СЛЕДЕЊЕ НА КОГНИТИВНИ И НА БИХЕВИОРАЛНИ ПРОМЕНИ КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ



Следење на когнитивни и на бихевиорални промени кај деца и адолесценти

Когниција
Центар за невропсихологија, психотерапија и психологија

Скопје, 2022

Автори:
М-р Тина Васков
Мирјана Дечовска

Издавач:
Центар за доживотно учење – Скопје

Уредник:
Билјана М. Манојлова

Лектор:
Мојсо Мојсовски

Печатница:
Винсент графика

Графичко уредување и дизајн на корица:
Киро Томовски

Тираж:
1000 примероци

Оваа публикација беше изготвена со финансиска поддршка на Бугарската Помош за Развој. За нејзината содржина се одговорни авторите и организацијата – носител на проектот и во ниедна смисла не ги одразува ставовите на Република Бугарија и Бугарската Помош за Развој.

Сите права се задржани. Ниту еден дел од оваа книга не смее да биде препечатуван или пренесуван во каква било форма или со какви било средства, електронски или механички, вклучувајќи и фотокопирање, документирање или да биде зачуван во систем за повторно пронаоѓање без писмена согласност од издавачот.

Содржина:

Анксиозност и анксиозни нарушувања
Што е анксиозност 5
Кога анксиозноста станува анксиозно пореметување 6
Чинители кои влијаат врз појава на анксиозно пореметување 6
Симптоми на анксиозност 7
Третман на анксиозните состојби 7
Деца, адолесценти и пандемијата со Ковид-19 8
Кои се причините за зголемен раст на менталните нарушувања 10
На што треба ние како стручни лица да внимаваме? 10
Скали за процена на симптоми на анксиозност
Хамилтонова скала за анксиозност 13
Бекова скала за анксиозност 14
Депресивно растројство
Депресивно нарушување кај мали деца и деца на предучилишна возраст 16
Депресивно нарушување кај постари деца и кај адолесценти 16
Суицид 17
Самоповредување 18
Како да им помогнеме 19
Алкохол и дрога 20
Лекување 20
Менталното здравје на младите во период на Ковид 19 20
Скали за процена на симптоми на депресивност
Бекова скала за депресивност 25
Процена на внимание, концентрација и способност за ново учење и помнење кај детска и младинска популација
Нарушување во внимание 29
Како да им помогнеме на децата и адолесцентите да стасаат до подобро внимание 30
Тестови за процена на внимание
Вербален распон 31
Помнење
Видови помнење 33
Краткорочно помнење 33
Долгорочно помнење 35
Што ќе запомниме? 36
Процена на помнење – Вербално помнење
Рејова аудитивна листа на вербално учење/РАВЛТ 37
Заклучок 41

Анксиозност и анксиозни нарушувања

Што е анксиозност?

Анксиозноста е емоција која се карактеризира со непријатна состојба на внатрешен немир, дифузно, често нејасно чувство на нелагодност, општа напнатост, загриженост, стрес, паника, страв и ирационално лошо претчувство, проследено со телесни манифестации.

Анксиозноста не е исто што и страв!

Стравот е емоција која се јавува кога лицето ќе процени дека е во опасност и служи да ги мобилизираме силите. Проследено е со физиолошки манифестации: забрзана работа на срцето, мускулна напнатост, отежнато дишење и сл., додека, пак, на психолошки план имаме соочување/борба, бегство или замрзнување.

Анксиозноста може да се јави не само во услови на реален стрес, туку и при претпоставени ситуации, кога лицето реагира со замислување на заканувачките елементи и честопати со нивно предимензионирање.

Анксиозноста е составен дел на животот и може да влијае врз секого, вклучувајќи ги и децата и адолесцентите. Но, понекогаш е тешко да се направи разликата меѓу „нормалните" грижи и нешто што подразбира посериозно отстапување. Во повеќе случаи, кај децата, анксиозноста може да биде краткотрајна и исчезнува по извесно време. Одредени појави ги сметаме за вообичаени т.е. „нормални" и тука мислиме на срамежливост, вознемиреност пред и/или откако родителите ќе го остават детето во градинка/училиште, загриженост за училишните задачи, спорт или здравје. Но, на страна од ова, постојат деца и адолесценти кои ја доживуваат анксиозноста интензивно и зачестено, што, пак, ги спречува да го извлечат максимумот од животот и да уживаат во секојдневните активности.

Адолесцентите се соочуваат со многу нови искуства, можности и различни предизвици. Во овој развоен период нивниот мозок постојано се менува (миелинизација и прунинг), а дополнително на тоа тие тежнеат кон независност и автономија. Изложени се на стрес предизвикан од различни чинители, како што се избор и започнување средно училиште, физички изглед, социјализација и социјална вклученост, училишни задачи (тестови, испрашувања), а сега повеќе од кога и да било, адолесцентите се преокупирани и со политички теми, со пандемија, со социјалните мрежи Чувството на вознемиреност е дел од нормалниот сет на емоции, како и чувството на лутина или срам. Исто како и кај децата, и кај повеќето адолесценти анксиозноста не трае долго, поминува сама по себе. Но, кај некои од нив таа е интензивна и ги попречува во извршување на најосновните, секојдневни активности. Важно е да се нагласи, дека понекогаш чувството на вознемиреност може да помогне на младиот човек при одредени опасни ситуации т.е. го тера адолесцентот да размисли/процени за ситуацијата во која се наоѓа, а може да биде мотивација да даде се од себе и да помогне да се подготви за предизвикувачки ситуации (пр. јавно говорење или спортски настани).

Според податоците од добиените од Националниот институт за здравје (National Institute of Health), 1 од 3 од сите адолесценти на возраст од 13-18 год., ќе искусат анксиозно нарушување. Прашањата кои се појавуваат се:

- *Што го предизвикува ваквиот пораст на анксиозни симптоми кај млади на училишна возраст?*
- *Како стигнавме до тука?*
- *Што се случува?*

Иако со сигурност не може да се каже кои се причините за зачестената појава на анскиозно нарушување, се издвојуваат сл. фактори:

- Генетика
- Хемиски дизбаланс во мозокот
- Личноста
- Животните случувања

Други фактори, кои се, исто така, од големо значење се:

- Високите очекувања и притисокот да успеат т.н. **култура на постигнување,** нешто што минатите генерации не го чувствуваа или барем не во толкав степен.

Студијата Higher Education Research со тукушто запишани студенти, на прашањето дали се чувствуваат преплавени од се што се очекува да направат, во 2016 год., 41% од студентите одговориле со „да" споредено со 28% во 2000 год. и 18% во 1985 год.

- Социјалните мрежи имаат силно влијание. Младите се константно поврзани и за нив е тешко да не се споредуваат со она што останатите го објавуваат на социјалните мрежи. При тоа, важно е да напоменеме дека постојат деца кои немаат услови за вообичаени искуства како што се одење на роденденски забави, преспивање кај другари, одење на кампови, екскурзии и сл. За нив ваквите пречки се непремостливи и тоа силно ги фрустрира и го нагласува чувството на лична некомпетентност и недоволна вредност.

Кога анксиозноста станува анксиозно пореметување?

Кога анксиозноста, како пролонгирана состојба на несигурност и страв (кој произлегува од очекуван реален или измислен заканувачки настан), ќе почне сериозно да му наштетува на секојдневното психолошко и социјално функционирање, тогаш зборуваме за анксиозно нарушување и време е да се побара стручна помош.

Чинители кои влијаат врз појава на анксиозно нарушување?

- Причината главно лежи во психолошките чинители, но постојат и докази за постоење на неврофизолошка основа и за генетско влијание.
- Сите наши емоционални искуства, сликата која ја имаме за себе, механизмите на одбрана кои сме ги усвоиле - сето тоа не прави подложни за развој на некакво анксиозно растројство.
- Доколку психолошките механизми ја насочат анксиозноста на надворешни објекти или ситуации, доаѓа до преместување и врзување на анксиозноста за некој симбол (пр. пајак, лифт) и потоа тоа се избегнува. Во овој случај зборуваме за фобии.
- Се јавува и во услови кога не постои видлива опасност, а се манифестира преку општа загриженост и лошо предчувство. Доколку анксиозноста се канализира низ телото, доаѓа до појава на психосоматски манифестации.

Симптоми на анксиозност

1. ***Когнитивни*** – загриженост, тешкотии во концентрација, во помнење, негативни очекувања, негативни размислувања за себе и за моменталната ситуација, когнитивни конфузии, застрашувачки фантазии, нетолерирање на нејаснотии
2. ***Емоционални*** – нелагодност, немир, неизвесност, исчекување, заплашеност, нервоза, напнатост, стравови, страв од губиток на контрола, деперсонализација, раздразливост
3. ***Бихевиорални*** – избегнување на ситуации или лица, срамежливост, повлеченост, несигурност во социјалните контакти, изразена активност или пасивност
4. ***Телесни*** – респираторни (чувство на гушење и недостаток на воздух, забрзано дишење), кардиоваскуларни (забрзан пулс, лупање на срце, повишен крвен притисок, црвенило или бледило), промени на кожа (црвенило, пеги), мускулни (тремор, напнатост, грчеви, треперење), гастроинтестинални (болки во стомак, мачина, пролив, повраќање).
5. ***Останати симптоми*** – главоболка, вртоглавица, несвестици, исцрпеност, несоница, ноќни стравови, зачестено мокрење

Во однос на пол, слично се манифестира и кај мажи и кај жени.

Менструален циклус, може понекогаш да доведе до засилено доживување на симптомите (естроген и прогестерон).

Бременост , може исто така да доведе до засилено доживување на симптомите.

Третман на анксиозните состојби

Во зависност од интензитетот на симптомите, степенот на социјалната дисфункционалност и од его силите на индивидуата, стручното лице предлага начин на третирање, а тоа може да биде:

- *Психотераписки интервенции* – препорачливо е рационално емотивна & когнитивно бихевиорална терапија, но и другите тераписки правци се секако корисни
- *Релаксациони техники* – мајндфулнес техники, медитација
- *Психоедукација* – функционирање на телото и умот во услови на анксиозност;
- *Физичка активност* – спорт, пешачење
- *Биофидбек* – повратна информација за телесна активност/срце, дишење
- *Фармакотерапија* – вообичаено антидепресиви и анксиолитици, но не се исклучуваат и други групи на лекови;
- Уреден сон – препораки за хигиена на спиење;
- Правилна исхрана- медитеранска храна, намирници богати со триптофан, со омега 3 масни киселини

Третманот за анксиозните состојби има висок степен на успешност и подобрување на состојбата, но и покрај тоа, според добиените податоци од Anxiety and Depression Association of America, 80% од младите со дијагностицирано анксиозно пореметување **не добиваат третман**.

Деца, адолесценти и пандемијата со Ковид-19

Многу истражувања прават различни анализи за влијанието на **пандемијата со Ковид-19** врз децата и адолесцентите.

- **FAIR Health студија** (The Impact of COVID-19 on Pediatric Mental Health A FAIR White Paper, March 2, 2021), САД : Опфаќа со анализа возраст од 0-22 год., со ставен акцент на возраст од 3-18 год.

Како најчести симптоми констатирани се: депресивност, анксиозни растројства, нарушувања во прилагодувањето, самоповредување, злоупотреба на супстанци, предозирање, опсесивно-компулсивно нарушување, АДХД и тикови.

