

МЕЃУНАРОДЕН ЦЕНТАР ЗА СЛАВЈАНСКА ПРОСВЕТА - СВЕТИ НИКОЛЕ

«МЕЃУНАРОДЕН ДИЈАЛОГ: ИСТОК - ЗАПАД»
(ПСИХОЛОГИЈА И ОБРАЗОВАНИЕ)

СПИСАНИЕ
на научни трудови

**ДВАНАЕСЕТТА МЕЃУНАРОДНА
НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЈА
„МЕЃУНАРОДЕН ДИЈАЛОГ: ИСТОК - ЗАПАД“
МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ - БИТОЛА**

Година VIII

Број 3

Април 2021

- СВЕТИ НИКОЛЕ, Р. СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА -
- 2021 -

Издавач: Меѓународен центар за славјанска просвета - Свети Николе

За издавачот: м-р Михаела Ѓорчева, директор

Наслов: «МЕЃУНАРОДЕН ДИЈАЛОГ: ИСТОК - ЗАПАД» (ПСИХОЛОГИЈА И ОБРАЗОВАНИЕ)

Организационен одбор:

Претседател: проф. д-р Јордан Ѓорчев

Заменик претседател: д-р Стромов Владимир Јуревич, Русија

Член: м-р Борче Серафимовски

Член: м-р Милена Спасовска

Уредувачки одбор:

Проф. д-р Ленче Петреска - Република Северна Македонија

Проф. д-р Александар Илиевски - Република Северна Македонија

Проф. д-р Мирослав Крстиќ - Република Србија

Проф. д-р Момчило Симоновиќ - Република Србија

Проф. д-р Тодор Галунов - Република Бугарија

Проф. д-р Даниела Тасевска - Република Бугарија

Доц. д-р Хаџиб Салкиќ - Република Босна и Херцеговина

Проф. д-р Татјана Осадчаја - Руска Федерација

Доц. д-р Вера Шунаева - Руска Федерација

Уредник: проф. д-р Јордан Ѓорчев

Компјутерска обработка и дизајн: Адриано Панајотов, Маја Маријана Панајотова, Благој Митев

ISSN (принт) 1857-9299

ISSN (онлајн) 1857-9302

Адреса на комисијата: ул. Маршал Тито 77, Свети Николе, Р. Северна Македонија

Контакт телефон: +389 (0)32 440 330

Уредувачкиот одбор им се заблагодарува на сите учесници за соработката!

Напомена:

Уредувачкиот одбор на списанието «МЕЃУНАРОДЕН ДИЈАЛОГ: ИСТОК-ЗАПАД» не одговара за можните повреди на авторските права на научните трудови објавени во списанието. Целосната одговорност за оригиналноста, автентичноста и лекторирањето на научните трудови објавени во списанието е на самите автори на трудовите.

Секој научен труд пред објавувањето во списанието «МЕЃУНАРОДЕН ДИЈАЛОГ: ИСТОК-ЗАПАД» е рецензиран од двајца анонимни рецензенти од соодветната научна област.

Печати: Книжарница и печатница „Славјански“, Свети Николе

Тираж: 100

МЕЃУНАРОДЕН ДИЈАЛОГ
ИСТОК - ЗАПАД
ПСИХОЛОГИЈА И ОБРАЗОВАНИЕ

Д-р Вангелица Гаврилова
Проф. д-р Ѓорѓина Кимова

Факултет за психологија
 МСУ „Г. Р. Державин“ Свети Николе – Битола
 Р. Северна Македонија

АНОРЕКСИЈАТА - ПРОБЛЕМ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТНАТА ПОПУЛАЦИЈА

АПСТРАКТ: Убавиот надворешен изглед дава сигурност во себе, поголемо вреднување од страна на околината при што понекогаш овозможува и полесна општествена комуникација. Но, доколку посветеноста на изгледот премине одредени граници и телесниот изглед стане опсесија, често се доведува до растројството анорексија, за кое родителите и околината не секогаш се доволно информирани, поради што касно реагираат. Станува збор за болест на исхраната, но и начин на кој личноста се обидува да се справи со своите емоционални проблеми, перфекционизмот, самопочитта.

