истражувањето: „Секојдневниот и емоционалниот живот на неправдата: Дискриминација, здравје и релации“¹ коешто го спроведовме заедно со Ана Блажева во текот на 2021 година, а коешто произлезе од долгогодишните искуства и согледувања за неповолната позиција и мноштвото неповолни фактори што ги засегаат маргинализираните: социјални, етнички и сексуални малцинства. Идејата на истражувањето беше да се опфатат различните аспекти и влијанија врз позицијата на малцинствата и нивната

1 Блажева, Ана и Димитров, Славчо. 2022. *Секојдневниот и емоционалниот живот на неправдата: Дискриминација, здравје и релации*. Скопје: Коалиција МАРГИНИ/Мрежа за заштита од дискриминација. Интегралното истражување е достапно на: http://coalition.org.mk/wp-content/uploads/2022/02/Sekojdnevniot-i-emocionalniot-zivot-na-nepravdata_B5_165x235mm_V05.pdf?fbclid=IwAR0pErEoUkdZR-L5JyXrVcn4TcR7p4APLjI39zguk0xb2fRJcCAtkTGuGfE

маргинализација преку субјективните искуства и доживувања на дискриминација и неправда и нивната севкупна здравствена и социјална состојба. Целта на истражувањето беше да се разбере како дискриминацијата и неправдата влијаат врз секојдневието, ги обликуваат искуствата и светогледите и ги врамуваат: социјалната положба, релациите и световите на дискриминираните заедници.

Во истражувањето беа опфатени три целни заедници: лезбијки, бисексуалци и геј-мажи, текстилни работнички и Ром(к)и, со цел да се испита влијанието на: сексуалната ориентација, родот, класата и расата. Во истражувањето се користеше полуструктурирано интервју како примарен метод за прибирање на податоци, а беа опфатени по 20 претставници од три целни заедници. Методот на анализа се состоеше од комбинација на: феноменолошка, социолошка и критичка дискурзивна анализа.

Интегралната анализа којашто произлезе од истражувањето опфати три аспекти и проблематики поврзани со целите на истражувањето, односно: 1) различните форми на искуства: неправда, опресија и дискриминација меѓу трите целни групи; 2) проблемите со здравјето и специфичното ментално здравје, коишто корелираат со секојдневните искуства на опресија, како и; 3) анализа на субјективните искуства на ранливост и отпорност во социјален контекст и формите на корпорален субјективитет, односно како маргинализираните заедници отелотворуваат однесување, однос кон другите, светот и себеси: аспирации, вредности и расположенија коишто сведочат за начините на коишто: институциите, социјалните структури и услови се всадуваат во нивните тела и ги моделираат телесните субјективитети. За целите на овој текст ќе се фокусирам само на наодите од вториот и третиот дел од истражувањето, посочувајќи само на клучните методолошки и епистемолошки рамки на првиот дел, а коишто овозможуваат интегрално разбирање и социо-политичко контекстуализирање на наодите од останатите два дела.

Во рамки на првиот дел од прашалникот, и низ интервјуата спроведени за целите на истражувањето, сакавме да добиеме многуслоен, повеќестран и интегриран приказ и информации за различните форми и искуства на: опресија, доминација, нееднаквост и дискриминација меѓу текстилните работнички, Ромите и Ромките, и геј-мажите, лезбијките и бисексуалците. За оваа цел, на прашањата

за искуствата на неправда и нееднаквост им пристапиме преку интегрираните теории за правда развиени од страна на феминистичките политички филозофи: Ненси Фрејзер (Fraser 1997, 2009; Fraser and Honneth 2003) и Ајрис Марион Јанг (Young 1990, 2000, 2011). Овие теории за правда во своите иследувања ги обединуваат како прашањата за: економската доминација, нееднаквата поделба на трудот, маргинализацијата на пазарот на трудот и неправедната распределба, така и прашањата за: признавањето/препознавањето (recognition), односно културната, симболичка, идентитетска неправда и нееднаквост којашто резултира со: стереотипизација, дехуманизација, бришење од јавниот домен на видливоста, искуства, вредности, културни практики и перспективи на различни маргинализирани групи, како и укинување на почитта и достоинството на различни социјални групи.

Првата група на видови социо-економска неправда, којашто е вкоренета во политичко-економските структури на општеството, ни даде увид во различните искусени форми на: *експлоатацијата, маргинализацијата, лишувањето и обезмокувањето*, помеѓу текстилните работнички, Ромите и Ромките (играјќи клучна улога како интерсекциски фактори и помеѓу ЛГБ популацијата). Теориската рамка на симболичката или културната неправда, којашто својот корен го има во нееднаквите односи на моќ и следствените социјално доминантни форми на претставување и афективна организација на општеството, пак, ни овозможи да ја истражиме: *културната доминација, односно културниот*

ВО ОДНОС НА ЗДРАВЈЕТО, ПОДАТОЦИТЕ ПОКАЖУВААТ ДЕКА СИТЕ МАРГИНАЛИЗИРАНИ ГРУПИ ИСКУСУВААТ РАЗЛИЧНИ ПСИХО-ФИЗИЧКИ ТЕШКОТИИ КОИ СПАГААТ ВО ЛЕПЕЗАТА РЕАКЦИИ НА ПОСТОЈАН СТРЕС И СИСТЕМСКА ТРАУМАТИЗАЦИЈА. НАЈГОЛЕМ ДЕЛ ОД ИСПИТАНИЦИТЕ ЗБОРУВААТ ЗА ПРЕОВЛАДУВАЧКИ УМОР И ИСЦРПЕНОСТ, КАКО И БРОЈНИ ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ И НАРУШУВАЊА НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ. НЕКОИ ОД НИВ ИМААТ ПРОБЛЕМИ СО: СРЦЕТО И ДРУГИ ЦИРКУЛАТОРНИ ЗАБОЛУВАЊА, ПРОБЛЕМИ СО СКЕЛЕТНО-МУСКУЛНИОТ СИСТЕМ, ИМУНОЛОШКИ ПРОБЛЕМИ, И СЛ. НАЈЧЕСТИ ТЕГОБИ ШТО ГО ПОПРЕЧУВААТ СЕКОЈДНЕВНОТО ФУНКЦИОНИРАЊЕ НА ИСПИТАНИЦИТЕ ОД МАРГИНАЛИЗИРАНИТЕ ГРУПИ СЕ: ИСЦРПЕНОСТА, ГЛАЗБОЛКИТЕ, АНКСИОЗНОСТА И ДЕПРЕСИВНИТЕ ДОЖИВУВАЊА. ТЕКСТИЛНИТЕ РАБОТНИЧКИ НАВЕДУВААТ И НЕМОЖНОСТ ДА ГИ КОНТРОЛИРААТ ЕМОЦИИТЕ, БЕСПОМОШНОСТ И ПРОМЕНИ ВО ИСХРАНАТА И ТЕЖИНАТА

империјализам, непризнавањето и културната невидливост, непочитувањето и стереотипизацијата, како и насилството, со коишто се обележани искуствата на: Ромите и Ромките и лезбијките, геј-мажите и бисексуалците.

Дополнително, како посебен вид неправда во нашето истражување ги посочивме и формите на афективна неправда со којашто ги означивме различните ситуации на неуважување на: чувствата, страдањето, болката, повредата и гневот, како и емоционалната експлоатација (Whitney 2018, Al-Saji 2021) – присутни во искуствата на сите маргинализирани групи на различни начини.

Конечно, за комплексно и целосно разбирање на неправдата важна улога во нашето истражување имаа и трауматичните и стресни искуства коишто се резултат на затскриени, гестикациски и телесни форми на микронасилствата и микронападите, како што се: воспоставувањето на телесна дистанца и грчевити реакции; игнорирањето во социјални и работни контексти; исмевањето за дијалектот и говорот; презривите и понижувачки погледи во мноштво различни контексти и јавни простори; јазичните пораки и коментари со амбивалентна содржина, а кои создаваат исклучително стресни ситуации бидејќи водат кон: двоумење, несигурност и емоционално исцрпување, како и кон забуна меѓу „отворената порака и искусствената реалност“, разнишувајќи ги личните и професионалните односи и „ги сместува жртвите во незавидна позиција да утврдуваат кога, каде, и како да се спротивстават на опресијата, а кога да се адаптираат на неа“ (Wing Sue and Spanierman 2020:117); како и многубројните микроагресии на неуважување и минимизирање на: страдањето, чувствата и повредата, како посебен вид на микроагресија.

Здравјето како благосостојба

Здравјето на маргинализираните го разгледуваме во холистичката парадигма како состојба, според која тоа не означува отсуство на болест туку вклучува: физичка, психичка и социјална добросостојба. Ги анализираме индивидуалните искуства и однос кон: личното здравје, поврзаноста со искуствата на дискриминација и нееднаквост и со третманот, услугите и достапноста во/на институциите. Во таа смисла, избегнувањето на строгиот и тесен медицински модел за здравјето, особено менталното здравје, е поради можноста

за исчитување на субјективните искуства надвор од дискурсот на болест и дисфункција, туку повеќе како живеени искуства кои се одговор на: телото, телесните системи, психичкото функционирање во многу конкретни контекстуално одредени средини и ситуации (Fausto-Sterling 2005, 2008). На искуствата на дискриминација и нееднаквост, на хомофобија, на експлоатација, на класна нееднаквост и расизам во нашето истражување им пристапивме имајќи ги предвид современите трансдисциплинарни истражувања и социјалната епидемиологија (Krieger and Smith 2004; Krieger 2005), кои сведочат дека „ефектите од сексизмот и расизмот не се само: општествени, политички и економски, туку и физиолошки – што значи и: психолошки, афективни, честопати емоционални. Нивната физиолошка димензија помага да се објасни зошто нивните ефекти се толку интимно лични, покрај тоа што се институционални и глобални, дури и доколку секогаш не се свесно почувствувани“ (Sullivan 2015:162).

Во овој дел од анализата се застапени прашања коишто се однесуваат на реакциите од искуствата на: дискриминација, неправда и експлоатација, здравствените тегоби што произлегуваат од специфичните социјални животни искуства, идентитетски и интерсекциски фактори, потоа за односот и грижата за здравјето на испитаниците, услугите и односот што го имаат со здравствените институции и лекарите, односно довербата, третманот, достапноста на услугите, и сл. Особено внимание во овој дел е посветено на менталното здравје, поточно на искуствата што го нарушуваат психичкото функционирање.

Фокусот во овој дел е на менталното здравје преку следење на искуствата од: стрес, анксиозност, депресија и трауматизација. Системската траума се третира како еден од централните извори на: стресот, анксиозноста и трауматизацијата за маргинализираните, иако и бројни други индивидуални и фактори од средината придонесуваат за контекст којшто е неповолен за нивното севкупно здравје и добросостојба (Cvetkovich 2012). Системската траума се однесува на искуствата во социјален контекст коишто ја загрозуваат потребата за: сигурност, припаѓање и достоинство и се резултат на повторена: злоупотреба, потчинување, лишување преку системски ограничувања, сегрегација, ограничен пристап, и сл. (Haines 2019).

Пристапот кон релационата и системската траума во нашето истражување се потпира врз значајните феминистички интервенции

во: психологијата, психоанализата и културните студии и студиите на афектите, а преку коишто секојдневните напади врз интегритетот и безбедноста на: жените, расните, етничките, класните и сексуалните малцинства наметнуваат нужна ревизија на доминантните теории за траумата, теории коишто се засновани врз искуствата на доминантните општествени групи, како белите среднокласни западни мажи и земање предвид на, т.н., *прикриена траума*. Прикриената траума сведочи за трауматогените ефекти на опресијата коишто секогаш не се: отворени, драматични, еднократни и радикално заканувачки за телесниот опстанок преку некој невообичаен настан, надвор од секојдневието, но сепак, ништо помалку реални и болни и коишто сведочат за постојаното присуство и закана од трауматизам на малцинските групи како заднински шум во нашата култура и општество (Brown 1995).

Во однос на здравјето, податоците покажуваат дека сите маргинализирани групи искусуваат различни психофизички тешкотии коишто спаѓаат во лепезата на реакции на постојан стрес и системски трауматизам. Најголем дел од испитаниците зборуваат за искуства на преовладувачки умор и исцрпеност и бројни психосоматски симптоми и нарушувања на менталното здравје. Дополнително, некои од нив имаат проблеми со: срцето и други циркулациони заболувања, скелетно-мускулниот систем, имунолошки проблеми, и сл. Најчести тегоби што го попречуваат секојдневното функционирање на

НАЈЧЕСТАТА РЕАКЦИЈА НА ДИСКРИМИНАЦИЈАТА КАЈ РОМИТЕ И ГЕЈ-МАЖИТЕ, ЛЕЗБИЈКИТЕ И БИСЕКСУАЛЦИТЕ Е ПОВЛЕКУВАЊЕТО, ДОДЕКА БОРБАТА, ОДНОСНО СПРОТИВСТАВУВАЊЕТО Е НАЈЧЕСТА РЕАКЦИЈА КАЈ ТЕКСТИЛНИТЕ РАБОТНИЧКИ. НАЈДОМИНАНТНИ ЧУВСТВА КАЈ ТЕКСТИЛНИТЕ РАБОТНИЧКИ СЕ ЛУТИНАТА И ГНЕВОТ, КАКО И ЧУВСТВОТО НА: ОБЕСПРАВЕНОСТ, ФРУСТРАЦИЈА И ПОНИЖЕНОСТ. КАЈ РОМИТЕ ДОМИНИРА: ФРУСТРАЦИЈАТА, ПОНИЖУВАЊЕТО И ОБЕСПРАВЕНОСТА, ПРОСЛЕДЕНИ СО НЕМОК И СРАМ. КАЈ ГЕЈ-МАЖИТЕ, ЛЕЗБИЈКИТЕ И БИСЕКСУАЛЦИТЕ ПРЕОВЛАДУВА: ЧУВСТВОТО НА ТАГА, ПОТОА ФРУСТРАЦИЈА, ЛУТИНА И НЕМОК, ЧУВСТВО НА ПОНИСКА ВРЕДНОСТ, БЕСПОМОШНОСТ, СРАМ, ОСАМЕНЕСТ, ОБЕСПРАВЕНОСТ И ЗАТАПЕНОСТ. ИСКУСТВАТА СО ДИСКРИМИНАЦИЈА НА МАРГИНАЛИЗИРАНИТЕ ГРУПИ ИМ ВЛИЈААТ НА СЕКОЈДНЕВНОТО ФУНКЦИОНИРАЊЕ, ГИ ДЕФОКУСИРААТ ОД СЕКОЈДНЕВНИТЕ ОБВРСКИ, ГИ ПРАВАТ БЕЗВОЛНИ, ОНЕСПОСОБЕНИ ДА ПОЧУВСТВУВААТ ЗАДОВОЛСТВО

испитаниците се: исцрпеноста, главоболките, а потоа и анксиозноста и депресивните доживувања.

Кај текстилните работнички, покрај гореспоменатите, се издвојуваат искуствата на: емоционална дерегулација – односно неможност да ги контролираат емоциите, чувството на беспомошност и промени во исхраната и тежината. Кај Ромите, најзастапени се: главоболките, но и депресијата и анксиозноста. Меѓутоа, тоа што е навистина впечатливо кај нив е дефлектирањето (необрнувањето внимание и грижа) на здравјето и телесната димензија воопшто. Кај геј-мажите, лезбијките и бисексуалците има многу посложена слика за менталното здравје. За нив се карактеристични искуствата на: изолација, намалено либидо, постојана анксиозност и чувство дека ќе се случи нешто лошо, како и ризичните однесувања.

Анализата на реакциите во ситуација на: дискриминација, неправда и насилство покажуваат и бројни варијанти на реакција на стрес и траума. Основните реакции на ситуација на страв и закана се земени затоа што, често, претставуваат основа за откривање на трауматизам, но исто така, даваат основа за следење на капацитетите за справување со стресот и следење на афективната природа на социјалните релации. Феноменолошката анализа ги покажа типичните реакции и специфичните стилови на реагирање преку категории на типичните манифестации – замрзнување, спротивставување, повлекување и понизност.