Пред и по пандемијата, се добива податок за:

- **334%** скок на намерно самоповредување (13-18 год.)
- депресивност во пораст **49,6%** (19-22 год.)
- анксиозни растројства во пораст **67,5%** (19-22 год.)

- ***Центри за контрола и превенција на болести во САД*** констатираат појава на предозирање со лекови:
  - ✓ на возраст од 13-18 год.- раст над 95% и
  - ✓ на возраст од 19-22 год. - раст над 65%

- ***СЗО за регион С. Македонија излегува со податок според кој***:
  - ✓ 45% од адолесцентите покажале некакви проблеми поврзани со менталното здравје.
  - ✓ Секое второ девојче на возраст од 15 год. пројавило депресивни симптоми, најмалку 2 недели континуирано и неспособност (34%) за надминување на состојбата.

- Студија изведена со поддршка на УНИЦЕФ во Република Северна Македонија и УСАИД ***(2022*** год.) за Менталното здравје на адолесцентите и нивните негователи***,*** во тек на пандемија со KOVID-19:

Студијата потврдува дека околу 30% од адолесцентите (на возраст од 12-18 год. и нивни негователи над 18 год./ вкупен број на учесници - 998) имаат умерени или нагласени симптоми на депресија, а околу половина од адолесцентите (48.4%) се чувствувале нерасположено или тажно долг период, во тек на минатата година (2021 год.) Околу четвртина од адолесцентите имале мисли за самоповредување. 42.1% од адолесцентите имале умерени до нагласени симптоми на анксиозност, со значителна

разлика по пол, кај момчињата 14.1%, а кај девојчињата 85.8%. Просечниот резултат е значително повисок кај: адолесценти на средношколска возраст, кои имаат член од семејство со хронични заболувања, кои имале потреба од услуги за ментално здравје, кај адолесценти со регистрирана изложеност на вербално и физичко насилство.

Студијата потврдува дека девојчињата се повеќе засегнати од анксиозни и депресивни симптоми, во споредба со момчињата. Повозрасните деца и адолесцентите се исто така позасегнати, пред се заради биолошката вулнерабилност (пубертет, хормонални промени), но и заради социјалната изолација, а младите на оваа возраст во голема мерка се потпираат на релациите со врсниците.

Таб. 1 Преваленца на депресија, суицидални мисли, анксиозност и страв од КОВИД-19

	Адолесценти		**Негователи**	
	N	**%**	**N**	**%**
Депресија				
Да	148	**29.2**	51	10.4
Не	358	70.8	441	89.6
Интензитет на депресија				
Нагласен	24	4.7	3	0.6
Умерено нагласен	39	7.7	5	1.0
Умерен	85	16.8	33	6.7
Лесен	149	29.4	117	23.8
Суицидални мисли				
Да	129	**25.5**	108	22.0
Не	373	73.7	382	77.6
Дисфункционалност заради депресија				
Нагласена	20	4.0	3	0.6
Умерена	63	12.4	17	3.4
Лесна	154	30.4	88	17.9
Анксиозност				
Да	120	**23.7**	30	6.1
Не	386	76.3	462	93.9
Интензитет на анксиозност				
Нагласена	100	19.8	30	6.1
Умерена	114	22.5	109	22.2
Лесна	292	57.7	353	71.7
Интензитет на страв од КОВИД-19				
Нагласен	3	0.6		
Умерен	31	6.1	1	0.2
Лесен	118	23.3	38	7.7

Кои се причините за зголемен раст на менталните нарушувања?

Свесни сме дека тинејџерството е комплексно само по себе, поради сите промени кои се случуваат на ниво на ЦНС, хормонални превирања и сл. Дополнително на тоа, со затварење на училиштата, преминување во онлајн настава, откажувањето на различни настани (прослави на матура, екскурзии, родендени), тинејџерите испуштаат и губат многу од скапоцените моменти во нивниот млад живот. Тие се чувствуваат како да немаат многу контрола над нивните животи. Чувството на неизвресност е силно нагласено. Нивниот процес на развој е измешан, а нивната траекторија прекината.

Дополнителни влијанија, кои од своја страна придонесуваат кон појава на проблеми поврзани со менталното здравје се: возраст, историја на траума, психолошки статус пред пандемијата, часови поминати во следење на медиуми/вести, починат член од семејството (во овој период), присуство или отсуство на социјална и економска поддршка и сл.

Економски и социјални чинители (УНИЦЕФ):

Ковид-19 ја засили детската сиромаштија во С. Македонија и втурна дополнителни 16.000 деца под прагот на сиромаштијата. Се смета дека најсиромашните деца веројатно страдаат најмногу, пред се поради ниската вклученост во предучилишните обрасци на згрижување, ограничен пристап до стручна поддршка, ограничен пристап до стручни содржини или техники за самопомош и сл.

Се добива податок за зголемено семејно насилство, а децата се скоро 10% од жртвите. Пријавени се и случаи на врсничко насилство меѓу згрижените деца во облици на згрижување на системот на социјалната заштита. Како резултат на рестрикциите во движењето, зголемена е повредата на правото на видување на децата со родителот со кој не живеат.

Исто така, се следи и одложување на пристапот до здраствени услуги за новороденчиња, деца и мајки. Глобално давањето услуги преку здравствениот систем се намалил за 39% за целата популација, а 33**%** за децата.

На што треба ние како стручни лица да внимаваме?

Стручните лица (и родителите) треба да биде свесни за симптомите/знаците на анксиознсност, а тие се:

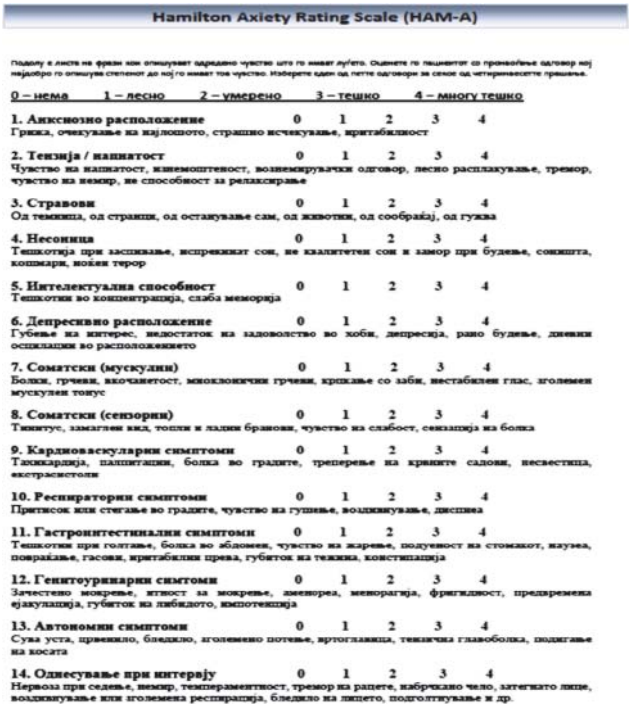
- повторувачки стравови и грижи;
- избегнувачко однесување/отсуство од настава;
- повлекување и изолација од другите;
- иритабилност;
- намалување на академскиот успех;
- промени во навиките за спиење;
- промени во апетит;
- употреба на супстанци;
- ризично однесување;
- апатија, безволност, намален интерес;
- континуирани соматски жалби (главоболка, болки во стомак).

Раното откривање на анксиозноста, може да доведе до рана интервенција и подобри резултати во третманот, а со тоа се спречува промена во „архитектурата“ на нивниот мозокот**.** Може успешно да се третира и да се обезбеди да имаат сосема уреден квалитет на живот.

Скали за процена на симптомите на анксиозност

Во случај кога ќе се прпеознаат некои од горенаведените симптоми на анксиозност, може да зададат сл. скали:

1. **<u>Хамилтонова скала за анксиозност</u>** (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A)



Hamilton Axiety Rating Scale (HAM-A)

Подолу е листа на фрази кои опишуваат одредено чувство што го имаат луѓето. Оценете го пациентот со пронаоѓање одговор кој најдобро го опишува степенот до кој го имаат тоа чувство. Изберете еден од петте одговори за секое од четиринаесетте прашања.

0 – нема 1 – лесно 2 – умерено 3 – тешко 4 – многу тешко

1. Анксиозно расположение 0 1 2 3 4
Грижа, очекување на најлошото, страшно исчекување, иритабилност

2. Тензија / напнатост 0 1 2 3 4
Чувство на напнатост, изнемоштеност, возбнемувачки одговор, лесно расплакување, тремор, чувство на немир, не способност за релаксирање

3. Стравови 0 1 2 3 4
Од темница, од страници, од останување сам, од животни, од сообраќај, од гужва

4. Несоница 0 1 2 3 4
Тешкотија при заспивање, испрекинат сон, не квалитетен сон и замор при буденье, соништа, кошмари, ноќен терор

5. Интелектуална способност 0 1 2 3 4
Тешкотии во концентрација, слаба меморија

6. Депресивно расположение 0 1 2 3 4
Губење на интерес, недостаток на задоволство во хоби, депресија, рано буденье, дневни осцилации во расположението

7. Соматски (мускулни) 0 1 2 3 4
Болки, грчеви, вкочанетост, миоклонични грчеви, крцкање со забн, нестабилен глас, зголемен мускулен тонус

8. Соматски (сензорни) 0 1 2 3 4
Тинитус, замаглен вид, топли и ладни бранови, чувство на слабост, сензација на болка

9. Кардиоваскуларни симптоми 0 1 2 3 4
Тахикардија, палпитации, болка во градите, трепереье на крвните садови, несвестица, екстрасистоли

10. Респиратории симптоми 0 1 2 3 4
Притисок или стегање во градите, чувство на гушнье, воздишување, диспнеа

11. Гастроинтестинални симптоми 0 1 2 3 4
Тешкотии при голтање, болка во абдомен, чувство на жарење, подучност на стомакот, изузеа, повраќање, гасови, иритабилни црева, губиток на тежина, констипација

12. Генитоуринарни симптоми 0 1 2 3 4
Зачестено мокреье, итност за мокреье, аменореа, менорагија, фригидност, предвремена ејакулација, губиток на либидото, импотенција

13. Автономни симптоми 0 1 2 3 4
Сува уста, црвенило, бледило, зголемено потење, вртоглавица, тензична главоболка, подигање на косата

14. Однесуваье при интервју 0 1 2 3 4
Нервоза при седенье, немир, темпераментност, тремор на рацете, набрчкано чело, затегнато лице, воздишување или зголемена респирација, бледило на лицето, подголтнуваье и др.

Цел:
процена на тежината на симптомите на анксиозност.

Времетраење на задавање:
10-15 минути.

Популација:
возрасни, адолесценти и деца.

Опфаќа:
14 ајтеми, кои одразуваат психолошки и соматски симптоми на анксиозност.

Оценување:
- секој ајтем се оценува на скала од 0 до 4
- распон на скорови 0 - 56

Скор: под 17 = благо отстапување
18 -24 = благо до умерено отстапување
25 и повеќе = умерено до нагласено отстапување

2. **Бекова скала за анксиозност** (Beck Anxiety Inventory – BAI)

Се потврдува како добра дискриминативна скрининг техника во разграничување меѓу анксиозна и не-анксиозна дијагностичка група.