КЛУЧНИ ЗБОРОВИ: анорексија, адолесценти, опсесија, исхрана, растројство

ANOREXIA - A PROBLEM IN ADOLESCENT POPULATION

ABSTRACT: Pretty appearance gives self-confidence, greater appreciation by the environment that sometimes enables easier communication. However, if this commitment to appearance exceeds certain limits and the appearance of the body becomes an obsession, it often leads to anorexia disorder, of which parents and the environment are not always sufficiently informed, as a result of which they react too late. It is an eating disorder, but also a way for a person to try to deal with his emotional problems, perfectionism, self-esteem.

KEYWORDS: anorexia, adolescents, obsession, nutrition, disorder

Анорексијата е често присутна кај адолесцентите. Кај анорексијата има еден цел спектар на специфично однесување, психопатологија и соматски нарушувања. Специфичното однесување е поврзано со исхраната, со волебото самоизгладнување, а основната идеја е што повеќе да се ослаби, односно личноста е целосно насочена кон губење на тежината. Тоа вклучува одбирање на храна која е нискокалорична, прескокнување на оброци, ексцесивно вежбање, повремено земање на пургативи, лаксативи. Со оглед на тоа што ваквото однесување најчесто започнува во периодот на адолесценција, најчесто родителите сметаат дека тоа е добро што нивното дете води грижа за сопственото тело и изглед, така што почетокот поминува доста тивко и незабележано, а всушност може да биде вовед во многу тешко нарушување, бидејќи во самата основа на овој психички проблем лежи патолошкиот страв од храна, односно следствената дебелина. Овие личности и кога ќе стигнат до степен на целосна слабост и изгледаат како „костури“, тие всушност самите себе се гледаат во огледало како дебела личност, па дури и се чувствуваат така.

Под болести на исхрана, генерално, се подразбира нарушување на поведението врзано за јадењето, било да станува збор за недоволно внесување на храна или пак преземање на драстични мерки за намалување на телесната тежина. Општо земено растројствата во исхраната вклучуваат негативни чувства кон храната, како и силен дистрес околу телесниот изглед на личноста. Следствено, оваа група на растројства директно влијаат врз функционирањето на телото, па затоа можат да бидат живото загрозувачки, и заслужуваат сериозен пристап. Иако причините за многу фаталните заболувања може да ги бараме во неправилната исхрана и начин на живот, сепак, кога се зборува за заболувањата на исхраната, конкретно се мисли на група заболувања кои својот корен го имаат во самокритиката, негативните мисли за својот изглед и тело, одбивноста кон храната, екстремното намалување на внесот на храна или пак прејадување, како и навика на јадење кои го нарушуваат нормалното функционирање на телото. Овие навика речиси секогаш се проследени со форми на депресија. Во оваа група заболувања спаѓаат: анорексија, булимја и редица заболувања кои не се одделно определени поради сличноста. Она што е важно е дека овој тип на заболувања подеднакво ги погодуваат сите општествени слоеви, а нивниот исход може да биде трагичен.

Разбирањето на поимот за растројства во исхраната бара уважување на концептот за преценети убедувања. Иако многу лекари ја сметаат психопатологијата која лежи во основата на абнормалната исхрана како опсесивно-компулсивно однесување или како продукт на делузивни верувања, ниеден од тие концепти не ги опфаќа адекватно, ниту ја преставува карактеристичната и есенцијалната психопатологија, која најчесто се гледа кај растројствата во исхраната. Преценетите верувања, кои стојат зад повеќето акти на тероризам во светот, се движечка сила кај повеќето растројства во исхраната. Преценетите верувања се дефинираат како културно нормативни убедувања, кои одредуваат несразмерна и управувачка страст во животот на индивидуата и кои доминираат со нејзините мисли, емоции и однесување. Однесувањата кои произлегуваат од овие преценети верувања, во своите екстреми, се ризични и го загрозуваат животот без оглед на тоа дали се опасни за индивидуата (анорексија) или пак за животот на другите (тероризам). Овие верувања не се фиксни, ниту погрешни, како што се тие кај делузиите, не се егзистенцијални мисли или однесувања кои постојат кај опсесивно-компулсивното растројство. Размислувањата за намалување на телесната тежина се културен норматив во Америка, меѓутоа, кога секој буден момент и расположение се врти околу преовладувачкото значење на витоста и како таа да се постигне, тогаш тоа претставува психопатолошка категорија, која најдобро се опишува како преценето верување. Разбирањето на природата и дефиницијата за преценетите верувања е неопходно во третманот на растројствата во исхраната на сеопфатен и долгорочен начин.