Повлекување, лутина и бес како одговор на дискриминација

Најчестата реакција на дискриминацијата кај Ромите и геј-мажите, лезбијките и бисексуалците е повлекувањето, додека борбата, односно спротивставувањето е најчеста реакција кај текстилните работнички. Соодветно, најдоминантни чувства кај текстилните работнички се лутината и гневот, како и чувствата на обесправеност, а потоа чувството на фрустрација и понижување. Кај Ромите доминираат чувствата на: фрустрација, понижување и обесправеност, проследени со немоќ и срам. Кај геј-мажите, лезбијките и бисексуалците преовладува: чувството на тага, потоа фрустрација, лутина и немоќ, чувството на пониска вредност, беспомошност, срам, осаменост, обесправеност и затапеност. Искуствата на дискриминација им влијаат врз секојдневното функционирање – не можат да се

фокусираат и да ги извршуваат секојдневните обврски, безволни се и не можат да почувствуваат задоволство.

Доминантните стратегии на: повлекување, понизност, како и неуспешните обиди на спротивставување, упатуваат на контекст во којшто нема доволно поддршка за истапување против повредите, односно дека системот поддржува: дискриминација, експлоатација и неправда. Покрај тоа, мноштвото заштитни механизми ги покажуваат капацитетите на креативна адаптација во којашто се исцртува и естетиката и етиката на неправдата, но и линиите на можните стратегии на отпор. Во таа смисла се издвојуваат минималните искуства на: доживеана, покажана или замислена солидарност, јасните и цврсти граници на непокор, достоинство и вредност, цинизмот и хуморот и трансферот на срамот. Сите овие стратегии овозможуваат зачувување на себеси и на вредностите што не се во склад со доминантниот систем на уредување и односите на доминација. Односно, го означуваат индивидуалниот, но и колективните капацитети за здравје и отпор.

Погледнати во целина, густината на увидите на испитаниците и нивните искуства го носат целиот товар на: неправдата, дискриминацијата, маргинализацијата. Во однос на здравјето, а особено на менталното здравје, нема поголема закана од: постојаното стравување за егзистенцијата во физичка, односно економска смисла, искуството на сиромаштија, неприфаќањето, оспорувањето на личноста поради одредено идентитетско обележје или потчинувањето на личноста во систем на хиерархиска опресија. Овие искуства се најдиректно поврзани со основните човечки потреби кои се основни и клучни за добро здравје, и физичко и ментално. Особено за менталното здравје најважни се основните потреби – безбедност, прифаќање, припаѓање, вреднување, или, во јазикот на социологијата, т.н. трансакциски потреби. Сиромаштијата директно го загрозува квалитетот на живот, стравувањето влијае врз постојаното загрозување на сигурноста, неприфаќањето врз потребата од прифаќање и припаѓање, а (не)потчинувањето, (не)уважувањето врз сликата за себе.

Во однос на грижата за здравјето, помал дел од испитаниците се грижат за себе и сопственото здравје. Најчесто грижата се однесува на: вклучување движење, спортување, внимавање на исхрана, но исто така, и можноста за одмор и опуштање. Грижата за здравјето

е повеќе развиена кај текстилните работнички и дел од ЛГБ лицата. Текстилните работнички се свесни и за потребата и за ограничувањата што ги имаат во однос на грижата за сопственото здравје. Дел од нив, тие кои воопшто не се грижат за здравјето, најчесто не посетуваат лекар, освен кога ситуацијата е „нож до коска“. Кај некои постои недоверба кон здравствениот систем и лекарите, па се грижат самите за себе така што превентивно и за лекување „на своја рака“ користат алтернативни, традиционални лекови или апчиња и терапија без консултација со лекар. Кај Ромите, генерално, постои помала свесност за потребата од грижа за сопственото здравје, кое е целосно доверено на лекарите и на лекарствата, отсуствува активната компонента што вклучува внимавање на исхраната и физичката активност. Кај ЛГБ лицата мошне впечатливо е дека, покрај свесноста за потребата од грижа за здравјето, отсуствува континуитет, па грижата за себе е периодична или како резултат на појава на веќе влошеното здравје. Во оваа група почесто се јавува грижата за менталното здравје како примарна грижа за здравјето.

Дружењето и музиката како лек

Во однос на справувањето со стресот, но и давањето отпор во ситуации кои за маргинализираните се тешки и фрустрирачки, во голема мера има совпаѓање со пасивните тенденции за грижа за здравјето. Дружењето, музиката и повлекувањето се најчестите стратегии за справување со стресот кај сите три групи. Потоа следуваат спортот и хуморот, но заедно со изолацијата и повлекувањето, се покарактеристични за текстилните работнички, како и игнорирањето на вестите и социјалните мрежи карактеристични за сексуалните малцинства. Кај Ромите преовладува повлекувањето, а потоа и дружењето и музиката како начини на справување со стресни и фрустрирачки ситуации.

Податоците од истражувањето покажуваат дека испитаниците, главно, имаат доверба во матичните лекари повеќе отколку во специјалистите. Најголема разлика во оценката за третманот прави довербата која се темели врз односот, односно дали како пациенти се чувствуваат разбрано или се третирани без да биде покажана грижа за нив. Специфично за текстилните работнички е незадоволството од третманот во текот на пандемијата, кога посебно се чувствуваат запоставени и без здравствена грижа. Исто така, почесто

ПОДАТОЦИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО ПОКАЖУВААТ ДЕКА ИСПИТАНИЦИТЕ ИМААТ ПОВЕЌЕ ДОВЕРБА ВО МАТИЧНИТЕ ЛЕКАРИ, ОТКОЛКУ ВО СПЕЦИЈАЛИСТИТЕ. НАЈГОЛЕМА РАЗЛИКА ВО ОЦЕНКАТА ЗА ТРЕТМАНОТ ПРАВИ ДОВЕРБАТА КОЈА СЕ ТЕМЕЛИ ВРЗ ОДНОСОТ, ОДНОСНО ДАЛИ КАКО ПАЦИЕНТИ СЕ ЧУВСТВУВААТ РАЗБРАНО ИЛИ СЕ ТРЕТИРАНИ БЕЗ ДА БИДЕ ПОКАЖАНА ГРИЖА ЗА НИВ. СПЕЦИФИЧНО ЗА ТЕКСТИЛНИТЕ РАБОТНИЧКИ Е НЕЗАДОВОЛСТВОТО ОД ТРЕТМАНОТ ВО ТЕКОТ НА ПАНДЕМИЈАТА, КОГА ПОСЕБНО СЕ ЧУВСТВУВААТ ЗАПОСТАВЕНИ И БЕЗ ЗДРАВСТВЕНА ГРИЖА. ТИЕ ПОСОЧУВААТ НА ПРОБЛЕМИ СО КВАЛИТЕТОТ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИТЕ ПРЕГЛЕДИ – НЕСЕНЗИТИВНОСТ, НО И ИСКУСТВА НА НЕАДЕКВАТНА ДИЈАГНОСТИКА И ДРУГИ ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ ПОРАДИ КОИ ЧЕСТО СЕ ИЗЛОЖЕНИ НА: ДОПОЛНИТЕЛНИ СТРЕСОВИ, ГРИЖА, ПАТУВАЊА ВО ДРУГИ ГРАДОВИ И ВО СКОПЈЕ И НЕИЗБЕЖНИ ДОПОЛНИТЕЛНИ ФИНАНСИСКИ ТРОШОЦИ. РОМИТЕ ИСКУСУВААТ ДИСКРИМИНАЦИЈА И ВО ТРЕТМАНОТ ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ ИНСТИТУЦИИ, ИАКО ПОВЕЌЕТО ИМААТ ДОБРИ ИСКУСТВА СО МАТИЧНИТЕ ЛЕКАРИ

се јавува проблем со квалитетот на специјалистичките прегледи, каде освен несензитивниот однос се јавуваат искуства на неадекватна дијагностика и други лекарски грешки поради кои често се изложени на: дополнителни стресови, грижи, патувања во други градови и во Скопје и неизбежни дополнителни финансиски трошоци. Ромите искусуваат дискриминација и во третманот во здравствените институции, иако повеќето имаат добри искуства со матичните лекари.

Во споделените искуства на Ромите може да се исчитаат повторно системските повреди анализирани како афективната неправда и отсуството на уважување и адекватен одговор на болката. Ромите имаат искуства на дискриминација поради кои смениле матичен лекар или биле принудени да чекаат подолго, да бидат вратени дома, и сл.

Специфично за ЛГБ луѓето е (не) сензитивноста кон прашањата поврзани со сексуалното здравје. Најчесто ако немаат проверен лекар, тие не добиваат соодветна грижа. Односно, поради чувството на недоверба што го имаат поради несензитивниот пристап, голем дел од нив нема да побараат помош, а тоа значи дека нема ниту да добијат соодветна здравствена услуга, па во голема мера превентивната функција и грижата за сексу-

алното здравје остануваат непокриени.

Само дел од испитаниците имаат искуство со: психолог, психијатар и/или психотерапевт. Доверба кон професионалците на

полето на менталното здравје има најмногу кај лезбијките, бисексуалците и геј-мажите и Ромите, искуство со: психолог, психотерапевт или психијатар најмногу имаат лезбијките, геј-мажите и бисексуалците, а скепса или срам кај текстилните работнички. Генерално, посетата на: психијатар, психолог или психотерапевт се третира како слабост. Неинформираноста и стигмата во голема мера се причина што менталното здравје не е третирано еднакво со другите аспекти на здравјето. Дополнително, недовербата и срамот се најголемите пречки да се побара професионална помош од: психолог, психијатар и/или психотерапевт.

Релации и системи

Третиот дел од нашето истражување беше посветен на релациите и системите преку анализа на субјективните искуства на ранливост и отпорност во социјален контекст. Двата аспекта се клучни во одредувањето на капацитетите за справување со неповолните фактори со кои се соочуваат маргинализираните, но исто така, и во однос на одредување на општествените и институционалните капацитети да одговорат на предизвикот за овозможување еднакви права и услови за маргинализираните. Системите за поддршка се дел од капацитетите за резилентност, но истовремено и показател за состојбата на општественото ткиво. Во таа смисла, анализата се потпира врз согледување на релациите и институциите во кои маргинализираните се чувствуваат ранливо и/или безбедно и имаат доверба. На крајот, фокусот на анализата е ставен на перспективите и капацитетите за политичка имагинација и социјална промена преку следење на визиите и вредностите на испитаниците.

САМО ДЕЛ ОД ИСПИТАНИЦИТЕ ИМААТ ИСКУСТВО СО ПСИХОЛОГ, ПСИХИЈАТАР И/ИЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТ. ДОВЕРБА КОН ПРОФЕСИОНАЛЦИТЕ НА ПОЛЕТО НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ИМА НАЈМНОГУ КАЈ ЛЕЗБИЈКИТЕ, БИСЕКСУАЛЦИТЕ И ГЕЈ-МАЖИТЕ И РОМИТЕ. ИСКУСТВО СО ПСИХОЛОГ, ПСИХОТЕРАПЕВТ ИЛИ ПСИХИЈАТАР НАЈМНОГУ ИМААТ ЛЕЗБИЈКИТЕ, ГЕЈ-МАЖИТЕ И БИСЕКСУАЛЦИТЕ, А СКЕПСА ИЛИ СРАМ ПОЧЕСТО СЕ ЈАВУВА КАЈ ТЕКСТИЛНИТЕ РАБОТНИЧКИ. ГЕНЕРАЛНО ПОСЕТАТА НА ПСИХИЈАТАР, ПСИХОЛОГ ИЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТ СЕ ТРЕТИРА КАКО СЛАБОСТ. НЕИНФОРМИРАНОСТА И СТИГМАТА СЕ ВО ГОЛЕМА МЕРА ПРИЧИНА ШТО МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ НЕ Е ТРЕТИРАНО ЕДНАКВО СО ДРУГИТЕ АСПЕКТИ НА ЗДРАВЈЕТО. ДОПОЛНИТЕЛНО, НЕДОВЕРБАТА И СРАМОТ СЕ НАЈГОЛЕМИТЕ ПРЕЧКИ ДА СЕ ПОБАРА ПРОФЕСИОНАЛНА ПОМОШ ОД ПСИХОЛОГ, ПСИХИЈАТАР И/ИЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТ

На овој начин, третиот и последен дел од оваа Студија се надоврзува на првиот и вториот, како во циклична структура, или во повратни и рекурзивни спреги, на таков начин што импликациите на анализите од првиот и вториот дел се рефлектираат во последниот дел, посветен на релациите и системите во кои учествуваат отелотворените афективни маргинализирани субјекти. Но, истовремено, и како овие модуси на отелотворена социјална интеракција влијаат врз можните идни промени, или повторна репродукција на првичните социјални нееднаквости и опресија. Схематски, можеме да кажеме дека истражувањето ја следи линијата на еднадвор–навнатре–однатре–нанадвор. Односно, во последниот дел од истражувањето се поврзуваат феноменолошката со социјалната анализа, така што ги согледуваме импликациите на она што Бурдје го нарекува хабитус или телесен хексис, а со овој концепт ја изразува „онтолошката комплицитност“ (Bourdieu and Wacquant 1992) и заемното поседување на светот и личноста. Хабитусот сведочи за отелотворувањето на општествените структури што се манифестира во: однесувањето, афектите, ориентациите, аспирациите, диспозициите, вкусовите и практичниот ум. Преку нив се постигнуваат објективни социјални резултати како природни и фиксирани нужности, надвор од свесниот напор, калкулација или интервенција на личноста (Bourdieu 1977, 1984). Следствено, текстилните работнички, Ром(к)ите, лезбијките, бисексуалците и геј-мажите, како луѓе чиешто отелотворено постоење е делумно оформено и ограничено од: отсуството на слобода, неправдата, непризнавањето и експлоатацијата. Нивниот стил на битствување е обележан од ограничената можност „да станат нешто друго од она што го наоѓаат како нужност, што мора да бидат“ (Charlesworth 2004:4), отелотворуваат однесување, однос кон другите, светот и себеси, аспирации, вредности и расположенија кои сведочат за начините на коишто: институциите, социјалните структури и услови се втиснуваат во нивните тела и телесни субјективитети и ги моделираат.

Таквата форма на корпорален субјективитет овозможува, или оневозможува, извесни: релации, социјални простори и светови, одредени нешта да се појават или да исчезнат од хоризонтот и да се отворат, или повторно затворат, неодредените можности за: социјалното постоење, себепроектирање во иднината, духовната слободата и животот во заедница.

Во однос на постоењето функционални системи за поддршка и мапирањето на капацитетите за резилентност, податоците покажуваат дека за сите маргинализирани групи постојат скромни системи на поддршка кои се сведуваат на семејниот систем и во интимните социјални релации. Системските, односно институционалните системи на заштита не се функционален дел според искуствата на маргинализираните. Напротив, најчесто тие се извор на несигурност и ранливост. Податоците покажуваат дека најчесто заедничко искуство на сите групи е чувството на ранливост, небезбедност и изложеност во институциите. Несензитивноста на вработените во институциите во искуствата на соговорниците се гледа и во процесот на земање податоци, кога службениците не развиваат, не даваат доволно простор и не создаваат атмосфера на сигурност и заштита од повреда, туку директно поставуваат прашања, кои се единствено во функција на елиминација.

Ранливоста во однос на институциите се гледа и тогаш кога тие директно не се вклучуваат за да заштитат од насилство или злоупотреба. Во таа смисла не се ретки искуствата на малтретирање во училиште, кога училиштето како институција затајува, и на тој начин, наместо да оневозможи, поттикнува услови за продолжување на малтретирањето.

Специфична за текстилните работнички е ранливоста која произлегува и од неизвесноста на работата и егзистенцијата. Нивните искуства покажуваат ранливост и постојано стравување од отказ или принуден одмор. Специфична за бисексуалците, лезбијките и геј-мажите е ранливоста во семејниот систем. Најголем дел од нив, всушност, најранливо се чувствуваат во своите семејства и најчесто ги избегнуваат семејните собири и прослави. Чувството на несигурност и постојано стравување од отфрлање и разочарување создава многу сложена трауматизирачка ситуација. Лезбијките, бисексуалците и геј-мажите како закана за себе и својата сигурност доживуваат и нови и непознати ситуации и луѓе, а коишто ги опфаќаат: јавните простори, улицата, населбите во градот, што различно се доживуваат како помалку или повеќе безбедни простори, главно: хетеронормативните клубови и барови, концертни настани и поголеми собири на луѓе, пошироки кругови на пријатели, работните места и социјализацијата со колеги, итн.

