МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Траяна Станиславова Грозданова

ПРЕВЕНЦИЯ НА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ В ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН

„ДОКТОР“

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

Научна специалност: „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ

ПРОФ. Д-Р ЗАХАРИНА САВОВА, ДМ

ПРОФ. Д-Р ТЕОДОР ПОПОВ, ДП

София, 2020 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....6

ГЛАВА ПЪРВА. Литературен обзор.....9

1.1. Съвременни схващания за здравето като ценност, определения за здраве.....9

1.2. Психичното здраве – неделима част от здравето като цяло.....9

1.2.1. Определения за психично здраве.....9

1.2.2. Психично здраве, психична болест и позитивно психично здраве.....10

1.2.3. Концепции от древността за взаимовръзката на телесното и душевното здраве.....11

1.2.4. Съвременни концепции за психосоматичната теория.....12

1.3. Психосанология и психопревенция.....13

1.3.1. Психосанология.....13

1.3.2. Психопревенция.....13

1.4. Психика и възрастова периодизация на психичното развитие.....16

1.4.1. Психика и нервна система.....16

1.4.2. Развитие на психиката.....17

1.4.3. Възрастова периодизация на психичното развитие.....18

1.4.3.1. Поява на психиката в индивидуалното развитие.....20

1.4.3.2. Развитие на психиката през първата година от живота.....21

1.4.3.3. Развитие на психиката в ранната (младенческата) възраст.....24

1.4.3.4. Развитие на психиката от четвъртата година до постъпване в училище (предучилищна възраст).....28

1.4.3.5. Развитие на психиката в начална училищна възраст.....31

1.4.3.6. Развитие на психиката в юношеска възраст и особености на периода....32

1.5. Теории за развитие на детето.....36

1.5.1. Психоаналитична теория на Зигмунд Фройд.....36

1.5.2. Его психологията на Ерик Ериксън.....40

1.5.3. Алфред Адлер и теориите му за развитието на детето.....43

1.5.4. Културно-историческата идея за развитието на детето на Лев Виготски.....45

1.5.5. Бихейвиористично-когнитивното разбиране за развитието на детето на Алберт Бандура и Бъръс Скинър.....46

1.5.6. Идеите на Жан Пиаже за детето.....47

1.5.7. Хуманистичната идея за развитието на детето на Ейбрахам Маслоу и Карл Роджърс.....48

1.6. Фактори на психичното здраве и възможности за превенция.....49

1.7. Най-често срещаните психични разстройства в детска и юношеска възраст.....53

ГЛАВА ВТОРА. Обект, предмет, цел и задачи на научното изследване.....58

2.1. Актуалност на проблема.....58

2.2. Издигнати хипотези.....58

2.3. Обект на изследването.....59

2.4. Предмет на изследването.....59

2.5. Цел на изследването.....59

2.6. Задачи на изследването.....59

ГЛАВА ТРЕТА. Организация и провеждане на научното изследване.....61

3.1. Организация на изследването.....61

3.2. Контингент на изследването.....61

3.3. Етапи на изследването.....61

3.3.1. Подготвителен етап.....61

3.3.2. Изследователски етап – събиране на данни.....62

3.3.3. Заключителен етап.....62

3.4. Методи на научното изследване.....62

3.4.1. Документален метод.....62

3.4.2. Социологически методи.....63

3.4.3. Математико-статистически методи за обработка и анализ на резултатите от проучването.....64

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. Резултати от емпиричното изследване. Анализ и обсъждане.....65

4.1. Резултати от емпиричното изследване.....65

4.2. Анализ и обсъждане.....120

4.2.1. Резултати относно изследваните респонденти.....120

4.2.2. Резултати относно мнението на респондентите.....120

4.2.3. Математико-статистическа обработка и анализ на резултатите на част от въпросите.....128

4.3. Хипотетичен модел за превенция на психичното здраве.....130

ГЛАВА ПЕТА. Заключение, изводи и препоръки.....133

5.1. Заключение.....133

5.2. Изводи.....133

5.3. Препоръки.....134

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА И ИНТЕРНЕТ РЕСУРСИ.....135

ПРИЛОЖЕНИЯ.....144

Списък на съкращенията

ЕП – Европейски парламент

ЕС – Европейски съюз

ЗЗ – Закон за здравето

ЗЗД – Закон за закрила на детето

ЗПУО – Закон за предучилищно и училищно образование

МОН – Министерство на образованието и науката

НПО – Неправителствена организация

СЗО – Световна здравна организация

СОУ – Средно общообразователно училище

ЧГ – Частна гимназия

ЧЕГ – Частна езикова гимназия

ВЪВЕДЕНИЕ

Психичното здраве е онази неделима част от телесното и душевното, която най-лесно може да бъде „изгубена“. Психичното здраве и психичното разстройство не са статични величини, а в зависимост от много фактори могат да се променят във времето. Позитивното психично здраве е необходимо за пълноценното съществуване на човека като социално същество, благодарение на него човешкият потенциал може да се развие напълно. И отново благодарение на позитивното психично здраве, хората са способни да възприемат и тълкуват заобикалящата среда, да се приспособят към нея, а при необходимост – и да я променят.

Съвременният човек живее различно от своите древни предшественици, но и в древността се е знаело, че психичното здраве е също толкова важно, колкото и физическото. Модерният начин на живот предлага все повече рискови за психичното здраве фактори, отколкото протективни. Умението на човека да балансира и поддържа психичното си здраве позитивно е голямо предизвикателство и зависи до голяма степен от индивидуалните качества и способности на всеки поотделно. Днес здравето ни е застрашено много повече отколкото в миналото, като същевременно нараства и заболеваемостта за сметка на социално значимите заболявания и на фона на увеличаващата се продължителност на живота. Новите медицински технологии са по-модерни и ефективни, както и новите медикаменти, но въпреки това сме свидетели на увеличаване на заболеваемостта и появата на нови заболявания, което е неизбежно. По тази причина в медицината започват да се търсят нови подходи и методи за лечение. Ролята на промоцията и превенцията на здравето става водеща в тази борба. Инвестициите, които се правят в тази насока през последните десетилетия, са се увеличили многократно, а промоцията и превенцията се основават на био-психо-социалния подход към човека.

Според СЗО промоцията на психично здраве предполага саморегулиращо се здравно поведение с цел укрепване на здравето, по-добро качество на живот, позитивно психично здраве и съхраняване на личността [56, стр. 104]. Все по-често се говори и за качеството на живот, което е свързано със здравето (Health related quality of life – HRQOL). То е един мултидименсиален конструкт, който обхваща физически, емоционални, умствени, социални и поведенчески компоненти на личното благополучие и активност така, както ги възприема самият човек и/ или някои други хора [116].

Всички факти сочат, че здравето и начинът на живот са фактори, които повлияват не само бъдещето на отделния индивид, но и на обществото. Бъдещето на една държава зависи от здравното и психичното състояние на младото поколение – на децата и юношите. Те са икономическата сила и потенциалът за развитието на всяка една държава. Все по-често здравето се разглежда не само като ценност, но и като ресурс. Може да се каже, че позитивното психично здраве е ресурс и е съществено за субективното благополучие [112]. Тази тема може да се тълкува в много аспекти, но може да се обясни и по следния начин. В България в последните десетилетия се наблюдава увеличаване на смъртността и намаляване на раждаемостта. Тези явления, в комбинация с икономическата емиграция и застаряване на останалото население, изправят държавата пред сериозни затруднения. Икономическото състояние не би могло да се подобрява с намаляващ брой на хората в трудоспособна възраст, още повече ако хората в трудоспособна възраст боледуват често. По този начин на здравия човек би могло да се погледне като на силен икономически ресурс. Това е и една от причините (и не само) да се търсят механизми и подходи за подобряване на здравето – физическото и психичното. Тази задача е възложена на здравната политика. Съществена част от политиката в областта на здравеопазването е превенцията на психичното здраве. Един от основните принципи, на които трябва да отговаря съвременната здравна политика е развитие на промоция на здравето, оценка на рисковете и работа с рисковите групи (рисков подход и развитие на промоция на здравето). Целта на съвременното здравеопазване е инвестиране в промоция и профилактика на здравето и първична превенция.

Най-важните задачи на промоцията на здравето са:

- Недопускане или редуциране на честотата на заболяванията;
- Редуциране или премахване на рисковите за здравето фактори;
- Повишаване на протективните фактори [56, стр. 105].

Интерес представляват причините, които повлияват психичното здраве. Къде, кога и как те детерминират нашето психично здраве. Според някои автори психичното здраве се влияе, подобрява или застрашава в семейството, в училището, на улицата, на работното място. То зависи до голяма степен от отношението на другите към нас, от нашето отношение към тях, както и към самите себе си. Всеки човек има психични нужди, независимо дали е с диагноза за психично заболяване или не. Именно поради това, промоцията на здравето е важна за цялото общество [142, стр. 3]. Детерминантите

на психичното здраве съдържат не само индивидуални особености като способността да се управляват мислите, емоциите, поведението и взаимодействието с другите, но също социални, културни, икономически, политически и въздействащи фактори като национална политика, социална защита, жизнен стандарт, работни условия и обществена подкрепа. Излагането на неблагополучие в млада възраст е установен предотвратим рисков фактор за психичните заболявания [132].

За хората, живеещи в 21 век, възниква една нова екзистенциална необходимост, а именно – необходимостта да поддържат физическото и психичното си здраве в едни оптимално добри граници, като го правят съзнателно, целенасочено и непрекъснато. Причината за това ново явление е една – да се поддържа добро качество на живот и да бъде достигната потенциалната възможност за една добра професионална и личностна реализация. Все повече хора търсят и отделят време на литература, свързана със здравето, факторите, които го повлияват и начините за подобряването му. Най-достъпни и лесно приложими са мерките, свързани с храненето и спортуването. Поемането на полезни храни, съдържащи витамини, минерали, антиоксиданти и други полезни съставки, както и определената седмична или месечна „доза“ спорт занимават хората от различни възрасти. Нерядко срещано явление в Западна Европа е и фактът, че много възрастни хора започват все по-често да обръщат внимание на спорта. Те карат колело, плуват, посещават фитнес зали или просто ходят пеша. Осъзнатата нужда от добро здраве води до предприемане на индивидуални мерки, независимо от възрастта и социалния статус. Останалите мерки са в правомощията на политиците. Интервенциите на общественото здравеопазване за постигане на добро психично здраве в различни контексти изискват насочване на усилията извън местата, където живеят хората, към местата, където учат и работят, към общността, към физическата среда, а след това към социално-икономическите условия на живот [53, стр. 20]. По този начин ефективността на превенционните за психичното здраве мерки би достигнала своето най-високо ниво, а това би се отразило положително на хората от всички възрастови групи – деца, юноши, зрели и възрастни хора.

ГЛАВА ПЪРВА. Литературен обзор

1.1. Съвременни схващания за здравето като ценност, определения за здраве

Здравето винаги е било и ще продължава да се възприема като ценност както от отделния индивид, така и от обществото като цяло. То е първостепенен фактор за „пълноценно и добро съществуване“. За еквивалент на английския термин „wellbenig“ на български официално е приет терминът „благополучие“. Според определението на СЗО здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг (1948 г.).

През последните десетилетия нараства вниманието към човека като фактор на обществото, а също нараства и вниманието към неговото здраве – физическо и психично. Отчита се тенденция на нарастващ интерес към позитивното здраве, към саноцентричния подход в медицината.

Тази тенденция се изразява най-вече в пренасянето на акцента:

- От изучаване на болестта сама по себе си и на болния човек към изследване на здравето на здравия човек;
- От даване на приоритет на развитието на лечебната медицина, на различните терапевтични техники към развиване на превантивната медицина и подобряване на грижите за здравето;
- От болестта като интерес на медицинските специалисти към здравето като дело на цялото общество;
- От правото на лечение към задължението и отговорността на всеки да опазва собственото си и това на другите здраве [17].

Пред медицинските и социалните науки стои отговорната задача да създадат нови подходи и механизми за позитивно въздействие върху личността, начина ѝ на живот, поведението и отношението ѝ към здравето и болестта.

1.2. Психичното здраве – неделима част от здравето като цяло

1.2.1. Определения за психично здраве

Терминът „душевно здраве“ е предложен от швейцарския психиатър Адолф Майер (Adolf Mayer), а по-късно се приема и от американеца Cl. Beers, считан за основоположник на съвременната психохигиена и психопрофилактика (1908).

Съществуват различни гледни точки за това какво всъщност представлява психичното здраве, а оттук – и разнообразието от определения. Според психиатрите психичното здраве е противоположност на психичната болест, т.е. здрав е този, който няма симптоми. Това схващане не е коректно и прецизно. Според дефиницията на СЗО психичното здраве е способността на зрялата личност да изгражда хармонични отношения с другите и да участва творчески в изменението на биологичните и социалните условия на заобикалящата среда. Така акцентът се поставя върху свързаността на психичното здраве с притежаването на адаптивни стратегии за справяне и защита в различни ситуации и периоди на развитието [52].

1.2.2. Психично здраве, психична болест и позитивно психично здраве

Някои автори представят психичното здраве като континуум от негативни психични състояния, проблеми и разстройства до позитивно психично здраве и благополучие. Така в единия край на континуума е разположено доброто психично здраве, докато тежките психиатрични разстройства са краен вариант на този континуум от различни състояния/ отклонения [53].

Около психичните болести има много митове и грешни концепции. Един такъв мит е, че психичноболният индивид е различен и странен. Другият е, че за да бъдеш психично здрав трябва да си рационален и логичен. Но много психичноболни не са странни и са много логични. Няма точна и постоянна линия, отделяща психичното здраве от психичната болест. Тази линия се поставя от различните специалисти и школи на различни места и зависи до голяма степен от социалните норми и субективните оценки. Медицинският модел предполага, че психичният дисбаланс се проявява в зависимост от качествата на индивида и зависи от психични и интрапсихични процеси [42, стр. 12–13]. В Оксфордския речник по социология се казва, че психическото заболяване е заболяване, характеризиращо се с наличие на психична патология, тоест със смущения в психическото функциониране, аналогично на смущенията в телесното функциониране [53]. В диагностичните класификации в психиатрията (МКБ-10 и DSM-|V) терминът „болест“ е заменен с по-неангажиращия термин „разстройство“. Съответно психиатричното разстройство като диагноза трябва да отговаря на определени диагностични критерии (набор от симптоми), които са неотменна част от тези класификации [52].

Един от първите опити за очертаване на параметрите на позитивното душевно здраве е предприет от известния психолог Гордън Олпорт. Той посочва шест признака, които са присъщи на психически здравата личност:

- Реалистично възприемане на света. Израз на това са наличието на практически умения за решаване на обективни проблеми, приоритет на професионалните задачи пред личните желания, пълен контакт с действителността;
- Емоционална стабилност и съгласие със самия себе си. Страни на това са фундаментално положителната представа за себе си, способността за размишление върху собствените емоционални състояния, способността за неконфронтационно „разреждане“ на възникнало емоционално напрежение;
- Уравновесеност и откритост в отношенията с другите. Тук спада и по принцип доброжелателното отношение към другия;
- „Широкообхватно“ чувство за себе си. Възможността пълноценно да се участва в най-широк кръг социални дейности от семейния и религиозния живот, както и в професионалната сфера;
- „Самообективация“ и чувство за хумор. Способност да се поглежда „отвън“ като обект. Способност за самоирония;
- Наличие на цялостна философия за живота. Изградена „мрежа“ от базисни ценностни ориентации, осмислящи индивидуалното поведение [8, стр. 137-138].

1.2.3. Концепции от древността за взаимовръзката на телесното и душевното здраве

Отношенията разум–тяло, душа–тяло са били обект на размисъл още по времето на Хипократ, Аристотел и Платон. Още преди около 2500 години Хипократ е установил, че болестите възникват от неправилен начин на живот и могат да бъдат изцелени чрез правилен начин на живот. А преди около 2400 години Сократ заявява, че не съществува телесна болест, отделена от душата. Според Платон най-голямата грешка при лекуването на болестта е наличие на лекари за тялото и лекари за душата, при все, че двете не могат да бъдат разделени [56]. Така става известно, че взаимовръзката между телесното и душевното е вълнувала древните учени още в миналото, макар медицината да е била не така добре развита както съвременната. Така

Хипократ, Питагор, Демокрит, Аристотел, Платон, Сократ, Сенека и др. са осъзнавали и значението на хигиената на психичното здраве.

1.2.4. Съвременни концепции за психосоматичната теория

Съвременните концепции за психосоматичните теории се основават на мултифакториалния принос на болестната предразположеност – основна теория на Франц Александър (основател през 1939 г. на Чикагския аналитичен институт). Той прави първите систематични изследвания за психосоматичните взаимоотношения в психоаналитичен аспект. Според него, психическите фактори, предизвикващи соматично разстройство, имат специфична природа и включват определени емоционални отношения на пациента както с обкръжаващата среда, така и със собствената му личност. Първите седем болести от групата на психосоматичните заболявания са: хипертонична болест, язва на дуоденума, язвен колит, невродермит, тиреотоксикоза, бронхиална астма и ревматоиден артрит [56, стр. 133]. Психосоматичните разстройства се считат за болестите на съвременния свят. Това са соматични заболявания, чиято поява е провокирана от психологични фактори. Лечението на такива заболявания е трудно, изхождайки от факта, че засегнатият индивид е подложен на комбинираното въздействие на социалните, биологичните и психологичните фактори. В тези случаи се изисква многоаспектен подход и продължителен курс на лечение. През последните десетилетия проблемът за психосоматичните заболявания е широко дискутиран в международен аспект. Провеждани са и продължават да се провеждат проучвания, целящи да определят до каква степен соматоформните заболявания, към които се отнасят и психосоматичните, са разпространени сред населението. Какъв е процентът на засегнатите лица и не на последно – място в каква възрастова група попадат най- често засегнатите. Направено в периода 1995–1999 г. проучване на 3021 лица на възраст между 14 и 24 години установява до каква степен соматоформните заболявания са разпространени сред юношите и младите хора. За целта е използвано интервюто M-CIDI (Munich-Composite International Interview). Резултатите от първото изследване показват, че 50% от юношите са страдали поне веднъж в живота си до момента на изследването от един соматоформен симптом. От тях 11% са вече със соматоформен синдром, а внимание заслужава и фактът, че соматоформните симптоми/ синдроми са много често

обвързани с други психични разстройства и зачестяват с напредване на възрастта [145].