Beck Anxiety Inventory (BAI)

Подолу се наоѓа листа на вообичаени симптоми на анксиозност. Ве молам внимателно прочитајте го секој симптом наведен во листата. Означете колку сте имале пречки со секој наведен симптом во текот на изминатиот месец, вклучувајќи го и денешниот ден, со заокружување на бројката во одговарачкиот простор.

	Воопшто не/отсутно	Во блага форма, но не ми пречело многу	Во умерена форма – понекогаш не беше пријатно	Во изразена форма – многу ми пречеше
Вкочанетост или тренье	0	1	2	3
Чувство на топлина	0	1	2	3
Немир во нозете	0	1	2	3
Немоќност да се релаксирам	0	1	2	3
Страв дека ќе се случи најстрашното	0	1	2	3
Вртоглавица или матна глава	0	1	2	3
Силно/брзо срцебиење	0	1	2	3
Нестабилност	0	1	2	3
Преплашеност	0	1	2	3
Нервоза	0	1	2	3
Чувство на задушување/гушење	0	1	2	3
Тресење на рацете	0	1	2	3
Притесненост/несигурност	0	1	2	3
Страв од губиток на контрола	0	1	2	3
Потешкотии со дишењето	0	1	2	3
Страв од умирање	0	1	2	3
Уплашеност	0	1	2	3
Желудечни проблеми	0	1	2	3
Несвестица	0	1	2	3
Црвенење на лицето	0	1	2	3
Топло/ ладно пропотување	0	1	2	3

Цел:
процена на тежина на физиолошките и на когнитивните симптоми на анксиозност.

Времетраење на задавање:
10-15 минути.

Популација:
возрасни, адолесценти и деца.

Напомена за начин на задавање:
self-report скала, односно лицето самостојно ја пополнува, но може да ја задава и обучено лице

Се состои од 21 ајтем, а секој ајтем опишува симптом на анксиозност и рангиран е на скала од 0 до 3.

Вкупнитот скор се пресметува со сумирање на одговорите на сите 21 ајтеми.

Скор од: 0-21 = ниска анксиозност

22-35 = умерена анксиозност

36 и нагоре = потенцијално загрижувачко ниво на анскиозност

Депресивно растројство

Претставува често и сериозно нарушувње во расположението, проследено со перзистентно чувство на тага и безнадежност, губиток на интерес за активности кои предизвикуваат задоволство. Покрај емоционалните проблеми можно е и присуство на физички симптоми, како хронична болка, проблеми со дигестија

Депресијата е позната уште како мајор депресија или клиничка депресија.

Многу е важно да се разграничи - **депресијата е многу повеќе од тага!**

Кај депресијата не е неопходен тригер, младиот човек се чувствува безнадежно во врска со се и покрај тоа што има доволно причини да се чувствува среќно, работите кои некогаш претставувале радост и задоволство, сега веќе тоа не се, доминира сериозно нарушување во навиките за исхрана и спиење (без желба да стане од кревет во текот на денот), понекогаш се следи самоповредување, суицидални мисли и континуирано чувство на безвредност и/или вина.

За разлика од депресијата, тагата е нормална емоција која секој ја почувствувал (при губење на работа, прекинување на врска, болест, смрт). Проследена е со непријатно чувство, во траење од неколку дена, но индивидуата е во состојба да ужива во секојдневните активности (ТВ, храна, време со пријатели..), спиењето и апетитот се зачувани, нема суицидални мисли, ниту самоповредување, а понекогаш (евентуално) може да се појави чувство на каење.

Кога зборуваме за депресија, неопходно е да посветиме внимание на одделни симптоми, особено ако нивното траење надминува 2 **недели:**

- Најголем дел од деновите, во најголем дел од денот, чувствува депресивно расположение.
- Се намалува желбата за активности кои порано предизвикувале интерес (во тек на најголем дел од денот/деновите).
- Зголемување или намалување на телесната тежина.
- Промени во навиката за спиење (несоница или хиперсомнија), скоро секојдневно.
- Тој самиот или околина забележува засилена психомоторна вознемиреност или пад, скоро секојдневно.
- Се чувствува секојдневно уморно и/или недостасува енергија.
- Се појавува чувство на прекумерна вина и безвредност.
- Тешкотии да остане фокусиран или да донесува одлуки.
- Повторувачки мисли поврзани со смрт, може да бидат самоубиствени идеи без одреден план за извршување или обиди за самоубиство.

Се издвојуваат и други дополнителни фактори:

- Појавата на симптоми генерира голема нелагодност која го компромитира секојдневното живеење (учење, работа, социјално функционирање).
- Симптомите не можат да се поврзат со конзумирање на супстанци, со физиолошки или општи здравствени состојби.
- Епизодата на депресија не е дел од некое друго неспецифицирано пореметување.

Дијагноза депресија поставува психијатар. До колку лицето ги поседува некои или повеќето од наведените симптоми, неопходно е да се упати кај стручно лице, на натамошна евалуација, секако во договор со родителот/старателот.

Депресивно нарушување кај мали деца и деца на предучилишна возраст

На мала возраст, децата за постоењето на тешкотии од депресивна природа ни „кажуваат" преку соматски корелати т.е. болки во стомак, главоболки, мачина, гадење, поплаки за болки во мускули и сл.

Децата на предучилишна возраст имаат тажен израз на лицето, се повлекуваат од игра, манифестираат тешкотии во исхрана, промени во ритамот на спиење, се жалат на соматски болки, имаат напади на плачење и/или изливи на бес, а често појавуваат и ноќни сепарациони стравови и ноќно мокрење.

Најчести симптоми на кои треба да се внимава на оваа возраст се:

- Назадување во развој и во совладување на вештини карактеристични за возраста;
- Емоционална преплавеност, иритабилност, плачливост и отежнато смирување;
- Промени во спиењето, со зачестени ноќни будења;
- Проблеми во исхрана, тврда столица или отежнато обавување на голема нужда, поплаки за стомачни тегоби;
- Сепарациона анксиозност, повлекување од дружење, отсуство на желба да истражува, страв да излегува;
- Зачестени тантруми, гризање, фрустрации, удирање;
- Ноќно мокрење (по веќе фромирана навика);
- Интензивно манифестирање на сопствената потреба/желба, без чувство на сатисфакција откако ќе ја задоволи;
- Манифестирање на конфликт и агресија на теми болест или смрт, во тек на игра

Депресивно нарушување кај постари деца и кај адолесценти

Децата на рана училишна возраст кои страдаат од депресивно нарушување делуваат тажно, имаат тешкотии во концентрација, за себе зборуваат во негативна конотација („глупав/а сум, не вредам"), имаат тешкотии во учењето, понекогаш се раздразливи, лесно пламнуваат и влегуваат во конфликти.

Најчести симптоми на кои треба да внимаваме кај постари деца и кај адолесценти се:

- Промени во расположение кои не се вообичаени (иритабилност, безнадежност, влегување во конфликти);
- Промени во поведение (пр. повлекување од личните релации, одбивање да излегува со врсници, не комуницирање на социјалните мрежи);
- Губење на интерес за активности во кои претходно уживале (пр. слушање музика, свирење гитара..);
- Тешкотии со заспивање, останување будни или спротивно, тенденција постојано да се во кревет и да спијат;

- Промени во апетит и во навиките за исхрана (нередовно јаде, прескокнува оброци или се прејадува);
- Проблем со помнење, мислење, концентрација;
- Намален интерес за училишни активности и намален училиштен успех;
- Промени во изгледот, отежнато одржување на лична хигиена;
- Ризично поведение, зачестена употреба на алкохол и други супстанци;
- Мисли за смрт и самоубиство или разговори на таа тема

Најчести ризик фактори за појава на депресија кај младите, можат да бидат: постоење на претходна депресивна епизода, постоење на депресивно растројство во семејството, сериозни негативни животни ситуации (губиток на близок, злоставување, семејно насилство..), предиспонирачки фактори на личноста (негативен когнитивен стил, негативно гледање на себе, на светот, на иднината..), пол (женски), рана или средна адултна возраст, соматски хронични болести, низок социоекономски статус и злоупотреба на алкохол или лекови.

Истовремено постоење на анксиозно растројство, АДХД, растројство на личноста или злоупотреба на супстанции може да прикрие дури и тешка депресија.

Суицид

Важно е да знаеме дека депресивните растројства се чести, често не се препознаваат и не се третираат на време.

Еден од најсериозните ризици е **суицид!** За жал, во последните 4 декади трикратно е зголемена суицидалноста. Врв на инциденцата на суициди е доцна адолесценција. Адолесцентните момчиња два пати почесто од девојчињата извршуваат самоубиство, а адолесцентни девојчиња 2-3 пати почесто од момчињата прават обиди за самоубиство. На возраст од 15-24 години, самоубиството е трета причина за смрт, по несреќите и убиствата. А, на возраст од 5-14 години, самоубиството е петта причина за смрт, по несреќи, малигни болести, конгенитални аномалии и убиства.

Начинот како ги изразуваат суицидалните мисли се разликува. Активна суицидална идеација звучи: *„Ќе се убијам."* Но, ова нема да го слушнеме често. Вообичаено велат: *„Би сакал да заспијам и никогаш да не се разбудам"*, или *"* Уморна сум, не можам веќе *"* Овие мисли се подеднакво загрижувачки и неопходно е да им пристапиме сериозно. Доколку нешто слично слушнете кај младото лице, важно е да го охрабрите да разговара со родителите (старател) и да побара стручна помош.

- Според податоците добиени од студија изведена со поддршка на УНИЦЕФ во Република Северна Македонија и УСАИД ***(2022*** год.) за менталното здравје на адолесцентите и нивните негователи, во тек на пандемија со KOVID-19:
- суицидални мисли се регистрирани кај 25,5% или повеќе од четвртина од адолесцентите, а мисли/однесување со самоповредување, во последниот месец од студијата е регистрирано кај 8,7% од адолесцентите.

Самоповредување

Однесување **со самоповредување** е честа појава кај младите.

Самоповредувањето не е обид за самоубиство, ниту барање на внимание!

Самоповредувањето е начин на справување со вознемирувачки мисли и/или чувства и многу е важно да се сфати сериозно. Најчести начини на самоповредување може да бидат, сечење со остар предмет (ноже од острилка, нож), гребење со нокти, горење со цигари, не-смртоносни дози на лекови



круг на самоповредување

Кој се самоповредува?

- Секој може да посегне кон самоповредување.
- Најчест одговор на прашањето кога почнале со самоповредување е околу 12 година

Под зголемен ризик од самоповредување се лица кои имале искуство со ментално заболување (депресија, анксиозност, гранично пореметување, пореметување во исхрана), лица кои не се згрижени од родители/старатели или напуштиле згрижувачко семејство, дел се од ЛГБТ заедницата и имале искуство со самоубиство (во семејство). Но, ова не значи дека ако имаат некој од наведените ризици задолжително ќе се самоповредуваат, а исто така не значи дека они кои не се под ризик, нема тоа да го направат.

Најчести причини за самоповредување се: депресија, домашни случувања, ниска самодоверба, проблеми со пријатели/врсници, транзиции, притисок од училиште, промена на училиште, булинг, анксиозност, употреба на алкохол и други супстанци.

Кога да помислиме дека детето/адолесцентот се самоповредува?