Срамот е дефинирачка афективна енергија на сите маргинализирани групи, а во податоците од истражувањето се гледа во избегнувањето и самоизолацијата на сите три групи – лезбијките, геј-мажите, бисексуалците, Ромите и текстилните работнички. Срамот за текстилните работнички произлегува од класните разлики, а кај Ромите од нивната расна и етничка разлика, но и од интерсекциските фактори, како што се социјалните, односно класните разлики.

Во феноменолошка смисла, може да се каже дека ваквите постојани, или потенцијално ефективни и проживевани искуства на

ТЕКСТИЛНИТЕ РАБОТНИЧКИ СЕ РАНЛИВИ И ПОРАДИ НЕИЗВЕСНОСТ ЗА РАБОТАТА И ЕГЗИСТЕНЦИЈАТА. НИВНИТЕ ИСКУСТВА ПОКАЖУВААТ РАНЛИВОСТ И ПОСТОЈАНО СТРАВУВАЊЕ ОД ОТКАЗ ИЛИ ПРИНУДЕН ОДМОР. СПЕЦИФИЧНА ЗА БИСЕСУАЛЦИТЕ, ЛЕЗБИЈКИТЕ И ГЕЈ-МАЖИТЕ Е РАНЛИВОСТА ВО СЕМЕЈНИОТ СИСТЕМ. НАЈГОЛЕМ ДЕЛ ОД НИВ НАЈРАНЛИВО СЕ ЧУВСТВУВААТ ВО СВОИТЕ СЕМЕЈСТВА ПОРАДИ ШТО НАЈЧЕСТО ГИ ИЗБЕГНУВААТ СЕМЕЈНИТЕ СОБИРИ И ПРОСЛАВИ. ЧУВСТВОТО НА НЕСИГУРНОСТ И ПОСТОЈАН СТРАВ ОД ОТФРЛАЊЕ СОЗДАВА МНОГУ СЛОЖЕНА ТРАУМАТИЗИРАЧКА СИТУАЦИЈА. ЛЕЗБИЈКИТЕ, БИСЕСУАЛЦИТЕ И ГЕЈ-МАЖИТЕ КАКО ЗАКАНА ГИ ДОЖИВУВААТ: НОВИТЕ И НЕПОЗНАТИ СИТУАЦИИ И ЛУЃЕ, ОСОБЕНО НА ЈАВЕН ПРОСТОР, НА УЛИЦА, ВО РАЗЛИЧНИ НАСЕЛБИ ВО ГРАДОТ, ХЕТЕРОНОРМАТИВНИТЕ КЛУБОВИ И БАРОВИ, КОНЦЕРТНИТЕ НАСТАНИ И ПОГОЛЕМИ СОБИРИ, РАБОТНИТЕ МЕСТА И СОЦИЈАЛИЗАЦИЈАТА СО КОЛЕГИ, ИТН.

срам, драстично го ограничуваат: физичкиот, социјалниот и афективниот простор како содржители на можностите за дејствување, за чувствување на просторот како дом за своето тело, за ангажман и социјалност. Како такви тие претставуваат имобилизатори на телесната интенционалност на отелотворените субјекти. Телесната интенционалност го разоткрива телото како „можност за одреден свет“. Како антиципирачка и дејствителна (enactive) интенционалност (Gallagher 2020) таа подразбира проектирање на: капацитетите, потребите, можностите, желбите, афектите и подвижноста на отелотворениот субјект во просторот, времето и интерсубјективните релации, односно екстензија на телесноста преку проекција на можностите за употреба и користење, и ангажман со различните достапности (affordances) во социјалниот простор, а преку коишто и повратно се коконституира самата телесност и субјектот. Во овој случај, во искуствата на: срам, стигма, страв, отфрлање, неадекватност и антиципацијата на срам во различни

простори, несомнено може да се зборува за ограничена и инхибирана интенционалност (Young 2005) и за ограничување на конститутивното „јас можам“ (Merleau-Ponty 2009) преку коешто се манифестира интенционалната отвореност на отелотворениот субјект кон светот и антиципираната иднината, и обележување на стигматизираните субјекти со чувствата на: несигурност, самодвоумење, амбивалентна екстензија и воздржано ангажирање со светот.

Наместо: стремежи, заложби, настојувања и можности, заканата за идентитетот и антиципираниот срам, честопати, водат кон неангажираност и повлекување на напорот од можноста и потенцијалот за истражување и за себевклучување во: различни и разновидни ситуации, контексти и релации. Историите на: бидување тело-за-другите; чувствата на телесна несигурност; „епидермализацијата на расизмот“ (Fanon); објектификација и психолошка опресија; стигматизација и девалвација на себноста; нелагодност и неприпаѓање; отсуството на институционална заштита и поддршка, како и: експлоатација, понижување и лишување од суштествените мрежи и инфраструктури на поддршка и материјални добра, и циклусите на ветување–очекување–разочарување кои се впишани во отелотвореното минато и хабитус на Ромите, ЛГБ и текстилните работнички во нашето истражување, претставуваат заднина којашто го формира хоризонтот на можности и неможности и ги аби и разградува темелите на самодвербата и сигурноста за иницирање акции во социјалниот свет и за еднакво учество во заедницата.

ПОКРАЈ РАНЛИВОСТА ВО СОЦИЈАЛЕН КОНТЕКСТ, МАРГИНАЛИЗИРАНИТЕ ЛИЦА ИМААТ РЕЛАТИВНО ОГРАНИЧЕНИ СОЦИЈАЛНИ ВРСКИ ШТО ГО ОВОЗМОЖУВААТ ОСНОВНОТО ЧУВСТВО НА: ДОВЕРБА, СИГУРНОСТ И ПРИПАЃАЊЕ. ВО ОДНОС НА ЗДРАВЈЕТО И КАПАЦИТЕТИТЕ ЗА СПРАВУВАЊЕ СО ИСКУСТВАТА НА МАРГИНАЛИЗАЦИЈА, ЗАКЛУЧОКОТ Е ДЕКА ОТСУСТВОТО НА ЗДРАВА МРЕЖА НА СОЦИЈАЛНА ПОДДРШКА Е ДОПОЛНИТЕЛЕН РИЗИЧЕН ФАКТОР ШТО ПРИДОНЕСУВА КОН ЛОШО МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ. ОГРАНИЧЕНИТЕ И СЛАБИТЕ СОЦИЈАЛНИ РЕЛАЦИИ, ИЛИ СЛАБАТА МРЕЖА НА СОЦИЈАЛНА ПОДДРШКА ЗНАЧИ ЗГОЛЕМЕНО ЧУВСТВО НА: ОСАМЕНОСТ, ИЗОЛАЦИЈА И НЕМОК. ОСАМЕНОСТА И НЕМОКТА СЕ АФЕКТИВНАТА ОСНОВА ЗА АНКСИОЗНИТЕ И ДЕПРЕСИВНИТЕ ИСКУСТВА И ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТА ШТО ПРОИЗЛЕГУВА ОД НИВ. ОВИЕ КОМПЛЕКСНИ ЧУВСТВА СЕ ЗАКАНА ЗА ПОКРЕНУВАЊЕ НА ЗДРАВИТЕ КАПАЦИТЕТИ НА ЛИЧНОСТА

Поткопана самодоверба и доверба во институциите

Самодовербата ја изразува довербата во сопствените капацитети и можности, како и сигурноста во постојните ресурси коишто се на располагање и кои може да бидат мобилизирани за остварување и приближување кон замислената иднина и цели. Нашето истражување покажува дека ваквото чувство на „самопроекција“, којшто е „суштествено за лицето да ја ангажира непознатата иднина, а што секое дејствување го подразбира“ (Barbalet 1998:83) априорно, е сериозно разнишано и подриено кај значаен број од интервјуираните лица. Опструкцијата на самодовербата и подривањето на шансите кај нашите испитаници честопати води кон: продукција на хабиитуиран етос на скромност, посебно видлив кај Ромите, кај кои и покрај тоа што материјалната сигурност е под прагот на сиромаштијата, индивидуалните проценки на условите за живот варираат помеѓу добри и доволни; повлекување од инвестирањето и проектирањето на иднина и мотивација за остварувања, како резултат на континуираните разочарувања, видливо кај сите групи испитаници; премолчување, повлекување, претерана внимателност и интериоризирана инфериорност во однос на неправда и навреда. Но, и разочарувања воопшто во односите со другите или со професионалните соработници, особено видливо кај Ромите и во одредена фаза од животот, кај ЛГБ; несигурност во говорот, себеизразувањето, себепотврдувањето и учеството во интеракциите со другите, видливо кај Ромите и ЛГБ; и чувства на беспомошност и фатализам во однос на сопствената социјална положба и статус, најприсутно кај текстилните работнички и Ромите.

Во однос на: мапирањето на просторите, релациите и домени на сигурност, доверба и припадност, генералниот заклучок е дека тоа се интимните простори и домени на домот, семејствата и пријателите. Односно, безбедните социјални релации се релативно лимитирани на микросветовите на интимните поврзувања. За голем број од испитаниците: довербата, сигурноста и припаѓањето постојат единствено во една-две релации. Никој од испитаниците не споменува припадност кон: поголема група ниту нација, ниту етничка заедница, религиозна група или било која поширока социјална група, или, пак, идентификација со: граѓанството, националноста и државата. Најголемата група на која чувствуваат дека припаѓаат и во која имаат доверба се невладините организации, а кои не може

да се третираат како нешто што е нужно значајно за маргинализираните групи пошироко поради примерокот и ограничувањата на истражувањето во таа смисла.

Ако ги поврземе овие податоци со сознанијата што ги имаме во однос на ранливоста во социјалните релации, може да заклучиме дека покрај ранливоста во социјален контекст, маргинализираните имаат релативно ограничени социјални врски што го овозможуваат основното чувство на: доверба, сигурност и припаѓање. Во однос на здравјето и капацитетите за справување со искуствата на маргинализација, заклучокот е дека отсуството на здрава мрежа на социјална поддршка е дополнителен ризичен фактор што придонесува кон лошо ментално здравје. Ограничените и слабите социјални релации, или слабата мрежа на социјална поддршка, значи зголемено чувство на: осаменост, изолација и немоќ. Осаменоста и немоќта се афективната основа за анксиозните и депресивните искуства и дисфункционалноста што произлегува од нив. Овие комплексни чувства се закана за покренување на здравите капацитети на личноста. Имено, личноста може да има одлични капацитети за справување со стресни ситуации, но доколку отсуствува систем на социјална поддршка, тие капацитети не се доволни, а со текот на времето ослабуваат. Покрај заканите на индивидуално ниво, сликата за општество со: изолирани, отуѓени и немоќни луѓе отвора бројни други социјални ризици.

Ново ниво на дијагностицирање на социјалните релации во истражувањето се воведува преку истражување на системите за поддршка во остварувањето на своите права. Во системот на поддршка спаѓаат самоподдршките и социјалните системи, како што се: семејствата, блиските и поширокиот круг на пријателства, институциите, професионалците, невладините организации и судовите, како бастиони за одбрана на човековите права. Податоците покажуваат најмала доверба во: судовите, институциите и професионалците. Односно, најслаба поддршка во остварувањето на своите права маргинализираните имаат во државниот систем. Повторно се потврдува заклучокот дека, речиси, на ниту едно ниво на социјално функционирање и социјални релации, освен интимните, маргинализираните немаат потпора во остварувањето на своите права.

Текстилните работнички можат да се потпрат на: себе, семејството и невладините организации, а потоа на блиските пријатели

МАРГИНАЛИЗИРАНИТЕ ГРУПИ НАЈМАЛА ДОВЕРБА ИМААТ ВО: СУДОВИТЕ, ИНСТИТУЦИИТЕ И ПРОФЕСИОНАЛЦИТЕ. НАЈСЛАБА ПОДДРШКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА СВОИТЕ ПРАВА ГЛЕДААТ ВО ДРЖАВНИОТ СИСТЕМ. ОВА Е ПОТВРДА НА ЗАКЛУЧОКОТ ДЕКА, РЕЧИСИ, НА НИТУ ЕДНО НИВО НА СОЦИЈАЛНО ФУНКЦИОНИРАЊЕ И СОЦИЈАЛНИ РЕЛАЦИИ, ОСВЕН ИНТИМНИТЕ, МАРГИНАЛИЗИРАНИТЕ НЕМААТ ПОТПОРА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА СВОИТЕ ПРАВА. ТЕКСТИЛНИТЕ РАБОТНИЧКИ МОЖАТ ДА СЕ ПОТПРАТ НА: СЕБЕ, СЕМЕЈСТВОТО И НЕВЛАДИНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ, А НАЈМАЛКУ ДОВЕРБА ИМААТ ВО: ПРОФЕСИОНАЛЦИТЕ, ИНСТИТУЦИИТЕ И СУДОВИТЕ. ЗА СЕКСУАЛНИТЕ МАЛЦИНСТВА НАЈГОЛЕМА ПОДДРШКА СЕ БЛИСКИТЕ ПРИЈАТЕЛИ И НЕВЛАДИНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ, А НАЈМАЛКУ ДОВЕРБА ИМААТ ВО СУДОВИТЕ. ЗА РОМИТЕ НАЈГОЛЕМА ПОДДРШКА СЕ: НЕВЛАДИНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ, БЛИСКИТЕ И ПРОФЕСИОНАЛЦИТЕ, ДОДЕКА МНОГУ МАЛА ДОВЕРБА ИМААТ ВО СЕБЕ, КАКО И ВО ИНСТИТУЦИИТЕ И СУДОВИТЕ

и пошироката мрежа на контакти. Најмалку доверба имаат во: професионалците, институциите и судовите. За сексуалните малцинства најголема поддршка се: блиските пријатели и невладините организации, потоа самоподдршките и поддршката од пошироката мрежа на социјални контакти и професионалците. Најмалку доверба имаат во судовите. За Ромите најголема поддршка се: невладините организации, блиските контакти и професионалците, додека многу мала доверба имаат во себе и во пошироката мрежа на социјални контакти, а најмала во институциите и судовите.

Овие податоци дополнително го дефинираат симптомот дека најголемиот проблем, недостаток и закана за маргинализираните групи претставува токму отсуството на систем, но и општествена клима и односи кои произлегуваат од споделените вредности и негувањето и грижата за заедничкото. Единствен простор, капацитет и потпора за маргинализираните се личните капацитети и интимните релации.

Учеството во колективни акции на отпор и протест, особено видливи кај дел од интервјуираните текстилни работнички и ЛГБ, а помалку

присутни кај Ромите, се најважните искуства во градењето на резилентност и отпор во ситуација на постојана системска трауматизација. Учеството во протестите за испитаниците претставува можност: 1) за надминување на изолирачката индивидуалност и отуѓувањето од понижувачкиот и репетитивен работен циклус; 2) за избирање за достоинство и потврда на моќта која произлегува од

сопојавувањето и дејствувањето со другите; 3) за градење платформа за изразување на гневот кој е резултат од опструирани можности и нереализирани потреби; 4) за конструкција на гордоста и трансформација на статусот на инфериорност и срам; 5) за учество во носење одлуки за работите кои ги засегаат нивните животни потреби и слобода, за разлика од одземените политички права и исклучување од процесите на носење одлуки на различни општествени нивоа кои тие директно ги искусуваат како неправда; 6) за чувствување на колективна радост да се биде дел од нешто поголемо од себе, што е исклучително малку земајќи ги предвид реалните материјални услови на нивното секојдневие; 7) можност за консолидација и афирмација на сопствениот идентитет.

Податоците покажуваат дека вредностите и визиите за иднината на маргинализираните се тесно поврзани со искуствата на ранливост и отпорност. Односно, семејните вредности се доминантни кај текстилните работнички и Ромите. На тоа се надоврзуваат здравјето и успехот, како вредности кои се поврзуваат со личната среќа и добросостојба. Либералните вредности, какви што се: слобода, еднаквост и успех, се доминантни за геј-мажите, бисексуалците и лезбијките. За младите Роми, исто така, најизразени се индивидуалните либерални вредности на успех и просперитет.