Анализирайки фактите от това изследване и много други свързани с темата за психичното здраве, на преден план изпъква актуалността на проблема за психичното здраве на юношите и младите хора, тенденцията за постепенното нарастване на процента засегнати и намаляване на възрастовата граница на страдащите от поне едно соматоформно разстройство. Важно е да се отбележи и дали психопревенционните мерки са вече остарели или недостатъчно ефективни срещу нарастващото въздействие на факторите, детерминиращите психичните проблеми.

1.3. Психосанология и психопревенция

1.3.1. Психосанология

Науката за здравето – санологията, и науката за психичното здраве – психосанологията поставят акцента върху здравето като главен обект на медицинската наука и практика. При това се акцентира върху количествено-качествените характеристики на здравето, върху неговите положителни качества и възможности, като основните сили и средства на здравеопазването и медицинската наука не се съсредоточават върху погасяването на вече настъпилата психична болест, т.е. върху човекопатологията [50].

1.3.2. Психопревенция

Превенцията на психичното здраве е един от многобройните термини, използвани от различни автори във връзка с опазването на психичното здраве. В литературата психохигиената и психопрофилактиката се срещат като отделни понятия. През 1961 г. K. Soddy предлага термина „превенция на психичното здраве“, A. Querido (1965) въвежда „първична, вторична и третична превенция“. Д. Писева (1985) говори за профилактична психиатрия. К. Миленков (1987) предлага да се приеме терминът „превенция на психичното здраве“ като обобщаващ термин, а психохигиената и психопрофилактика да се употребяват за по-конкретни разработки [50].

Психохигиената е наука, разработваща теоретично и практически проблемите за осигуряване на правилното психично развитие, за запазването, укрепването и поддържането на психичното здраве. Основна нейна цел е да повиши устойчивостта и

съпротивляемостта на психиката спрямо вредните влияния на външната и телесната среда. Тя е насочена към условията за осигуряване на психично здраве според възрастта (детска, юношеска, зряла, старост). Психопрофилактиката включва система от мероприятия, насочени към предотвратяване на психични заболявания и според К. Мечков бива първична, вторична и третична пхихопрофилактика. Ясна става свързаността на психохигиената и психопрофилактиката, а общата им цел е нормализиране на начина на живот. Разработваните от тях мероприятия трябва да осигурят активна биологична, психична и социална адаптация, при която преработването на въздействията и изработваните адаптивни отговори под формата на биологични процеси, психични явления и социална изява да бъдат съответни, своевременни и съразмерни [43]. Особено важна е ролята на психохигиената в детската и юношеската възраст. Колкото по-малко на възраст е детето, толкова по-голяма е зависимостта му от околната среда. Тази негова зависимост изисква голяма отговорност от страна на възрастните, които осигуряват задоволяването на биологичните, психичните и социалните му потребности. В по-късен етап, правилното възпитание, осигуряващо адекватното удовлетворяване на значимите за детето потребности, може да повлияе за изграждането на здравата детска психика.

Психохигиенните задачи в юношеството са насочени към удовлетворяване на потребността на юношата да бъде разбиран и същевременно да намира условия за самостоятелна изява, като заедно с това чувства опората и доверието на възрастните.

Три са основните акценти в тази възраст:

- Да се установи пълна хармония между възпитанието и самовъзпитанието;
- Да се създаде по-стабилен дневен режим;
- Да се осигури защита срещу психична претовареност [43];

В България този процес по промоция и превенция на здравето на децата и учениците се осъществява в здравните кабинети в детските градини и училищата (чл. 120 (1) от Закона за здравето). Освен това кабинетите организират и провеждат програми за здравно образование на децата и учениците, представят специални програми за правилно хранене, програми за превенция на отклоненията в хранителното поведение, за предпазване от употреба на наркотични и психотропни вещества [136].

Промоцията на здравето е качествено нов подход, нова философия, нова стратегия за подобряване на личното и общественото здраве.

През 1986 г. е приета Отавската харта, която определя целта и принципите на

промоцията на здравето като създаване на възможности (шансове) на хората да подобрят здравето си чрез саморегулиране на своето здравно поведение [11]. Като основни ресурси на здравето промоцията на здравето определя личността и социалната група, а самата личност от обект се превръща в субект на своето здраве. Подобряването на обществено здраве и достигането на неговото оптимално ниво е крайната цел на промоцията на здравето, за което е необходимо създаване на здравословен стил на живот. Това може да се постигне само чрез висока здравна култура на населението и чрез метода на здравното възпитание. Широката обществена подкрепа, подкрепата на професионалисти от различни сфери, както и на медиите са задължителни за отчитане в по-късен етап на една положителна промяна. Към психопревенцията се отнасят психопромоцията, първичната психопревенция, вторичната психопревенция и третичната психопревенция. По отношение на целите, които си поставят за постигане, първичната, вторичната и третичната психопревенция са различават. Целта на първичната психопревенция е по-различна – да не се допускат нови психични заболявания или разстройства, чрез намаляване на рисковите (негативните) фактори, елиминиране на стресовите агенти, увеличаване на устойчивостта на индивида.

Пример за психопревенция е изготвянето на стратегии за справяне с живота (coping стратегии), включващи образователни програми, системи за социална подкрепа, групови програми, специфични техники за превенция и т.н. Целта на вторичната психопревенция е по възможно най-бързия начин да открие и овладее вече възникналото психично заболяване. Това се осъществява от болничната и извънболничната мрежа. Обучителните програми спомагат засегнатите да потърсят по-навременна психопомощ. Целта на третичната психопревенция е във възможно най-голяма степен да ограничи инвалидизацията чрез социална рехабилитация, реадаптация, ресоциализация, реинтеграция, медикаментозно лечение и др. Тази дейност продължава дълго и се извършва чрез комплексни програми, в които е ангажиран екип от психиатър, психолог, социален работник, трудотерапевт и др. Освен това е разработена и т.нар. „комплексна автоматизирана система за психопревенция“ (КАПС), която се състои от три подсистеми от първи ред, всяка от които съдържа по три системи от втори ред. Така действащите системи стават девет и те извършват комплексна диагностично-терапевтична дейност [50]. Някои автори обръщат внимание на превенцията на психичните разстройства, която е насочена към намаляване на честотата, разпространението, рецидива на психичните разстройства, ограничаване на

времето, което се прекарва с болестните симптоми, или рисковите условия за психични заболявания, предотвратяване, отлагане или намаляване на влиянието на болестта по отношение на болния, неговото семейство и обществото [124.]

Някои автори, работещи в областта на детската психология като Майкъл Клайн, споделят своето виждане, че силните деца имат нужда от силни родители и поставят въпросите как „да направим децата силни“ и „да направим възрастните силни“. С тези задачи са ангажирани възпитателите, учителите, здравните политици. В рамките на първичната грижа се включват също клиниките, детските и юношеските здравни служби.

Задачите им са:

- Превенция в областта на телесното и душевното здраве;
- Развиваща диагностика и въздействие върху неблагоприятните условия за развитие;
- Подпомагане на деца с особени нужди (инвалиди, хронично болни, с отклонено поведение, в неравностойно положение);
- Съветване и подпомагане на родители по всички свързани въпроси.

Организацията и изпълнението на целите и задачите на психопревенцията е дълъг и сложен процес, който подлежи на контрол. Периодично се правят научни проучвания в областта с цел констатиране на резултатите от предприетите мерки, както и за установяване на нови (актуални) проблеми, възникнали междувременно, и които не са били регистрирани в предишни проучвания. По този начин се проследява и контролира ефективността в системата на психопревенцията.

1.4. Психика и възрастова периодизация на психичното развитие

1.4.1. Психика и нервна система

Нервната система управлява процеса на приспособяване на организма (индивида) към постоянно променящата се околна среда. Това „управление“ е всъщност управление на всички функциониращи системи в организма – дихателна, сърдечно-съдова, храносмилателна, отделителна, полова и т.н. За да има приспособителен ефект дейността на индивида, тя трябва да съответства в максимална степен на структурата на околната среда. За да съответстват управляващите действия на нервната система на структурата на околната среда, между тях и отразените обекти

трябва да бъде осъществено **съответствие на подобие** [33, стр. 9]. Качеството (функцията) на нервната система, с което тя създава съответствие на подобие между отразения обект и неговото отражение, е психиката. А самата психика е само едно от качествата на нервната система. Компоненти на психиката са образите на обекти от околната среда. Като на всеки психичен образ съответстват нервни процеси, които са предизвикали появата му, но е важно да се отбележи, че не всеки нервен процес предизвиква появата на психичен образ.

1.4.2. Развитие на психиката

Психиката е качество (функция) на нервната система. Това означава, че промените в начина на функциониране на психиката по време на индивидуалния живот се причиняват от промени в нервната система. От друга страна тези промени, които стават с психиката на човека по време на неговия живот, представляват развитието на психиката. В своето развитие нервната система преминава през различни етапи (периоди), много от които съвпадат с етапите от развитието на психиката. Поради този факт общоприетото мнение днес е, че динамиката в развитието на психиката съответства на динамиката в развитието на нервната система.

Нервната система на човека съдържа около 100 милиарда нервни клетки, а всяка от тези нервни клетки е свързана чрез няколко хиляди връзки с други нервни клетки. Между нервните клетки протичат нервни импулси именно чрез тези нервни връзки. Към момента на раждането броят на тези връзки не е голям. Човекът се ражда дори с малък брой връзки между нервните клетки. Този брой се увеличава впоследствие, по време на индивидуалния живот, като това увеличение съвпада с увеличението на възможностите на психиката да възприема обекти от околната среда. Скоростта, с която протичат нервните импулси по нервните връзки между нервните клетки не е еднаква. Нервните импулси протичат многократно по-бързо по израстъците, които са покрити с миелин (специфично вещество, обвиващо нервните клетки). Процесът на миелинизация на нервните клетки е продължителен и протича до късна юношеска възраст. Към момента на раждането с миелинова обвивка е покрита само малка част от връзките между нервните клетки. Оттук следва, че процесът на миелинизиране на нервната система съвпада във времето с процеса на развитие на психиката до настъпване на зряла възраст [33, стр. 15]. По време на детството в резултат от процеса на миелинизиране, започват да функционират все нови и нови компоненти (участъци)

на нервната система, които дотогава не са били „функционално готови“. Тази последователност не е случайна. Тя е генетично предопределена, типична в голяма степен за всички хора, а от нея зависят способностите на психиката да отразява определен вид компоненти от околната среда в точно определена възраст. Изучаването и изследването на развитието на индивидуалната психика от нейната поява до настъпването на зрелостта е предмет на детско-юношеската психология. Самото изследване на развитието на психиката означава от една страна изграждане на понятия, които описват промените в психиката, наблюдаващи се при голям брой хора, а от друга страна – свързване на изградените понятия в структура с няколко равнища на йерархия, описващи психичното развитие. Това означава описание на причините, предизвикващи промени в психиката, които промени да доведат до приспособяването на биологичния вид и индивида към околната среда [33, стр. 7].

Теориите, в които се обсъждат причините и приспособителният смисъл на психичното развитие са малко на брой. Това са общоизвестните теории на Жан Пиаже, Зигмунд Фройд, Ерик Ериксон, културно-историческата теория, бихейвиоризмът и още някои други. Тези теории обаче са формулирани преди 50–100 години. До днес все още няма единна общоприета теория, обясняваща същността на психичното развитие, а дотук изброените са до голяма степен противоречащи си една на друга. По тази причина в съвременното съдържание на детско-юношеската психология присъстват всички теории, а всеки, който се запознава с развитието на психиката, оценява самостоятелно тяхното съответствие на действителността. Проблемът произтича от спецификата на обекта на психологията, а именно – психиката и трудностите в нейното изследване.

1.4.3. Възрастова периодизация на психичното развитие

Динамиката (скоростта) на протичане на психичното развитие в детството не е равномерна. Процесът на психичното развитие от една страна е продължителен, а от друга страна, за много кратки интервали от време в психиката могат да настъпят значителни промени. Появяват се нови качества на психиката, те заедно с нейните възможности се променят стъпалообразно на етапи. Развитието на психиката се изразява в появата и съществуването за определен период от време на нейни качества, които имат йерархична структура. Тези психични качества се изграждат през

относително продължителни периоди от време, но се появяват в относително кратки периоди от време. Различните автори имат различна гледна точка по въпросите за възрастовата периодизация на психичното развитие. Например възрастовата периодизация на Жан Пиаже е изградена върху появата на нови качества на мисленето: поява на „конкретни умствени операции“, поява на „формални умствени операции“ и т.н. Възрастовата периодизация на Зигмунд Фройд е изградена върху появата на нови качества на емоциите (промяна на зоната от тялото, предизвикваща сексуално удоволствие) – „орален период“, „анален период“, „фаличен период“ и т.н. Възрастовата периодизация на Ерик Ериксон е изградена върху появата на качества на психиката, регулиращи съвместното поведение с други хора: доверие, самостоятелност, инициативност, трудолюбие, изпълняване на определена роля в съвместната дейност, интимност, продуктивност в съвместната дейност и т.н. [33, стр. 74].

Повечето възрастови периодизации на психичното развитие имат едни и същи граници между различните периоди, въпреки различните компоненти на психиката които те описват, а именно – мислене, емоции, социални качества и др. Въпросите за главните компоненти на човешката психика и на промените, които стават с тях все още са противоречиви, за да бъде направена една логически последователна периодизация на психичното развитие.

В България границите на степените на образователната система образуват следната **периодизация на психичното развитие:**

- Първи период – Младенческа възраст. Това е първата година от живота на човека;
- Втори период – Ранна възраст. Това са втората и третата година от живота. Може да се срещне в по-стари източници и като „яслена“ възраст;
- Трети период – Предучилищна възраст. Това е възрастта от началото на четвъртата година до постъпването в училище на 6–7-годишна възраст;
- Четвърти период – Начална училищна възраст. Това е периодът от 6–7 до 10–11-годишна възраст, или от тръгването на училище до началото на половото съзряване;
- Пети период – Юношеска възраст. Това е периодът на половото съзряване, приблизително от 10–11 до 14–15-годишна възраст, или от 5 до 8 клас;

- Шести период – Ранна младежка възраст. Това е периодът от края на половото съзряване до настъпването на юридическата зрялост на 18-годишна възраст.

Тази периодизация на психичното развитие не е изградена върху основата на някаква теория за промените в психиката, а върху емпирично наблюдаваните в продължение на хилядолетия гранични моменти в психичното развитие [33, стр. 78–80]. Тя е включена в **културно-историческата теория** за развитието на психиката, и по-специално, от руското направление на тази теория, разработено от Лев Виготски, Александър Лурия, Даниил Елконин, Алексей Леонтиев, и др. Самото психично развитие се разглежда като поредица от последователни сензитивни периоди, като през всеки отделен период се изгражда определено психично качество, характерно само за определения период. Поведението през определен сензитивен период също е специфично, типично и различно от поведението, характерно за друг сензитивен период. По типичното поведение може да се направи извод за психичните качества, които се изграждат във всеки един период. За всеки период е характерно типично поведение или „водещ тип дейност“. Например водещ тип дейност в предучилищната възраст е играта, а в училищна възраст – учебната дейност. В юношеска възраст водещ тип дейност е общуването с връстниците.

1.4.3.1. Поява на психиката в индивидуалното развитие

За поява на психиката можем да приемем момента, в който в нея се появи първият психичен образ. Още от 18-тия ден на бременността започва да се забелязва нервна тъкан заедно със сърдечна тъкан, а от края на първия месец от началото на бременността двете системи започват да функционират. За това начало може да се съди по появата на поведение – промени в индивида, очевидно осъществявани от нервната система. Малките, бавни движения на цялото тяло, които се забелязват към 50-тия ден от бременността се приемат за първото поведение на индивида. Следва поява на други различни движения, а между 60-тия и 120-тия ден от началото на бременността човешкият индивид извършва до 20000 движения дневно. Известно е, че още от ембрионалното развитие мозъкът на човека се развива по-ускорено в сравнение с другите органи. Факт е и, че в такъв ранен ембрионален стадий може да се установи и вътреутробно поведение. За първо поведение, причинено от появата на обект в околната среда се приема отварянето на устата след леко докосване с косъм в областта около устата. Това поведение се регистрира на 60-тия ден от бременността и се

допуска, че то е настъпило в резултат на възприемане на обект от околната среда, т.е. като причинено от психичен образ. Изхождайки от такова предположение, този факт може да се приеме като поява на психиката. След 190-тия ден плодът обръща глава по посока на появила се светлина, а след 210-тия ден започва да се плаши от силни звуци. През последните 3 месеца от бременността плодът започва да различава гласа на майката, а след 240-тия ден се появява денонощен цикъл на сън и бодърстване. Това навежда на мисълта, че психиката не се появява след раждането, а съществува още преди човек да се роди.

1.4.3.2. Развитие на психиката през първата година от живота

Основните фактори, влияещи върху развитието на детската психика, са наследствеността, вродените индивидуални признаци, среда (природна и социална), възпитание и активност на детето. През първата година от живота на човека промените в психиката му са най-големи, а в края ѝ присъстват почти всички типични за него качества: разбира и изговаря думи с тяхното общоприето значение, помни познатите хора и ги търси, знае името си и т.н. Самото развитие на психиката представлява изграждане на все по-адекватни психични образи и свързването им с нови психични по-сложни образи от йерархията. Към момента на раждането функционират всички сетива на човека. Зрението функционира дори още преди раждането, а през първите няколко месеца се променя значително. Детето наблюдава движещите се предмети, по-късно към четвъртия месец различава почти всички цветове и т.н. Чрез зрението то получава най-много информация от околната среда. По отношение на слуха е установено, че веднага след раждането детето насочва поглед в посоката на щракване с пръсти. Това означава, че то чува.