Доколку се повлекува и изолира од секојдневните активности, зборува за самоповредување и суицид, изразува чувство на бескорисност, го покрива телото (дури и кога е топло), појавува ризично однесување (супстанци, незаштитен секс, брзо возење...), намалено расположение, плачливост, изразува чувство на безнадежност, потивко е од вообичаено, се следи недостаток на мотивација, промени во расположение, ниска самодоверба и себеобвинување, ниско ниво на енергија, промени во навиките за јадење и спиење, злоупотреба на алкохол и други супстанци, агресивно поведение и има „чудни" лузни на телото (гребаници, лузни од горење со цигари). Но, не секој што ги има овие симптоми се самоповредува, или пак исто така може да нема ниту еден од наведените симптоми, а да се самоповредува.

Како да им помогнеме?

- Обезбедете доволно време за разговор и место каде што нема да бидете прекинувани;
- Пристапите со целосно внимание и отстранете ги сите дистрактори (телефон, компјутер);
- Согласете се дека е тешко да се зборува на оваа тема и храбрете го/ја да ги изрази чувствата, не е неопходно да изнесува детали;
- Обидете се да не реагирате шокирано или згрозено, бидејќи ова би можело да ги обесхрабри;
- Јасно ставете до знаење дека сте тука и дека можете да помогнете да побара стручна помош. Не преземајте контрола и дозволете самостојно да донесува одлука;
- Поставете си граници, останете позитивни и избегнувајте ултиматиуми.

Неколку техники за дистракција кои би можеле да му помогнат на младиот човек во овие моменти:

1. Запиши ги мислите и чувствата кои те вознемируваат;
2. Обезбеди пластелин/глина и обликувај го секогаш кога си вознемирен/а;
3. Удирај во перница или боксерска врќа за да ја испразниш лутината;
4. Извикај се силно, во перница;
5. Диши длабоко или медитирај;
6. Излези надвор, прошетај (поминување време на јавен простор дава можност да се намали потребата за самоповредување);
7. Повикај некого и разговарајна било која тема;
8. Слушај музика или гледај омилен филм;
9. Зафати се за креативна активност или шкртај на лист хартија;
10. Посети ги онлајн страните за самопомош или побарај стручна помош;

Креирајте „***безбедно место***"

Една од покорисните алатки е одредување на „***безбедно место***". Детето/адолесцентот самостојно одлучува каде, што и кој ќе биде неговото безбедно место. Тоа може да биде место (пр. биро) во неговата соба, билбиотеката во училиште, психологот во училиште, клупата до зградата во која живее и сл. На ова место ќе може да оди секогаш кога ќе се чувствува преплавен/а од емоции или пак ќе почувствува потреба да се самоповреди. Корисно е да се осмисли безбедното место и да се исполни со работи кои го/ја смируваат и го/ја развеселуваат, како нпр. омилена книга, филм, сложувалки, крстозборки, пластелин, боици и листови, перница, омилен предмет/ пр. ќебенце со кое заспивал/а како дете и сл. Исто така, ова безбедно место може да ја вклучува и листата на активности кои го/ја смируваат (пр. свирење гитара, компонирање музика..).

Алкохол и дрога

Често ги конзумираат со цел да предизвикаат промена во расположението или да избегнат одредени чувства, како страв, осаменост, а понекогаш тоа е начин да покажат дека се возрасни. Но, ефектот е краткотраен и завршува со уште полошо чувство. Образецот на пиење кај младите почнува најчесто во група меѓу врсници и на возраст меѓу 13-17 години.

Важно е да се напомене дека алкохолот и останатите психоактивни супстанци можат да го зголемат нивото на анксиозност и депресивност кај младите.

Лекување

Лекувањето е индивидуално и започнува со психоедукација на детето/адолесцентот и на родителите (старатели). Во терапискиот пристап значајно е младиот човек да биде запознаен со симптомите и со можностите за третман. Со тоа го повикуваме на преземање на одговорност за своето однесување поврзано со грижата за своето ментално здравје. Успешноста на третманот е тесно поврзана со раното препознавање, навремената дијагностика, проценката на коморбидитетите, на суицидалниот ризик, како и мотивираноста за вклучување во третман. Лицата кои имаат поддршка во семејството, меѓу врсниците и во училиштето, имаат подобра прогноза и подобро се опоравуваат.

Психолошкиот пристап во лекувањето, особено со блага и средно тешка клиничка слика, започнува со вклучување на младиот човек во психотераписка процедура (РЕБТ/КБТ, семејна терапија..).

Фармаколошкиот пристап, особено во услови на тешка депресивна слика, подразбира примена на медикаментозна терапија. При воведување во терапија лекарот/психијатар ги зема предвид: клиничката слика, возраста, физиолошките и психолошките карактеристики, несаканите ефекти од лекот и за се наведено ги информира детето/адолесцентот и родителите/старателот.

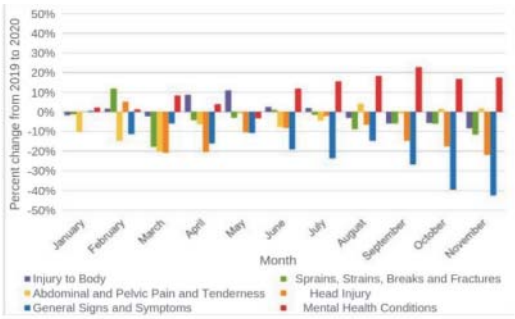
Менталното здравје на младите во период на Ковид 19

Во светот:

FAIR Health студијата (The Impact of COVID-19 on Pediatric Mental Health A FAIR White Paper, March 2, 2021) утврдува дека за време на пандемијата се добиваат остри скокови, во низа на психолошки состојби, споредено со перодот пред пандемија (2019 год. - 2020 год.), вклучувајќи ги тука: зголемена депресивност, анксиозни растројства, пореметување во прилагодување, самоповредување, злоупотреба на супстанци, предозирање, опсесивно-компулсивно растројство, ADHD и тикови (фокус на возраст од 13-18 години и во помала мерка на возраст од 19-22години).

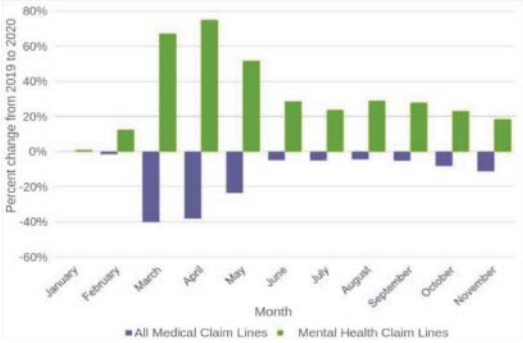
Конкретно за самоповредувањето, на возраст од 13-18 години, процентот на побарана стручна помош:

- март 2019 споредено со март 2020: со пораст **91%**
- април 2019 споредено со април 2020: пораст **100%**
- август 2019 споредено со август 2020: пораст **334%**



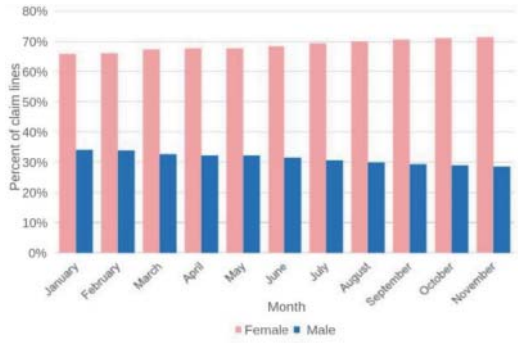
- % на промени во период :

  јануари-ноември 2019 год. до јануари-ноември 2020 год., во делот најчести **причини за посета на ургентините центри** на возраст 13-18 год.

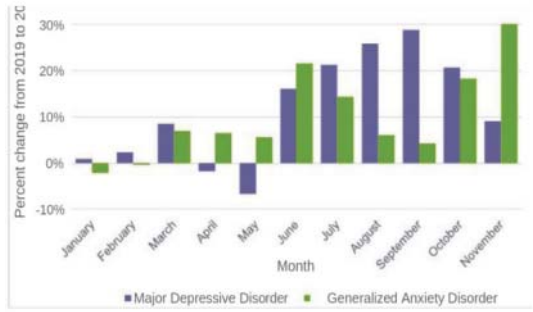


- % на промени во период :

  јануари-ноември 2019 год. до јануари-ноември 2020 год., во делот побарување на **вкупни здраствени услуги, наспроти услуги врзани за ментално здравје,** на возраст 13-18 год.

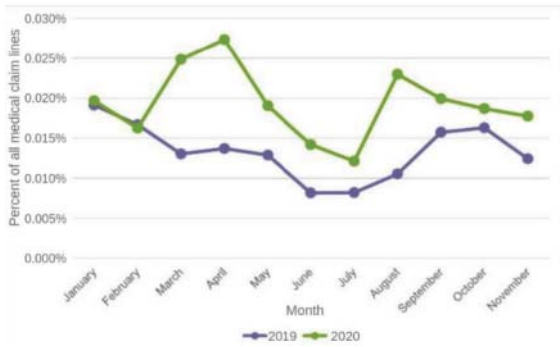


- **Дистрибуција според пол, на побарување на услуги врзани за ментално здравје**, за период јануари-неомври 2020 год., возраст 13-18 год.

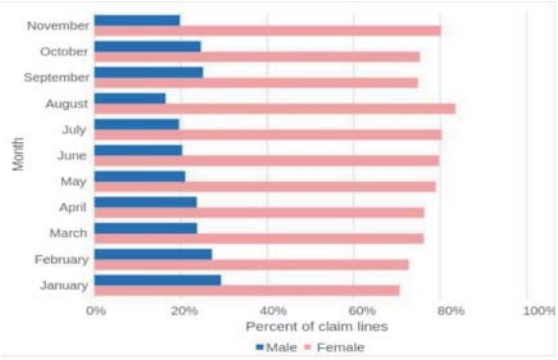


- % на промени во период :

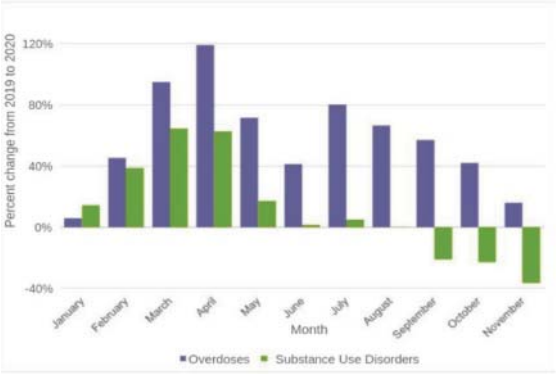
  јануари-ноември 2019 год. до јануари-ноември 2020 год., во делот **побарување на помош во ургентни центри заради голема депресивна епизода или генерализирана анксиозност**, на возраст 13-18 год.



- % на барање помош заради **самоповредување** од вкупните медицински побарувања, во период: јануари-ноември 2019 год. до јануари-ноември 2020 год., на возраст 13-18 год.



- **Дистрибуција според пол, по однос намерно самоповредување**, на возраст 13-18 год., период јануари-ноември 2020 год.



- % на барање помош заради **предозирање и злоупотреба на супстанци**, во период: јануари-ноември 2019 год. до јануари-ноември 2020 год. на возраст 13-18 год.