Перспективите за иднината, исто така, се врамени од скромноста и тесните обрачи на: уморот, болката, фрустрацијата и социјалното лишување, нееднаквоста и неправдата. Па така, дел од текстилните работнички посакуваат во иднина: да се одморат, да бидат живи и здрави, ако не тие, нивните деца да имаат подобар живот. Подобар живот за помладите значи да се иселат од државата („проклетојата“). А некои од Ромите сонуваат за „ромски базен“ и подобра хигиена. Личните хоризонти се обременети и со потребата за вреднување и уважување што е присутна кај сите маргинализирани, заедно со копнежот. Единствено пошироки хоризонти се назираат во копнежот за: еднаквост, слобода и прифаќање. Тоа што отсуствува во личните позиции и перспективи не е толку колективната можност и потенцијал, туку појасна политичката артикулација и имагинација. Доколку визијата и вредностите, како и релациите и потпорите, останат единствено замислени и проектирани во тесните рамки на интимните релации и нејасните универзални хоризонти, тие и понатаму ќе бидат повеќе симптом, отколку диференциран

социјален капитал што може да придонесе кон социјална промена за маргинализираните.

(Славчо Димитров е докторант на Мултидисциплинарни студии на современите уметности и медиуми на Факултетот за медиуми и комуникации СИНГИДУНУМ, Белград. Има магистрирано на Филозофија и родови студии на Евро-Балкан Институтот во Скопје и Трансдисциплинарни родови студии на Универзитетот Кембриџ, Велика Британија. Основач е на Research Center for Cultures, Politics and Identities (IPAK.Center) во Белград и на меѓународната Summer School for Sexualities, Cultures and Politics, во Белград. Веќе седум години е куратор на Викендот на гордоста во Скопје. Има работено како асистент на Универзитетот ФОН и на Институтот Евро-Балкан и како програмски координатор во НВО Коалиција МАРГИНИ. Во 2020 година ја доби меѓународната награда Igor Zabel Award grant.)



СТРАВОТ ДОВЕДЕ ДО ПОРАСТ НА АНКСИОЗНОСТ И ДЕПРЕСИЈА

КНЕГИЊА РИХТЕР СОКОЛОВСКА

Едно од искуствата што светот ги научи во пандемијата е ургентноста од вложување и подобрување на здравствените системи, на сите континенти. Германија е една од европските земји која предничи во воведувањето нови стандарди во медицината, внесувајќи иновации од областа на вештачката интелигенција и дигиталното здравство. Овој напредок во медицината, секако, е за доброто на пациентите, но и за доброто на медицинскиот персонал кој во текот на пандемијата беше најизложен на стрес и последици од него. Светската здравствена организација препорачува редица мерки за зачувување и подобрување на здравјето на умот, како на широкото население, така и на здравствените работници, почнувајќи од едукација, до услови за рекреативни активности. За последиците од пандемијата врз менталното здравје, за потребата од здрав и длабок сон како основа за отпорност на организмот и за новите методи во медицината во Германија, побаравме одговори од д-р Кнегиња Рихтер Соколовска, раководител на Одделот за сонологија и невростимулација при Универзитетската клиника за психијатрија во Нирнберг, Германија.

- Со длабоки лузни врз менталното здравје светот заокружи две години од почетокот на пандемијата, а крајот сè уште не се гледа. Истражувањата покажуваат пораст на анксиозноста и депресијата кај населението. Како да се рехабилитираат луѓето погодени од долготрајниот стрес?

РИХТЕР: Пандемијата остави траги не само врз телесното здравје, туку и врз психичката состојба на луѓето. Притоа, влошувањето на менталното здравје се случува заради: страв од вирусот, од самата инфекција, грижа за болни членови на семејството и пријателите, страв од економски последици, но и заради физичката изолација или lockdown, што резултираше со работење од дома, онлајн настава за децата, социјалната изолација и осаменоста. Секојдневните грижи поврзани со пандемијата во организмот предизвикуваат пораст на излучувањето на кортизол – хормон што предизвикува: внатрешна напнатост, нервоза, лесна надразливост и несоница. Внатрешната напнатост, пак, честопати води кон анксиозност, односно чувство на страв, коешто до одредена мерка е сосема здраво и нормално, бидејќи стравот е најважниот инстинкт којшто нè предупредува на опасност и нè активира за да можеме да преживееме. Во време на пандемија, како и во време на војна, секако дека активирањето на инстинктот за преживување е есенцијално. Но, кога стравот ќе преовлада, кога

се јавува премногу често, кога трае и во текот на ноќта, тогаш може да се развие вистинска анксиозна состојба проследена со панични напади. Паничните напади и стравот се најфреквентните психички нарушувања кај жителите во Европа, по што следат депресијата и несоницата. Дури 17 % од европското население има анксиозни нарушувања. Милиони луѓе повремено чувствуваат паничен напад, кој се карактеризира со: ненадејно надоаѓање на страв, гушење, чувство на недостаток на воздух, слушавање, страв од несвестица и губење на контрола. Како одговор на телото се јавува нагон за брзо

СЕКОЈА ГОДИНА ОКОЛУ 7 % ОД ЕВРОПСКОТО НАСЕЛЕНИЕ ЗАБОЛУВА ОД ДЕПРЕСИЈА, НО ЗА ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЈАТА ОВОЈ ПРОЦЕНТ ПОРАСНА НА 15 %. ПЕРМАЕНТНИОТ СТРАВ ОД БОЛЕСТ, СЕГА ДОПОЛНЕТ И СО СТРАВ ОД ВОЈНА, Е ШТЕТЕН ЗА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ. ОД ЕДНА СТРАНА Е ВАЖНО ПОСТОЈАНО ДА БИДЕМЕ ДОБРО ИНФОРМИРАНИ ЗА АКТУЕЛНИТЕ НАСТАНИ, НО, ОД ДРУГА СТРАНА, ПОСТОЈАНОТО СЛУШАЊЕ ЗА НОВИТЕ ЗАСТРАШУВАЧКИ СЛУЧУВАЊА ДОВЕДУВА ДО ЗАСИЛУВАЊЕ НА АНКСИОЗНОСТА И ВНАТРЕШНАТА НЕРВОЗА. МОЗОКОТ СТАНУВА ПРЕПЛАВЕН СО НЕГАТИВНИ И ЗАСТРАШУВАЧКИ ИНФОРМАЦИИ КОИ КОМПЛЕТНО ДОМИНИРААТ СО НАШИТЕ МИСЛИ И ЧУВСТВА. ДУРИ И КОГА ЌЕ СЕ СЛУЧИ НЕШТО УБАВО, СЕ СЛУЧУВА ДА НЕ МОЖЕМЕ ДА СЕ ИЗРАДУВАМЕ. ФОТОГРАФИИТЕ, ВИДЕАТА ЗА УНИШТУВАЊЕ, ИНФОРМАЦИИТЕ ЗА ВОЈНАТА, НÈ ДОВЕДУВААТ ВО СОСТОЈБА НА НЕРВНА ПРЕНАДРАЗНЕТОСТ, ШТО ВОДИ КОН ДЕПРЕСИВНО РАСПОЛОЖЕНИЕ

дишење, „борба“ за воздух или хипервентилација, што навистина може да доведе до вртоглавица и гледање на „свезди пред очите“, по што стравот уште повеќе се засилува. Малкумина во таква ситуација успеваат да се сетат на упатствата за помош при панични напади – правилно дишење со затворена уста, сè додека не стивне паниката. Корисно во таков момент е да се фиксира погледот на еден предмет во околината и да се бараат три особини на тој предмет, на пример: бојата, формата и големината, што помага да се отргнат мислите од внатрешноста, кон надворешноста. Овие техники се осознаваат во рамки на психотерапија, иако по потреба можат да се дадат и лекови. Во западните европски земји класичните средства за смирување – анксиолитици се користат само во итни случаи, бидејќи кај извесен број пациенти создаваат патолошка зависност од лековите.

- Која психичка состојба е на второ место по зачестеност, по паничните напади?

РИХТЕР: По анксиозноста, второ психичко растројство на коешто се жалат пациентите е депресијата. Причините за оваа тегобност медицината ги класифицира во три групи: генетски, психолошки и социјални фактори. Како генетски фактор се смета кога од депресија страдаат родителите или некој во поширокото семејство, но во оваа дефиниција влегуваат и епигенетските причини, односно генетската мутација

ВО МОМЕНТОВ, ВО ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ СЕ ВНЕСУВААТ МНОГУ ИНОВАЦИИ, ПРЕД СЕ, ОД ОБЛАСТА НА АРТИФИЦИЈАЛНАТА ИНТЕЛИГЕНЦИЈА И ДИГИТАЛНОТО ЗДРАВСТВО. ОВИЕ МОДЕРНИ МЕТОДИ ОВОЗМОЖУВААТ ПОЛЕСНО И ПОБРЗО ПОСТАВУВАЊЕ ДИЈАГНОЗА И ТЕРАПИЈА. ДОДЕКА СНИМКИТЕ ОД КОМПЈУТЕРСКА ТОМОГРАФИЈА И МАГНЕТНА РЕЗОНАНСА ТРАДИЦИОНАЛНО СЕ ЧИТААТ ПОЕДИНЕЧНО, ВЕШТАЧКАТА ИНТЕЛИГЕНЦИЈА ОВОЗМОЖУВА, ВРЗ БАЗА НА ИЛЈАДНИЦИ СНИМКИ, ДА СЕ НАПИШЕ АЛГОРИТАМ ШТО ЌЕ ЈА ДЕТЕКТИРА И НАЈМАЛАТА ПРОМЕНА И ДИРЕКТНО ЌЕ УПАТИ КОН ДИЈАГНОЗА. ДИГИТАЛНАТА МЕДИЦИНА, ИЛИ ТЕЛЕМЕДИЦИНАТА, ОВОЗМОЖУВА ПАЦИЕНТОТ ВО ДОМАШНИ УСЛОВИ ДА ГИ МЕРИ СВОИТЕ ПАРАМЕТРИ, КАКО: СРЦЕВАТА АКЦИЈА, ЗАСИТЕНОСТА СО КИСЛОРОД, РИТАМОТ НА ДИШЕЊЕ, ИТН. СО ПОМОШ НА ЕЛЕКТРОНСКИ АПЛИКАЦИИ, ПОДАТОЦИТЕ СЕ ПРАКААТ ВО „КЛАУД СО ПОДАТОЦИ“, А ОД ТАМУ ДО ЛЕКАРОТ КОЈШТО ДАВА ПРЕПОРАКИ ЗА ТЕРАПИЈАТА. ВО ИДНИНА, НАМЕСТО ДОКТОР, ЌЕ ПОСТОЈАТ ЦЕНТРИ ЗА ЗДРАВСТВЕНА АРТИФИЦИЈАЛНА ИНТЕЛИГЕНЦИЈА ОД КАДЕ ШТО, СО ПОМОШ НА АЛГОРИТМИ, ЌЕ СЛЕДАТ АДЕКВАТНИ ПРЕПОРАКИ

настаната во текот на животот. Како психолошки фактор се сметаат карактеристиките на личноста – сензибилитетот, осетливоста, ранливоста, особините карактеристични за лица кои не можат да речат „не“ во одредени ситуации, лица кои сè повеќе се ориентирани кон помагање на другите, при тоа заборавајќи ги своите потреби, итн. Оваа психолошка „ранливост“ најчесто е вродена особина и е спротивна на резилентноста или отпорноста. Резилентноста може да се „тренира“, да се учи дури и од детска возраст, додека возрасните може да ја засилуваат оваа особина со помош на одредени техники на психотерапијата. Третата група причини за депресија се социјалните фактори, како, на пример: разводот, губењето на статус или работно место, осаменоста, различните заболувања, семејни или финансиски проблеми. Најголемиот дел од луѓето можат сами да се справат доколку им е нарушен еден од овие фактори (генетски, психолошки и социјален). Но, кога се нарушени два фактори, ризикот за депресија нагло расте. Во случаи кога се нарушени сите три фактори, само минимален број од луѓето остануваат психички здрави.

- Кои се современи начини за лекување на депресијата?

РИХТЕР: Депресијата се лекува со: психотерапија и антидепресиви, а дополнително и со невростимулација, терапија со светлост и други методи. Главната цел на психотерапијата е да се прекине кружниот тек на негативните мисли и да се надмине чувството на безнадежност и тага. Лековите, пак, помагаат да се надополни нивото на невротрансмитери бидејќи е намалено кај лицата кои страдаат од депресија. Во невротрансмитери спаѓаат: серотонинот, допаминот, норадреналинот, и други. Секоја година околу 7 % од европското население заболува од депресија, но за време на пандемијата овој процент порасна на 15 %.

- Сега освен пандемијата, населението во Европа има уште една сериозна грижа, војната во Украина и последиците од неа. Сето ова рашири нова доза: стрес, страв и загриженост. До која мера се растегливи менталните одбранбени механизми на луѓето? Забележувате ли поткликнување/попуштање?

РИХТЕР: Перманентното оптоварување со страв, дали од болест или, пак, од војна, е штетно за менталното здравје. Затоа, од

една страна е важно постојано да бидеме добро информирани за актуелните настани, но, од друга страна, пак, следејќи ги најновите застрашувачки случувања, секојдневно доведува до засилување на анксиозноста и внатрешната нервоза. Мозокот станува преплавен со негативни и застрашувачки информации кои комплетно доминираат со нашите мисли и чувства, така што, дури и кога ќе се случи нешто убаво, се случува да не можеме веќе да се изразуваме. Фотографиите и видеата за уништување, застрашувачките текстови во врска со војната, кои секојдневно ги примаме преку: социјалните медиуми, на телевизија, слушајќи радио или гледајќи постојано на мобилните телефони, води до состојба на нервна пренадразнетост, бидејќи тие слики се меморираат во нашиот мозок. Така, преминуваме од состојба на страв и неизвесност, постојано и без одмор, директно во следна ситуација којашто реално го загрозува животот на луѓето. Во организмот, овие процеси водат до натамошна хиперактивација на системот на страв, а со тоа расте и ризикот за: преголема раздразливост, засилена плашливост, внатрешна напнатост, но и пролонгирање на депресивното расположение, односно нерасположение. А, доколку имате пријатели или роднини коишто живеат во Украина, тогаш е сосема можно да се појават и знаци на пострауматска реакција, што се манифестира со: тресење на рацете и колената, неочекувано појавување на сликите од војната проследено со изразено потење, претерана реакција на непријатни мириси и звуци, како и ноќни кошмари. Можни се и телесни симптоми, како што се: слушавање, вртоглавица и стомачни тегоби. Студиите покажуваат дека ризикот за депресивно расположение и анксиозност расте нагло доколку повеќе од два часа на ден се поминува на социјалните мрежи...

- Се чувствува ли дополнителна збунетост кај луѓето како резултат на стравот од војна на европско тло? Декаденција, чувство на изгубени вредности, потиснати од агресија?

РИХТЕР: Декаденцијата во историјата на човештвото вообичаено се јавува откако ќе заврши кризата, но ние сè уште сме во криза. Но, туристичките агенции веќе јавуваат за пораст на бројот на резервации за туристички патувања, што, засега, секако, не би рекла дека е поврзано со декаденцијата, но сигурна сум дека во наредните години ќе се појави. Чувството на изгубени вредности се јавува

повеќе кај луѓето коишто живеат сами и коишто во последните две години повеќе ја почувствуваа социјалната изолација, особено ако немало никој да им помогне кога биле болни или осамени. Во семејствата, пак, доколку зборуваме за хармонични, наметнатиот корона „локдаун“ помогна за зајакнување на сознанието дека хармонијата и блискоста се многу важни фактори, така што дури доведе до засилување на овие вредности. Сите сме родени со една инстинктивна доверба во другите. Но, доколку нашето искуство ни покаже дека во важните моменти на животот или кога ни е тешко, нема никој да ни помогне, ја губиме довербата во луѓето, што секогаш има негативни последици врз менталното здравје.