Развитието на поведението на човека е много по-бавно в сравнение с поведението на сходни биологични видове (шимпанзе, горила, орангутан). Съществуват т.нар. вродени схеми на поведение или рефлекси, които изчезват скоро след раждането и имат приспособително значение. Такива са рефлексът за бозаене, „рефлексът на Моро“, рефлексът за хващане, за ходене, плуване, подражание, рефлексът към силна светлина. По отношение на поведението с тялото се усвояват следните движения:

- Когато лежи по корем, в края на първия месец, повдига главичката си;
- През втория месец повдига главичката и гърдите си;

- През третия месец може да се обръща настрани от положение по гръб или от положение по корем;
- През четвъртия–петия месец може да седи за около минута, придържано от възрастен;
- През петия месец може да се обръща от лежане на гръб по корем и обратно;
- През шестия месец може да седи на столче, поддържано от възрастен;
- През седмия месец седи самостоятелно и може да прави последователни „крачещи“ движения;
- През осмия месец сяда само, може да стои на крака (повечето деца) и прави опити да ходи, придържайки се за предмети от обкръжението;
- Между шестия и осмия месец някои деца се научават да пълзят;
- Към десетия–единадесетия месец ходи с придържане;
- Към дванадесетия месец обикновено децата правят първите си самостоятелни крачки.

Развитието на поведението с ръцете е от голямо приспособително значение за човека. Още през първия месец детето протяга ръце към видян предмет, а към петмесечна възраст е в състояние да хване неподвижен предмет. След 6-месечна възраст детето може да премести един предмет от едната в другата си ръка, а между осмия и дванадесетия се развива изцяло координацията между пръстите на едната ръка и се появява т.нар. „пинсетно“ хващане на дребни предмети. Към края на първата година децата могат да отварят прозорци, шкафове и т.н. Развитието на поведение за издаване на звуци е един от главните начини за създаване на понятия в психиката на други хора и се наблюдава още от момента на раждането. Първоначалните звуци са по-слаби и по-силни в съответствие с емоционално състояние, а след като навърши 3–4 месеца, детето възпроизвежда бъблене и до 11–12 месечна възраст започва да произнася първите самостоятелни думи. Тази последователност на промените в поведението не е еднаква във времето при всички деца. Същевременно с развитието на поведението се развиват и емоциите. Те се появяват по генетично предопределен начин и са образ на генетично фиксирана причина за промяна на възприети по време на индивидуалния живот обекти от околната среда. Двата типа емоции, които се появяват едновременно през първата година от живота са:

- Емоции, причиняващи поведение, насочено към промяна на физиологичното състояние на индивида;

- Емоции, насочени към отразяване на обектите от околната среда.

В този възрастов период характерен и подчертано засилен е познавателният интерес, като той предизвиква у детето удивление при възприемане на нов обект и възбуда при възприемане на познат обект. Тази емоция е съпроводена със забавяне на пулса и спиране на движенията на тялото. Още през първия месец децата имат изразен интерес към човешкото лице и сходни с него форми, а към края му се появява съсредоточаване на слуха към човешкия глас. Звуците на човешката реч предизвикват по-силен интерес от всякакви други звуци, а към края на третия месец се появява и познавателният интерес към други хора. Появява се усмивка, замиране, съсредоточаване, като целият този комплекс от поведения се наричат в руската психология „комплекс на оживление“, а в западната психология – „усмивка“. Тя се появява като емоция когато физиологичните нужди на детето са удовлетворени – то е нахранено, сухо и се е наспало, и е поведение, насочено към възприемане и изграждане на отношения с друг човек. С усмивката си детето приканва възрастния да общува с него. Тя е израз на неговата готовност да си сътрудничи с възрастния човек. Тази емоция, заявяваща сътрудничество, се означава с понятието „подражание“. Появата му е около втората седмица след раждането и се развива в съответствие с отношенията, в които влиза детето с други индивиди. Психичният образ на причината, която подтиква детето към общуване с други хора се разделя на два образа или емоции – привързаност и страх. Като за всяка от тези две категории поведението на детето е различно. При изпитване на страх то се стреми да избягва общуване с непознат човек, а при чувство на привързаност то се стреми да общува с други хора. Първият човек, към когото детето се привързва, е логично майката. Тази привързаност оказва огромно влияние върху правилното развитие на детето впоследствие. За привързаността може да се каже, че е и генетично заложена.

Интересен е и фактът, че емоциите, които децата проявяват, не са еднакви по вид и интензивност, а тези различни емоции предизвикват и различно по вид и интензивност поведение. Известно е, че не само развитието на мозъка определя психичното функциониране, но и ранният опит, особено в периода на формиране на привързаността към основен грижещ се, значително влияе на формирането и развитието на мозъчните структури. Главното отличие на детския мозък от мозъка на възрастния е пластичността на мозъчните връзки и на нервната система. В онтогенезата детският мозък съзрява хетерогенно, т.е. неравномерно. Различните

структури на мозъка и съответните психични функции съзряват с различна скорост и достигат пълна зрялост в различни етапи на развитието на детето [41, стр. 6].

При развитието на паметта и мисленето също има характерни особености. Човешкото мислене се развива, като психичните образи се свързват в един психичен обект, тези образи се сравняват със съществуващите в паметта, след което сходството между съществуващите понятия се сравнява и се създава психичен образ на сходство между тях. По този начин в един образ се свързват обекти, разположени отдалечено във времето и пространството. Самото привикване към новите обекти при децата е бързо, но също и интересът им бързо преминава. Още от третия месец децата разпознават хората от най-близкото си обкръжение, които се грижат за тях. По-късно започва развитието на понятията. За граничен момент се приема шестмесечната възраст, защото след тази възраст детето започва да използва в поведението си изградени до тази възраст понятия. Освен това то започва чрез поведението си да възприема и сравнява достъпните предмети, като ги опипва, опитва ги, движи ги и внимателно наблюдава всички промени, които стават с тях. След четвъртия месец до края на първата година децата усвояват много „знаци“ с жестове на ръцете и тялото. Тези знаци съответстват на определен психичен образ в тяхната психика, „разпознават се“ от възрастните и по своята същност са понятия [33, стр. 136]. Към 10-месечна възраст детето започва да забелязва промените в облеклото на майка си и на другите хора, а към 11–12 месечна възраст в психиката на децата има един образ на своя собствена, продължителна поведенческа последователност. Много важна е появата на показващ жест – посочване на предмет, който се появява в края на първата година от живота на детето. Този жест липсва, например при шимпанзето. Количеството на показващите жестове на детето съответства на броя думи, които то е научило през втората година от живота си. Краят на първата година от живота на детето е и край на един цялостен период от развитието на психиката. През втората година детето има вече понятия за всички обекти, които е възприело, изговаря думи, може да ходи, участва в социална структура от много хора и има изградени различни отношения към всеки конкретен човек [33, стр. 139].

1.4.3.3. Развитието на психиката в ранната (младенческата) възраст

В младенческата възраст развитието на психиката продължава като един сложен, динамичен и своеобразен процес. Предпоставките за нормалното му

протичане са заложени още в бременността на майката. През този възрастов период, психичното развитие има своите особености и специфична характеристика. Ранното детство представлява особено важен етап от детското развитие, както и основа за развитието на последващите възрастови етапи [66, стр. 9]. Той е вторият по значимост на промените период от развитието на детската психика. Най-типичното поведение в тази възраст е бързото усвояване на поведение с материалните обекти и отсъствие на поведение към опознаваната в момента социална среда. Затова децата в тази възраст предпочитат да играят с предмети, а не с други деца или възрастни. Променена е изцяло посоката на интересите. В този възрастов период се изграждат основно три типа понятия:

- Понятия за своето поведение към веществените структури (включително и веществените структури на живите индивиди);
- Понятия за невеществените структури на живите индивиди (социалната среда и психиката на другите хора);
- Понятие за структурата на изградените в своята психика понятия. Това понятие се означава като **„съзнание“**.

Понятията от първите два типа продължават да се изграждат и в следващите възрастови периоди, докато понятието „съзнание“ се изгражда само в ранната детска възраст. То се появява през третата година от живота и е последното качество в индивидуалното развитие на психиката, което все още не съществува към началото на ранната възраст. Неговата поява се приема като главно достижение на психиката в този период. През този период във физическото развитие на детето настъпват също значителни промени: то е изключително подвижно, изправя се ходи, гръбначният му стълб придобива S-образна форма, пониква и израстват всичките 20 млечни зъби. Освен това установява, че предметите от околната среда имат не само материални, но и социални свойства, т.е. открива и типичната употреба на предмета в ежедневието. Играта с другите деца (взаимодействието) се появява чак към 18–20 месечна възраст, като преди това тези взаимоотношения за били от различно естество – връстниците са възприемани като играчки (предмети). Вече към края на втората година децата започват да се стараят да покриват (отговарят) на изискванията на възрастните. Като колкото по-привързано към родителите си е детето, толкова с по-голяма охота спазва зададените от тях правила. Привързаността, която детето изпитва към родителите си играе също важна роля в по-нататъшното му поведение.

Още през първата година от живота на детето се появява и започва да се развива речта. Речта се появява през първата година от живота, а вече в началото на втората година детето разбира около 50 думи. Първите отделни думи се появяват на възраст 18–20 месеца. Преди това са били предхождани от гукане, бъблене, а към 18-тия месец се появява т.нар. „телеграфна реч“ – съединяване на две думи в едно изречение, което не съдържа предлози, окончания, съюзи и т.н. Изреченията са съставени обикновено от съществително име, глагол или прилагателно име. През третата година се появяват и сложните изречения, съставени от 2 прости. Тогава започва и задаването на първите въпроси от страна на детето. До края на третата година се усвояват и правилата на граматиката, като това става чрез слушане на речта на възрастните. Тук е важно да се спомене неоценимата роля на майката, нейното внимание към езиковите изказвания на детето, стремежът ѝ в своята реч да отговори на неговите желания и мисли, което има силна стимулираща роля в изграждането на детската реч. Към края на третата година се появява и съзнанието и това е причината първите спомени на човека да са от този период. Думата за съзнанието в човешката реч е „Аз“. Така към края на третата година детето притежава всички качества на психиката, характерни за човека – мислене, реч и съзнание.

В най-общ план характерните особености на психичното развитие през ранното детство могат да бъдат обобщено представени и по следния начин:

- Интензивност – през тази възраст психичното развитие е изключително интензивно. Детето овладява достатъчно речта, освен това може да комуникира, да ходи, да тича, да се катери. То има добра памет и се съсредоточава при игра или наблюдение, също прави своите умозаключения за заобикалящия го свят;
- Доминираща роля на възприятната сфера – тук се акцентира върху осмислянето на сензорната информация, която е сложен процес на интерпретация и осмисляне на съвкупността от свойства и качества на предметите и явленията;
- Силна интеграция и слаба диференциация на психичните процеси – детето трудно разграничава възприетото непосредствено от това, което си е представило. Трудно отдиференцира реално възприетото от въображаемото и прави разлика между желано и невъзможно. Понятията са му твърде неясни и общи;
- Има силно изразена емоционалност, тъй като чрез емоциите детето опознава света, а те са в основата на всички психични процеси в тази възраст. Неговите

преживявания са мотивация за неговото поведение. Взаимодействията и взаимоотношенията му с другите се определят също от емоционалните му нагласи. Това, което му е интересно и емоционално представено се заучава лесно;

- Действеност – детето в тази възраст е непрекъснато в движение и трудно се задържа на едно място – строи, подрежда, драска, къса и т.н. То не скучае и не щади усилията си. Неинтересната дейност веднага се сменя с друга – по-интересна;
- Подражателност и доверчивост. Авторитетите на детето в тази възраст са родителите и другите близки, затова то се стреми да копира тяхното поведение и техните действия. Едва към края на третата година се проявяват симптоми на непокорство и негативизъм към родителите, въпреки това детето продължава да им подражава;
- Искреност – децата не познават в тази възраст лъжата. Те са съвсем искрени в мислите, желанията, действията и цялостното си поведение. Като тази искреност се запазва и през първите години на предучилищна възраст. Това не изключва богатото им въображение;
- Богато въображение – в този възрастов период се зараждат въображението и фантазиите, като компенсаторен механизъм поради недостатъчните им познания за света. За малкото дете няма невъзможни неща в реалния свят;
- Синкретизъм на детското мислене. Детето може да прави такива обобщения, в които изпуска съществено, а изтъква това, което го е впечатлило. Това често води до липса на последователност в разсъжденията. Синкретизмът предшества анализа и синтеза в детското мислене;
- Пластичност – стабилност на детската психика. Пластичността на детската психика дава възможност за по-лесна и ефективна компенсация на задръжки или отклонения в психичното развитие. Още в тази възраст детската психика е своеобразно стабилна, а детското поведение е значително стабилно.

Когнитивното и психо-социалното развитие на малкото дете са взаимносвързани в този възрастов период с физическото му развитие. Действията на детето трудно се разграничават на физически и интелектуални, тъй като са израз на поведението на целия му организъм и психика. В тази възраст психичното развитие се влияе от много фактори – генетичен код, условия на живот, възпитателни въздействия,

но също така и от динамиката на физическото развитие. Тази характеристика на психичното развитие през ранното детство се обогатява и разширява в по-горния възрастов период [66, стр.10–12].

1.4.3.4. Развитие на психиката от четвъртата година до постъпване в училище (предучилищна възраст)

Възрастта на детето от четири години до постъпването му в училище се нарича в България „предучилищна възраст“. През този период детето се развива физически, като всяка година височината му се увеличава с 5–6 сантиметра, а теглото с 2–3 килограма. Големите мускули, отговорни за придвижването на тялото в пространството, се развиват по-бързо от мускулите, извършващи малки (фини) движения. Сърцето расте много интензивно, пулсът е ускорен, но постепенно с възрастта се нормализира. Детето е много по-подвижно от възрастния, изразходва много повече енергия, обмяната на веществата (метаболизмът) му е ускорена и се нуждае от два пъти повече храна в сравнение с възрастния. Качествата на зрението в тази възраст достигат своя максимум за целия живот на човека.

Най-типичната дейност, характерна за този възрастов период е, че децата възпроизвеждат в своето поведение социалното поведение на възрастните хора – техните взаимоотношения. Като това подражание не е самото социално поведение, а негов модел (копие). Това става посредством играта, която е най-типичното поведение за този период. По-късно с появата на психичното качество „съзнание“ детето вече може да управлява поведението си върху основата на психичните образи, съществуващи в неговата психика. Това качество е нещо ново за детето и то експериментира с него, като с претенцията „Аз сам“ то заявява желанието си само да изгражда поведението си, а не това, което е предложено от възрастния.

В поведението на детето появата на съзнанието предизвиква някои негативни явления като своенравност, опърничавост, инат и дори стремеж към деспотизъм. Затова някои психолози определят края на ранното детство и началото на предучилищната възраст като краткотраен период на „криза“. Като цяло промените в психиката са доста мащабни и детето на 3-годишна възраст се различава силно от детето на 6-годишна възраст по обема и равнището на знанията и поведението, които усвоява. По тази причина педагозите са определили колективното обучение и

възпитание на децата в предучилищна възраст да се осъществява в групи. Всяка група е съставена от деца на една и съща възраст.

Поради факта, че продължителността на предучилищната възраст е 3–4 години, тя е разделена на 3 подпериода:

- 4-годишна възраст;
- 5-годишна възраст;
- 6–7-годишна възраст.

Обучението и възпитанието на децата става в отделни групи в детската градина, а 6–7 годишните могат да избират предучилищна подготовка в училище.

По време на предучилищната възраст потенциалът и капацитетът на нервната система значително нарастват. Значително нарастват и възможностите за възприемане на по-голям брой обекти, на връзките между тях и на изграждането от тях на единен цялостен образ. Паметта също има увеличени възможности, увеличава се броят на новите думи, които детето използва в речта си. От 1000 думи, които детето употребява на 4-годишна възраст – на 3000–4000 думи до към края на седмата година. Речта се подобрява в граматично, стилистично и фонетично отношение. Започва да употребява съюзи и да прави умозаключение. В резултат на сравняването и анализирането на обекти и ситуации детето, започва да схваща сходство (общото) в структурата между обекти с различни функции и сходството във функциите между обекти с различна структура. Тази разновидност на изграждане на понятия се означава с понятието „аналогия“ [33, стр. 170]. Емоцията, свързана с познавателния интерес в предучилищна възраст води до извършване на поведение, възпроизвеждащо поведението на възрастните хора помежду им. Това се изразява в играта с връстниците, в която проличават стремежът към сътрудничество, стремеж към лидерско място, агресивност, завист, лъжа и др. Главното достижение на психиката в предучилищна възраст е качеството „съподчиняване на мотивите“ (воля), „йерархия на мотивите“, „самоконтрол“, „мотивация“, съответстващо на йерархията на емоциите. Това качество се появява през четвъртата година от живота на детето и го подтиква да прояви „усилие“ при избора в един и същ момент на определено поведение. Най-ефективната мотивация за постигане на успех в училище е „мотивацията за постигане на успех“ или „наградата“ от страна на възрастния. Децата в тази възрастова група започват да възпроизвеждат видяното от възрастните поведение – на учителката, лелката, майката, бащата, бабата, герои от филми, приказки и т.н. Това повторение на наблюдаваното

поведение става чрез играта. На 3–4 годишна възраст детето играе относително самостоятелно, на 4–5 години в процеса на игра се появяват взаимоотношения, а на 5–7 години взаимоотношенията между децата се усложняват и се засилва организираността на играта. Проявява се стремежът към съвместно поведение в група от хора, който подтиква децата да играят съвместно и пак тук се появява стремежът към лидерство. Чрез изследване и заснемане на деца в групата, изследовател достигнал до изводите, че по-висок статус имат тези деца, които са имали в поведението си повече умения за общуване с другите деца [66]. Някои от тези качества са постепенно включване към играта чрез уместни забележки и споделяне на своя опит и по-нататъшно по-активно включване; разбиране на чувствата и поведението на другите деца; съгласяване с тях, непредлагане на своите желания, способност за поддържане на разговор, приятелски отношения, оказване на помощ, разрешаване на конфликтни ситуации, споделяне на опита си, неизползване на физическа агресия. За завършването на периода на развитието на предучилищната възраст е характерна не появата на ново качество на психиката, а промяна на вече съществуващите психични качества, достигащи до някаква степен на развитие. За качествата на психиката се съди по следните видове поведения: съвместното поведение с другите деца; съвместното поведение с възрастни хора; наличие и използване на изградени понятия като владеене на езика, памет, внимание и др.; обща емоционална насоченост на поведението (темперамент и активност).