Постојат разумни обиди за поставување на дијагноза за растројства во исхраната преку биографски анализи на историските фигури, како што е Лорд Бајрон, но тие дијагнози се помалку сигурни од оние кои се добиваат врз основа на медицинските извештаи за специфични случаи. Ричард Мортон, дворски лекар во Англија, опишал два случаи во 1689 година - момче и девојче - кои прилично добро одговараат на сегашните дијагностички критериуми за анорексија нервоза.

Пациентите биле млади луѓе „со грижи на умот“ кои се изгладнувале до исцрпеност без некаква медицинска причина.

Иако самоизгладнувањето многу често денес се означува како анорексија, особините на овој термин се под знак прашалник, бидејќи растројството не е резултат на вистинска анорексија или губење на апетитот, особено во почетокот, како што е случајот со анорексијата кај канцер. Кај иницијалното губење на апетитот не постои абнормалност на мозочните механизми, која би го започнала процесот кон целосно изразен анорексичен синдром, губењето на апетитот настанува во случаите на силна исцрпеност, најверојатно поради кетозата, но степенот на медицинската анорексија повторно варира.

Современите етиолошки размислувања за растројствата во исхраната се околу неколку принципи и интегративната парадигма. Прво, растројствата во исхраната претставуваат бихејвиорални растројства. Може да се присутни сите останати фактори (преценување на витоста, дисторзија во сликата за сопственото тело), но не се поставува дијагноза без абнормалности во исхраната. Растројствата во исхраната на некој начин претставуваат „крадење“ на нормалните, невробиолошки регулирани однесувања во исхраната, кои стануваат искривени и се отфрлаат сè додека абнормалните модели на исхраната не станат автономни, како одговор на континуираниот порив за витост и невробиолошкиот страв кој ја условува нормалната телесна тежина. Анорексијата се смета како најсериозен проблем со исхраната кај младата популација, а има мултифакторска етиологија и тешки медицински компликации. Адолесценцијата се смета како најважен развоен фактор кој го зголемува ризикот за овие болести, особено кај девојчињата кои опфаќаат 90 % од болните.

Анорексијата е синдром кој се карактеризира со три есенцијални критериуми. Првиот е самопредизвикано гладување до сигнификантен степен-однесување. Вториот е немилосрден поход по витост и /или морбиден страв од дебелеење-психопатологија. Есенцијалната психопатологија е цврсто поврзана со преценетите убедувања, пред сè, преценетата виткост. Психопатолошкиот мотив за слабеење е особено истакнат кај Американците, додека морбидниот страв од дебелеење, фобично избегнување на нормалната телесна тежина е понагласен кај Британците. Третиот критериум е присуство на медицински знаци и симптоми на изгладнувањето-физиолошка симптоматологија. Во минатото специфичен критериум била аменореа во траење од барем три месеци.

Денес анорексијата спаѓа во групата на психогени растројства при кои потребата за независност на адолесцентот се судира со преголемата контрола од страна на родителите. Ваквата битка се вклопува во културниот контекст кој дава голема вредност токму на телесниот изглед. Рестрикцијата на калориите води до протеинска и калориска малнутриција, придружена со промени на функцијата на ендокриниот, кардиоваскуларниот, бубрежниот и гастроинтестиналниот систем. Класично, кај анорексијата апетитот останува нормален, иако постои силна рестрикција на храната. Болеста ментална анорексија предизвикува голем интерес во современата медицина затоа што бројот на заболени рапидно се зголемува. Инциденцијата е дуплирана во последните две децении, а се смета дека заболуваат 1-2 девојки од 100. Само половина од заболениите можат да ја повратат телесната тежина, 5-10 % завршуваат со смрт, околу 6 % имаат компликации, додека 2-3 % извршуваат самоубиство. Со ваквите бројки анорексијата станува сериозен проблем за лекарите, за педијатрите, за психолозите или за психијатрите. Типични

пациенти со ментална анорексија се девојките или младите жени на возраст од 13-20 години, чиј губиток на телесната маса е 15-25 %, со што тие го привлекуваат вниманието на околината и затоа се носат на лекар. Со оглед на тоа што ваков губиток на тежината може да биде од најразлични причини, медицинската евалуација се наметнува како примарна. Се преземаат испитувања како што се: биохемиски анализи на крвта, ацидобазната рамнотежа, урината, анализи на црниот дроб, бубрегот, централниот нервен систем и сл., а потоа, се анализираат навиките на исхраната: колкав е внесот, во кои интервали, каква е елиминацијата, дали има или нема повраќање.