- Студија изведена со поддршка на УНИЦЕФ во Република Северна Македонија и УСАИД (2022 год.) за менталното здравје на адолесцентите и нивните негователи, во тек на пандемија со KOVID-19:
  - умерени до тешки симптоми на депресија се регистрирани кај 30% од адолесцентите, со значителна разлика по пол, кај момчињата 16,2%, а кај девојчињата 83,8%. Студијата покажува дека депресивноста е повисока кај: адолесценти на средношколска возраст, значително повеќе кај женските адолесценти, кои имаат член од семејство со хронични заболувања, кои имале потреба од услуги за ментално здравје, кај адолесценти со регистирирана изложеност на вербално и физичко насилство. Во однос на новите услови, како стравови, ризици и предвизици, кои беа наметнати од пандемијата, депресијата била значително понагласена кај учесниците на кои им биле потребни услуги за ментално здравје.

Континуираниот стрес, стравот, тагата, чувството на несигурност, претставуваат извонреден предизвик за емоционално справување на децата и младите. Многу од нив изгубија членови од семејството, ја изгубија финансиската стабилност, поддршката од училиштето и од врсниците, плановите за иднината насилно им беа прекинати Сите тие чинители доведоа до појава на значителни тешкотии поврзани со менталното здравје.

Како да им помогнеме?

- Понудете им да зборувате со нив;
- Идентификувајте ги и именувајте ги чувствата кои ги доживуваат (депресивност, безнадежност, вознемиреност и лутина се меѓу најчестите..);
- Не заборавајте дека адолесцентите можеби ќе се обидат да ги скријат своите емоции заради срам, страв или водени од чувство на одговорност и намера да не ги оптеретуваат другите;
- Можеби ќе се соочите со промени во однесувањето кај детето/адолесцентот, во отсуство на знаење како да ги артикулира сопствените доживувања;

Скали за процена на депресивност

Доколку ги препознаете некои од горенаведените симптоми на депресивност, може да се зададе Бековата скала за депресивност.

Бекова скала за депресивност

Beck's Depression Inventory

Оваа скала за депресија може сами да ја бодувате. Начинот на бодување е на крајот од прашалникот.

1.
0 Не се чувствувам тажно.
1 Се чувствувам тажно.
2 Тажен сум цело време и не можам да се оттргнам од тагата.
3 Толку сум тажен и несреќен што не можам да го поднесам тоа.

2.
0 Не сум нешто посебно обесхрабрен за иднината.
1 Се чувствувам обесхрабрено за иднината.
2 Се чувствувам дека немам на што да се надевам.
3 Се чувствувам дека иднината е безнадежна и дека ништо нема да се подобри.

3
0 Не се чувствувам како неуспешен.
1 Се чувствувам како да сум понеуспешен од просечен човек.
2 Кога правам ретроспектива на мојот живот, се што гледам се многу неуспеси.
3 Се чувствувам како комплетно неуспешна личност.

4
0 Подеднакво сум задоволен од работите, како и порано.
1 Не уживам во работите како порано.
2 Не добивам вистинско задоволство од ништо повеќе.
3 Незадоволен сум и здосадено ми е од се.

5
0 Не се чувствувам посебно виновен.
1 Се чувствувам виновен добар дел од времето.
2 Се чувствувам прилично виновен поголемиот дел од времето.
3 Се чувствувам виновен цело време.

6
0 Не се чувствувам како да сум казнет.
1 Се чувствувам дека можеби сум казнет.
2 Очекувам да бидам казнет.
3 Се чувствувам како да сум казнет.

7
0 Не се чувствувам разочаран во себе.
1 Разочаран сум во себе.
2 Ми се гади од самиот себе.
3 Се мразам себеси.

8
0 Не сметам дека сум полош од било кој друг.
1 Самокритичен сум за моите слабости или грешки.
2 Се обвинувам себеси цело време за моите грешки.
3 Се обвинувам себеси за се лошо што се случува.

9
0 Немам самоубиствени мисли.
1 Имам самоубиствени мисли, но не би ги спровел.
2 Би сакал да се самоубијам.
3 Би се убил досега, ако имав прилика.

10
0 Не плачам повеќе од вообичаено.
1 Сега плачам повеќе од порано.
2 Плачам цело време.
3 Порано можев да плачам, но сега не можам и да сакам.

11
0 Не сум повеќе иритиран од нештата од вообичаено.
1 Сега сум малку поиритиран од вообичаено.
2 Прилично сум иритиран добар дел од времето.
3 Се чувствувам иритиран сум цело време.

12
0 Немам изгубено интерес за другите луѓе.
1 Помалку сум заинтересиран за другите луѓе од порано.
2 Го имам изгубено поголемиот дел од интересот за другите луѓе.
3 Го имам изгубено целиот мој интерес за другите луѓе.

13
0 Донесувам одлуки исто како и порано.
1 Го одложувам донесувањето одлуки почесто од порано.
2 Потешко донесувам одлуки од порано.
3 Не можам да донесувам одлуки воопшто.

14
0 Не чувствувам дека изгледам полошо од вообичаено.
1 Загрижен сум дека изгледам старо или неатрактивно.
2 Чувствувам дека има трајни промени во мојот изглед што ме прават неатрактивен.
3 Верувам дека изгледам грдо.

15
0 Можам да работам исто како порано.
1 Потребен ми е екстра труд да започнам да работам нешто.
2 Морам многу да се напрегнам за да работам нешто.
3 Не можам да работам ништо.

16
0 Спијам како и вообичаено.
1 Не спијам како порано.
2 Се будам 1 – 2 часа порано од обично и тешко ми е да продолжам.
3 Се будам неколку часа порано од вообичаено и не можам да продолжам.

17
0 Не се чувствувам поуморен од вообичаено.
1 Се изморувам полесно од порано.
2 Се изморувам скоро од се.
3 Преуморен сум за било што да правам.

18
0 Апетитот не ми е полош од вообичаено.
1 Апетитот не ми е добар како секогаш.
2 Апетитот ми е полош сега.
3 Немам воопшто апетит.

19
0 Тежината скоро и да не ми е променета.
1 Имам ослабено повеќе од 2 кгр.
2 Имам ослабено повеќе од 5 кгр.
3 Имам ослабено повеќе од 7 кгр.

20
0 Не сум загрижен повеќе за моето здравје од вообичаено.
1 Загрижен сум за моите физички проблеми како болки, вознемирен стомак или запек.
2 Многу сум загрижен за физички проблеми и тешко ми е да мислам на нешто друго.
3 Премногу сум загрижен за физички проблеми и не можам да мислам на ништо друго.

21
0 Не сум забележал некаква промена во мојот интерес за секс.
1 Помалку сум заинтересиран за секс од вообичаено.
2 Скоро воопшто немам интерес за секс.
3 Го изгубив интересот за секс комплетно.

ОБЈАСНУВАЊЕ НА СКАЛАТА ЗА ДЕПРЕСИЈА И БОДУВАЊЕ

Од кога го пополнивте прашалникот, соберете ги поените од сите 21 прашања (кои се наоѓаат пред одговорот кој сте го одбрале). Најголем вкупен скор за цел тест би можел да биде 63. Тоа би значело дека сте го заокружиле секој одговор што носи 3 поени. Со оглед на тоа што најмал бод од одговор е 0, најнизок можен скор за цел тест би можел да биде 0. Тоа би значело дека сте ги заокружиле сите одговори кои носат 0 поени. Можете да ја евалуирате својата депресија според табелата подолу.

Вкупен збир	Нивоа на депресија
1 – 10	Овие подеми и падови се сметаат за нормални
11 – 16	Благо нарушување на расположението
17 – 20	Гранична клиничка депресија
21 – 30	Умерена депресија
31 – 40	Тешка депресија
Над 40	Екстремна депресија

Објаснување и бодување на скалата

- Се собираат сите поени од сите 21 прашања (кои се наоѓаат пред одговорот кој е селектиран)
- Максимален збир е 63
- Најнизок можен збир е 0

1-10 = овие подеми и падови се сметаат за реални

11-16 = благо нарушување на расположението

17-20 = гранична клиничка депресија

21-30 = умерена депресија

31-40 = тешка депресија

над 40 = екстремна депресија

Процена на внимание, концентрација и способност за ново учење и помнење кај детска и младинска популација

Вниманието се дефинира како способност за насочување на специфична дразба без дистракција на друга дразба. Претставува бихевиорален и когнитивен процес на селективно концентрирање на дискретен аспект на информации.

Вниманието е важно, бидејќи од него зависи колку ќе бидеме свесни за себе и за светот кој не опкружува. Претставува канал за комуникација меѓу нашата свест и надворешниот свет. Сите ние се разликуваме по способноста за задржување на внимание.

Концентрацијата е способност да се задржи вниманието на одредено време, се однесува на продолжено време, односно на способноста на одржување на внимание на подолг временски период. Концептуалното следење се однесува на процена на една или повеќе низи на поединости во рамка на сложена ментална, моторна или перцептивна активност.

Концентрацијата всушност ја претставува сржта на вниманието!

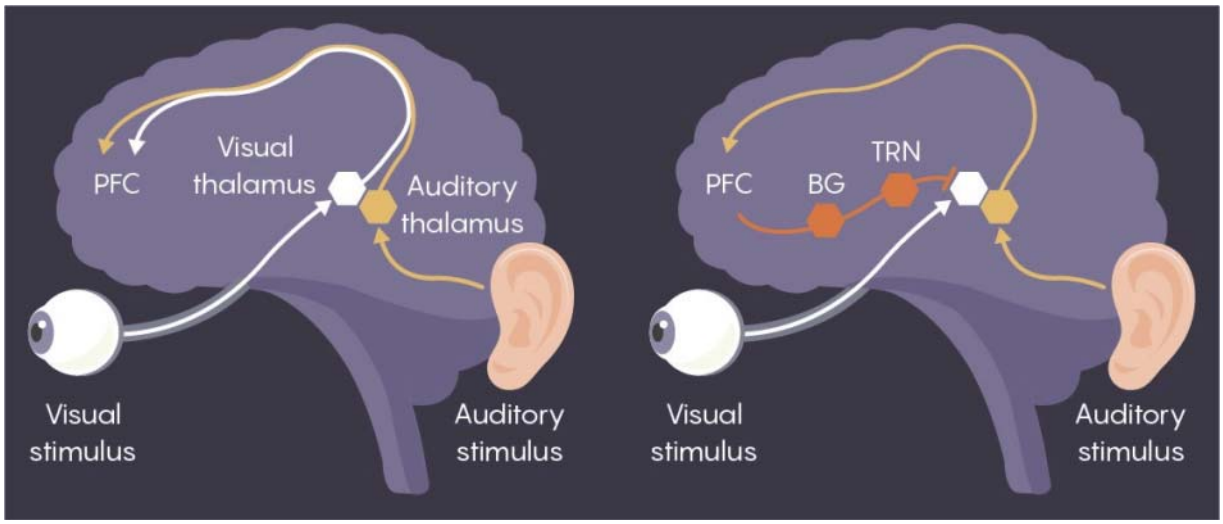
Постојат повеќе видови на внимание, ги одвојуваме следниве:

- ***Селективно внимание*** – процес на фокусирање на одреден објект во околината, во одреден временски интервал (пр. возење кола и разговор со пријател). Нашето внимание е ограничено.
- ***Продолжено внимание*** – за задачи што траат подолго или бараат интензивен фокус. Ова внимание ни овозможува постојано да изведуваме одредена ментална активност, која трае неколку часа (пр. слушање предавања).
- ***Наизменично внимание*** – способност за менување на фокусот на вниманието и префрлање меѓу различни задачи. Потребна е ментална флексибилност, така што една задача не ги ограничува перформансите на другите задачи (пр. додека готвите, се присеќавате на рецептот).
- ***Поделено внимание*** – истовремено посветуваме внимание на две или повеќе задачи. Оваа способност е исто така наречена мултитаскинг (пр. додека готвиме ги проверуваме пристигнатите пораки на електорнската пошта).
- ***Насочено/фокусирано внимание*** – способност за насочено реагирање на специфични визуелни, аудитивни или тактилни дразби, со способност за супресија на неважни стимули или на оние кои попречуваат (Sholberg and Mateer, 1989).
- ***Неволно внимание*** – предизвикано е од ненадејни и/или интензивни дразби. Реагираме рефлексно и секогаш исто (пр. на силен звук..).
- ***Спонтано внимание*** – им се препуштаме на сопствените склоности, интереси, на она што ни се допаѓа
- ***Волево внимание*** – бара наша активна вклученост, напор и волја да ги надминеме старите воспоставени форми на однесување и да ги замениме со ново искуство, нови сознанија.