Проследяването на развитието на психиката, изучаването и проучването ѝ в миналото и днес дава възможност да се научат изключително много подробности за този продължителен процес. Този интерес към процеса не е безпочвен. Доброто психично развитие винаги се е смятало за условие за постигане на успех в живота, а факторите, които го повлияват са предизвиквали интереса на учените и на обикновените хора в миналото и днес. Така за фактори, които повлияват развитието на психиката се приемат:

- Разнообразната околна среда (природна и социална), което означава детето да може да живее и да възприема разнообразната околна среда, а също и да експериментира с нея;
- Образованието на майката се счита за най-сериозният фактор, влияещ върху общото психично развитие на детето (т.е. върху коефициентът му на интелигентност);

- Социалният слой, в който живее детето – ниската социална прослойка задържа психичното развитие на децата, живеещи в тази среда;
- Шумът и хаосът в жилището сами по себе си въздействат задържащо на общото психично развитие;
- Броят на децата в семейството е фактор, свързан пряко с общото психично равнище на подрастващите.

Всички тези фактори оказват влияние върху общото психично развитие (коефициента на интелигентност) в предучилищна възраст, а това влияе и върху готовността на детето за училище. Краят на периода на предучилищната възраст завършва с постъпването на детето в първи клас.

1.4.3.5. Развитие на психиката в начална училищна възраст

Началното училище се е появило преди повече от 2000 години като границите във възрастта за готовност за училище са генетично (биологично) предопределени. Промените в психиката, които позволяват на едно дете да посещава училище, не се изразяват в появата на ново психично качество, а в степента на промяна на вече съществуващи качества. Физиологичен показател за това, че настъпва нов период в развитието на индивида е появата на първите постоянни зъби. Това означава, че генетичният код подготвя индивида окончателно за съществуването му до края на индивидуалния му живот. От това следва, че психичните качества, които започват да се изграждат в индивида в начална училищна възраст са последни в тяхната генетично фиксирана структура, върху тяхната основа повече не предстои изграждане на други качества на психиката и са тези, които трябва да позволят на индивида да съществува в неорганизирана от възрастните околна среда, т.е. в социалната структура на човешката група, и да се възпроизведе [33, стр. 188]. Много важно е да се отбележи, че социалната структура на човешката група измества родителите от въздействието им върху психиката на децата и започва да им влияе пряко до изграждане на окончателните психични качества за възпроизвеждането на социалната структура.

Тръгването на училище изисква наличието на определени способности, а не само навършени определени години. Към първокласниците има конкретни изисквания, на които да отговарят, а именно:

- Детето да е в състояние да отиде до училището и да се върне от него;

- Детето да е в състояние да изпълни задачите, които са поставени от педагога за самостоятелна работа вкъщи за следващия ден или до края на седмицата;
- Детето да е в състояние върху основата на вече усвоени знания да усвои нови знания;
- В училище детето трябва да насочва вниманието си най-малко в продължение на 20 минути;
- За усвояването на преподаваните в училище знания детето трябва да има вече изградено основно равнище на познавателни (когнитивни) способности;
- В училище то трябва да изпълнява поставяните от педагога задачи и да е в състояние да общува нормално с другите деца.

В тази възраст интересът и желанието на децата към ученето е най-голям, авторитетът на учителя е най-голям, а поведението им е устойчиво поради това, че съзнанието вече е непрекъснато във времето. Съподчиняването на мотивите (волята) вече е постоянно качество на психиката до края на живота, а не временно появяващо се, както в предшестващите възрастови периоди. Мисленето е най-интензивно развиващият се процес в начална училищна възраст. Показател за това е произволната памет, т.е. „волевата“ памет, благодарение на която детето съзнателно може да възпроизведе психичен образ, за който има изградено понятие. Осен това детето наблюдава с огромен интерес обектите от социалната среда, проявява силен интерес към мелодиите и песните, с които са означени обекти от социалната среда на възрастните. Промените, настъпили в психиката и физиката, са подготвили детския организъм за следващия етап от развитието му, а именно настъпването на периода на юношеската възраст и половото съзряване.

1.4.3.6. Развитие на психиката в юношеска възраст и особености на периода

С края на началната училищна възраст настъпва началото на юношеската възраст – приблизително от 10–11 до 14–15-годишна възраст. Това е последният период от детството, прибавен най-късно в историческото развитие на човека.

В България е прието юношеската възраст да приключва към 14–15-годишна възраст, а възрастта от края на юношеската възраст до настъпването на юридическата зрялост (18 години) се нарича ранна младежка възраст. Продължителността и структурата на юношеството са резултат най-вече от културно-историческото развитие

на общностите. След физиологичното съзряване (11–14 години) в юношеството днес има още два периода: 15–18 и 19–23-годишна възраст, добавени след като уменията, натрупвани до 15 години, престанали да са достатъчни за социалната роля на възрастен [32, стр. 169]. В западноевропейската и американската психология с понятието „юношеска възраст“ се означава целият период от 10–11 до 19–20-годишна възраст. Поради това в изложения материал ще се разгледа развитието на психиката до 19–20-годишна възраст, споменавайки възрастта като „юношеска“.

В повечето езици цялото юношество (целият период) се нарича с една дума, напр. в английския се използва „adolescence“ или „teenage years“, в немския „Jugendalter“ и т.н. Юношеската възраст е последният период от детството – краят на детството, и е по-особен период в психичното развитие. Това е времето за приспособяване на юношата към околната среда на възрастите хора, юношеската психика трябва да претърпи окончателна, завършваща цялото детство промяна и да позволи изграждане на поведение, необходимо за по-нататъшното съществуване на индивида. Юношеството сумира в себе си всички адекватни и неадекватни тенденции в психичното развитие през цялото детство. Затова именно в юношеската възраст се проявяват във видим, явен вид в поведението всички качества на психиката, изградени през цялото детство [33, стр. 202]. През този период съществуването на младия човек започва да зависи все повече от неговото място в социалната структура на обществото от възрастни, затова поведението и психиката му са насочени към усвояване на поведението между възрастните хора. Появяват се нови стремежи. Структурата на стремежите в юношеството става като на възрастен, но социалната роля е все още на дете. Това несъответствие е източник на конфликтност в стремежите и мислите през цялото юношество [32, стр.169]. В началото на половото съзряване е характерен стремежът към изграждане на големи групи от връстници, докато във втория подпериод се появява силният стремеж за заемане на място в структурата на възрастните. Към края на този период младежите се включват в социалната структура на обществото, като си избират професия. По отношение на развитието на нервната система също се открояват някои различия. Нервната система вече е изградена и в нея вече няма предвидени участъци за отразяване на все още неотразени отделни компоненти на околната среда. Познавателният интерес намалява, познавателните емоции се появяват тогава, когато физиологичното състояние се отклонява от оптимално фиксираното. Нещо повече – осъществяването на познавателния интерес от началото на половото съзряване започва да изисква извършване на усилие („воля“).

Така започва и борбата за съподчиняване на мотивите и избор на поведение при младите хора. Да имат „воля“ – това е главното достижение на психичното развитие през юношеската възраст. Друг характерен белег е развитието на когнитивните процеси, които в юношеската възраст достигат до зрялост. Засилват се също абстрактността и рефлексивността на мисленето, което създава условия за ориентиране към базови ценности. Разсъжденията им стават задълбочени и обосновани. Изменя се и способността да се вземат решения [63, стр. 469].

Вземането на решения включва:

- Умения да се правят избори – зависят от самооценката, от осъзнаването на себе си като автор, от самоконтрола; в сравнение с децата, юношите са много по-самостоятелни, но и много по-податливи на натиска на другите – конформизмът е най-силно изразен в тази възраст;
- Умения за обмисляне на възможностите – зависят от развитието на рефлексията;
- Умения за креативност – откриване на различни възможности, цели, проекти; обикновено юношите могат да проявяват много по-голяма креативност;
- Умение за компромис – взаимно отстъпване и уважаване на чуждото разбиране;
- Умение да се обмислят последиците от избраните действия – юношите могат много по-добре да обмислят последиците от взетите решения;
- Умение за правилни избори – зависи от ценностите и миналия опит;
- Критичност – умение да се провери истинността на информацията при изследването на отделните варианти;
- Последователност – умението да се прокарва решението във времето;
- Отговорност – умението да се следват решенията.

Наблюдава се настъпване на промяна и в поведението на юношите. Много автори определят този момент като момент, в който родителите спират да разбират децата си, те престават да „разбират“ техните въпроси и не могат да им отговорят. Това предизвиква младите хора да се „затворят в себе си“ и да търсят сами отговорите на интересуващите ги въпроси. Появява се и рязко „влошаване“ на поведението на юношите, изразяващо се в юношеския негативизъм – инат, противопоставяне на възрастните, поява отново на емоцията „Аз сам“. Търсенето на мястото и на самоопределението е придружено от определени вярвания, идеали и ценности. Осъзнаването на различието между възможност и действителност ги прави бунтари,

преживяването на различието между това, което е, и това, което трябва да бъде, създава чувствителност към нравствеността, към противоречията между справедливост и несправедливост, грижа, свобода, възможност за самоосъществяване [63, стр. 465]. С началото на юношеската възраст се увеличава и процентът на негативната самооценка, достигащ до 50% при 13–14-годишните. Нараства също и чувството за тревожност. Тази „криза“ в началото на периода не се наблюдава при всички деца, а само при 45% от децата, като при 20% от юношите кризата е ясно подчертана, а при 25% не е подчертана, но може да се забележи [33, стр. 206]. Много съществена промяна, отнасяща се до развитието на личността, е настъпването на развитие на Аз-образа. Образът, който детето изгражда за себе си, е отражение на неговата автономност. Рефлексията открива възможност да погледне на себе си от различни гледни точки. Аз-образът започва да се изпълва с рефлексивно съдържание – Аз-ът се открива не само чрез отношението „Аз–Аз“, но и чрез отношението „Аз–не Аз“ (Аз и другите). Големият обем и разнообразието от едновременно настъпващи промени повишава вътрешното „напрежение“ във все още незрелите млади личности. Тези промени настъпват както във вътрешната среда (тялото), така и във външната среда – социално обкръжение, приятелска среда и т.н. Всички тези промени се оказват често непосилно предизвикателство за адаптационните им способности. В ранното юношество настъпва съществена преориентация както на междуличностните отношения, така и на междуличностното възприемане. Една от съществените причини е психичният конфликт, който чрез своето влияние води до изменения в референтността, която е лабилна и неустойчива през този възрастов период [16, стр. 5]. Друг особено важен фактор, влияещ върху самочувствието и самооценката, е отношението към собственото тяло. Юношите започват все по-често да се вглеждат в себе си, във външността си – начина на обличане, поведение, вкусове и т.н., възможна е промяна в самооценката. Физическата привлекателност се явява много силен фактор, който влияе върху статуса на юношата във формалните и неформалните групи от връстници [33, стр. 213]. В стремежа си да изглеждат по-слаби, привлекателни и „сексапилни“ при момичетата се наблюдава желанието да гладуват; да носят обувки на висок ток; да носят дрехи, неотговарящи на тяхното телосложение (твърде стегнати или къси). Това поведение може да доведе до неблагоприятни здравословни промени, които да затруднят нормалното развитие на променящия се организъм – анорексия, заболяване на опорно-двигателния апарат и др. Характерното поведение при момчетата е, че „залитат“ към оформянето на мускулна маса, което често е свързано с взимането на хранителни

добавки и свръхнатоварване на опорно-двигателния апарат чрез неподходящ спорт или двигателен режим [21, стр. 17]. Това е продължителен период, в който се изгражда самоидентификация и цялостно схващане за себе си, което е в основата на последващото вграждане в социалната среда. Търси се и в добрите случаи се намира призвание. Ако това не се осъществи, настъпва „негативна идентичност“ с нарушение и неизпълнение на дълг, примери за което са противозаконното поведение, хулиганството и др. Възприемат се полови роли и се оформя стремеж към интимни отношения [49, стр. 49]. Според някои автори изграждането на един достоен образ за себе си в този период е от решаващо значение, тъй като юношите, при които в ранното детство – когато още са неузрели, не е започнало развитието на самоуважението, могат да стигнат до крайности, рискови решения и склонност към опасни взаимоотношения [113, стр. 174]. Според Алфред Адлер най-добрата профилактика срещу смущенията и трудностите по време на пубертета е намирането на приятели. Децата трябва да бъдат добри приятели и другари. Това се отнася до членовете на семейството и до хората, непринадлежащи към семейния кръг. Семейството трябва да съставлява една общност, в която всеки да има доверие на другия [1, стр. 133].

1.5. Теории за развитието на детето

Съществуват няколко теории, които оформят разбирането за развитието на детето.

1.5.1. Психоаналитична теория на Зигмунд Фройд

Според нейния създател съществуват не само осъзнати, но и неосъзнати процеси, като преобладаващите са неосъзнатите, които имат изключително значение за духовния живот. Би могло да се каже, че всяка мисъл, преживяване, желание, които са били някога осъзнавани, могат да бъдат и неосъзнавани. Зигмунд Фройд (Sigmund Freud) обяснява психичния живот на детето като определен от нагоните. Нагонът е генетично детерминирано образувание, чието действие създава определена вътрешна възбуда. Появата на възбуда подтиква към действие, то от своя страна – до „задоволяване“ и затихване на възбудата. За задоволяването е необходимо усилие и определено „количество психическа енергия“, с която се натоварва даден човек или предмет. „Катексис“ е термин, въведен от Фройд, който се използва за задържане, съхранение, натоварване , зареждане, влагане. Тъй като психическата енергия не може

да се пренесе непосредствено върху обекта, това, в което тя се „катексира“ (влага) са отделните мисли и спомени, съставящи образа на тези обекти. За детето образът на майката, която задоволява неговите потребности, е силно катексиран [62, стр. 12–13]. Тълкуването на Фройд е, че има два типа нагони – сексуални и агресивни (нагон към живота и нагон към смъртта), и свързаните с тях два вида енергии – либидо и деструдо. Обяснението на психичния живот авторът на теорията свързва с конфликтите между трите части – Ид, Его и Суперего. Ид е представен от нагоните и е изцяло несъзнателен. Егото се опира на функциите, свързващи индивида с околната среда, а Суперегото обхваща моралните ценности и идеали. Нагоните съществуват от момента на раждането, Идът – също, а Егото и Суперегото се обособяват в по-късен етап от развитието на детето. Егото е съставено от тези функции, които са свързани с взаимодействието на индивида със средата. При детето интересът от средата се определя от това доколко тя може да бъде източник на удоволствие, а тя да задоволи и разтовари Ида. Егото от своя страна осигурява знания за средата, за тялото и нагоните, а също осигурява контрол върху когнитивните функции. Разгръщането на процесите в Егото зависи от генетично зададеното съзряване на нервната система и придобития жизнен опит.

Според Фройд ранното развитие на Егото е свързано с отношението, което детето има към собственото тяло. Тялото и неговите части са най-лесното и достъпно средство за задоволяването на Ида, но те могат и да бъдат източник на неприятни, болезнени усещания, поради това, че не могат да се избегнат. Бебето поставя ръката си в устата, за да задоволи потребността от сучене например. В ранна възраст най-важната част от Егото са усещанията за тялото, спомените и преживяванията, свързани с него и катексиса. Тогава Егото е преди всичко телесно Его, а по-нататъшното му развитие е свързано с идентификацията, която е процес на приемане на нещо от другите – поведение, качества, мисли, идеали и др. Обектът, с който детето се идентифицира е носител на особена сила и власт. Той може да бъде катексиран с агресивна енергия и тогава процесът се нарича „идентификация с агресора“. Това означава, че детето може да се идентифицира както с обекти, които обича, така и с обекти, които мрази. В крайна сметка Егото за добро или за лошо се обогатява. Фройд обяснява отношенията на Ида и Егото с понятията „първичен и вторичен процес“. Първичният процес изразява първоначалния способ на функциониране на психичната дейност. Характерни за него са тенденция към незабавно задоволяване на потребностите и тенденция към лесно заменяне на начините на разтоварване на

катексиса. Вторичният процес започва да се развива още през първата година и за него са характерни тенденция към забавяне на разтоварването на катексиса. Замяната на първичния процес с вторичния показва развитието на Егото [62, стр. 11–16].

Фройд разглежда процеса на диференциране на Ид и Его чрез идеята за неутрализирането на нагонната енергия. Това е процес на освобождаване на действията, осигуряващи разтоварването на нагоните от самите нагони. Тези действия стават независими и започват да служат на Егото. Процесът на отделянето на Ида от Егото поставя Егото пред два проблема, свързани с борбата с външния свят и борбата с вътрешния свят, тъй като Егото е посредник между Ида и средата. Егото трябва да разграничи усещанията, идващи от външния свят, които се пораждат от желанията и импулсите на Ид. Това взаимодействие със средата се подчинява на принципа „отчитане на реалността“ и става постепенно. Появяват се фрустрации, които откриват на детето един променящ се свят и го подпомагат в отчитането на реалността. Постепенно детето открива различията между Аза и не-Аза. Постепенно от изпълнител на желанията на Ида, Егото се превръща в една контролираща Ида сила. Вместо да ускори разтоварването на напрежението в Ида и да удовлетвори потребността му, Егото забавя и контролира този процес на удовлетворение. По този начин, контролът върху импулсите, идващи от Ида действа за развитието на Егото.

Противопоставянето между Егото и Ида се осъществява чрез различни механизми изтласкване, формиране на реакция, изолиране, отменяне, отричане, проекция, насочване срещу себе си, регресия, сублимация. Изтласкването премахва от съзнанието нежелателните тенденции – спомени, желания, копнежи, идващи от Ида. Този процес се преживява като забравяне, но не отнема от напрежението между Ида и Егото и е изцяло неосъзнаван процес. Близко по съдържание на изтласкването е потискането, което е съзнателен опит да бъде забравено нещо. Формирането на реакция е действие, при което едното от двойката противоположни чувства остава постоянно неосъзнавано, докато другото се засилва в съзнанието.