- Се гледа ли крајот на пандемијата, каква е перцепцијата во Германија каде што живеете подолго време? Или повеќе е потисната едната криза, со друга?

РИХТЕР: Извесно опуштање се гледа, но крајот на пандемијата сè уште не се гледа. Се враќа социјалниот живот, низ: угостителските локации, галериите и концертните сали. Постепено луѓето повеќе излегуваат, се среќаваат со пријатели, иако стана вообичаена пракса дури и при обична домашна посета секој да си направи брз корона тест. За вработените во клиниките, пак, воведено е правило, секојдневно да се прави ПЦР тест со „гаргара“. Но, крајот на пандемијата сè уште не се гледа, бидејќи инциденцата и понатаму рапидно расте, се заразуваат се поголем број луѓе, дури и тие што се три пати вакцинирани или, пак, ја имаат прележано болеста. Важно е што сегашните инфекции се со видно послаби симптоми и многу намалена стапка на хоспитализација. Се очекува и понатаму да се јавуваат нови варијанти на корона вирусот коишто ќе бидат помалку агресивни, што во голема мера се должи на фактот што голем дел од населението се вакцинирани.

- Окупираноста на здравствените работници со ковид резултираше до влошување на другите болести. Настрада ли уште повеќе менталното здравје?

РИХТЕР: Да, дефинитивно, дојде до пораст на психичките нарушувања во последните две години, а најмногу се погодени луѓето кои и пред пандемијата имале лабилно ментално здравје. Студиите покажуваат многу хетерогени бројки, но и Светската здравствена

организација објавува во својот извештај пораст на случаите со: депресија, анксиозност, стресни состојби и посттрауматски реакции. СЗО препорачува имплементација на редица мерки со цел менталното здравје да се сочува и да се подобри. Во тие мерки спаѓа и психоедукацијата, односно поинтензивното информирање на населението за менталното здравје, како и за тоа како да се зајакне резилиенцата, односно психичката отпорност. Овозможено е психоедукацијата да може да се спроведува и дигитално, но како мерки за јакнење на отпорноста се препорачува и: поинтензивно спортување, прошетки во природа, јога и медитација.

- Една од лекциите што светот ги научи од пандемијата е ургентноста од подобрување на здравствениот систем, насекаде. Воведува ли Германија нови стандарди, за разлика од Балканот каде што здравството страда од хронично неинвестирање и запоставеност?

РИХТЕР: Во моментот, во здравствените системи се внесуваат многу иновации, пред сè, од областа на артифицијалната интелигенција и дигиталното здравство. Овие модерни методи овозможуваат полесно и побрзо да се постави дијагноза и терапија. На пример, додека снимките од компјутерска томографија и магнетна резонанса традиционално се читаат поединечно, вештачката интелигенција овозможува, врз база на десетици, илјадници снимки, да се напише алгоритам што ќе ја детектира и најмалата промена и директно ќе упати кон дијагноза. Дигиталната медицина, или телемедицината, овозможува пациентот во домашни услови да ги мери своите параметри¹, како: срцевата акција, заситеноста со кислород, ритамот на дишење, итн. Со помош на електронски апликации, податоците се праќаат во „клауд со податоци“, а од таму до лекарот кој што дава препораки за промена на терапијата. Во иднина, наместо доктор ќе постојат центри за здравствена артифициелна интелигенција од каде што со помош на алгоритми ќе следат адекватни препораки. Друг новитет е епигенетиката, што значи дека покрај предодреденоста на нашиот генетски состав, при раѓањето, во текот на животот може да се случат мутации на гените, што, пак, може да предизвика различни заболувања.

1 Richter, K., Kellner, S., Hillemecher, T. et al. Sleep quality and COVID-19 outcomes: the evidence-based lessons in the framework of predictive, preventive and personalised (3P) medicine. *EPMA Journal* **12**, 221–241 (2021). <https://doi.org/10.1007/s13167-021-00245-2>

НАЈЗАГРОЗЕНА ГРУПА ЗА НАРУШУВАЊА НА СПИЕЊЕТО СЕ ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ КОИ РАБОТАТ ВО СМЕНИ – ЛЕКАРИТЕ И МЕДИЦИНСКИОТ ПЕРСОНАЛ. ОСОБЕНО НОЌНИТЕ СМЕНИ ПРЕДИЗВИКУВААТ НАРУШУВАЊА НА „СИРКАДИЈАНИОТ“ РИТАМ, ПРИ ШТО ДОАЃА ДО НЕГАТИВНО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ НЕУРОИМУНОЛОШКАТА И ЕНДОКРИНАТА ХОМЕОСТАЗА, ШТО, ПАК, ПОДРАЗБИРА ОПАЃАЊЕ НА „KILLER“-КЛЕТКИТЕ. ОВА Е ИСПИТАНО И ДОКАЖАНО КАЈ МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ КОИ РАБОТАТ ВО НОЌНА СМЕНА. ЛУЃЕТО КОИШТО РАБОТАТ ВО СМЕНИ, ГЕНЕРАЛНО, ПОКАЖУВААТ ПОГОЛЕМ РИЗИК ЗА ДОБИВАЊЕ ИНФЕКЦИИ НА ДИШНИТЕ ПАТИШТА. ОВОЈ РИЗИК НЕ САМО ШТО Е ПОВРЗАН СО ВРЕМЕТРАЕЊЕТО НА СПИЕЊЕТО, ТУКУ Е ПОВРЗАН И СО ДЛАБОЧИНАТА НА СОНОТ, БИДЕЈЌИ САМО ДЛАБОКИОТ СОН ВЛИЈАЕ ВРЗ ГРАДЕЊЕТО НА ИМУНОЛОШКИОТ ОДГОВОР. ПОЗНАТО Е ДЕКА ЛУЃЕТО СО ДЕФИЦИТ НА КВАЛИТЕТЕН СОН ПОЛЕСНО ЗАБОЛУВААТ ОД ГРИП. ЕПИДЕМИОЛОШКИТЕ СТУДИИ ПОКАЖУВААТ ДЕКА 18.2 % ОД МЕДИЦИНСКИОТ ПЕРСОНАЛ КОЈШТО РАБОТИ СО ЗАБОЛЕНИ ОД КОВИД-19, ИМА ЛОШ КВАЛИТЕТ НА СПИЕЊЕ

Напредокот во епигенетиката ќе доведе до нови сознанија за тоа кои фактори во текот на животот делуваат на мутација на гените. А, штом се пронајде причината, таму може да се најде и лекот. Медицината оди и во правец на предиктивен, превентивен персонализиран правец, што значи дека третманот не мора да биде ист за сите заболени од една болест, туку да биде „по мерка“, да се земат предвид и индивидуалните фактори. Генетиката, воопшто како наука, е во голем прогрес и тука веќе предиктивниот пристап е можен, што значи дека со помош на генетско испитување може да се постави дијагноза. Иако, за жал, за сите болести што се детектираат со генетска анализа сè уште не постои адекватен лек врз база на генетскиот наод, односно лек којшто ќе ја супримира мутацијата на генот.

Што се однесува до менталното здравје, мене како Македонка многу ме погодува системот за третман на менталното здравје кај лицата со хронични психијатриски заболувања во Македонија. Работев неколку години како советник во Светската здравствена организација за поддршка на реформите во психијатријата во Македонија, со цел да се подобри третманот на лицата коишто долги години имаат психијатриски заболувања.

Тогаш се отворија и првите центри за ментално здравје каде што хронично заболени лица можеа да се реинтегрираат во општеството и работата. На пример, постоеше фризерски салон и фирма за чистење каде што беа вработени здрави, но и лица со психијатриски дијагнози. Познавајќи повеќе од тогашните пациенти, беше

многу убаво да се види како еден уметник којшто многу години има дијагноза, повторно почнува креативно да создава. Но, за жал, овој процес не продолжи, така што сè уште во земјата има само два-три вакви центри. Бидејќи сум и вонреден професор на УГД во Штип, кога држам предавања по психијатрија, одново увидувам дека нема ниту центар за млади лица, ниту, пак, за возрасни лица со хронични ментални заболувања. Тие се оставени сами на себе или, пак, имаат поддршка само од нивното семејство. Слична е состојбата во повеќе градови во Македонија. Згрижувањето на овие лица во дневни центри би придонело многу за намалување на стигмата или срамот од психичко заболување, каков што постои во Македонија.

- *Ваше потесно поле во психијатријата е лечењето на инсомнија? Страдаат ли уште повеќе луѓето од несоница, што ги држи со отворени очи ноќе?*

РИХТЕР: Квалитетот и времетраењето на спиењето може да игра клучна улога за заштита на менталното и телесното здравје. Во спротивно, недостаток на сон, дали намерно или ненамерно, како и нарушеното спиење, претставува значаен ризичен фактор и забрзува голем број заболувања, како што се: депресија, мозочен удар, хронични воспаленија, карцином, намален имунитет. Може дури негативно да влијае и врз процесот на оздравување, или градење на имунитетот после примање на вакцина. Бидејќи Ковид-19 не е ниту првата, ниту, пак, последната пандемија на човештво, то, којашто ја опфаќа целата планета

НЕДОВОЛНИОТ СОН, КАКО И НАМАЕРНО, КАКО И НАРУШЕНОТО СПИЕЊЕ, ПРЕТСТАВУВААТ ЗНАЧАЕН РИЗИЧЕН ФАКТОР И ЗАБРЗУВААТ ГОЛЕМ БРОЈ ЗАБОЛУВАЊА, КАКО ШТО СЕ: ДЕПРЕСИЈАТА, МОЗОЧНИОТ УДАР, ХРОНИЧНИТЕ ВОСПАЛУВАЊА, КАРЦИНОМОТ, НАМАЛЕНИОТ ИМУНИТЕТ. НЕ СЕ ИСКЛУЧУВА ДУРИ НЕГАТИВНО ДА ВЛИЈААТ И ВРЗ ПРОЦЕСОТ НА ОЗДРАВУВАЊЕ, ИЛИ ГРАДЕЊЕ ИМУНИТЕТ ПО ПРИМАЊЕТО НА ВАКЦИНА. БИДЕЈЌИ КОВИД-19 НЕ Е НИТУ ПРВАТА, НИТУ ПОСЛЕДНАТА ПАНДЕМИЈА НА ЧОВЕШТВОТО, ШТО ЈА ОПФАЌА ЦЕЛАТА ПЛАНЕТА, ПРЕДИЗВИКУВАЈЌИ ОГРОМНИ: ЗДРАВСТВЕНИ, ЧОВЕЧКИ И ЕКОНОМСКИ ЗАГУБИ, ВАЖНО Е ДА СЕ ИСПИТААТ ШТО ПОВЕЌЕ ФАКТОРИ ШТО МОЖАТ ДА ПРИДОНЕСАТ ЗА ЗАЈАКНУВАЊЕ НА ИМУНИТЕТОТ. СОНОТ Е ЕДЕН ОД ТИЕ ФАКТОРИ. ЗА ВРЕМЕ НА СПИЕЊЕТО СЕ ЈАВУВА ЗАЈАКНАТА АКТИВНОСТ НА ДВА ВИДА БЕЛИ КРВНИ КЛЕТКИ, Т.Н. ЛИМФОЦИТИ, ОДГОВОРНИ ЗА ИМУНИОТ ОДГОВОР НА ОРГАНИЗМОТ ПРИ БОЛЕСТИ, А ТОА СЕ „HELPER“ Т-КЛЕТКИТЕ И ЦИТОТОКСИЧКИТЕ ЦД8-КЛЕТКИ

предизвикувајќи огромни: здравствени, човечки и економски последици, битно е да се испитаат што повеќе фактори коишто можат да придонесат за зајакнување на имунитетот, а со тоа и за подобра одбрана од патогените организми. Сонот е еден од тие фактори. За време на спиењето, се јавува зајакната активност на два вида бели крвни клетки, т.е. лимфоцити, коишто се одговорни за имуниот одговор и заштита на организмот од болести, а тоа се „helper“ Т-клетките и цитотоксичките ЦД8 клетки. За време на спиењето овие клетки се синхронизираат со цел да се поттикне адекватен имун одговор. И хормоните во човечкото тело имаат свој ритам на секреција којшто е тесно поврзан со дено/ноќниот ритам на будност и спиење. Така, на пример, при состојба на хроничен, но и акутен стрес, кога мозокот е преокупиран со негативни мисли поврзани со грижи, доаѓа до засилено лачење на хормонот на стрес/кортизол, во раните утрински часови, заради што може да се случи човек редовно да се буди меѓу 3 и 5 часот наутро. Ваквото будење се јавува неочекувано и спонтано, а негативните мисли и грижи се јавуваат секое утро, што внесува дополнителна вознемиреност. Ваквата состојба е вообичаена кај луѓе коишто страдаат од депресија, но и кај другите доколку ги мачи сериозна загриженост предизвикана од лични проблеми, или, пак, од страв од болест или друга ситуација. Во актуелниот момент, страв од вирусот или од воената состојба на европско тло. На тој начин, секојдневните грижи се поврзани со засилена секреција на кортизол/хормон којшто, пак, предизвикува: внатрешна напнатост, нервоза, лесна надразливост и несоница. Спиенето дури има влијание и на успехот на вакцините, односно нуспојавите поврзани со нив. Некои студии направени во текот на актуелната пандемија сугерираат дека организмот постигнува посилен одговор на имуниот систем доколку пред вакцинацијата лицето спиеело добро, во долг и длабок сон. Спиенето во длабок сон, кој се карактеризира со бавни бранови, е важно и по вакцината. Се наведува пример, по примена вакцина против хепатитис А, кога доколку лицето добро отспие, концентрацијата на вирусните антитела двојно се зголемува, како и бројот на клетките што произведуваат специфичен имунолошки одговор на телото.

- Како се лекува несоница? Какви се новите методи?

РИХТЕР: Несоницата се лекува со кратка бихејвиорална терапија што најчесто се состои од 4 до 6 средби со специјалист.

Пациентот треба секојдневно да води евиденција: кога си легнува, кога се буди, колку време лежи ноќе буден во кревет, колку често се буди и како се чувствува во текот на денот. Врз основа на овие индивидуални податоци се применуваат техники коишто помагаат побргу да се заспие и да се намали времето на будно лежење ноќе во кревет. Со терапијата се намалува фреквенцијата на будење во текот на ноќта, а со тоа се подобрува чувството на одмореност и свежина во текот на денот. Еден од проблемите е користењето на мобилен телефон, или сличен апарат, со дневен модус на светлина, заради што препорачувам светлината на екранот да е на ноќен модус од 19 часот навечер до 6 часот наутро. Бихејвиоралната терапија за несоница е интернационално валидирана и во сите студии докажана како најефикасен метод.

- Има ли разлика кој повеќе страда од несоница, мажите или жените, младите или возрасните, одредени професии?

РИХТЕР: Најзагрозена група за нарушувања на спиењето се здравствените работници кои работат во смени – лекарите и медицинскиот персонал. Работата во смени, а особено ноќните смени, предизвикуваат нарушувања на „сиркадијаниот“ ритам при што доаѓа до негативно влијание врз неуроимунолошката и ендокрината хомеостаза, што, пак, подразбира опаѓање на „killer“ клетките. Ова е испитано и докажано кај медицинските сестри коишто работат во ноќна смена. Луѓето коишто работат во смени покажуваат, генерално, поголем ризик за добивање инфекции на дишните патишта. Овој ризик не само што е поврзан со времетраењето на спиењето, туку е поврзан и со длабочината на сонот, бидејќи само длабокиот сон влијае врз градењето на имунолошки одговор. Познато е дека луѓе со дефицит на квалитетен сон полесно заболуваат од грип. Епидемиолошките студии покажуваат дека 18.2 % од медицинскиот персонал којшто работи со заболени од Ковид-19 има лош квалитет на спиење. Што се однесува до полот, жените се поподложни на несоница, но и адолесцентите. Од мажите повеќе се погодени тие што работат на раководна позиција, со голема одговорност и со големи приватни и професионални амбиции.