Важно е да знаеме дека не постои единствен центар за внимание, вниманието е хиерархиски организиран систем во многу области на ЦНС, врзани за модалитет и надмодално.

Постојат два основни аспекти на вниманието: *одржување* (тенацитет) и *преместување* (вигилност).

Во нашето секојдевие постојано сме изложени на многу различни информации, нашите сетила се преплавени, но сепак успеваме да се фокусираме на она што е важно и да ги исклучиме (игнорираме) останатите помалку важни информации. Истражувањата покажале дека постои коло во нашиот мозок што ги потиснува дистракциските и неважни влезови. Префронталниот кортекс (PFC), би бил преоптоварен со информации ако таламусот ги пушти и соедини сите сетилни влезови. Затоа, кога е поважно да се посвети внимание на она што се слуша, отколку на она што се гледа, префронталниот кортекс, им дава инструкции на базалните ганглии (BG) да користат таламичко ретикуларно јадро (TNR) за да го инхибираат визуелниот таламус. Ова го потиснува протокот на визуелни информации и ја остава аудитивната страна поизразена.



Содржините на кои не обрнуваме внимание, остануваат надвор од нашата свест и на тој начин за нас не постојаат. Ова е често главната причини зошто вниманието е најчест „виновник" за училишните тешкотии кај децата и адолесцентите.

Просечен распон на внимание кај деца и тинејџери

2 годишна возраст	4-6 минути
4 годишна возраст	8-12 минути
6 годишна возраст	12-18 минути
8 годишна возраст	16-24 минути
10 годишна возраст	20-30 минути
12 годишна возраст	24-36 минути
14 годишна возраст	28-42 минути
16 годишна возраст	32-48 минути

Карактеристики

- *Контрола*: со возраста се зголемува времетраењето на насочување на вниманието на дадена содржина.
- *Прилагодливост:* можност да се издвојат останатите дразби од примарната; Колку децата се помали толку повеќе се задржуваат на неважни аспекти од даденото барање.
- *Планирање*: вештина да се планира насочување на вниманието; На помала возраст детето ќе споредува две слики набљудувајќи ги без план, додека на постара возраст ќе споредува една по една од поединостите на сликите.
- *Стратегии*: се менуваат и стануваат поефикасни со возраста; На помлада возраст детето ќе има иста брзина на читање без оглед на тежината на текстот, додека на постара возраст, ја менува брзината на читање во зависност од тежината на текстот.

Постојат три познати дразби на кои најчесто им посветуваме внимание:

- „Коктел феномен" (cocktail party phenomenon) – кога ќе се најдеме меѓу повеќе луѓе кои зборуваат, ќе слушнеме кога некој ќе го изговори нашето име и покрај тоа што претходно не сме посветувале внимание на говорот на тоа лице.
- Необични дразби – доколку некоја дразба е необична (било по форма, интензитет) попрво на неа ќе и го посветиме вниманието отколку на некоја друга, обична дразба или веќе видена.
- Интересни дразби - доколку дразбата е во согласност на нашите интереси, желби, ставови, на неа побрзо ќе и посветиме внимание, па така детето или адолесцентот полесно и побрзо ќе научи стратегија од некоја игра, отколку материјал од некој наставен предмет.

Затоа се препорачува, кога и ако содржините се досадни, да се комбинираат со погоре наведените законитости, со што ја зголемуваме веројатноста за насочено внимание, а со тоа и веројатноста да се запомни она што дотогаш на детето/адолесцентот не му било интересно.

Нарушување во внимание

Може да се јави поради повеќе причини: студиите покажуваат дека генетиката игра голема улога, но и одредени други фактори исто така можат да го зголемат ризикот од нарушување, како што се изложеност на олово на детска возраст (**животна средина**), проблеми со централниот нервен систем во клучни моменти во развојот на детето

(**проблеми за време на развој**) и други фактори како нарушување во расположението (депресија, анскиозност), начин на живот кој вклучува стрес, замор, нездрава исхрана и нарушување во спиењето.

Невролошките нарушувања се случуваат често поради забавено созревање на поедини центри во мозокот или нивна недоволна меѓусебна поврзаност, а исто така може да биде последица и на различни заболувања (се воочува пред седмата година, преку симптоми кои траат во континуитет најмалку 6 месеци). Ваквото нарушување често е проследено со нарушување во поведението, симптоми на импулсивност, дезориентација во време и сл.

Причините за недостаток на внимание во училиштето, можат да биде условени и од: недоволна поддршка од дома, занемарување на образовните потреби на детето, неподготвеност, несоодветно воспитување, семејно насилство, емоционални проблеми и трауми, училишен неуспех, страв, замор, досада Недостатокот на внимание, понекогаш може да претставува оправдување и изговор за децата кои имаат доволно развиени когнитивни способности, но немаат волја и мотивација да учат.

Бројни студии, покажуваат како може да дојде до нарушување во вниманието. Така, студијата за ефектите на телевизија и на видео игрите врз проблемот со внимание, покажува дека изложеноста на телевизија и видео игри е поврзана со појава на тешкотии со внимание во период на средно детство (Swing et al, 2010). Поголемата изложеност на гледање на телевизија во детството може да придонесе за развој на проблем со внимание и сугерираат дека ефектите може да бидат од долготрајна природа (Landhuis et al, 2007). Фондацијата Кејзер, открива дека половина од учениците од 8-18 год., гледаат телевизија, пребаруваат на интернет или користат некоја друга форма на социјални мрежи, додека ги извршуваат своите домашни задачи. Од млада возраст мозокот е обучен да извршува мултитаскинг до толку висок степен, што честопати е неспособен да се фокусира на една задача или мисла во дадено време.

Како да им помогнеме на децата и адолесцентите да стасаат до подобро внимание?

Со воведување на:

- ✓ необични и неочекувани содржини: пр. одредени предмети да се изведуваат во надворешна средина, да се воведе музика;
- ✓ да се употребуваат и менуваат различни активности: цртање, пишување, заедничко барање на податоци, подвлекување;
- ✓ учење насочено на формирање на корисни навики: пр. сами да го подготвуваат училишниот прибор, да имаат исто место на учење, да учат во ист период од денот, да легнуваат и стануваат во исто време;
- ✓ да им се појаснат методите на учење: пр. одвојување важно од помалку важно, повторување, самостојно раскажување;
- ✓ да го одобруваме и охрабруваме постигнатиот успех;
- ✓ да се применува користење на телесни вежби кога вниманието ќе се намали;
- ✓ да им ја доближиме и појасниме користа од учењето на наставните содржини.

Вниманието може да се подобро и низ одредени структурирани игри, како: сложувалки, цртање, работа со пластелин и глина, боење (боенки за возрасни), игри со лавиринт, посебно дизајнирани компјутерски игри, моторни структурирани игри- танц и спорт, барање на скриени ликови и барање разлики на слични слики.

Тестови за процена на внимание

Распонот на внимание не е неограничен, има капацитет од 5 до 9 поединости (7±2) и се преклопува со непосредното помнење.

Вербален распон

Распонот на броеви (digit span – вербален распон) го проценува вниманието, непосредното помнење т.е. краткорочното помнење. Имаме повторување на броеви нанапред (процена на вербален опсег на внимание) и повторување на броеви наназад (процена на непосредно запомнување).

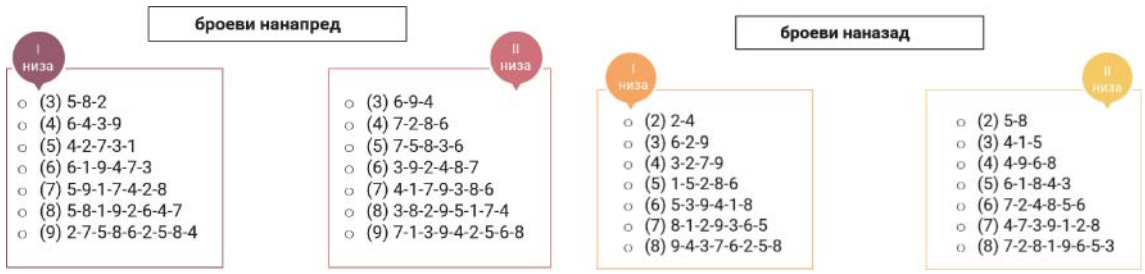
Инструкција за задавање на броеви нанапред: испитувачот ја чита низата на броеви, а испитуваниот треба да ги повтори истите броеви, по истиот редослед. Се задава по два обиди за секоја низа од броеви.

Прво се чита серија од три броеви (прв обид) која испитаникот треба да ја повтори, а потоа се задава втора серија од три броеви (втор обид). Доколку успешно се повтори барем еден обид, се преминува на следната низа (од 4 броеви). Испитувањето се прекинува кога испитуваниот неуспешно ќе ги репродуцира двете низи, со иста должина (броеви), во двата обиди.

Инструкција за задавање на броеви наназад: испитувачот ја чита низата на броеви, а од испитуваниот бара да ги повтори истите броеви, по обратен редослед, во насока од последно прочитаниот кон прво прочитаниот број. Се задава по два обиди за секоја низа од броеви.

Прво се чита серија од два броја (прв обид) која испитаникот треба да ја повтори по обратен редослед, а потоа се задава втора серија од два броја (втор обид). Доколку успешно се повтори барем еден обид, се преминува на следната низа (од 3 броја). Испитувањето се прекинува кога испитуваниот неуспешно ќе ги репродуцира двете низи, со иста должина (броеви), во двата обиди.

Вербален распон



Како се скорува?

Нормата која важи е 7±2 повторени броја и се смета за нормален опсег, а скор од 4 повторени броја е граничен. Секое постигнување кое е под 4 повторени броја во низа, се смета за отстапување (овие норми не важат за лица со попреченост).