Друго действие, изразяващо противопоставянето между Егото и Ида е изолирането. То е насочено към отдалечаване на желанието, спомена, фантазията, от достъпа до съзнанието и отделянето на емоцията. Следва да се разгледа отменянето, което представлява съвкупност от действия, стремящи се да отменят нещо лошо, зло, което детето си представя, че е причинило като последица от своите желания. С последващо добро действие, детето се стреми да „отмени“ направеното преди това лошо. Действието отричане е това, с което Егото се опитва реално или фантазно да

отрече неприятни неща от действителността, а проекцията е действие, приписващо собствените желания на други хора или предмети. С насочването срещу себе си, Егото насочва дадена емоция, напр. гняв, към себе си. Регресията представлява съвкупност от действия, с които Егото се насочва към по-прости форми на задоволяване и обекти, характерни за по-ранния стадий от развитието. Последното противопоставящо действие, представено от Фройд е действието сублимация. Тя създава условия за задоволяване на определен нагон в приемлива за дадена култура форма. Старата неприемлива форма се заменя с нова.

Какво представлява и как се развива в този период Суперегото създателят на теорията обяснява по следния начин. Със Суперегото се означава съзнателността и то е израз на моралността на индивида. То е представено от съвестта и Его-идеала. Той от своя страна се формира чрез оценките на родителите и установяването на собствените граници, при достигането на които детето преживява чувство на гордост и самоуважение. Суперегото притежава функциите:

- за оценка на действията и желанията, чрез представите за ценност и справедливост;
- за самооценка, изразяваща се в самонаблюдение, самоанализиране, самокритичност, включва разкаяние и похвала.

Суперегото подпомага Егото, но заедно с това ограничава неговата свобода да се наслаждава на нагоните и желанията. Неговото развитие започва на възраст между 3 и 5 години, става в общуването на детето с неговите родители и завършва, когато родителският контрол се замени със самоконтрол.

Психоаналитичното виждане на Фройд за развитието на детето се свежда до две идеи:

- преживяванията в ранното детство имат решаващо значение за изграждането на индивида в следващите периоди до достигането на зрелостта;
- развитието на детето преминава през различни стадии, наречени психосексуални (орален, анален и фалически)

Оралният стадий обхваща периода от 0 до 18 месеца, когато детето е зависимо от грижещите се за него, а желанията и удоволствията му са предимно орални. Основният орган за задоволяване на тези желания е устата. Главната активност на детето е свързана със сучене, близане, лапане. Следващ стадий е аналният стадий. Той

започва през 18-ия месец и завършва около третата година, когато започва разграничаване на исканията, породени от Ида, и социалните забрани, идващи от родителите. Тук започват да се проявяват и формите на самоконтрол и саморегулация. През следващия – фалическия стадий (между 3 и 6 години) вниманието на детето се премества към гениталиите (половите органи). Развитието през този стадий е свързано с един основен конфликт, който Фройд означава като „Едипов комплекс“ при момчетата и „Комплекс на Електра“ при момичетата. Големият конфликт се изразява в неосъзнатото желание на всяко дете да притежава родителя от противоположния пол и да отстрани родителя от същия пол. Едиповият комплекс, според Фройд, може да се превърне в причина за много от невротичните модели на поведение, особено тези, които имат отношение към фригидността и импотентността [62, стр. 26]. Латентният период е следващият в развитието на детето и обхваща възрастта 6– 7 години, когато „сексуалността“ е утихнала поради физиологичните изменения и започва развитието на Суперегото. Гениталният стадий е стадият на половата зрялост, който започва през пубертета. Това е периодът, в който детето навлиза в зрелостта и става отговорно за своите постъпки. Появява се нов тип връзка – интимната, ухажването, романтичното любов.

1.5.2. Его психологията на Ерик Ериксън

Друг психоаналитик, последовател на Фройд, е Ерик Ериксън (Erik Erikson), който създава Его психологията, запазвайки много от неговите идеи. Той налага Егото като основа на личността, а конфликтите между моралните желания и забраните се заменят от конфликтите между Егото и средата. Ериксън разглежда развитието на индивида като преминаващо през различни стадии, осем на брой, като всеки стадий се придружава и от криза. Преминаването през кризите довежда до постигане на зрялост на индивида. Начинът на разрешаване на кризата определя дали индивидът ще се обогати с нови качества или ще вгради в себе си отрицателни качества.

Първият стадий (етап) е наречен младенчество. През него се изгражда чувството на доверие, което според Ериксън зависи от способността на майката да вдъхне на своето дете чувство за тъждественост и устойчивост на преживяванията. Доверието е основата за развитието, а появата на недоверие, която също е възможна, довежда до отчуждение от другите и отдръпване в себе си. Когато поведението на майката е ненадеждно и отхвърлящо детето, това поражда страх и недоверие към света и към

другите, а може да доведе и депресия. Отношението доверие–недоверие поставя началото на развитието на идентичността. Ако тази дилема е положително разрешена, тя дава едно преклонение пред живота. Вторият етап е наречен ранно детство и обхваща 2–3 година от живота на детето. Това е стадият за утвърждаване на самостоятелността, а светът се разделя на „мой“ и „не мой“, на „Аз“ и „Ти“. Утвърждава се Аза – „Аз сам“. Развитието на самостоятелността зависи от поведението на родителите и тяхната готовност да предоставят свобода на детето само да поеме контрол върху своите действия [62, стр. 34]. Трети период – детството и играта (от 4-тата до 6-тата година). През него, освен самостоятелността и доверието, се появява и инициативата. Детето разширява своето социално пространство и започва да извършва различни дейности, става активно и любопитно. Утвърждаването на чувството за инициатива над чувството за вина до голяма степен зависи от това как родителите се отнасят към волята на детето. Поощряването на самостоятелността поддържа инициативността, необходима за разгръщане на любопитството и творчеството. Ограничаването на самостоятелността води до изпитване на вина и може да се превърне в източник на пасивност или на психопатично поведение. Четвърти период е училищната възраст (между 6-тата и 12-тата година). През този период детето може да се обучава в училище, то притежава логическо мислене и самоконтрол и се кооперира с другите. Освен това разполага с вътрешен стремеж към учене и постигане на успех. Его-идентичността в този период се изразява в: „Аз съм това, което съм научил“. Петият период е пубертетът (от 12–13 до 19–20 години). Това е един от най-дълбоко анализираните периоди от Ериксън, когато детето не е вече дете, но не е и още възрастен. Тук най-ярко се открояват смущенията в Его-идентичността. В късните училищни години младите хора, сполетени от физиологичната революция на тяхното генитално съзряване и несигурността на предстоящите им роли на възрастни, изглеждат прекалено ангажирани с вманиачени опити за установяване на юношеска субкултура. Понякога те са болестно и често пъти необичайно ангажирани с онова, което изглежда представляват в очите на другите, в сравнение с това, което самите чувстват, че са, както и с въпроса как да свържат с идеалните прототипи на деня натрупаните по-рано роли и умения. В своето търсене на ново чувство на континуитет и тъждественост, което сега трябва да включи и половата зрялост, някои юноши започват да се борят с кризите от по-ранните години, преди да могат да намерят идоли с дълготрайно значение и идеали, изпълняващи функцията на стражи на окончателната идентичност [27, стр. 171–172].

Според Ериксън детето трябва да има едно непрекъснато чувство на тъждественост само със себе си, а образът да обединява минало и бъдеще. Идентичността може да бъде проблемна за някои деца, и въпреки че изграждането ѝ започва още от началото на жизнения цикъл, при юношите това изграждане е силно зависимо от влиянието на социалните групи, с които се идентифицира. В други случаи много силната идентификация с популярни герои (звезди) при юношите може да ограничи развиващата се идентичност. Това може да доведе до разрив със света, до чувство на неопределеност и тревожност, до заплаха за съществуването на ценности, усвоени още от детството [62, стр. 38]. Неспособността на юношите да достигнат до идентичност представлява всъщност „кризата на идентичността“. Тя се изразява в неспособност за откриване от юношата на бъдещата си предопределеност, бъдещата дейност, което е съпроводено с чувства на безполезност, безцелност и собствена отчужденост. Ериксън определя Его-идентичността като „борба през целия живот“, а животът като едно непрекъснато изменение. При това изменение индивидът, преживяващ криза на идентичността, не е обречен на поражение до края на живота си. В резултат на тази борба може да настъпи разрешаване на кризата, юношата да поддържа и вярва в своите ценности и да получи отговори на собствените си въпроси „Кой съм аз?“, „Какво е моето предназначение?“, „Какъв искам да стана?“.

През следващия шести период или периода на ранната зрялост (от 20-ата до 25-ата година), индивидът е достигнал до своята професионална самоопределеност и Его-идентичност. Тук основният конфликт е между интимността и изолацията, положителното разрешаване на който е дело на любовта. Тя придобива един друг смисъл, не само на романтични и еротични мисли, но се превръща в любов като грижа и отговорност за другия. Според Ериксън тази идентичност е основата за изграждането на брачните отношения. Предпоследният седми период е периодът на средна зрялост (между 26-ата и 65-ата година). Зрелостта не е само отговор на дълга, но и желание да се даде собствения принос за „тези след мен“. Конфликтът тук е между продуктивност и инертност. Според Ериксън психопатологично проявление в тази възраст е отчуждението от грижата за другите и дейностите. Осмият период е последният период, така наречената късна зрялост. С този стадий завършва жизнения цикъл на индивида. Това е времето, когато той се обръща назад, за да преосмисли своя изживян живот – постигнатото и непостигнатото. Конфликтът в този период е между Его-интеграция срещу отчаяние. На тази възраст хората могат да се включат в различни дейности, с които да съхранят смисъла на живота и целостта на своя Аз. Другият

вариант е възприемането на живота като нереализиран с преживяване на съжаление, отчаяние и депресия. Ериксън вярва, че само в старостта се постига истинската зрялост, съпътстваща се от чувството на мъдрост, от преживяното, от създаденото, от спокойното приемане на неизбежността на смъртта [62, стр. 40].

1.5.3. Алфред Адлер и теориите му за развитието на детето

Душевният живот се определя от целите. Никой не може да мисли, чувства, желае, дори да мечтае, без всичко това да бъде насочено от една цел. Едно душевно развитие е немислимо по друг начин, освен в очертаните вече граници и като насочено към една проблясваща цел [62, стр. 41] Според Алфред Адлер (Alfred Adler) поведението на детето се определя не от миналите преживявания, а от очакванията, от бъдещето, от целите, които преследва, от стремежа към съвършенство.

Основните идеи за детето според него са свързани с:

- поставянето на цели;
- чувството за непълноценност и компенсация;
- стремеж към превъзходство;
- жизнен стил, социален интерес;
- творчески Аз;
- последователност на раждане.

Чувството за малоценност според Адлер се поражда, когато усилията, вложени в компенсирането на непълноценността на даден орган, не доведат до положителни резултати. Това е придружено от чувството за безпомощност в обкръжението на другите – силните, могъщите и т.н. От чувството за малоценност започва и стремежът към превъзходство, към безупречност и съвършенство. Детето се стреми към преодоляване на това потискащо чувство. Този стремеж може да надхвърли границите на нормалното и да доведе до т.нар. „свръхкомпенсация“, при която стремежът към власт и превъзходство преминава в болестно състояние. В този случай детето запазва самоуважението си, не се стреми нагоре, а се задоволява с това другият да потъне. То става егоцентрично, високомерно, саркастично и заядливо. Стремежът към превъзходство отново е свързан с опита да се преодолее чувството за малоценност и е фундаментален закон на човешкия живот. Според Адлер той е единствен мотив, осъзнаването на който е свързано с осъзнаването на собствената безпомощност и

зависимост от другите.

Друга идея представя жизнения стил като уникално съчетание от черти, поведение, привички, които определят неповторимостта на детето. Неговото изграждане започва още от детството, но веднъж изграден, той остава неизменяем. Развитието на детето според Адлер зависи от въображаемата или реалната непълноценност, а жизненият стил е свързан с компенсирането на тази непълноценност. От друга страна, със социалния интерес се обозначава чувството за общност и отъждествяване с човечеството. Той е генетично заложен, но не възниква автоматично. Майката въздейства върху своето дете чрез поощряване на чувството за сътрудничество. То се появява постепенно благодарение на топлината, любовта и грижата ѝ към него. Социалният интерес е белег за душевно здраве, „барометър за нормалност“ [62, стр. 45].

Според Адлер творческият Аз разкрива детето като самоопределящо се същество. Но всяко дете се ражда с уникални възможности, придобива уникален опит и е нещо повече от това. С разбирането на творческия Аз, той връща на детето отново алтруизма, емпатията, стремежа към „със-зидателност“ и „със-участност“ в живота на другите и с другите, чувството за достойнство и самоценност, а не усещането, че е жертва на своите нагони и съдба [62, стр. 46].

Авторът разглежда последователността на раждането на детето в семейството като фактор с решаващо значение за жизнения му стил. Жизненият стил, обаче, не е предопределен и детето може да изгради различен жизнен стил, независимо от позицията, която заема. При всички случаи, всяка една позиция създава специфични проблеми, с които детето трябва да се справи. От конфликта между чувството за общност и чувството за малоценност възниква „законът за движението“ на човека, защото животът е движение. Всеки човек още от ранното си детство надхвърля своя „житейски план“, насочен към „фиктивна цел в живота“, той се движи според този тайнствен житейски план като едно цяло, стремейки се към предполагаемите „ръководни линии“ на тази цел в живота. Ако индивидуалната му цел в живота съвпада с целите и житейския план на неговата общност и ако личният му житейски стил отговаря на стила на живот в неговата общност, тогава той би могъл да постигне своята цел. На фона на тази теория стават разбираеми всички големи теми на индивидуалната психология: стремежът към превъзходство като опит за превъзмогване на несигурността и чувството за малоценност на човека; неврозата като несполучлив опит за получаване на сигурност; бунтът на жената против потискането ѝ, изразяващ се

в мощен „мъжки протест“; свръхбоязливата майка и разглезеното ѝ дете; „детрониранетo на първородния“ и „борбата между братята и сестрите“ в семейството; всяко отклонение от нормите за поведение в обществото като защитна форма за станалото несигурно Аз и като форма на агресия срещу останалите; от неврозата и психозата до криминалното и сексуалните перверзии; от безсънието до самоубийството [3, стр.13–14].

1.5.4. Културно-историческата идея за развитието на детето на Лев Виготски

Тази идея се основава върху парадоксалната даденост: съзнанието съществува като преобразувано съзнание. Самото дете се изследва в перспектива, т.е. какво може то да бъде. Тук новият метод, който използва Виготски, и който отваря неподозирани пространства за разбиране на детето, е генетичният. Като основният смисъл на генетичния анализ е да се изследва това, което не е достигнало до своето развитие и това, което е в развитие, защото това, което вече се е развило – не е достъпно.

Основните идеи на тази теория са следните:

- всяка форма на духовния живот – „висшите психични функции“, има знакова организация;
- знакът опосредства отношението на детето към света;
- знакът е средство за преобразуване на висшите психични функции.

За изследването на паметта методът, който използва създателят на теорията е обозначен като „методика на двойната стимулация“. В нея се използват два реда стимули – „стимули–обекти“ и „стимули–средства“. Стимулът–обект е това, към което е насочена дейността, стимулът–средство е това, с което се организира самата дейност. Културно-историческата теория не изучава нищо друго освен развитието на психиката, като развитието, според Виготски, се осъществява само в степента, в която детето извършва някакво специално построено и организирано действие. Сама по себе си психиката на човека няма свои собствени закони на развитие. Нещо повече – тя въобще не притежава развитие! Психическото развитие става за сметка на особени, специално създадени в историята и опредметени в различни форми изкуствени образувания (действия), действия над самата психика по овладяването ѝ и измененията ѝ с помощта на прилагане на изкуствени знакови системи (средства) [62, стр.51–52]. Висшите психични функции се раждат във взаимодействието на детето и възрастния, а

самото развитие Виготски свързва с диалога. Детето е способно да преобразува своя вътрешен свят, като преди това неговата дейност е била организирана от дейността на възрастния. Развитието се осъществява в рамките на дълъг процес, разделен на стадии и съпътстван от кризи, преодоляването на които води до положителни или отрицателни промени.

1.5.5. Бихейвиористично-когнитивното разбиране за развитието на детето на Алберт Бандура и Бъръс Скинър

Бихейвиористичното разбиране е разработено през 1953 г. от Бъръс Скинър (Burrhus Skinner) и по-късно е развито от Алберт Бандура (Albert Bandura). То се основава на идеята, че развитието на детето е резултат от научаването. Самият бихейвиористичен анализ се насочва към външното обкръжение като причина за развитието на детето, а всичко, което може да се обозначи като съзнание, „вътрешно“ не се отрича, но остава извън обсега на анализа.

Идеите на Скинър за развитието са представени така:

- развитието на детето е резултат от научаването, а то от своя страна е свързано с подкреплението;
- поведението на детето е резултат от миналите подкрепления;
- подкрепленията могат да се изменят, да бъдат различни по форма и съдържание, но техният източник се открива във външната среда;
- негативните и позитивните подкрепления имат различно влияние върху поведението;
- поведението на детето е зависимо от външната среда, а кризите не са нищо друго, освен изменения във външната среда, довели до неадекватно поведение без подкрепления;
- поведението на детето може да се измени в зависимост от подкрепленията, да овладее нови поведения или да премахне неподкрепяните поведения;
- развитието на детето се изразява в научаването на различните поведения, а съвкупността от поведенията представят личността;

Бандура доразвива идеите на Скинър, с някои от които не е съгласен, като например, че поведението на детето се контролира само отвън, че не само външните фактори повлияват поведението и др. Според него развитието на детето е резултат от

взаимодействието на различни външни и вътрешни фактори, като външните въздействия се пречупват през вътрешните особености. Самото дете притежава вътрешна свобода и може да контролира собственото си поведение. Освен това, наблюдавайки чуждото поведение, то се разкрива като модел за детето. Да бъде привлечено вниманието на детето, зависи от това доколко привлекателен или агресивен е моделът, който заобикаля детето. Поведението, което е съхранено в паметта може по-късно да се възпроизведе. Това не важи за всяко поведение, разбира се. Бандура вярва, че поведение, което се наказва има по-малка вероятност да се поддържа, отколкото поведение, което се награждава. Например ако агресивното поведение се наказва, това би ограничило неговото повторение, а ако се награждава, привлекателността на това поведение би била по-голяма. В по-късен етап детето започва да се саморегулира чрез процесите на самонаблюдение, самооценка и отговорност и се появява основният концепт във възгледите на Бандура – Аз-ефективността. Това са съжденията на детето за собствените му способности [62, стр. 55–66].