(Проф. д-р Кнегиња Рихтер Соколовска е раководител на Одделот за Сонологија и Невростимулација при Универзитетската

клиника за психијатрија и психотерапија „Парацелзус“, Приватен Медицински Универзитет Нирнберг, Германија. Редовен професор е по медицина на Техничкиот Универзитет за применети науки во Нирнберг, Германија. Вонреден насловен професор е по Сонологија, Универзитет „Гоце Делчев“, Штип, Северна Македонија.)



ИГНОРИРАЊЕ И ИНСТИТУЦИОНАЛНА БАВНОСТ

БИЛЈАНА ГЕОРГИЕВСКА

КОНФУЗНО ОБЈАСНУВАВ:
„ПАК МЕ НАПАДНА,
ЖЕНАТА СО МЕНТАЛНА
БОЛЕСТ, ЈА ЗНАЕТЕ ДОБРО,
ТАА ШТО ДОАЃА И КАЈ
ВАС, ВО ПОЛИЦИСКАТА
СТАНИЦА. ПРИЈАВЕНА Е
МНОГУ ПАТИ ЗА ВЕРБАЛНО
ВОЗНЕМИРУВАЊЕ, НО ОВОЈ
ПАТ ФИЗИЧКИ МЕ НАПАДНА.
ОЧИГЛЕДНО НЕЈЗИНАТА
БОЛЕСТ ПРОГРЕСИРА, СЕ
ВЛОШУВА...“ СЛУШНАВ САМО
ДЕКА ЗА ДА ГО ПРИЈАВАМ
ИНЦИДЕНТОТ МОРА ЛИЧНО
ДА СЕ ПОЈАВАМ ВО СТАНИЦА.
„ОХ, ЗОШТО, ПА ОВА ВИ Е
ДОБРО ПОЗНАТ СЛУЧАЈ, НЕ
Е РАБОТАТА ВО ПРИЈАВИТЕ,
ТУКУ ДА СЕ ПРЕЗЕМЕ
НЕШТО! ШТО АКО ПРИЈАВАМ
ПАК? КАЈ ВАС ИМА ЦЕЛА
КОЛЕКЦИЈА ПРИЈАВИ ОД
СТАНАРИТЕ ВО ЗГРАДАТА
ВО КОЈА ЖИВЕЕМЕ!“ СЕПАК,
НАГЛО ЗАВРТВИ, А ПО
ДЕСЕТИНА МИНУТИ ВЕЌЕ
ПЛАЧЕВ ВО КАНЦЕЛАРИЈАТА
НА ИНСПЕКТОРОТ

Најтешко му е на лицето ко-
ешто се бори со ментално растрој-
ство, со темнина и кошмари. Си-
гурно им е многу тешко на бли-
ските, во зависност од тоа колку
ја прифаќаат неговата состојба,
колку имаат разбирање и волја да
му помогнат. Не ретко се погодени
и: соседите, познаниците, продава-
чите во околината, таксистите, сите
коишто се судираат во одреден мо-
мент со конфузноста на лицето со
ментални проблеми. Но, кога би
постоел: потранспарентен систем
за следење и контрола на неговата
здравствена состојба, јавна свест и
институционална соработка, во го-
лема мера би им олеснило на сите.

Ненадеен напад

Не очекував дека на излегување
од лифт, додека брзав на работа, ќе
ме зграпчи за коса и ќе почне да ме удира со тупаници по главата.
Мојата стратегија да поминам покрај неа набрзина, незабележано,
без да ни се сретнат погледите, за да не ја испровоцирам на било
каков начин, се покажа сосема погрешна. Со левата рака веќе ми ја

влечеше косата, наведнувајќи ми го целото тело надолу, до болно кубење. Со десната рака, стисната во тупаница, ритмично ме удираше по главата. Помислив ако викам „помо-о-о-ш“ неколку пати, можеби ќе извлечам некого од соседите на приземјето или на првиот кат од зградата, па растроената жена ќе се повлече.

Гласот не ми откажа, но сепак, никој не излезе од соседните станови. Ја слушав како ми вика на сиот глас за некаква вода во бањата, иако добро знаев дека ни капка од мојот стан нема протечено во нејзиниот, еден кат подолу. Ова со водата беше само уште едно во долгиот список најразлични „обвинувања“ на моја сметка – дека јас не сум јас, туку се менувам со некоја друга, дека од балконот пуштам нуклеарни облаци, дека сум го „украла“ станот од претходните сопственици, дека младата сосетка од 6-от кат ѝ ги краде нозете, возрасниот човек од 5-от кат ја има силувано, како и лекарот кој живее спроти него, дека странски шпиони ја загрозуваат зградата. Еднаш дури на прагот најдов лист со рачно напишана порака со смртна закана, на англиски јазик, за мене и за мојот сопруг, во случај итно да не се иселиме од станот. Минатото лето тргна да ме следи во чекор кога излегов пред зградата со канта полна со вода во рацете, за да ги полијам неколкуте грмушки, бидејќи беше долга суша. Во еден момент сосетката со долготрајна ментална болест трчаше зад мене, викајќи на цел глас „ќе те убија-а-а-м“.

Безуспешни пријави

Успеав да си ја извлечам косата од нејзината шака, се исправив и истрчав низ влезот, по скалите, низ патеката. Влегов во автомобил избезумена, тргнав истовремено типкајќи 192 на мобилниот. Конфузно објаснував: „пак ме нападна, жената со ментална болест, ја знаете добро, таа што доаѓа и кај вас, во станицата „Беко“, вика по полицајците, пријавена е многу пати, но овој пат физички ме нападна, ме тепаше. Очигледно нејзината болест прогресира, се влошува...“ Слушнав само дека за да го пријавам инцидентот мора лично да се појавам во станица. „Ох, зошто, па ова е добро познат случај, не е работата во пријавите, туку да се преземе нешто! Што ако пријавам пак? Кај вас има цела колекција пријави од станарите во зградата во која живее!“

Сепак, нагло завртив, а по десетина минути веќе плачев во канцеларијата на инспекторот. Сиот мој: гнев, лутина, немоќ, а најмногу

пониженост од фактот што со години јас и многу други луѓе сме изложени на сериозно вознемирување, а при тоа болната жена живее во сè поголем кошмар, без ничија грижа и медицинска помош, ги излеав низ солзи додека одговарав на неговите прашања, а инспекторот го пополнуваше записникот. По не знам кој пат го слушав како ми повторува дека има разбирање за мојата разочараност, но дека полицијата нема ингеренции да постапи кога се работи за лице со ментална болест. Дека законот е таков, дека имаат многу слични случаи, дека и други како мене и моите соседи поднесуваат пријави за вознемирување и напади. Дека истата жена вербално ги напаѓа и ги навредува и полицајците од станицата „Беко“. Но, и да тужам таа нема да одговара пред закон. Такви се прописите...

Сепак, овој пат, одлучија да сторат нешто повеќе. Влегов во полициското возило заедно со двајцата инспектори и тргнавме да ја бараме фирмата на нејзината сестра близначка. Првпат, откако јас бев инволвирана во случајот, се заложија да направат обид од близок роднина на болната жена да побараат согласност за нејзино лечење или згрижување во здравствена институција. Нè пречека вработена во фирмата, веројатно истата жена којашто пред две години по телефон ме уверуваше дека сопственичката не е во состојба да ме прими, ниту прифаќа да разговараме за душевната состојба на сестра ѝ, мојата сосетка. Овој пат, веројатно заради двете униформирани лица, прво се повлече во друга просторија, па од таму дојде со отворена телефонска линија. Сестрата близначка по телефон на полицаецот му рече дека нема да даде согласност за институционално згрижување на болната, бидејќи во болницата каде што порано веќе била сместена условите биле многу лоши, а персоналот се однесувал нехумано кон пациентите. Толку.

Роднините одбиваат соработка

Си заминавме молкум. Во автомобилот, едниот полицаец само гласно изусту дека вака се случува, речиси, секогаш. Дека се ретки луѓето како мене што соработуваат додека не се најде решение. Дека роднините најчесто проблемот го чуваат зад затворена врата, кога ќе згусне им го префрлаат на другите и се повлекуваат, заради што институциите се немоќни... . Освен, ако доставам петиција со потписи од повеќе од 50 % од станарите во зградата, со барање жената со ментални проблеми да се згрижи, под лекарски надзор!

Плачот не можев да го сопрам долго, а на дел од колегите во канцеларија не морав многу да им објаснувам, затоа што веќе ме имаа видено во таква состојба. Пред неколку месеци сосетката, во слична агитираност, физички ме спречуваше 20-тина минути да излезам од зградата. Стоеше пред мене, викаше како низ нејзиното тело да циркулира литар адреналин, ме навредуваше со обвинување дека ѝ уривам некаква ограда. Не се ни обидував да тргнам покатегорично напред, да го повишам гласот, како што некои од соседите ме советуваа, заради нејзината непредвидливост. Низ глава ми се вртеше една дефиниција што одамна ја имав слушнато дека „адреналинот е познат како „fight or flight“ хормон, па си велештом таа е во состојба на „fight“, сосема е логично што мојата психолошка реакција на таквата стресна ситуација е да барам начин за бегство, за „flight“. Се разбира и тогаш задоцнив на работа, на веќе закажан работен состанок и со часови бев сосема онеспособена за било какво нормално функционирање.

На списокот одамна веќе беа ставени дваесетина потписи од дел од станарите во зградата. Две помлади сосетки тоа попладне поминаа уште еднаш до осумкатицата, за да го дополнат. Јас, пак, во обид да побарам совет, сугестија за тоа како најправилно, законски и морално се постапува во ваква ситуација, или како еден вид олеснување, истурање на маката – за инцидентот раскажав на социјална мрежа. Текстот го поткрепив со исечок од десетина секунди од подолгото,

МЕЃУ БРОЈНИТЕ РЕАКЦИИ ОД ПОЗНАТИ И НЕПОЗНАТИ ЛИЦА БЕА НАВЕДЕНИ СЕРИЈА СЛИЧНИ СЛУЧАИ:

„И ВО ПРИЛЕП ИМАВМЕ ВАКОВ СЛУЧАЈ, ЈАС ГО ПОЗНАВАМ.“

„ЖЕНАВА МЕ ИМА НАПАДНАТО И МЕНЕ КОГА ЖИВЕЕВ ВО ТАА ЗГРАДА. СЕ ОТСЕЛИВМЕ, НЕ СЕ ТРПЕШЕ.“

„И НИЕ БЕВМЕ ТАРГЕТ НА МЕНТАЛНО БОЛНА КОМШИКА. И ПОКРАЈ ПОЛИЦИЈА И ИНСТИТУЦИИ, НЕ МОЖЕВМЕ ДА НАЈДЕМЕ РЕШЕНИЕ. СЕ ДОДЕКА НЕЈЗИНИТЕ РОДИТЕЛИ, КОИ КРИЕЈА ЗА НЕЈЗИНАТА СОСТОЈБА, СЕ НАЈДОА ЗАГРОЗЕНИ ПА САМИ ЈА ПРИЈАВИЈА. СЕГА Е ПОДОБРА, ВЕРУВАМ СО ТЕРАПИЈА.“

„ВО СОСЕДНАТА КУЌА ДО НАС ИМА ВАКОВ ПРОФИЛ НА ЖЕНА. ПРВО ЗБОРУВАШЕ САМА СО СЕБЕ, А СЕГА СТАНА АГРЕСИВНА: ВИКА, СЕ ЗАКАНУВА, СО СЕКИРА УДИРА ПО ПОРТАТА.“

„ОВА Е ПРОБЛЕМ НА МНОГУ СТАНАРИ, СОСЕДИ, НАСЕКАДЕ НИЗ ДРЖАВАТА И МОРА ДА СЕ АКТУАЛИЗИРА. ЗАТОА ШТО ИНСТИТУЦИИТЕ ГИ ОСТАВААТ ЛУЃЕТО САМИ ДА СЕ СПРАВУВААТ.“

„ЖЕНАТА МОЖЕ ДА НАПАДНЕ И СО ПРЕДМЕТ, ЗАТОА СЛУЧАЈОВ Е МНОГУ ОПАСЕН.“

и прилично вознемирувачко видео, што една станарка во зградата веќе го имаше снимено, додека растроената жена го навредувала и му се заканувала на 80-годишен човек од зградата. Всушност, тие десетина секунди многу појасно покажаа како изгледаше нашето секојдневие, на што со години бевме изложени сите кои и бевме таргет на жената со ментални проблеми во нашата зграда.

Раширен проблем

Воопшто не очекував дека објавата на Фејсбук ќе покрене толкава лавина реакции, јавни коментари и пораки упатени само до мене. Десетици луѓе раскажаа за слично искуство, сега или порано, без да дојдат до решение. Повеќемина посочија дека институциите, најчесто, ги игнорираат таквите случаи. Една жена ми пиша дека се иселила од истата зградата во која јас се бев доселила, заради напади од ментално болната сосетка. Жена од Битола ми пиша дека и таа со семејството се отселиле на друго место, немоќни да најдат прифатливо решение за човек со ментална болест кој ги напаѓал. Трета жена ми пиша дека со години немаат стапнато во викендичката, поради физички напади од лице со ментални проблеми во соседството. Ќе пренесам само дел од реакциите:

„И во Прилеп имавме ваков случај, јас го познавав.“

„Женава ме има нападнато и мене кога живеев во таа зграда. Се отселивме, не се трпеше.“

ОТКАКО НЕКОЛКУ ПРИЈАТЕЛИ МЕ ПОТСЕТИЈА И НА ТРАГИЧНИ СЛУЧАИ КОГА ИЗВРШИТЕЛИ НА ЗЛОДЕЛОТО БИЛЕ ЛИЦА СО МЕНТАЛНО РАСТРОЈСТВО, ПОЛЕКА ПРЕСТАНАВ ДА СЕ САМОСОЖАЛУВАМ ЗАРАДИ ПРЕТРПЕНИОТ СТРЕС И ПОЧНАВ СЕРИОЗНО ДА СЕ ПЛАШАМ. ДОДЕКА ИНСТИТУЦИИТЕ СЕ ИЗВЛЕКУВААТ ПОСОЧУВАЈЌИ НА НЕДОРЕЧЕНОСТ НА ЗАКОНИТЕ, ДОДЕКА НИЕ СТАНАРИТЕ ТАЛКАМЕ БЕЗ ДА ГО ЗНАЕМЕ ВИСТИНСКИОТ ПАТ ДО РЕШЕНИЕ, ДОДЕКА СЕСТРАТА БЛИЗНАЧКА СЕ ДРЖИ НА СТРАНА „ШТИТЕЈЌИ СИ ГО НАЈТЕСНОТО СЕМЕЈСТВО“, КАКО ШТО МИ РЕЧЕ ВО ТЕЛЕФОНСКИ РАЗГОВОР, НЕМАВ НИ ПРЕТСТАВА ШТО СЕ ВРТИ НИЗ КОШМАРНИТЕ МИСЛИ НА ЖЕНАТА СО РЕГИСТРИРАНА ШИЗОФРЕНИЈА ПРЕД 15 ГОДИНИ, ОТТОГАШ БЕЗ ТЕРАПИЈА И БИЛО КАКОВ МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР. СОСЕМА САМА, БЕЗ ПОМОШ ВО КРИТИЧНИТЕ МОМЕНТИ, ВО ВОЈНА СО МРАЧНИ МИСЛИ И ДЕМОНИ

„Мене два-три пати ме закачи, ме навредуваше во лифт, стварно е страшно за живеење во зградата.“

„И ние бевме таргет на ментално болна комшика. И покрај полиција и институции, не можевме да најдеме решение. Сè додека нејзините родители, кои криеја за нејзината состојба, се најдоа за-грозени па сами ја пријавија. Сега е подобра, верувам со терапија.“

„Жената сигурно има старател, одговорен за неа. Згрижувањето оди преку социјално.“

„Верувам дека е многу вознемирувачки. Но, да не е човек во кожата на женава, без терапија, живее во кошмар.“

„И ние имавме мака со неа.“

„Во соседната кука до нас има ваков профил на жена. Прво зборуваше сама со себе, а сега стана агресивна: вика, се заканува, со секира удира по портата.“

„Жената може да нападне и со предмет, затоа случајов е многу опасен.“

„За жал, имаме лоша законска регулатива, со многу дупки и недоречености. А, секое маало си има по еден ваков лик и си живееме во страв.“

„Пред години, бев сведок на слична ситуација со жената, викнавме полиција, но ништо.“

„Како може толку години женава да го малтретира цел Центар и никој да не реагира.“

„Треба да покренеме петиција за промена на законот. Треба социјалното да има ингеренции, а не само да се префрла одговорноста.“

„Ова е проблем на многу станари, соседи, насекаде низ државата и мора да се актуализира. Затоа што институциите ги оставаат луѓето сами да се справуваат.“

Сериозни предупредувања

Покрај изразите на сочувство и споделување информации за слични искуства низ Македонија, меѓу пораките имаше и такви кои упатуваа во вистинска насока за институционално решение, од лица со професионално искуство:

„Предлагам да се информира Центарот за социјални работи. Можеби е веќе евидентирана, но ако не, веднаш ќе направат увид. Полицијата се трга на страна од вакви случаи, но на барање на Центарот, немаат избор“ – напиша лице со искуство во социјални работи.