нанапред		наназад
3.	+ +	2. + +
4.	+ +	3. + +
5.	+ +	4. + +
6.	+ -	5. - -
7.	- -	

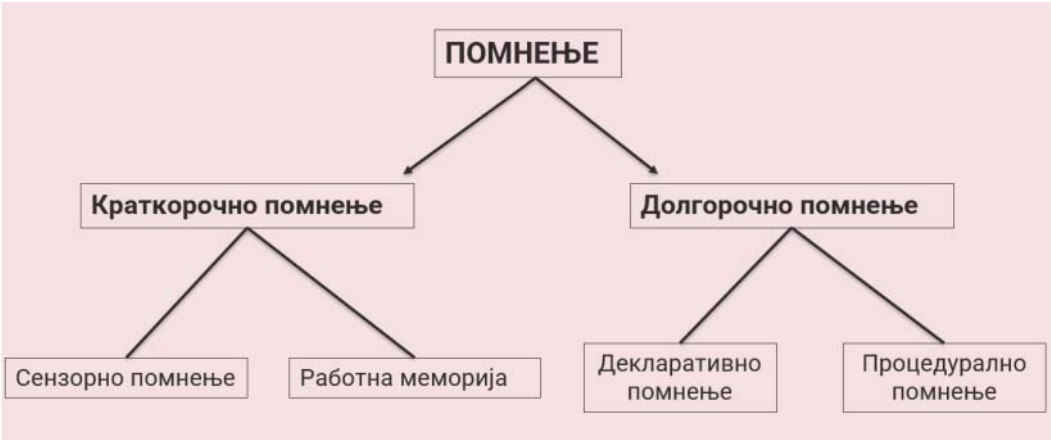
Помнење

Помнењето се дефинира како сложен, повеќечлен функционален систем во кој се одвива прием, обработка, складирање и повикување на информациите, во рамки на системот за краткорочно и долгорочно помнење, кои меѓусебно се разликуваат по капацитет за прием и времетраење на задржување на инфромациите.

Ова задржување на инфромациите се мери преку:

- препознавање/рекогниција (се базира на способност за потврдување дека објектот, појавата или информацијата сме ја имале во сопственото искуство);
- репродукција (претставува обновување на претходно научени информации или вештини, преку изведување, зборови или претстави);
- заштеда при повторно учење.

Видови помнење



Краткорочно помнење

Првата етапа на краткорочното помнење ја сочинува запис на инфромации во форма на т.н. *сензорна меморија*, физиолошкиот капацитет е 7 (±2) инфромации, а информациите се задржуваат, многу краток временски интервал:

- ✓ ултракраткорочно помнење (во визуелен/иконички модалитет: околу 250 мсек. и во акустички/ехоички модалитет околу 2 сек.);
- ✓ краткорочното/примарно/непосредно помнење (околу 0,5 секунди).

Во оваа фаза се одигрува анализа, повторување и повикување на информации, со цел нивно пренесување во системот за долгорочното помнење. Овој систем е со органичен капацитет, со минлив и нестабилен карактер. Позначајна улога во задржувањето на податоците има близината на информации по сензорен модалитет отколку по семантичка содржина.

Претходно стекнатите искуства и знаења имаат клучно влијание врз селекцијата и интерпретацијата на содржината на помнење. Когнитивна обработка на познати факти е автоматска и остава минлив запис, додека пак новите факти и случувања бараат поширока анализа и воспоставување на нови траги.

Невроанатомскиот корелат на краткотрајното помнење е функционално латерализиран т.е. левата хемисфера е специјализирана за помнење на вербален материјал, а десната хемисфера е специјализирана за визуелен материјал, кај деснорака популација.

- *Работна меморија*

Претставува запомнета содржина која лицето ја користи во краток временски интервал (пр. зборот што го користи на почетокот на реченицата) и можеби никогаш нема да премине во друг дел од помнењето. Работната меморија е слична на краткорочното помнење и претставува место каде лицето манипулира со информациите. Ова помага да се запомнат детали за тековната задача. Некои однесувања што ја користат работната меморија (Miller et al., 1960), вклучуваат: решавање на сложен математички проблем (треба да се запомнат неколку броеви), печење/готвење (потребно е да запомнат состојките кои веќе се додадени), учество во дебата (помнење на главните аргументи што ги користи секоја страна). Додека истражувачите обично ја одделуваат работната меморија и краткорочното помнење во две различни категории, многу студии покажуваат дека има значајно преклопување помеѓу двете.

Карактеристики на работната меморија: привремено ги складира информациите, манипулира со нив преку визуелни и аудитивни канали, води кон фокусирано внимание, влијае врз перформансите и се зајакнува преку вежбање.

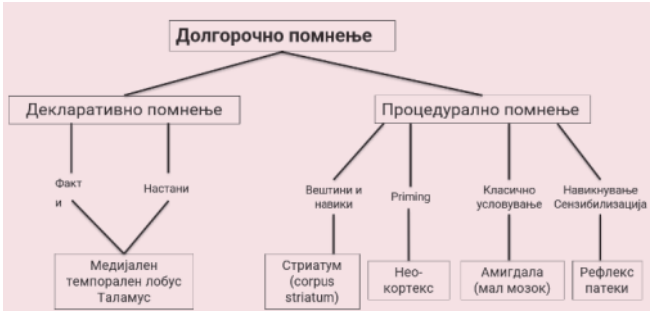
- *Сензорно помнење*

Сензорно помнење е почетен облик на складирање на информации, во траење од 200-500 мсек. Ова ниво на помнење е непосредно поврзано со самите сетилни рецептори и се појавува како постоење на куси дополнителни слики или кус дополнителен звук кога дразбата од сетилото веќе престанала. Сензорното помнење ги стабилизира забележаните елементи, олеснувајќи ја натамошната обработка на информации. Обработката на епизоди од животот и други информации, започнува во овој тип на помнење. Ако индивидуата посвети внимание на сензорниот влез, тогаш информацијата може да се премести во краткорочното помнење, а потоа и во долгорочното помнење. Примери за сензорно помнење можат да бидат - регистрирање на звуци (пр. на кои индивидуата наидува на проштка) и краткотрајно забележување на елементите во видното поле на индивидуата.

Сензорното помнење ни помага да изградиме чувство за светот врз основа на неодамешни глетки, звуци и други сетилни искуства. Кога одредено сетило станува релеватно (пр. мирис на готвење во кујна) може да се пресели и во другите видови на меморија. Сензорното помнење, вклучува:

- ✓ Аудитивна меморија: аудитивен влез од ушите, работи кои ги слушаме, започнале како звуци;
- ✓ Визуелна меморија: визуелни информации од очите, работи кои ги гледаме, започнале како слики;
- ✓ Мирисна меморија: работи кои сме ги помирисале;
- ✓ Хаптичка меморија: тактилен влез од телото, работи кои сме ги допреле;
- ✓ Густаторна меморија: работите кои ги вкусуваме.

Долгорочно помнење



Долгорочното помнење претставува, кодирање, консолидација, складирање и привикување на инфромации во системот за долгорочното помнење, кој започнува по 0.5 секудни од влезот на инфромацијата во рамките на вниманието.

Краткорочното и долгорочното помнење во значителна мера се преклопуваат, особено во првите 20 до 30 секунди. Долгорочното помнење започнува после првите 500 милисекунди, време кое е неопходно примената информација да доспее во полето на свеста. После првите 30 секунди настанува консолидација на нови информации, нивно складирање во мозокот, со можност за присетување (повикување на складирани информации). Овој тип на помнење е со неограничен капацитет. Информациите се значително пошироко репрезентирани во мозокот.

Во однос на временската близина на информациите, долгорочното помнење се дели на **скорешно и дамнешно помнење.** Некои научници скорешното долгорочно помнење го нарекуваат краткотрајно, а дамнешното/поранешното долгорочно помнење го нарекуваат долготрајно помнење. Пример за скорешно помнење би бил, кога треба да запомниме три до пет збора по одложување од неколку минути или да се сетиме што се случило во блиското минато (што сме доживеале тој ден, што сме јаделе, што сме слушнале или прочитале и сл.).

Прв облик на долгорочно помнење: информациите се задржуваат најмногу неколку минути. Се испитува со тест на учење на листа од 10 зборови и со слободно присеќавање после 2-3 минути.

Нарушување на консолидација на трагите на помнењето е клинички знак за антероградна амнезија.

Другата форма на долгорочно помнење опфаќа широк дијапазон на искуства и знаења стекнати во тек на животот. Информациите, после процесот на консолидација, со различна должина на траење, трајно се задржуваат во овој систем, тој е со стабилен карактер и со неограничен капацитет. Претставува присетување на доживувањата од дамнешно минато, како што се епизоди од детството, лица од тој период и сл.

Семантичко помнење ги означува поимите кои сме ги стекнале во тек на животот, богатството на речникот со кој се служиме и сл., кои немаат временска и просторна одредница.

Консолидација: Консолидација на помнењето се состои од преод на информации од поедини сетила или од краткорочно помнење (непосредно запомнување) во долгорочно. Стабилизирањето во помнењето трае од неколку минути до неколку часа, а овој процес на консолидација ги опфаќа и квантитативните и квалитативните промени. Долгорочно складираната информација е подложна на повторување и понатамошна организација, додека информациите се категоризираат, а тоа го олеснува нивното

повикување. Добриот и доволен сон е од клучно значење за соодветна консолидација.

Семантичко кодирање на инфромации: претставува воспоставување на асоцијативни врски помеѓу информациите и е суштина на процесот на консолидација. Вербално кодираните податоци (според принципите на хиерархиските појмовни односи, со асоцијативни врски) се складираат на неограничено долг временски интервал и на тој начин, во тек на животот, под влијание на едукација, културолошки фактори и различни случувања се формира концепциски обликуваното знаење за лексички, математички, историски, географски и др. материјали. Временско-просторниот контекст на кодирање на стекнатите искуства во кои се одиграле некои доживувања се основата на **епизодичко-автобиографско помнење**.

Стабилизирање на трагите на помнење: процесот на стабилизација на трагите на помнење и преодот во долгорочно помнење зависи од хипокампусот кој е неопходен и за присетување во краткорочното помнење, се додека трагите не се стабилизираат во мозочната кора (неокортекс) и не станат независни од хипокампусот (се претпоставува после 1-3 год). Ова се однесува на т.н декларативно помнење, каде информациите се свесно запомнети.

Привикување на инфромации: се остварува со директен пристап до складираните содржини на концептуалното и на епизодичкото помнење, преку:
Рекогниција или препознавање на наученият материјал во тек на неговото повторување заедно со новиот „конфликтен" материјал. Слободно присетување или **евокација** на новонаученият материјал: стратегиите за потпомогната евокација се семантички или фонолошки „клуч". Информациите потоа можат да се повикаат и користат во обработка на нови информации и одлучување за понатамошни акции и нивно спроведување – оваа активност се манифестира во мислење, говор и однесување.

Што ќе запомниме?

Зависи од начинот како е складирана информацијата во долгорочното помнење. Информациите во долгорочното помнење кои се внесени излирано и не се осмислени, ниту се поврзани со другите информации, бргу се губат или пак се појавуваат на ниво на препознавање. За да се задржи долгорочно информацијата неопходно е да биде кодирана т.е. осмислена и вклопена во некоја порано формирана ментална категорија. Без тоа нема вистинско учење, ниту долгорочно помнење. Имајќи го ова предвид, правилото „Повторувањето е мајка на знаењето" би требало да биде модификувано т.е. повторувањето ќе биде успешно само ако биде проследено со кодирање.

Повторувањето е многу важно!

Правилно организиран процес на повторување ангажира повисоки нивоа на интелектуална активност. Подразбира прегрупирање на материјалот, издвојување на важно од помалку важно и обезбедува воспоставување на врски меѓу содржината која се повторува и други сродни содржини. Во текот на повторувањето се користиме со мисловни процеси кои се карактеристични за запомнување:

- групирање на материјалот по смисла
- издвојување на главните поенти/идеи
- мисловно поврзување со сроден материјал
- диференцирање во однос на сличен материјал и сл.