1.5.6. Идеите на Жан Пиаже за детето

Идеята за развитието и идеята за интелекта са двете основни идеи в теорията на Жан Пиаже за развитието на детето. Обяснявайки развитието като многостадиен процес, той задава на отделните стадии следните характеристики – стадиите са свързани йерархично, движението в стадиите се извършва в определена последователност, всеки стадий се характеризира с цялостност, а завършеността на всеки стадий се случва във времето.

През сензомоторния стадий (0–2 год.) започва диференцирането на Аза от не-Аза, детето започва да разбира непрекъснатото съществуване на обектите, взаимодейства с тях чрез рефлекси, първични, вторични и третични кръгови реакции. Този стадий се разделя на шест подстадия: първи (0–1 мес.), втори (1–4 мес.), трети и четвърти (4–12 мес.), пети (12–18 мес.) и шести (18–24 мес.). Рефлексите през първия стадий Пиаже определя като застинали, аутистични, а детето е дълбоко егоцентрично. По-късно реакциите се насочват към собственото тяло – аутоцентрични, а още по-късно се насочват към обектите от средата, т.е. стават алоцентрични. През петия стадий детето схваща връзката между своите действия и резултата от тях, появяват се и

повтарящи се реакции, които целят изследването на потенциалните възможности на обекта.

В дооперационалния стадий (2–7 год.) се развива съзнанието. Интелектуалните структури са способни да обхванат едновременно особеностите на обекта не само заради прагматичната му страна. В този стадий се развива и егоцентризмът, изразяващ се в неспособността на детето да застане на чужда позиция. Тук се появяват също някои от основните символични действия като играта, рисуването и езикът. В стадия на конкретните операции интелектуалните структури стават подвижни и организирани в по-сложни цялости. Детето придобива понятие за време, количество, пространство, движение и др. Със стадия на формалните операции (11–12/14–15 год.) завършва развитието на интелекта. Той е наречен още хипотетично-дедуктивен и детето започва да схваща не само действителното, но и възможното. Размишленията му имат за предмет не само реалността, но и операциите, с които е постигната тази реалност. Детето започва да живее не само в настоящето, но и чрез смисъла – в бъдещето [62, стр. 70–76].

1.5.7. Хуманистичната идея за развитието на детето на Ейбрахам Маслоу и Карл Роджърс

Тази идея принадлежи на Ейбрахам Маслоу и Карл Роджърс и е съсредоточена върху детето като разумно същество, неговия неповторим вътрешен свят и стремежа му за самоусъвършенстване. Центърът на вниманието се поставя именно върху детето, можещо да избира, да носи отговорност за изборите, които е направило и да изпълни живота си със смисъл. Маслоу и Роджърс вярват, че в индивида се съдържа неограничен потенциал за самоусъвършенстване. Понятието, определено като единствен жизнен мотив, е актуализиращата тенденция, която създава напрежение, но и насочва към развитие и изменение. Мотивите, които са свързани с дефицита (дефицитарната мотивация) Маслоу определя като детерминиращи поведението. Другите мотиви – Б-мотивите, са свързани със стремежа към израстване, с актуализирането на вътрешния потенциал. Основната идея на хуманистичното развитие е, че необходимостта от създаване на напрежение е условие за самоосъществяването. В Аз-концепцията Роджърс разглежда Аза като израз на съзнателния опит на индивида, а не на несъзнателния, а самото развитие интерпретира

като процес, който не протича в определени стадии. В началото, след раждането, детето не възприема себе си като отделно същество. Отделянето на себе си от света поставя началото на развитието на Аза. За формирането на Аз-образа значение имат „значимите други“ (родители, учители…). В началото се развива потребността от внимание, което е безусловно, т.е. детето е прието и уважавано заради самото него. Безусловното позитивно внимание осигурява приемането на самия себе си, което е основно условие за саморазвитие. Както Маслоу, така и Роджърс ориентира самоактуализирането на възможностите към това, което може да се постигне, към това, което детето може да бъде. [62, стр. 76–82].

1.6. Фактори на психичното здраве и възможности за превенция

Болестите на органите на кръвообращението, злокачествените новообразувания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабетът и психичните болести се превръщат в основна причина за смърт на населението както в развитите страни, така и в повече от развиващите се [17, стр. 309]. Така, попадайки в групата на социално значимите заболявания, психичните заболявания дават своя негативен принос към повишаване на процента на смъртността на населението. Доказвайки значението на тези заболявания върху обществото, се налага предприемане на многобройни проучвания на факторите, които ги причиняват. Тези фактори са наречени рискови фактори и не са непосредствен причинител на болестта, а увеличават шанса тя да се случи. Само когато върху организма действат достатъчен брой рискови фактори, тяхната сумарна патогенна сила причинява ефект. Патогенният ефект на рисковия фактор зависи от съвкупните въздействия върху организма. Според експерти на СЗО, пет от най-известните хронични неинфекциозни заболявания: сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, алергии, психични заболявания и диабет са свързани с общи рискови фактори, включващи комбинация от генетични фактори, фактори на околната среда, икономически фактори (доходи, условия на труд), и начина на живот: тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и липса на физическа активност [17, стр. 310–311].

Позитивното психично здраве е ресурс на обществото. Неговото подобряване или влошаване зависи също от това доколко протективните фактори имат превес над рисковите фактори в ежедневието на човека. Изучаването на факторите на психичното

здраве и тяхното въздействие е необходимо условие за подобряване на информираността на населението и в частност на младото поколение. Известни са множество предразполагащи фактори, свързани с ранния детски опит, внезапно настъпващи стресогенни житейски събития, социална подкрепа, индивидуални ресурси (самочувствие, самооценка) и опит. Важна роля играе съвременният начин на живот [17, стр. 321]. Други автори също разглеждат болестта и нейната поява по подобен начин. Болестите в природата възникват само при стечение на цяла поредица обстоятелства и условия на средата и качества на организма. Факторите, които имат отношение към болестта могат да бъдат болестотворни, саногенни (здравословни) или неутрални. За пораждането на болестта всякога е необходим комплекс (пакет) от фактори, различен за отделните болести. Рисковите фактори увеличават рязко вероятността за поява на патологичен процес, а здравословните – саногенни фактори, възпират появата и развитието на болестта.

Основен интерес за науката представляват рисковите фактори, които се разделят на две основни групи: външни (екзогенни) и вътрешни (ендогенни). За развитието на болестния процес, за протичането и завършека му основно и водещо значение имат вътрешните (ендогенни) особености на организма и на нервната система. Ендогенното представлява констелация от много фактори, сред които на първо място се нареждат генетичните механизми. Ендогенни фактори са полът, възрастта, индивидуалният опит, следовите изменения, получени от въздействия на различни вредности в миналото. Заболяванията от своя страна могат да бъдат директно унаследени или наследствено предразположени. Към наследствено предразположените се отнасят – шизофрения, афективна психоза, психопатия, невроза, наркомания. Важно е да се отбележи, че в основата на наследственото предразположение най-често се открива мутация на определен ген. Друг фактор от групата на ендогенните фактори е половият фактор. Той е мощен биологичен фактор, който има отношение към неравномерното разпространение на заболяванията в двата пола и нееднаквия клиничен облик на различните заболявания. Известно е, че мъжете и жените имат различни психологични особености. Силно въздействие върху симптоматиката на психичните заболявания оказва възрастовият фактор. Всяко психично заболяване се изразява с различни психопатологични картини по време на различните възрастови периоди. Друг ендогенен фактор е конституцията, която представлява съчетание на наследствени и придобити качества. Конституцията заедно с пола и възрастта има само съобуславящо значение за възникването на психичните заболявания.

Другата група фактори – външните или екзогенните, които влияят на появата на психичните заболявания са: причинителите на инфекциозни заболявания, отравянията (хранителни, медикаментозни, професионални) и наркоманиите, които заемат особено място в психопатологията и представляват хронични интоксикации. Те се предизвикват от системна злоупотреба с различни упойващи или стимулиращи вещества и спиртни напитки. Соматичните заболявания също могат да бъдат екзогенна причина за възникване на психично разстройство. Много важни екзогенни фактори са социалните фактори: интерперсоналните отношения, възпитанието, образованието, семейството, професията, доходите, социалният престиж, местоживеенето, жилището, класата и др. Социалната промяна също е важен фактор, влияещ върху възникването на психопатологията. Към нея се отнасят миграцията и обезкултуряването чрез рязък преход към нови социални условия на живот.

Психо-социалните фактори, съгласно дефиницията на СЗО, са фактори, влияещи върху здравето, здравните служби и благосъстоянието на общността, които се пораждат от психологията на индивидите и от структурата и функциите на социалните групи. Тук се включват социалните характеристики, като норми на взаимодействие в семейната и трудовата група; културови характеристики като традиционни пътища за разрешаване на конфликти; психологични характеристики като нагласа, вярвания и личностови фактори. Първото място при психо-социалните фактори е отредено на психичните травми: конфликти, загуба на близки, природни или социални неблагополучия, водещи до заплаха за живота и т.н., които се преживяват от индивида [45, стр. 107–117].

Някои автори обобщават, че психичното здраве е детерминирано от взаимодействието на различни етапи от индивидуалното развитие на човека. Най-общо това са социо-културални, биологически и социологически детерминанти, като тук се включват генетична предразположеност, семейна среда, пол, житейски събития и травми в детството, житейска и работна среда и т.н. [53, стр. 17]. По-конкретно тези фактори могат да бъдат групирани така:

- Социо-културални и икономически детерминанти:
  - рискови фактори: липса на образование, липса на жилище, лоши социални и битови условия, бедност, неравностойност, безработица, отхвърляне от страна на връстници, изолация и отчуждение, насилие и престъпност, достъп до алкохол и психоактивни вещества, стрес на работното място;

- протективни фактори: социална подкрепа, силни и ефективни общностни връзки и мрежи, социално включване и участие, позитивно междуличностно функциониране, достъп до социални и здравни услуги, устойчива заетост.

- Индивидуални и семейни детерминанти:
  - рискови фактори: слаб успех и академични постижения, насилие или отхвърляне в детството, дефицит на внимание, хронично безсъние или болка, емоционална незрялост, самота, инвалидност или тежко заболяване, лоши социални умения, злоупотреба с психоактивни вещества, конфликти в семейството, психично заболяване на родител, смърт на родител или близък човек, стресови житейски събития, употреба на психоактивни вещества от родител;
  - протективни фактори: ранно излагане на когнитивни стимули, самоувереност и положителна самооценка, адаптивност, умения за справяне със стрес, социални умения, умения да изразява емоциите си, умения да понася несигурност, умения за решаване на проблеми, елементарни моторни умения, годност да играе и да се забавлява, умения за управление на конфликти, позитивни връзки и усещане за принадлежност, позитивни взаимоотношения родител–дете, подкрепа от страна на семейството и приятелите.

При част от факторите разграничението остава донякъде условно. Така например разграничението между наследственост и фактори на средата е донякъде условно, тъй като семейството е едновременно наследствен фактор и фактор на средата [47]. Така изброените и групирани фактори на психичното здраве продължават да бъдат проучвани, а на базата на научните изследвания се изработват превантивни стратегии, програми и проекти. Разбира се, наследствените/ биологичните фактори не могат да бъдат обект на интервенция от общественото здравеопазване, но социологическите и социо-културалните детерминанти могат да бъдат повлияни от превантивни дейности и подходи.

Въздействието и прилагането на превантивни мерки спрямо ендогенните рискови фактори не е възможно или е много ограничено. Не подлежат на промяна нито наследствеността, нито възрастта, нито полът. Дори голяма част от екзогенните рискови фактори не биха могли да се превентират, като например местоживеенето, жилището, социалният престиж и др. Част от психо-социалните фактори каквито са

психичните травми – конфликти, загуба на близки, природни бедствия и др., също не биха могли да се предотвратят. Остава една малка част от тези рискови фактори, която може да се подложи на превантивно въздействие и тя включва: възпитанието и образованието, а чрез тях да се въздейства върху отношенията в семейството, избора на професия, размера на дохода и социалния престиж.

Според българското законодателство (чл. 145 (1) от Закона за здравето) държавата, общините и неправителствените организации организират дейности за опазване на психичното здраве, свързани със защита на психичното здраве при рисковите групи: деца, учащи се, възрастни хора, лица, ползващи социални услуги и т.н.; както и научноприложни изследвания, насочени към укрепване на психичното здраве. Ефективността на една психопревенция изисква активното участие не само на правителството, специалистите в областта на психопревенцията, но и на неправителствените организации, на медиите, на малките и големите членове на обществото.

1.7. Най-често срещаните психични разстройства в детска и юношеска възраст

Психичното здраве може да бъде представено, както вече бе споменато, като континуум от негативни психични състояния и разстройства до позитивно психично здраве и благополучие. Проблемът с психичните разстройства в детска и юношеска възраст е особено деликатен, тъй като многобройни проучвания показват, че голяма част от възрастните с психични разстройства са имали психични проблеми още като деца. Някои данни показват дори, че при половината от възрастните с психични отклонения симптомите за започнали да се проявяват още преди 14-годишна възраст [102, стр. 235]. Други проучвания показват, че една пета (20,2%) от децата и юношите на възраст от 3 до 17 години могат да се причислят към рисковите за психичните разстройства групи [143]. Съвременните епидемиологични данни, обобщени от СЗО, показват, че около 20% от децата от 0 до навършени 17 години в един или друг момент от развитието си могат да получат клинична психиатрична диагноза [44]. Чрез създадения от Achenbach инструмент CBCL (Child Behaviour Checklist) става възможно сравняването и обобщаването на различни епидемиологични проучвания, което е в основата на установяване на реалните факти (проценти) от конкретен период за

конкретни психични проблеми, както и за предприемане на адекватни превенционни мерки. Имайки предвид горепосочените данни и много други национални и международни проучвания, разгледани във връзка с разработката на дисертационния труд, се стигна до извода, че проблемът за разпространението на психичните заболявания сред децата и юношите е проблем от световен мащаб.

От научна гледна точка е важно да бъдат разглеждани и обсъждани не само най-често срещаните психични проблеми при децата и юношите. Известно е, че детската психопатология се проявява по различен начин през различните възрастови периоди. Детето притежава както индивидуални характеристики, така и универсални, специфични за съответната възраст механизми за формиране на симптоми и разстройства. В сложно взаимодействие влизат психопатологичните процеси и нормалното развитие, като в това взаимодействие много важна роля заема индивидуалната устойчивост на личността на детето към рисковите фактори. Част от психичните разстройства са характерни за периода на ранното детство, друга част – за началната училищна възраст или юношеството, а голяма част започват в детска възраст и продължават в юношеството.

Характерни психични разстройства за ранното детство са:

- Разстройство на психичното развитие;
- Разстройство на привързаност;
- Хиперкинетично разстройство.

Най-характерните психични разстройства за началната училищна възраст са:

- Хиперкинетичното разстройство;
- Разстройства в развитието и обучението;
- Емоционални и тревожни разстройства;
- Поведенчески разстройства от опозиционен тип;
- Обсесивно-компулсивни разстройства и тикове.

В юношеска възраст най-характерни са следните психични разстройства:

- Депресивни разстройства;
- Тревожни и страхови разстройства;
- Рисково, себеувреждащо и суицидно поведение;
- Поведенчески разстройства;
- Злоупотреби с вещества;
- Хранителни разстройства;

- Психотични състояния.

Съществува зависимост между психичните разстройства в детска, юношеска и зряла възраст. Лонгитудиналните изследвания показват континуитет на разстройството от ранното детство към юношеството и от юношеството към зрялата възраст [44, стр. 425]. Психиатричните разстройства като алкохолната злоупотреба, зависимостите, асоциалното личностно разстройство при възрастните са свързани и предшествани в детството от детското поведенческо разстройство. Направено проучване на деца на възраст от 5 до 15 години през 2003 г. показва, че най-често срещани са страховите разстройства, депресиите, хиперактивното разстройство и разстройство от опозиционен тип. Хранителните разстройства и тиковите разстройства са най-рядко срещани сред изследвания контингент [117, стр. 51].

Най-голяма заплаха в юношеската възраст са психичните разстройства като депресивните разстройства, злоупотребите с вещества, както и суицидното поведение, чиято честота все повече нараства. Предвид голямото разнообразие от разновидности на заболявания от такъв вид и в съответствие с темата на дисертационния труд, ще бъдат разгледани само част от тях.

Депресивните разстройства са едни от най-често срещаните в юношеска възраст. Появата на такива състояния е свързано с комбинирането на генетични предразполагащи фактори и неблагоприятни житейски събития, като те оказват и значим психосоциален ефект върху по-нататъшния живот и съдба на юношите. Характерно за депресията е наличието на тъга и апатия, намален жизнен тонус, тъжна лицева експресия, нарушения в съня и апетита, може да се стигне до отказ от храна, а най-голямата заплаха идва от значителния суициден риск. В повечето случаи депресията протича епизодично, но дори след пълно възстановяване съществува риск от нов епизод.