„Присилна хоспитализација. Викнете брза помош и полиција да ја транспортираат на лекување во болница. Направете го тоа веднаш. Станарите, го имате тоа право“ – напиша лекар-психијатар.

„Не е точно дека МВР нема ингеренции да постапува. Нивна должност е да обезбедат документ од психијатар за натамошно задолжително болничко лекување.“

„Ваков пациент во пракса го проценувам како висок ризик по безбедноста, не само од агресија, доколку има параноја или делузии поврзани со луѓе може да има ризик и за убиство“ – ме предупреди во лична порака психијатар од странство.

Откако неколку пријатели ме потсетија и на трагични случаи кога извршители на злоделото биле лица со ментално растројство, полека престанав да се самосожалувам заради претрпениот стрес и почнав сериозно да се плашам. Додека институциите се извлекуваат, посочувајќи на недореченост на законите што ги ослободуваат од дејствување, додека ние станарите талкаме без да го знаеме вистинскиот пат до решение, додека сестрата близначка се држи на страна „штитејќи си го најтесното семејство“, како што ми рече во телефонски разговор, немав ни претстава што се врти низ кошмарните мисли на жената со регистрирана шизофренија пред 15 години, но оттогаш без терапија и каков било медицински надзор (по сведочење на сестрата), сосема сама, без помош во критичните моменти, во војна со мрачни мисли и демони.

Институционален одговор

Само два дена подоцна, на телефон ми се јави полициски инспектор кој љубезно ме замоли да го донесам списокот со потписи од станарите. Рече дека не мора да бидат 50 %, не мора ниту 20 %, само еден да е, доволно е! Се зачудив заради наглата промена. Можеби беше поттикната од: медиумските стории што ја истркалаа мојата Фејсбук објава, или од стотината коментари што следеа,

од посочените десетици примери за слични случаи насекаде низ земјата, од логичното негодување и повикувањата од граѓаните за институционално решение, или, пак, од лекарските предупредувања за потенцијален поголем ризик? Како и да е, имав впечаток дека целиот случај како да помогна, барем за извесно време, да ја подигне јавната свест за тоа дека игнорирањето на проблемите со менталното здравје водат кон влошување на состојбата на пациентот и кон непосредна опасност како за болното лице, така и за околината. Дека „криењето под килим“ на болеста и нелекувањето, кога-тогаш ќе го доведат болното лице во недостоинствена ситуација, ќе биде жигосана личност, „плашило“ коешто и најблиските го заобиколуваат.

Понатаму сè одеше по некој ред. Социјални работници: дошле во зградата, разговарале со повеќемина станари, ги запишале изјавите и отвориле предмет по кој понатаму ќе се постапува според законските прописи и лекарските упатства, како што рекле. По неколку дена бев официјално известена и од полицијата дека „постапиле по мојата пријава“.

Се надевам дека сосетката, под лекарски надзор, ќе се стабилизира. Верувам дека некогаш ќе се сретнеме без да бегаме од „средба на погледи“.

Посакувам отвореното говорење за ваквите случаи и барањето решение да им помогне за поефикасно работење и на институциите во државата, како на здравствените, така и на социјалните служби. Во средина каде што: предрасудите, неупатеноста и

САМО ДВА ДЕНА ПОДОЦНА, НА ТЕЛЕФОН МИ СЕ ЈАВИ ПОЛИЦИСКИ ИНСПЕКТОР КОЈ ЉУБЕЗНО МЕ ЗАМОЛИ ДА ГО ДОНЕСАМ СПИСОКОТ СО ПОТПИСИ ОД СТАНАРИТЕ. РЕЧЕ ДЕКА НЕ МОРА ДА БИДАТ 50 %, НЕ МОРА НИТУ 20 %, САМО ЕДЕН ДА Е, ДОВОЛНО Е! СЕ ЗАЧУДИВ ЗАРАДИ НАГЛАТА ПРОМЕНА. МОЖЕБИ БЕШЕ ПОТТИКНАТА ОД: МЕДИУМСКИТЕ СТОРИИ КОИШТО ЈА ИСТРКАЛАА МОЈАТА ФЕЈСБУК ОБЈАВА, ИЛИ ОД СТОТИНАТА КОМЕНТАРИ ШТО СЛЕДЕА, ОД ПОСОЧЕНИТЕ ДЕСЕТИЦИ ПРИМЕРИ ЗА СЛИЧНИ СЛУЧАИ НАСЕКАДЕ НИЗ ЗЕМЈАТА, ОД ЛОГИЧНОТО НЕГОДУВАЊЕ И ПОВИКУВАЊАТА ОД ГРАЃАНИТЕ ЗА ИНСТИТУЦИОНАЛНО РЕШЕНИЕ, ИЛИ, ПАК, ОД ЛЕКАРСКИТЕ ПРЕДУПРЕДУВАЊА ЗА ПОТЕНЦИЈАЛЕН ПОГОЛЕМ РИЗИК? КАКО И ДА Е, ИМАВ ВПЕЧАТОК ДЕКА ЦЕЛИОТ СЛУЧАЈ КАКО ДА ПОМОГНА, БАРЕМ ЗА ИЗВЕСНО ВРЕМЕ, ДА ЈА ПОДИГНЕ ЈАВНАТА СВЕСТ ЗА ТОА ДЕКА ИГНОРИРАЊЕТО НА ПРОБЛЕМИТЕ СО МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВОДАТ КОН ВЛОШУВАЊЕ НА СОСТОЈБАТА НА ПАЦИЕНТОТ И КОН НЕПОСРЕДНА ОПАСНОСТ КАКО ЗА БОЛНОТО ЛИЦЕ, ТАКА И ЗА ОКОЛИНАТА

неодговорноста на роднините и натаму кријат зад затворени врати голем број лица со ментални растројства, ангажманот на тие што се свесни за потребата од соработка, е клучен – за доброто на сите.

(Билјана Георгиевска е долгогодишен новинар и уредник во домашните и меѓународни медиуми. По голем дел од својата кариера беше продуцент во редакцијата на македонски јазик во Светскиот сервис на БиБиСи. Во моментот е уредник во информативната редакција на ТВ Клан Македонија. Била ангажирана во повеќе проекти за: подобрување на медиумската писменост, борбата против лажните вести и поддршка на граѓанските активисти за човекови права.)



НОВИ СОЗНАНИЈА ЗА АУТИСТИЧНИОТ СПЕКТАР НА НАРУШУВАЊА

ВЕСНА ЈОРДАНОВА

НАУЧНАТА ЕВИДЕНЦИЈА ОД ГЕНЕТСКИТЕ СТУДИИ ПОКАЖУВА ДЕКА АСН Е ВО ГОЛЕМА МЕРА НАСЛЕДНА СОСТОЈБА. МЕТА АНАЛИЗАТА НА СТУДИИ СО БЛИЗНАЦИ УТВРДИ ДЕКА ПРЕТХОДНИТЕ РЕЗУЛТАТИ ЗА ВАЖНОСТА НА ВЛИЈАНИЕТО НА СРЕДИНАТА СЕ СТАТИСТИЧКИ АРТЕФАКТ ЗАРАДИ ВКЛУЧУВАЊЕТО НА ДИЗИГОТНИ БЛИЗНАЦИ. ГЕНЕТСКИОТ РИЗИК ЗА АСН Е ПОЛИГЕНСКИ, ЧЕСТО ВКЛУЧУВА МУЛТИПНИ SNPS (SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS) И DE NOVO МУТАЦИИ. ЕПИДЕМИОЛОШКА СТУДИЈА ПОКАЖА ДЕКА РИЗИКОТ ОД АСН НЕ Е ЛИМИТИРАН НА ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ НА РОДИТЕЛИТЕ ТУКУ И НА ГОЛЕМАТА РАЗЛИКА ВО ВОЗРАСТА МЕЃУ МАЈКАТА И ТАТКОТО. СТУДИИТЕ СУГЕРИРААТ ДЕКА СЕ ИНВОЛВИРАНИ ПОВЕЌЕ ГЕНИ. НЕОДАМНЕШНА GWAS МЕТА АНАЛИЗА ИДЕНТИФИКУВАШЕ 93 СИГНИФИКАНТНИ GENOM-WID МАРКЕРИ, ОД КОИ 53 СЕ РЕПЛИЦИРАНИ ВО НЕЗАВИСНИ КОХОРТИ. СТУДИИТЕ КОНЗИСТЕНТНО ПОКАЖУВААТ ДЕКА АСН ИМА ВИСОК ПРОПЕНЗИТЕТ КАЈ МАЖИ

Вовед

Autism Spectrum Disorder is a complex neurodevelopmental disorder characterised by abnormalities in social communication and stereotyped repetitive behaviour and interests. The aetiology of ASD is complex involving multiple genetic and environmental factors.

Autistic people often present to health services with co-occurring psychiatric disorders, and autism may be overlooked if it is not considered during the assessment. Many autistic adults reach adulthood without any awareness of autism, their symptoms coming to the surface only when the social expectations overwhelm the individual coping mechanisms. Screening instruments are useful in clinical practice, but should not be used exclusively to make or rule out the diagnosis. If autism is suspected based on screening and clinical observation, a referral to psychiatric services should be made for comprehensive diagnostic assessment. The diagnostic process involves a direct clinical assessment of the

individual and a detailed interview with collateral informants, assessment of cognitive and functional skills and a medical examination.

The routine use of any pharmacological treatment for the core symptoms of autism is not recommended. Non-pharmacological treatments focusing on improving social interaction and verbal communication, include group-based and individual social skills training, coaching and cognitive behavioural therapy.

Аутистичниот спектар на нарушувања е комплексно неуроразвојно нарушување кое се карактеризира со абнормалности во социјалната комуникација и стереотипно повторувачко однесување и интереси. Етиологијата на АСН е сложена и вклучува повеќе генетски и еколошки фактори. Аутистите често се јавуваат во здравствените институции со истовремени психијатриски нарушувања. Аутизмот може да се занемари доколку не се земе предвид при проценката. Многу возрасни лица со аутизам достигнуваат зрелост без да бидат свесни за таа состојба, а нивните симптоми излегуваат на површина само кога социјалните очекувања ги совладаат индивидуалните механизми за справување. Инструментите за скрининг се корисни во клиничката пракса, но не треба да се користат исклучиво за поставување или исклучување на дијагнозата. Доколку постои сомневање за аутизам врз основа на скрининг и клиничко набљудување, лицето треба да се упати кај психијатар за сеопфатна дијагностичка проценка. Дијагностичкиот процес вклучува директна клиничка проценка на поединецот и детално интервју со родителите или најблиските, проценка на когнитивните и функционалните вештини и медицински преглед. Не се препорачува рутинска употреба на кој било фармаколошки третман за основните симптоми на аутизмот. Нефармаколошките третмани кои се фокусираат на подобрување на социјалната интеракција и вербалната комуникација, вклучуваат групна и индивидуална обука за социјални вештини, коучинг и когнитивна бихејвиорална терапија.

Проблем што не може да се игнорира

Аутистичниот спектар на нарушување (АСН) е комплексна неуроразвојна состојба со зголемена преваленција од 1%¹. Евидентно

1 Brugha TS, McManus S, Bankart J, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Arch of General Psychiatry*. 2011;68(5):459-465.

зголемениот тренд на аутизмот е индикативен проблем на јавното здравство што повеќе не може да се игнорира.

АСН се манифестира низ широк дијапазон на интелектуални способности и перзистира низ целиот живот. Основните симптоми вклучуваат абнормална социјална интеракција и комуникација, рестриктивни и репетитивни интереси и активности, ригидност во однесувањето и сензорна чувствителност. Овие абнормални однесувања се манифестираат во различни ситуации и можат да варираат според степенот на изразеност. Новите интернационални дијагностички класификации (ДСМ-5 и ИЦД-11)² вклучуваат АСН како една дијагностичка категорија која ги инкорпорира сите видови на аутизам, вклучувајќи го и Asperger синдромот. Симптомите кај аутистичното лице може да не се препознаат сè до зголемување на социјалните очекувања, во подоцнежните фази од животот.

Кај лицата со АСН често е потребна психијатриска помош бидејќи аутистичните проблеми доведуваат до коморбидни психијатриски растројства и клинички ризик.

Повеќе причини за појава на АСН

Научната евиденција од генетските студии покажува дека АСН е во голема мера наследна состојба. Мета анализата на студии со

ИСТРАЖУВАЊАТА СУГЕРИРААТ ДЕКА НЕКОЛКУ ПРЕНАТАЛНИ ФАКТОРИ, КАКО ДЕФИЦИТ НА ВИТАМИН Д, ДИЈАБЕТЕС, ПЛАЦЕНТАЛНА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА И ГОЈАЗНОСТ НА МАЈКАТА, ИГРААТ КЛУЧНА УЛОГА ВО ЕТИОЛОГИЈАТА НА АСН. ИНТРАУТЕРО ИНФЕКЦИИ, КАКО ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОТ И РУБЕОЛАТА ИСТО ТАКА СЕ ПОВРЗАНИ СО ЗГОЛЕМЕН РИЗИК ЗА АСН. ФЕТАЛЕН АЛКОХОЛ СИНДРОМЕ ПРЕДИЗВИКАН ОД КОНСУМИРАЊЕ АЛКОХОЛ ВО ТЕКОТ НА БРЕМЕНОСТА, КОЈ ЧЕСТО НЕ Е ДИЈАГНОСТИЦИРАН, ВО ГОЛЕМА МЕРА СЕ ПОВРЗУВА СО АСН. ЗГОЛЕМЕН РИЗИК НОСИ И ИНТРАУТЕРО ЕКСПОНИРАЊЕ НА НЕКОЛКУ АНТИЕПИЛЕПТИЧНИ ЛЕКОВИ, ОСОБЕНО ВАЛПРОАТ. ПЕРИНАТАЛНИ ФАКТОРИ, КАКО: НИСКА КИЛАЖА, КАРЛИЧНА ПРЕЗЕНТАЦИЈА ИЛИ РАНО ПОРОДУВАЊЕ ИМААТ ИСТО ТАКА ВИСОК РИЗИК ОД АСН. ПОГОЛЕМ РИЗИК ЗА АСН ИМААТ И ДЕЦАТА ОД МАЈКИ СО ТИРОИДНА ДИСФУНКЦИЈА ИЛИ АВТОИМУНИ НАРУШУВАЊА. НЕОДАМНЕШНА ЕПИДЕМИОЛОШКА СТУДИЈА ПОКАЖА ДЕКА ВАРИЈАЦИЈАТА ВО ПРЕВАЛЕНЦИЈАТА НА АСН СЕ ДОЛЖИ НА ГЕНЕТСКО ВЛИЈАНИЕ

² American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5); 2013.

World Health Organization. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*; 2018.

близнаци утврди дека претходните резултати за важноста на влијанието на средината се најверојатно статистички артефакт заради вклучувањето на дизиготни близнаци³.

Генетскиот ризик за АСН е полигенски, често вклучувајќи мултипли SNPс (single nucleotide polymorphisms) и *de novo* мутации⁴. Епидемиолошка студија покажа дека ризикот од АСН не е лимитиран на постарата возраст на родителите туку исто така и на големата разлика во возраста меѓу мајката и таткото⁵. Молекуларните студии сугерираат дека повеќе гени се инволвирани, некои од нив се можеби епистатични⁶. Неодамнешна GWAS мета анализа идентификуваше 93 сигнификантни genom-wide маркери, од кои 53 се реплицирани во независни кохорти⁷.