Процена на помнење – Вербално помнење

Рејова аудитивна листа на вербално учење/RAVLT
Rey Auditroy Verbal Learning Test

РАВЛТ го проценува процесот на непосредното запомнување, опсегот на внимание (бројот на зборови при првото запомнување), стратегиите за учење и формирање крива на учење, дејството на проактивната и ретроактивната инхибиција/интерференција, тенденциите кон конфабулации, персеверации и интрузии, како и рекогницијата и ретенцијата.

Инструкција за задавање на тестот:

РАВЛТ

Л.А	А1	А2	А3	А4	А5	Л.Б	Б1	А6		А7
тапан						клупа				
завеса						шумар				
ѕвонче						птица				
кафе						чевла				
училиште						печка				
родител						планина				
месец						очила				
градина						пешкир				
капа						облак				
селанец						чамец				
нос						јагне				
курка						пушка				
боја						молив				
кука						црква				
река						риба				

Листа А се чита во обидите од А1 - А5, но не се чита во обидите со слободно присетување А6 (непосредно) и А7 (одложено, после 20 минути)

Вкупно: А1 - А5 _____

Разлика: А6 - А5 _____

Листа на зборови за испитување на рекогниција:

Звонче А	Дом СА	Пешкир Б	чамец Б	Очила Б
Прозор Са	Риба Б	Завеса А	Када ФА	чорапи СБ
Капа А	Месец А	Цвет СА	Родител А	чевла Б
Амбар СА	куран ФА	Боја А	Вода СА	Учител СА
шумар Б	Зрак ФА	Клупа Б	Селанец А	Печка Б
Нос А	Птица Б	Пушка Б	Сестра СФА	шупа СФБ
Време СБ	Планина Б	Фарба СА	Облак Б	Деца СА
Училиште А	Кафе А	Црква Б	Куќа А	Тапан А
Када ФА	Месар ФА	курка А	Друмар ФБ	Младина ФА
Молив Б	Река А	Сланина ФБ	Градина А	Јагне Б

Рекогниција: Листа А _____

Листа Б _____

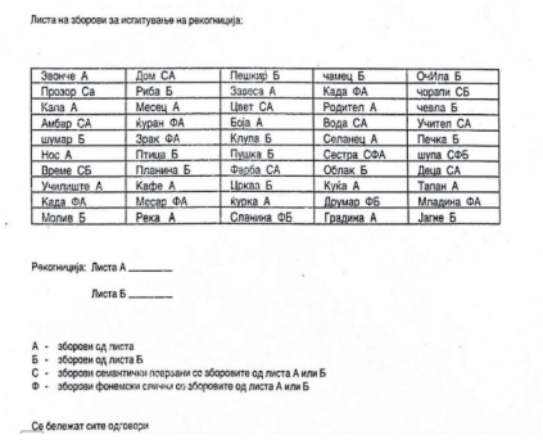
А - зборови од листа
Б - зборови од листа Б
С - зборови семантички поврзани со зборовите од листа А или Б
Ф - зборови фонемски слични со зборовите од листа А или Б

Се бележат сите одговори

- Тестот се задава така што на лицето му се презентира листа од 15 зборови, со темпо од еден збор во секунда.
- Се повторува 5 пати, после секое наведување на листата од страна на испитувачот, испитаникот треба да повтори колку што е можно повеќе зборови од листата, без оглед на тоа дали претходно ги повторил или не. При тоа не мора да води сметка за редоследот, и тоа треба да му се нагласи на испитаникот.

- Испитуваниот треба да ги повтори сите зборови, дури и оние кои ги кажал при претходното повторување.
- Секој пат со броеви се бележи редоследот на зборовите кои испитуваниот ги повторил (со впишување на броеви во табелата/колоната покрај зборот), како од тоа би можело да се заклучи за евентуално постоење на ретроактивна и проактивна инхибиција.
- Се бележат и персеверациите (зборови кои ги повторува) и конфабулациите (зборови кои не се на листата), доколку ги има.
- После последното повторување, после 5-то читање од листата А (А5), се преминува на листата Б (испитаникот исто така треба да ги запомни и повтори зборовите). Оваа листа се чита само еднаш и испитаникот се прашува кои зборови од дадената листа ги запомнил.
- Се бележат конфабулации, персеверации и интрузии од листа А во листа Б, доколку ги има.
- Потоа на испитаникот му се дава налог да ја повтори листата А (А6) без претходно читање на листата од страна на испитувачот. Се бележат конфабулации, персеверации и интрузии од листата Б. Скорот на шестото повторување треба да е ист или за најмногу три бода помал од скорот на петото повторување (А5).
- Одложеното присетување (А7) се испитува после најмалку **20 минути**. Од испитаникот се бара да се обиде самостојно да се присети на што поголем број на зборови од листата која претходно ја слушнал.

Првото повторување (А1) претставува показател за **непосредно запомнување.** Од резултатот на сите пет повторувања, може да се види кривата на процесот на вербално учење која може да биде продуктивна, продуктивна со завршно плато, звонеста, осцилирачка, непродуктивна. Посебниот скор претставува вкупен број на точно повторени зборови во првите пет обиди (А1 –А5) кој потоа се споредува со нормите за пол и возраст.



Листа на зборови за испитување на рекогниција:

Звонче А	Дом СА	Пешкир Б	чамец Б	Очила Б
Прозор Са	Риба Б	Завеса А	Када ФА	чорапи СБ
Кала А	Месец А	Цвет СА	Родител А	чевла Б
Амбар СА	Куран ФА	Боја А	Вода СА	Учител СА
шумар Б	Зрак ФА	Клупа Б	Селанец А	Печка Б
Нос А	Птица Б	Пушка Б	Сестра СФА	шупа СФБ
Време СБ	Планина Б	Фарба СА	Облак Б	Деца СА
Училиште А	Кафе А	Цркал Б	Куќа А	Тапан А
Када ФА	Месар ФА	курка А	Друмар ФБ	Младина ФА
Молив Б	Река А	Слянина ФБ	Градина А	Јагне Б

Рекогниција: Листа А _____

Листа Б _____

А - зборови од листа
Б - зборови од листа Б
С - зборови семантички поврзани со зборовите од листа А или Б
Ф - зборови фонемски слични со зборовите од листа А или Б

Се бележат сите одговори

- Рекогницијата се задава после одложено присеќавање, така што на испитаникот се чита листа од 50 зборови меѓу кои и оние од листа А и Б, како и семантички и фонемски слични зборови.

- Неговата задача е да одговори за секој збор дали била на листа А, на листа Б или воопшто не била во двете листи.
- Се бележат само точно препознаените зборови и евентуално погрешно препознаените зборови (зборови за кои испитуваниот тврди дека биле на некоја од листата, а всушност претставуваат семантички или фонемски слични зборови).

Оценување:

- Збирот за секој обид се изразува низ број на коректно репродуцирани ајтеми. Достигнувањето овде се проценува во однос на социо-економскиот статус и староста на субјектот.
- Првото повторување на листата на зборови претставува помалку „чиста" мерка на опсег на краткорочна меморија во споредба со повторување на броеви.
- Кај здравите субјекти очекуваните перформанси од 6-8 зборови ќе бидат покриени со поголем дел од првите и последните зборови од листа, а најмалку зборови презентирани во средниот дел.
- Кога има присуство на мозочно оштетување, овој образец се менува, а скорот по правило ќе биде намален, иако најчесто не како резултат на оштетување на процесот врзан за краткорочната меморија.
- Кај амнезијата, вкупниот скор од првото повторување ќе биде компромитиран пред се низ намалена репродукција на зборови од првиот дел на листата.
- Кривата на учење може да биде: високо продуктивна, продуктивна и непродуктивна. Кај здрава популација, помнење на 7 информации се смета за граничен скор. Постигнување под 7 информации се смета дека упатува на когнитивно страдање (ова не важи за интелектуална попреченост!).
- **Ретроактивна** интерференција подразбира тешкотии во претходно наученият материјал, предизвикани од подоцна наученият. Поизразена е кај субјекти со мнестички тешкотии, во споредба со нормални субјекти и се надоврзува на самата способност на задржување на наученото (послабо задржување –понагласена интерференција). Намалена мотивираност или невнимание може да доведе до слични ефекти на новото учење врз старото.
- **Проактивна** интерференција: содржината на претходно запомнетото го нарушува следното учење или репродукција. Овој проблем карактеристично се јавува кај луѓе со повреди на фронталните регии на мозокот и е заснован на ригидноста на нивната когнитивна обработка (манифестираат чести персеверации).

Колку од запомнетиот материјал ќе се изгуби во периодот после завршеното учење многу варира, во зависност од типот на мнестичко нарушување. Задржувањето се проценува низ однос на скорот на одложената репродукција (и/или рекогниција) и скорот при последната презентација на серијата. Кај здравите субјекти, процентуалните скорови на задржување се движат околу 70-90%, во зависност од староста. Најголем дел на ова „губење" се случува во тек на првите 5-10 минути.

Заклучок

Целта на понуденият материјал е да се даде придонес кон континуираниот професионален развој на психолозите во основните и во средните училишта, да им се обезбеди знаење и алатки за проценување на значајните проблеми со кои се соочуваат, како и да се придонесе кон унапредувањето на грижата за менталното здравје на децата и адолесцентите и кон нивното ефикасно когнитивно функционирање.

Според нашите согледување, справувањето со тешкотиите во менталното здравје, претставува огромен предизвик за училишните психолози во воспитно-образовните институции. Со започнување на пандемијата, се следи значителен пораст на депресивните и на анксиозните симптоми кај децата и адолесценитите во С. Македонија, при што според изнесените податоци девојчињата се повеќе погодени од анксиозни и од депресивни растројства, во однос на момчињата. Исто така, перцепцијата на квалитетот на живот и личното здравје, негативно се вреднува кај децата и младите од С. Македонија. Сите наведени показатели се воедно и причини за значително компромитирање на нивното секојдневно функционирање во училишната средина. Покрај изнесените проблеми врзани за менталното здравје и за когнитивното функционирање на младите, дополнителен проблем претставува недостатокот на вештини и компетенции кај стручните лица. Недостатокот се евидентира и на ниво на препознавања на тешкотиите во менталното здравје кај младите, но и на ниво на недостаток на вештини и компетенции за справување со истите. Неможноста да се детектираат наведените состојби резултираат со отстуство на соодветен педагошки пристап во воспитно-образовната работа со овие ученици.

Преку овој проект и овој прирачник, целиме кон обучување на стручните лица да ги препознаат проблемите со кои се соочува младиот човек и да се користат со техники кои ќе им овозможат да ги детектираат отстапувањата кај учениците, особено во актуелната ситуација со т.е. по пандемијата. Покрај понудените практични алатки и знаења за примена во нивната секојдневна работа, понудени се и препораки за натамошно постапување со цел да им се обезбеди на учениците соодветна и навремена стручна помош.

Добиените сознанија исто така ја нагласуваат потребата нашето општество да инвестира во соодветни итни мерки и стратешки политики за заштита и подобрување на менталното здравје и за соодветно когнитивно функционирање на децата и младите.


БЪЛГАРСКА
ПОМОЩ
ЗА РАЗВИТИЕ


КОГНИЦИЈА


Центар за доживотно учење
Lifelong Learning Center