Между депресивните състояния в юношеска и зряла възраст и тревожното разстройство в детска възраст има зависимост. Към тревожните разстройства се отнасят генерализираната тревожност, агорафобията, обсесивно-компулсивното разстройство, паническите атаки, посттравматичното стресово разстройство, разстройствата в адаптацията. Страховите разстройства причиняват силна тревожност, потиснатост, неувереност, изолация, отбягващо поведение. Тук се наблюдава и честа соматизация като главоболие, коремни болки, гадене и повръщане. Тревожните разстройства могат да бъдат съчетани с депресивни или хиперактивни синдроми, т.е. при тях има коморбидност. Характерно за паническото разстройство е, че пристъпите

на интензивен страх и висока степен на тревожност настъпват съвсем неочаквано.

Себеувреждащото и суицидното поведение нарастват с възрастта. Те за свързани с депресивните разстройства и злоупотребите, които също нарастват през този възрастов период. Повечето юноши със суицидни опити имат някакво психиатрично разстройство. Себенараняващото се поведение сред юношите – себепорязване, себеизгаряне също нарастват в световен мащаб. Независимо от негативните фактори, довели до себеувреждащо или суицидно поведение, консултацията с детски психиатър в такива ситуации е спешно необходима мярка за предприемане [44].

Злоупотребата с вещества допринася също за повишаване на риска от суицид сред юношите. Все повече млади хора посягат към психоактивните вещества или попадат в капана на друг тип зависимости като алкохолната зависимост, никотиновата зависимост, интернет зависимост, хазарта зависимост, шопинг зависимост и др. Много от тях не са запознати, че дори един-единствен прием на психоактивни вещества може да доведе до зависимост или дори смърт. Същевременно, разнообразието на предлаганите нелегални наркотици на пазара все повече нараства: канабис, кокаин, хероин, екстази, метамфетаминн, ЛСД, и т.н. От 2009 година насам на европейския пазар на наркотици са открити общо 38 нови опиоида, включително 13 вещества, докладвани за пръв път през 2017 г. [134]. Това голямо разнообразие на наркотични вещества, лесната достъпност и продажбата им в съчетание с рисковото поведение на незрелите личности, готови да експериментират и се забавляват, води до повишаване на консумацията, а оттам и повишаване на рисковете за здравето и живота на употребяващите.

Употребата на алкохол сред юношите също би могла да доведе до състояние на зависимост. Възрастта на употребяващите алкохол намалява все повече и повече, въпреки забраната му за продажба в търговската мрежа на лица под 18 години. Рискът при дълготрайната му употреба е в настъпването на тежки здравословни увреждания. Известна е и ролята на алкохола като „провокатор“ на употребата на различни наркотични вещества. Употребата на наркотични вещества от своя страна може да доведе и до поява на психични разстройства. Психични разстройства могат да настъпят в контекста на една интоксикация по време на консумация на психотропна субстанция: алкохол, амфетамин и сродни субстанции, седативни, сънотворни и анксиолитици [91]. Съществува и тясна взаимовръзка между употребяващите никотин, алкохол и

наркотици. Много по-голяма е вероятността пушещите и консумиращите алкохол да опитат и наркотици. Тази взаимовръзка е доказана в редица научни проучвания.

Погледнато обобщено, психичното здраве на младите хора в юношеска възраст се оказва особено застрашено. Юношите са изложени на риска от зависимости много повече в сравнение с възрастните. По време на този период се формира личността, която още не е узряла, както е неузряла и част от нервната система. Една от причините тийнейджърите да са склонни към рисково импулсивно поведение и недобра преценка на ситуациите има биологично обяснение. То е свързано с късната миелинизация на префронталния кортекс и челния дял на мозъка. Този процес започва от гръбначния мозък още през единадесетата гестационна седмица на бременността и завършва едва към 25-годишна възраст с челния дял на главния мозък. Изложени на рисковите фактори и с невъзможност за адекватна преценка на рисковите ситуации юношите представляват една рискова група, нуждаеща се от стабилна превенция на психичното здраве.

Използваните литературни източници спомогнаха да се установи значимостта на превенцията в юношеска възраст и да се посочат някои методи и средства за справяне с проблема по опазването на психичното им здраве.

ГЛАВА ВТОРА. Обект, предмет, цел и задачи на научното изследване

2.1. Актуалност на проблема

Психичното здраве е неделима част от физическото здраве като цяло и е задължителна предпоставка за нормалното съществуване на човека като социално същество. Актуалността на темата на дисертационния труд е обусловена от факта, че децата и юношите не познават същността на психичното здраве и неговата роля за тяхното бъдеще, което води до невъзприемането му като ценност и в съответствие с това рефлектира в неполагане на грижи за неговото опазване. В юношеската възраст въздействието на негативните фактори на психичното здраве е много по-силно и увреждащо, отколкото при възрастните. Наглед незначително психично натоварване или травма при възрастните може да се преодолее без особени последствия, но при тийнейджърите същото натоварване или травма се преживяват доста драматично, дори могат да доведат до отключване на психично разстройство. Това е и една от причините голяма част от психичните заболявания да имат начални симптоми още в детска и юношеска възраст. Непознаването на ролята на психичното здраве, както и на факторите, които го детерминират в съчетание с повишените изисквания на съвременното общество към младите хора, преживяващи вътрешни „кризи“, са предпоставки за все по-широкото разпространение на психичните разстройства. Друга много важна страна на този проблем е свързана с перспективата за юношите. Психичните разстройства са обстоятелство, което не позволява на учениците да придобият когнитивна готовност, да завършат своето образование, а това е предпоставка за безработица след навършване на пълнолетие и за недобро качество на живот впоследствие. Значението на психичното здраве в бъдеще ще нараства все повече, а борбата с психичните заболявания ще поглъща все повече ресурси. Поради това ролята на превенцията на психичното здраве има най-голямо значение за разрешаване на този не само голям обществен, но и световен проблем.

2.2. Издигнати хипотези

Голяма част от подрастващите не са запознати или са информирани неправилно от връстниците си по въпросите за психичното здраве. То не се възприема като ценност от тийнейджърите и в съответствие с това не се полагат грижи за неговото опазване и

превенция.

Ако се повиши информираността на юношите за значението и важността на психичното здраве и факторите, които го определят, ще се оптимизира социалното им функциониране и бъдеща себереализация.

Осмислянето на превенцията като ключов фактор за подобряване на психичното здраве би ограничило разпространението на психичните разстройства на индивидите. Получаването на конкретни данни за липса на информираност по проблеми, свързани с психичното здраве, би било предпоставка за изготвяне на нови превенционни програми в училищата или за подобряване на вече функциониращите такива.

2.3. Обект на изследването

Обектът на изследването е психичното здраве в юношеска възраст.

2.4. Предмет на изследването

Предмет на изследването е превенцията на психичното здраве в юношеска възраст. Анализиране на базовите познания на юношите по въпросите за психичното здраве, както и необходимостта от допълнително обучение по темата.

2.5. Цел на изследването

Водещата цел на настоящия дисертационен труд е да изследва, оцени и анализира, както и установи броя на лицата от предоставената извадка в юношеска възраст, които са незапознати със същността на психичното здраве, факторите, които го повлияват, причинителите на психични разстройства и последиците от загубата на психичното здраве като част от физическото здраве. Въз основа на това да бъдат разработени концепция и методика за прилагане на различни психопревенционни мерки, ограничаване на дезинформираността сред младежите с цел подобряване на психичното им здраве.

2.6. Задачи на изследването

1. Да се проучат и анализират представените в научната литература концепции, свързани с психичното развитие на децата и юношите, проблемите в юношеската възраст, рисковите фактори за психичното здраве и най-често срещаните психични разстройства, характерни за възрастта.

2. Да се проучат различни анкети от национални и международни източници, свързани с темата, и да се разработи анкета, съответстваща на поставената дисертационна цел.

3. Да се проучи законодателната рамка, регламентираща психичното здраве в детска и юношеска възраст в България.

4. Да се проучи мнението на учениците относно здравето, позитивните и негативните за здравето фактори.

5. Да се проучи мнението на учениците за желанието и готовността им да предприемат мерки за подобряване на собственото им здраве.

6. Да се извърши анализ и оценка на здравната култура на анкетираните ученици.

7. Да се направи оценка на потребността от обогатяване и актуализиране на преподавания в училище материал по здравно възпитание, който е утвърден в учебните планове на МОН.

8. Да се разработи модел за укрепване на психичното здраве при лица в юношеска възраст.

9. Да се предоставят данните от проведеното проучване на съответните институции.

ГЛАВА ТРЕТА. Организация и провеждане на научното изследване

3.1. Организация на изследването

Изследването се състои в провеждане на анонимно проучване на мнението на ученици за психичното здраве, факторите, които го детерминират и актуалните им познания по въпроса. Въз основа на това следва да се направят изводи за необходимостта от оптимизиране на съществуващата по проблема информация в учебния план или разработване на отделна програма за информиране и превенция.

3.2. Контингент на изследването

В анкетното проучване, проведено със собствени анкетни карти, са включени общо 120 ученици от едно СОУ и две гимназии. Възрастовата граница на участвалите в анонимната анкета е между 13 и 19 години, т.е. обхваща ученици от горен курс на обучение, както следва:

– 42 ученици са от Частна гимназия „Меридиан 22“, гр. София;

– 48 ученици са от 71 СОУ „Пейо Яворов“, кв. Казичене, гр. София;

– 30 ученици са от Първа частна английска гимназия „Уилям Шекспир“, гр. София.

3.3. Етапи на изследването

3.3.1. Подготвителен етап

- Подбор, анализ и синтез на научната литература по темата. Проучване на законодателната рамка, регламентираща психичното здраве и неговата превенция;
- Анализ на национални и международни проучвания по проблематиката и събиране на информация за планиране, организиране и провеждане на настоящото изследване;
- Подготвяне на методиките за изследване и определяне на извадката;
- Разработване на анкетата;
- Подготовка за провеждане на изследването:

1. Запознаване на директорите на училищата, в които ще се проведе проучването с целта на проучването и вида на разработената анкета;

2. Получаване на разрешение от съответните директори на споменатите училища за провеждане на проучването;
3. Отпечатване и размножаване на анкетните карти, адресирани към респондентите, които са ученици от СОУ „Пейо Яворов“, Частна гимназия „Меридиан 22“ и Първа частна английска гимназия.

В инструкцията за попълване на анкетите е отбелязано, че изследването се провежда с научна цел, то е анонимно и доброволно, което предполага, че степента на надеждност на данните е висока.

3.3.2. Изследователски етап – събиране на данни

- Провеждане на емпиричното изследване сред респондентите през 2019 година.

  Изследването обхваща ученици от средно общообразователно училище и две частни гимназии. Основният критерий при подбора на респондентите е възрастовата граница от 13 до 19 години. Това са ученици от седми, осми, девети, десети, единадесети и дванадесети клас, които още не са завършили средното си образование.

- Анализ и статистическа обработка на резултатите, получени от проведеното изследване

3.3.3. Заключителен етап

- Формулиране на научно обосновани изводи и препоръки за реформи.

3.4. Методи на научното изследване

3.4.1. Документален метод

Проучване на национални и международни литературни източници по проблематиката – нормативни документи в областта на здравето и неговата превенция, психичното здраве и психичните разстройства. Проучване на национални и международни изследвания по същата проблематика.

3.4.2. Социологически методи

Метод на интервюто

От мои лични наблюдения и контакти при работата ми с младежи и деца-пациенти установих, че една голяма част от тях нямат представа или по-скоро необходимата конкретна информация по въпросите за рисковите за психичното здраве фактори, както и за последствията от въздействието им. Постепенно много от разговорите започнах да водя целенасочено и те придобиха характер на интервю. С внимателно подбрани и деликатно зададени въпроси получавах отговори за отношението на младежите към проблема, заинтересоваността им и желанието или нежеланието за промяна от тяхна страна.

Анкетен метод – пряко анкетно проучване

Анкетният метод е широко използван за научноизследователските цели. Данните, които могат да се съберат следва да бъдат обработени, анализирани и използвани за решаване на различни проблеми. Анкетната карта, използвана за целта на настоящото проучване е разработена и съобразена с възрастовите и психологическите особености на контингента – ученици на възраст от 13 до 19 години. Целта на всяка анкета е да се събере информация по въпросите за психичното здраве, както и за негативните и позитивните детерминиращи го фактори.

Всяка анкетна карта съдържа кратък инструктаж за попълването ѝ, както и информация за напълно анонимния характер на проучването. Целта е анкетираните да бъдат максимално искрени в отговорите си, без да се страхуват от последствия. По този начин би се постигнал висок процент на достоверност на получените резултати. Въпросите са разработени по такъв начин, че едновременно дават важна информация и се получава информация от отговорите.

Общо са разработени 49 въпроса от закрит и открит тип. Първите два въпроса са за възрастта и пола на респондентите. Третият въпрос е за определяне на типа темперамент. Останалите въпроси са насочени към изследване мнението на учениците за здравето, психичното здраве, факторите на здравето като храна, спорт, финансова стабилност на семейството и взаимоотношенията в него, рискови фактори – тютюнопушене, употреба на алкохол и наркотични вещества. Съдържат се също и въпроси за готовността за промяна в навиците и поведението на юношите в полза на тяхното здраве (Приложение № 1).

3.4.3. Математико-статистически методи за обработка и анализ на резултатите от проучването

Получените данни от проучването са обработени математически и статистически.

Резултатите са представени под формата на графики, кръгови диаграми и таблици. Обработката на емпиричните данни е извършена с продукта на Microsoft Office Excel версия 2016.

Част от събраната информация е обработена и анализирана статистически като отразява търсените закономерности. За целта е използван Fisher`s Exact Test.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. Резултати от емпиричното изследване. Анализ и обсъждане

4.1. Резултати от емпиричното изследване

Проучване мнението на учениците

Възраст на анкетираните

Години	Брой отговорили	% отговорили
13 години	1	1%
14 години	15	12%
15 години	39	32%
16 години	24	20%
17 години	36	30%
18 години	3	3%
Без отговор	2	2%
Общо	**120**	**100%**

Таблица 1



Фигура 1 Разпределение на извадките по възраст

Според получените резултати 32% от анкетираните са на възраст 15 години, следвани от 17-годишните – 30%, 16-годишните са 20%, 14-годишните – 12%, 18-годишните са 3%, а 1% е за 13-годишния анкетиран. Без отговор на зададения въпрос за възрастта са останали 2% от анкетираните, което е очаквано предвид контингента на изследваните лица.

Пол на анкетираните

Пол	Брой отговорили
Мъж	52
Жена	64
Без отговор	4
Общо	**120**

Таблица 2



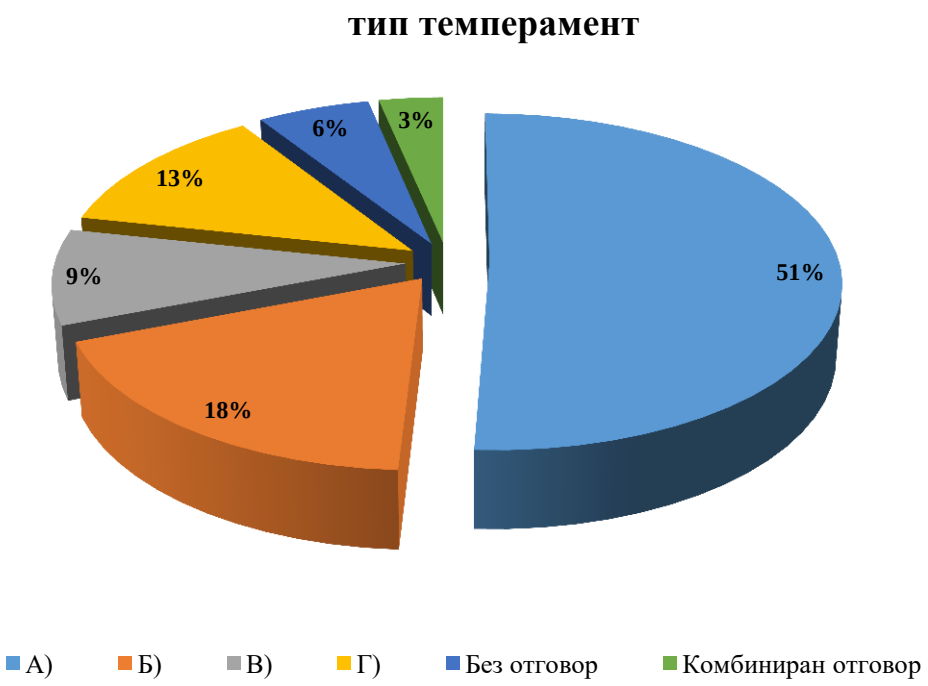
Фигура 2 Разпределение на извадките по пол

На този въпрос 53% от анкетираните са отбелязани като представителки от женски пол, 44% са представителите от мъжки пол, а 3% не са отговорили на този въпрос, което би могло да се тълкува като неизяснена полова принадлежност или неумишлено пропускане на отбелязването.

Тип темперамент

Отговор	Брой отговорили
А) Сангвиник	61
Б) Холерик	22
В) Флегматик	11
Г) Меланхолик	15
Без отговор	7
Комбиниран отговор	4
Общо	**120**

Таблица 3



Фиг. 3 Разпределение на извадките по темперамент

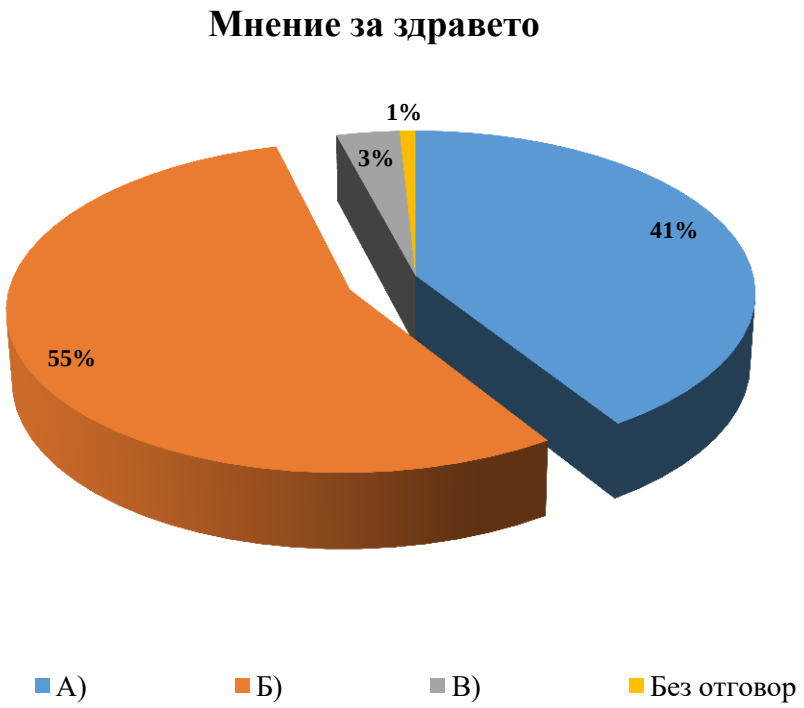
Най-голям процент от отговорилите определят себе си като „сангвиник“ – 51%, 18% определят себе си като „холерик“, 13% от общия брой са за „меланхолик“, 9% – „флегматик“, а 3% са определили своя темперамент като комбинация от два. На този въпрос процентът на неотговорилите е само 6%, като предварителните очаквания бяха за много по-висок процент неотговорили, имайки предвид отново възрастта на анкетираните и вероятността да не са запознати с различните типове темперамент.