Студиите конзистентно покажуваат дека АСН има висок пропензитет кај мажи. Половите разлики кај АСН може да се предизвикани со покачување на феталниот тестостерон. Baron-Cohen et al.⁸ сугерираат дека фетусите изложени на високо ниво на тестостерон имаат ризик и дека аутизмот може да се сфати како екстремна форма на нормалниот машки профил.

Научните студии сугерираат дека пренаталните фактори, како дефицит на витамин Д, дијабетес, плацентална инсуфициенција и гојазност на мајката играат клучна улога во етиологијата на АСН⁹.

3 Tick B, Bolton P, Happé F, et al. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(5):585-595.

4 Clarke TK, Lupton MK, Fernandez-Pujals AM, et al. Common polygenic risk for autism spectrum disorder (ASD) is associated with cognitive ability in the general population. *Mol Psychiatry*. 2016;21(3):419-425.

5 Sandin S, Schendel D, Magnusson P, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Mol Psychiatry*. 2016; 21(5):693-700.

6 McDiarmid T, Belmadani M, Liang J et al. Systematic phenomics analysis of autism-associated genes reveals parallel networks underlying reversible impairments in habituation. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2020;117(1):656-667.

7 Grove J, Ripke S, Als T, et al. Common risk variants identified in autism spectrum disorder. *Nature Genetics*. 2019;51:431-444.

8 Greenberg D, Warrier V, Allison C, Baron-Cohen S. Testing the Empathizing-Systemizing theory of sex differences and the Extreme Male Brain theory of autism in half a million people. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018;115(48):12152-12157.

9 Xiang AH, Wang X, Martinez MP, et al. Association of maternal diabetes with autism in offspring. *JAMA*. 2015;313(14):1425-1434.

Mandy W, Lai MC. Annual Research Review: The role of the environment in the developmental psychopathology of autism spectrum condition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016; 57:271-292.

Интраутеро инфекции, како цитомегаловирусот и рубеолата исто така се поврзани со зголемен ризик за АСН¹⁰. Фетален Alcohol Syndrome предизвикан од консумирање алкохол во текот на бременоста е често недијагностициран, но високо асоциран со АСН¹¹. Интраутеро експонирање на неколку антиепилептични лекови, особено валпроат, е поврзано со зголемен ризик од АСН¹². Перинатални фактори, како: ниска килажа, карлична презентација или рано породување имаат исто така висок ризик од АСН¹³. Поголем ризик за АСН имаат и децата од мајки со тироидна дисфункција или автоимуни нарушувања¹⁴. Неодамнешна епидемиолошка студија покажа дека варијацијата во преваленцијата на АСН се должи на генетско влијание¹⁵.

Лицата со АСН во примарната здравствена заштита?

Матичните лекари се често првиот контакт на родителите и лицата со АСН¹⁶. Значителен број од луѓето со аутизам немаат формална дијагноза или имаат погрешна дијагноза. Многу аутистични луѓе достигнуваат зрела возраст без увид во нивната состојба, а нивните симптоми избиваат на површина дури кога ќе се соочат со сериозен животен проблем, како стрес на работното место, загуба

10 Coleman M. Young children with autism or autistic-like behaviour. *Infants and Young Children*, 1989; 1(4): 22-31.

11 Mukherjee R, Cook P, Norgate S, Price A. Neurodevelopmental outcomes in individuals with fetal alcohol spectrum disorder (FASD) with and without exposure to neglect: Clinical cohort data from a national FASD diagnostic clinic. *Alcohol*. 2019;76:23-28.

12 Bech LF, Polcwiartek C, Kragholm K, et al. In utero exposure to antiepileptic drugs is associated with learning disabilities among offspring. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2018;89(12):1324-1331.

13 Bilder D, Pinborough-Zimmerman J, Miller J, McMahon W. Prenatal, perinatal, and neonatal factors associated with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2009;123(5):1293-1300.

14 Roman G. Autism: transient in utero hypothyroxinemia related to maternal flavonoid ingestion during pregnancy and to other environmental antithyroid agents. *J Neurol Sci*. 2007;262(1-2):15-26.

Chen SW, Zhong XS, Jiang LN, et al. Maternal autoimmune diseases and the risk of autism spectrum disorders in offspring: A systematic review and meta-analysis. *Behav Brain Res*. 2016;296:61-69.

15 Bai D, Yip BHK, Windham GC, et al. Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(10):1035-1043.

16 Silvana Unigwe, Carole Buckley, Laura Crane, et al. (2017). GPs' confidence in caring for their patients on the autism spectrum: an online self-report study. *British Journal of General Practice* 2017; 67 (659): 445-452.

на близок член од фамилијата, развод или проблеми со законот.

Психијатрискиот коморбидитет е високо превалентен кај аутистичните лица¹⁷. Депресија, анксиозност и АДХД се многу чести кај возрасните со аутизам. Околу 20 % од децата и возрасните со АСН имаат тикови¹⁸. Аутистичните лица имаат висока стапка на епилепсија, гастроинтестинални проблеми и метаболички синдром¹⁹. Аутистичните симптоми може да се манифестираат различно кај мажи и жени. Жените со аутизам често развиваат механизми за справување и го маскираат дефицитот при социјални ситуации²⁰.

Следниве симптоми и знаци укажуваат на можен АСН и доколку се присутни треба да се направи детален специјалистички дијагностички преглед:

- **Тешкотии во социјализацијата**
- перзистентна самоизолација
- ограничена интеракција со врсниците
- изразена ексцентричност
- лимитирана емпатија е
- недостаток на сознание за социјалните правила

ЗНАЧИТЕЛЕН БРОЈ ОД ЛУЃЕТО СО АУТИЗАМ НЕМААТ ФОРМАЛНА ДИЈАГНОЗА ИЛИ ИМААТ ПОГРЕШНА ДИЈАГНОЗА. МНОГУ АУТИСТИЧНИ ЛУЃЕ ДОСТИГНУВААТ ЗРЕЛА ВОЗРАСТ БЕЗ УВИД ВО НИВНАТА СОСТОЈБА, А НИВНИТЕ СИМПТОМИ ИЗБИВААТ НА ПОВРШИНА ДУРИ КОГА КЕ СЕ СООЧАТ СО СЕРИОЗЕН ЖИВОТЕН ПРОБЛЕМ, КАКО СТРЕС НА РАБОТНОТО МЕСТО, ЗАГУБА НА БЛИЗОК ЧЛЕН ОД ФАМИЛИЈАТА, РАЗВОД ИЛИ ПРОБЛЕМИ СО ЗАКОНОТ. ПСИХИЈАТРИСКИОТ КОМОРБИДИТЕТ Е ВИСОКО ПРЕВАЛЕНТЕН КАЈ ЛИЦАТА СО АУТИЗАМ, ОСОБЕНО ВОЗРАСНИТЕ СО АУТИЗАМ ЧЕСТО СЕ СООЧУВААТ СО ДЕПРЕСИЈА, АНКСИОЗНОСТ И АДХД. ОКОЛУ 20 % ОД ДЕЦАТА И ВОЗРАСНИТЕ СО АСН ИМААТ ТИКОВИ, ВИСОКА Е СТАПКАТА НА ЕПИЛЕПСИЈА КАЈ НИВ, ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ ПРОБЛЕМИ И МЕТАБОЛИЧКИ СИНДРОМ. АУТИСТИЧНИТЕ СИМПТОМИ МОЖЕ ДА СЕ МАНИФЕСТИРААТ РАЗЛИЧНО КАЈ МАЖИ И ЖЕНИ, АИАКО ЖЕНИТЕ СО АУТИЗАМ ЧЕСТО РАЗВИВААТ МЕХАНИЗМИ ЗА СПРАВУВАЊЕ И ГО МАСКИРААТ ДЕФИЦИТОТ ПРИ СОЦИЈАЛНИ СИТУАЦИИ

17 Croen LA, Zerbo O, Qian Y, et al. The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*. 2015; 19(7):814-23.

18 Canitano R, Vivanti G. Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders. *Autism*. 2007;11:19-28.

19 Bauman M. Medical comorbidities in autism: challenges to diagnosis and treatment. *Neurotherapeutics*. 2010;7(3):320-7.

20 Dean M, Harwood R, Kasari C. The art of camouflage: Gender differences in the social behaviours of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism*. 2017;21(6):678-689.

- проблеми на работното место или во едукацијата
- **Абнормална комуникација:**
- невообичаен или монотон говор
- еднострана конверзација
- тешкотии во разбирањето на фигуративен говор
- лимитирани гестикулации
- одбегнување на контакт со очите
- невообичаен став на телото
- **Опсесивни и рестриктирани интереси:**
- невообичаено интензивни интереси
- ригиден став кон секојдневието, стриктни рутини и ритуали
- резистентност кон промени

Пристапи за менаџирање базирани на докази

Засега нема солидна евиденција за ефикасен фармаколошки третман за основните симптоми на АСН²¹. Третманот кај деца и млади лица вклучува социјално-комуникациски интервенции како терапија со играње со родителите и учителите за да се зголеми реципроцитетот во комуникацијата²². Стратегиите се адаптираат на развојното ниво на детето. Апликабилна бихејвиорална анализа (АБА) за деца и млади луѓе со АСН е демонстрирана како ефективен третман²³. Со психолошки стратегии се стимулира ново позитивно однесување (на пример, развивање на говорот) и се редуцира негативното однесување.

Психосоцијалните интервенции за надминување на проблеми во однесувањето вклучуваат јасно идентифицирани цели, проценка и модификација на факторите во средината и конзистентна апликација на стратегиите²⁴.

21 Reichow B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2012;42:512–20.

22 Williams K, Brignell A, Randall M, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *The Cochrane Library*. 2013.

23 Yatawara CJ, Einfeld SL, Hickie IB, et al. The effect of oxytocin nasal spray on social interaction deficits observed in young children with autism: a randomized clinical crossover trial. *Mol Psychiatry*. 2016;21:1225–1231.

24 Williams K, Brignell A, Randall M, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *The Cochrane Library*. 2013.

За возрасни лица со АСН се препорачуваат групни интервенции со фокус на подобрување на социјалната интеракција, или индивидуални програми за лицата кои имаат тешкотии да се вклучат во групна терапија²⁵. Програмите вклучуваат моделирање и стратегии за справување со социјални ситуации. Често користен пристап се и интервенциите за справување со агресивни чувства и за спречување на виктимизација на аутистичните лица.

Когнитивната бихејвиорална терапија е евалуирана од НИЦЕ (National Institute of Clinical Excellence)²⁶, но се уште нема доволно евиденција за ефикасноста на другите типови на психотерапија за АСН.

Функционалните тешкотии поврзани со АСН бараат алтернативни ресурси надвор од здравствениот систем, како на пример доброволни организации, социјална нега и работа во едукативни центри.

Психотропните лекови се користат за третман на коморбидитет со психијатриски состојби или со цел да се помогне за надминување на проблемите во однесувањето, вклучувајќи: агесија, хиперактивност, импулсивност, самоповредување и инсомнија. Има евиденција за ефективноста на: антипсихотиците, рisperидон и арипипразоле, за третирање на

ЗАСЕГА НЕМА СОЛИДНА ЕВИДЕНЦИЈА ЗА ЕФИКАСЕН ФАРМАКОЛОШКИ ТРЕТМАН ЗА ОСНОВНИТЕ СИМПТОМИ НА АСН. ТРЕТМАНОТ НА ДЕЦА И МЛАДИ ЛИЦА ВКЛУЧУВА СОЦИЈАЛНО-КОМУНИКАЦИСКИ ИНТЕРВЕНЦИИ КАКО ТЕРАПИЈА СО ИГРАЊЕ СО РОДИТЕЛИТЕ И УЧИТЕЛИТЕ ЗА ДА СЕ ЗГОЛЕМИ РЕЦИПРОЦИТЕТОТ ВО КОМУНИКАЦИЈАТА. СТРАТЕГИИТЕ СЕ АДАПТИРААТ НА РАЗВОЈНОТО НИВО НА ДЕТЕТО. АПЛИКАБИЛНА БИХЕЈВИОРАЛНА АНАЛИЗА (АБА) ЗА ДЕЦА И МЛАДИ ЛУЃЕ СО АСН Е ДЕМОСТРИРАНА КАКО ЕФЕКТИВЕН ТРЕТМАН. СО ПСИХОЛОШКИ СТРАТЕГИИ СЕ СТИМУЛИРА НОВО ПОЗИТИВНО ОДНЕСУВАЊЕ, НА ПРИМЕР, РАЗВИВАЊЕ НА ГОВОРОТ, И СЕ РЕДУЦИРА НЕГАТИВНОТО ОДНЕСУВАЊЕ. ПСИХОСОЦИЈАЛНИТЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА НАДМИНУВАЊЕ НА ПРОБЛЕМИ ВО ОДНЕСУВАЊЕТО ВКЛУЧУВААТ ЈАСНО ИДЕНТИФИЦИРАНИ ЦЕЛИ, ПРОЦЕНКА И МОДИФИКАЦИЈА НА ФАКТОРИТЕ ВО СРЕДИНАТА И КОНЗИСТЕНТНА АПЛИКАЦИЈА НА СТРАТЕГИИТЕ. ЗА ВОЗРАСНИ ЛИЦА СО АСН СЕ ПРЕПОРАЧУВААТ ГРУПНИ ТЕРАПИИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА СОЦИЈАЛНАТА ИНТЕРАКЦИЈА, ИЛИ ИНДИВИДУАЛНИ ПРОГРАМИ ЗА ЛИЦАТА КОИ ИМААТ ТЕШКОТИИ ДА СЕ ВКЛУЧАТ ВО ГРУПА

25 National Institute for Health and Clinical Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg170.

26 National Institute for Health and Clinical Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg170.

аутистично однесување²⁷, но рутинската употреба не се препорачува заради потенцијалните нус појави. Доколку некои од овие третмани сепак се користат, психијатарот го мониторира клиничкиот ефект и прави проценка за ризикот и бенефитот.

Објавени се резултати од мултипни студии со SSRI (антидепресанти), но доказите за нивната ефикасност се неконзистентни²⁸. Резултатите од неодамнешната Cochrane review не ја поддржува употребата на SSRI кај децата, но евиденцијата за нивната употреба кај возрасните со аутизам е добра, особено во случај на репетитивно однесување²⁹.

Oxitocin назален спреј покажува солидни прелиминарни резултати за подобрување на социјалната интеракција кај аутистичните лица. Ветувачки резултати за третман на основните симптоми на аутизам покажува и глутаматергичниот лек рилузол. Меѓутоа, ограничен број на студии го имаат вклучено рилузол како монотерапија, така што се потребни натамошни истражувања за да се потврди клиничката ефикасност на рилузол во третманот на аутизам.

(Др. Весна Јорданова е искусен специјалист по психијатрија во Maudsley Hospital во Лондон, Велика Британија. in London, UK. Карриерата ја има започнато во Клиниката за психијатрија во Скопје. Во 2001 замина во Британија, каде што заврши постдипломски студии, на Институтот за Психијатрија при Kings College, специјализација во Maudsley Hospital, по што стана и член на Royal College of Psychiatrists. Има работено како предавач на University of Leicester, а учествувала и како истражувач на Imperial College и Kings College во Лондон. Има добиено признанија за нејзината иновативна клиничка пракса и посветеност на унапредувањето на здравствените услуги за луѓе со неворазвојни нарушувања во Велика Британија. Има големо клиничко искуство во делот на менаџирање на АДХД, АСН, проблеми при учењето и широк спектар ментални нарушувања кај возрасните луѓе. Вклучена е во додипломските и постдипломските студии на Kings College во Лондон, и е автор на повеќе студии.)

27 Reichow B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2012;42:512–20.

28 Reichow B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2012;42:512–20.

29 de Boer JN, Vingerhoets C, Hirdes M, et al. Efficacy and tolerability of riluzole in psychiatric disorders: A systematic review and preliminary meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2019;278:294–302.

ISSN 2671-3209