Во денешницата анорексичните девојки се опишуваат како перфектни деца, со високи академски постигања, без да манифестираат некои особености во поведението или емоциите во споредба со нивните врсници. Тие се интелгентни, имаат добри вербални способности, но се нефлексибилни во мисловниот процес. Во нивниот мисловен процес, доминира силен страв од здебелување и речиси не постои желба да излезе од оваа ситуација. Тие работат многу, учат, добиваат високи оценки, а од друга страна, не престануваат со физичките активности како фискултура, аеробик вежби, гимнастички или други вежби. Како да не чувствуваат никаков замор, ниту пречки во функционирањето. Типичните девојки кои имаат анорексија припаѓаат на средни или повисоки класи, со високи цели на постигања, ригидни се во смисла на она што е право а што криво, посебно го вреднуваат телесниот изглед поради што си наметнуваат ригорозни физички вежби. Во групата на анорексични болни можат да се сретнат најчесто професионални балерини, атлетичарки, манекенки или актерки. Родителите на овие девојки обично се строги, имаат силна контрола врз нивното поведение, ако навидум ги поддржуваат. Често во историјата на семејството може да се сретне член кој исто така имал проблеми со телесната тежина. Иако горенаведените карактеристики се класични, анорексичните можат да имаат најразновидни варијации во психолошкиот или во семејниот профил.

Нарушувањата во расположението, анксиозните и опсесивно-компулсивните растројства во детството, како и раното појавување на перфекционистички црти на личноста се важни предиспонирачки фактори на ранливост за развој на растројства во исхраната, особено анорексија нервоза. Кај младите девојки со развиена самодоверба, на кои им се префрла од семејството или пријателите, или пак, од коментари на авторитативни фигури (лекари, медицински сестри, наставници, тренери), дека треба да ја намалат телесната тежина, се зголемува ранливоста. Често се мери тежината кај учениците без посебна потреба, што неретко резултира со долготраен дистрес. Се на се, студиите на близнаци сугерираат дека околу 17-46 % од варијантите на анорексија и булимија се припишуваат на фактори од средината кои не им се заеднички.

Најчести психолошки фактори кои доведуваат до развој на анорексијата се: ниско самопочитување, чувство на неадекватност или недостиг на контрола над сопствениот живот, депресија, анксиозност, бес или осаменост, болни емоции или стрес. Најважно е рано поставување на дијагнозата и брзо спроведување на лекувањето. Лекувањето е мултидимензионално и подразбира медицинско лекување (болничко) кога е неопходно; психолошко лекување (психотерапија или друг вид на терапија) како и поддршка во групи и социјално ангажирање.

Психотерапијата е неопходна уште од почетокот на лекувањето на анорексијата. Според тоа, покрај воспоставувањето на нормална телесна тежина

и прекинувањето на абнормалните однесувања и претераното вежбање, дел од третманот треба да се насочи кон основната психопатологија на растројството во исхраната. Клучни елементи во третманот се различните психотерапевтски техники кои имаат за цел модифицирање и промена на основните патолошки убедувања и другите дополнителни психопатолошки проблеми. Доказите се на страна на третманите базирани врз когнитивно-бихејвиоралната терапија, слични на тие кои се ефикасни кај булимија нервоза но со нешто помал ефект кај анорексија поради медицинскиот статус на изгладнетите пациенти како и поради етичката неприфатливост на случајниот избор на ниту една психотерапија.

Дополнителни психотерапевтски интервенции кои се базираат на интерперсоналните терапии семејната терапија или психодинамично ориентираните терапии - особено оние кои ја користат само психологијата и фокалните аналитички пристапи - исто така се ефикасни. Едноставната промена на абнормалните однесувања преку бихејвиоралните техники на награда и казна не се покажале како корисни и биле ефикасни само краткорочно, зашто им овозможувале на пациентите брзо со јадење да се извлечат од болница, без притоа да се променат преценетите верувања и искривени когниции. Основата на психотерапевтскиот третман е успешно ангажирање и поврзување со пациентите, зголемување на нивната самосвесност и мотивација за промена, како и нивно убедување и помагање да ги препознаат, предизвикаат и заменат своите преценети верувања кои се однесуваат на желбата за витост, нивниот страв од дебелина како и прифаќање на здравата нормална индивидуализирана телесна тежина и вештините за саморегулација. За адолесцентните пациенти со анорексија нервоза, студиите покажуваат дека за позитивен исход неопходно е вклучување на семејството преку различни елементи на семејна едукација, советување, обучување и терапија, која се инкорпорира во третманот. Индивидуалниот, групниот и семејниот контекст на психотерапијата се ефикасни кога се применуваат во комбинација, која е соодветна за возраста на пациентот.

Индивидуалната психотерапија, индивидуалното психолошко советување, особено когнитивно-бихејвиоралната или интерперсоналната психотерапија, групната психотерапија која го користи когнитивно-бихејвиоралниот пристап и семејната или брачната психотерапија во досегашните истражувања се покажале како успешни при третманот на анорексија. Луѓето со нарушување на исхраната често не препознаваат и не признаваат дека се болни. Токму затоа, може силно да се спротивставуваат на почетокот на лекувањето. Членовите на семејството или другите блиски личности, можат многу да бидат од корист при следењето на личноста која страда од нарушувања во исхраната за придржување кон третманот на рехабилитација. Кај некои личности лекувањето може да биде долготрајно.

Во повеќе истражувања и во повеќе случаи семејната психотерапија се покажала како поуспешна од индивидуалната терапија. И покрај тоа што овој тип на психотерапија, може да функционира добро за децата и родителите, има потенцијал во интимните врски да создаде борба за превласт и да го наруши еднаквото партнерство. Постојат повеќе видови на семејна психотерапија, кои се покажале дека имаат ефект при третман на анорексија кај адолесцентите, вклучувајќи ја и таканаречената обединувачка семејна терапија, во која родителите и детето се состануваат истовремено со ист терапевт, одделна семејна терапија, во која детето и родителите учествуваат во терапијата одделно, со различни терапевти. Без разлика на видот на семејната терапија, се покажало дека со

нејзина помош, 75 % од пациентите имаат одличен исход, а 15 % среден исход од оваа терапија. Застапниците на семејната терапија за адолесценти, тврдат дека е од есенцијална важност да се вклучат родителите во лекувањето на адолесцентот.

Терапевтите кои се најуспешни во работата со пациенти со растројства во исхраната, комбинираат непосредна срдечност, слобода од контрола или хиерархиски релации кои се засноваат на моќ. Солидно познавање на психотерапевтските вештини, нормалниот човечки развој, семејната динамика и социокултурните влијанија, разбирање на невробиологијата на храната и регулацијата на телесната тежина, како и медицинската симптоматологија на растројствата на исхраната како и капацитет за работа во тим и како лидер.

ЗАКЛУЧОК

Многу ретко личноста која страда од анорексија бара помош за својот проблем, поради што е приоритетно навремено да се нотираат промените во исхраната, но и да се добие психолошка поддршка од стручни лица. Клучна улога има, пред сè, семејството како и останатата социјална средина која ја опкружува. Во случувањата со оваа деструктивна исцрпувачка болест, од особена важност е личноста да се дефокусира од илузијата кон совршенство и да се насочи со љубов и надеж кон подобро, реално утре.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Higgins, A. (2018) *The Neurobiology of Anorexia Nervosa*, IntechOpen Limited, London
2. Mayo Clinic Staff, (2018) *Anorexia nervosa*
3. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591?p=1>
4. Копланс и Садок, (2012) *Сеопфатен учебник по Психијатрија*, Табернакул, Скопје
5. Brown, H. (2007), *Brave Girl Eating, A Family's Struggle with Anorexia*, Harper Collins E-Books
6. Поп-Јорданова Н., (2005) *Анорексија и булимија најчести болести на исхраната*, Култура, Скопје