Въпрос № 4

Какво мислите за здравето?

Отговор	Брой отговорили
А) добре е, когато човек е здрав	49
Б) здравето е задължителен фактор за пълноценен живот	66
В) не е толкова важно, има лекарства	4
без отговор	1
Общо	**120**

Таблица 4



Фигура 4 Разпределение на извадките по въпрос № 4 „Какво мислите за здравето?“

Един от ключовите въпроси от анкетата е въпрос № 4. Според резултатите 55% от участниците в нея определят здравето като „задължителен фактор за пълноценен живот“, а 41% отговарят също положително с „добре е, когато човек е здрав“. Сборът на отговори а) и б) представлява общо 96% от анкетираните с положително отношение към здравето. Само 3% от отговорите показват невисока оценка на здравето, а 1% не са отговорили на въпроса.

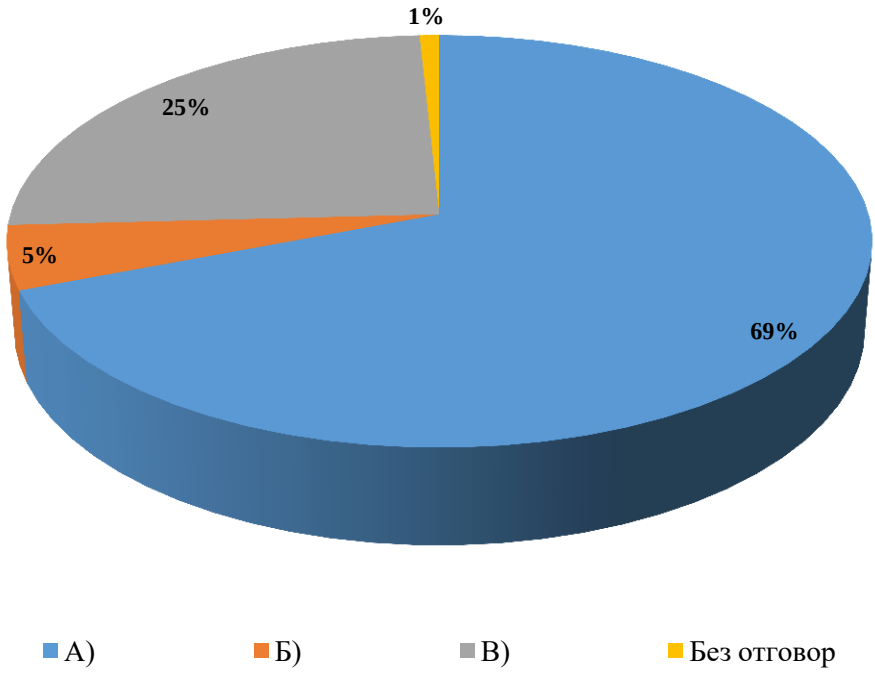
Въпрос № 5

Съгласен ли сте с определението на Световната здравна организация, че: „Здравето е пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг“?

Отговор	Брой отговорили
А) да	83
Б) не	6
В) не мога да преценя	30
Без отговор	1
Общо	**120**

Таблица 5

Разпределение на отговорите на въпрос № 5



Фигура 5 Мнение за определението на СЗО за здравето

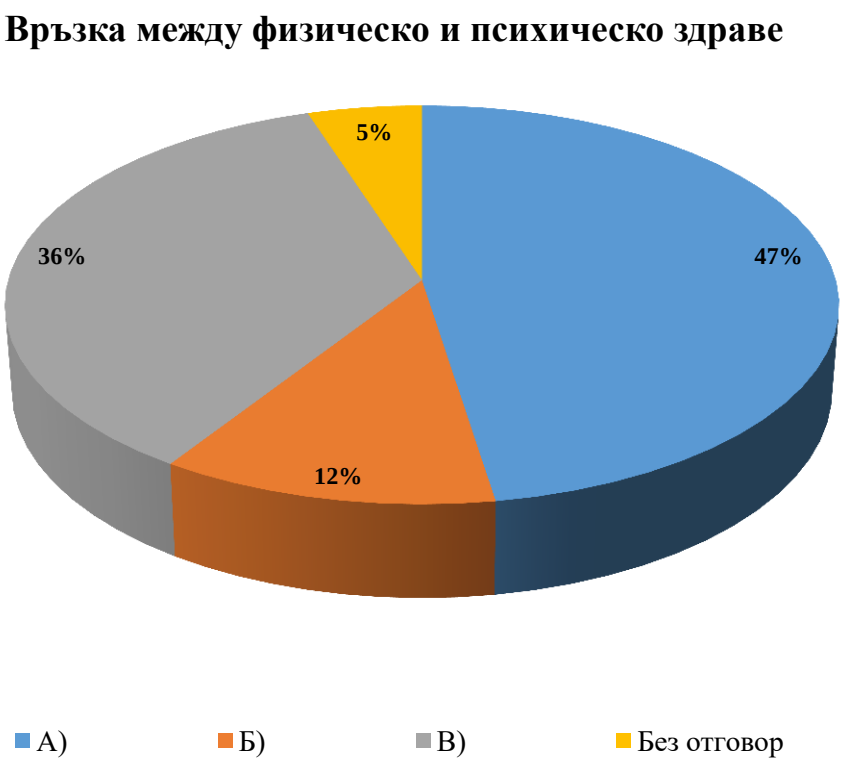
Отговорите на този въпрос дават представа за познаването от анкетираните на конкретната същност на здравето. Най-голям процент – 69% са съгласни с определението на СЗО, но е голям и процентът на тези, които не могат да преценят – 25%. Несъгласните с определението са 5% от анкетираните.

Въпрос № 6

Свързани ли са физическото и психическото здраве?

Отговор	% отговорили
А) да	47%
Б) не	12%
В) свързани са и взаимно си влияят	36%
Без отговор	5%
Общо	**100 %**

Таблица 6



Фигура 6 Мнение на анкетираните за връзката между физическото и психичното здраве

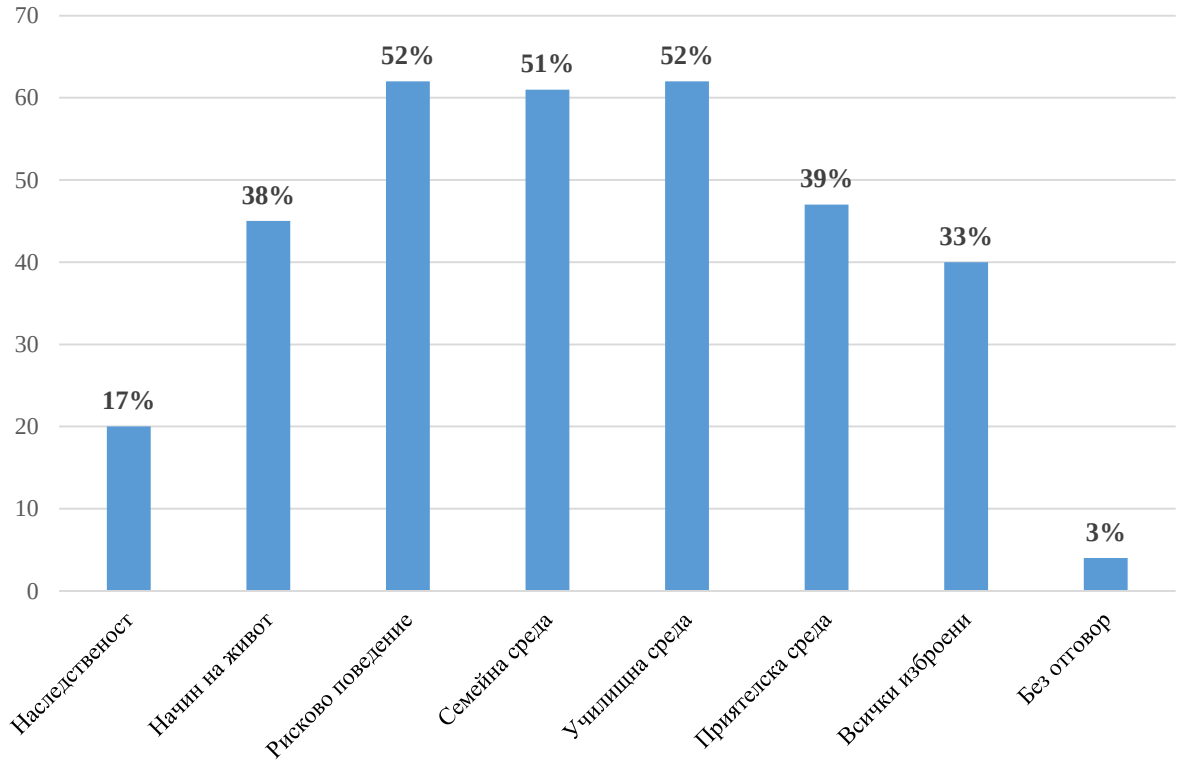
Отговорите на този въпрос показват как анкетираните възприемат психическото и физическото здраве. 47% са отговорили, че са свързани, а 36% са отговорили, че и взаимно си влияят, 12% смятат, че не са свързани, а 5% са неотговорилите. Общият процент на отговорили с а) и в) е много висок – 83% и това показва познаване от страна на анкетираните лица в юношеска възраст на тясната свързаност на психическото и физическото здраве.

Въпрос № 7

Отбележете с „Х“ факторите, които смятате, че повлияват психичното здраве:

Отговор	Брой отговорили	% отговорили
Наследственост	20	17%
Начин на живот	45	38%
Рисково поведение	62	52%
Семейна среда	61	51%
Училищна среда	62	52%
Приятелска среда	47	39%
Всички изброени	40	33%
Без отговор	4	3%
Възможни са по няколко отговора		

Таблица 7



Фигура 7 Фактори, повлияващи психичното здраве

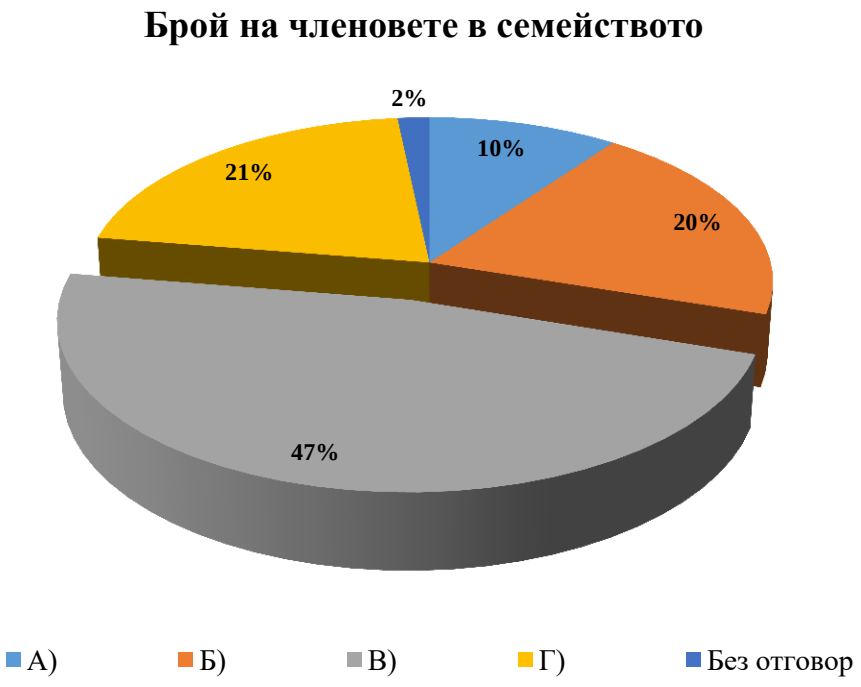
Въпросът за факторите, повлияващи психичното здраве, е ключов в разработената анкета. Тук респондентите могат да дадат по няколко верни отговора. 33% от тях са отбелязали всички отговори, 51% и 52% са отбелязали рисковото поведение, семейната и училищната среда като фактори с най-съществено значение за психичното здраве. Приятелската среда са преценили 39%, начина на живот – 38%, а наследствеността – 17%.

Въпрос № 8

От колко членове се състои Вашето семейство?

Отговор	Брой отговорили
А) от двама – аз и майка ми/ баща ми	12
Б) от трима – аз и двамата ми родители	24
В) от четирима – аз, брат ми/сестра ми и двамата ни родители	57
Г) от пет, шест и повече	25
Без отговор	2
Общо	**120**

Таблица 8



Фигура 8 Разпределение на отговорите на въпрос № 8 „От колко членове се състои Вашето семейство?“

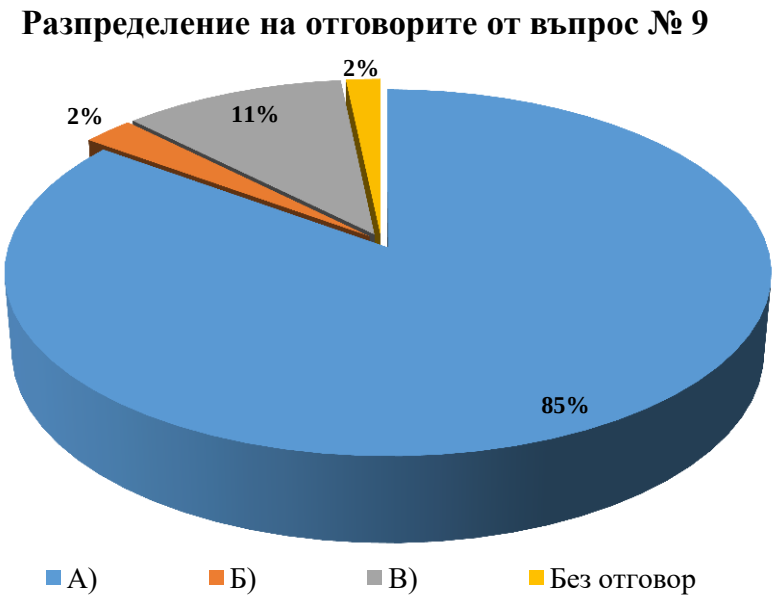
Резултатите от отговорите на този въпрос показват, че най-голям процент на анкетираните са членове на четиричленни семейства – 47%, 21% са от пет-, шест- и повече членни семейства, 20% са от семейства с двама родители, но без брат или сестра. 10% са от семейства с един родител, а 2% не са отговорили.

Въпрос № 9

Смятате ли, че в семейството човек трябва да чувства обич и привързаност, да общува свободно, да се чувства удовлетворен, да търси и получава подкрепа/ помощ, да поддържа добри взаимоотношения с останалите членове?

Отговор	Брой отговорили
А) да	102
Б) не	3
В) не винаги	13
Без отговор	2
Общо	**120**

Таблица 9



Фигура 9 Мнение на анкетираните за отношенията в семейството

85% са отговорили, че в семейството обичта, привързаността и общуването са задължителни, а само 11% смятат, че това невинаги е задължително. 2% не определят такива отношения като необходими и 2% не са отговорили на този въпрос.

Въпрос № 10

Бихте ли положили усилия във вашето семейство отношенията да се подобрят?

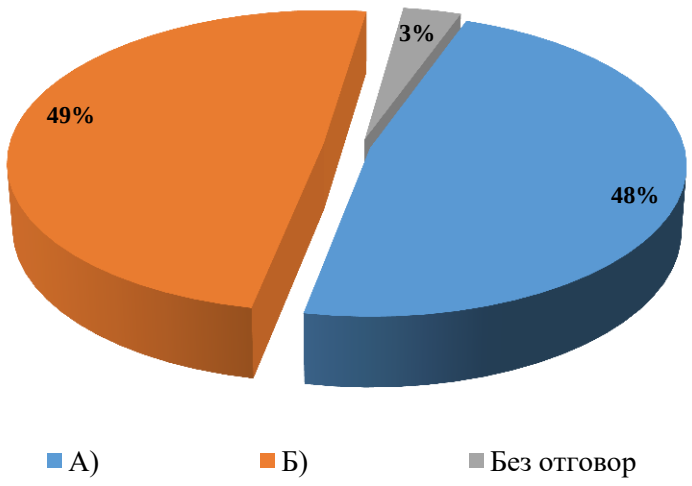
а) не е необходимо, защото те винаги са били добри

б) да, бих

Отговор	Брой отговорили
А)	57
Б)	59
Без отговор	4
Общо	**120**

Таблица 10

Разпределени е на отговорите на въпрос № 10



Фигура 10 Желание за помагане в семейството

От разпределението на отговорите на този въпрос става ясно, че 49% от анкетираните биха положили усилия отношенията в семействата им да се подобрят, което показва нагласата им за позитивни промени, а 48% смятат, че отношенията им винаги са били добри. 3% са неотговорилите на този въпрос. От отговорите може да се предположи, че в почти половината от семействата взаимоотношенията не са добри, но младите хора показват желание да променят тази ситуация доколкото това зависи от техните възможности. Двата въпроса № 9 и № 10 се допълват и показват отношението им към семейството – важен фактор за психичното здраве в детска и юношеска възраст.

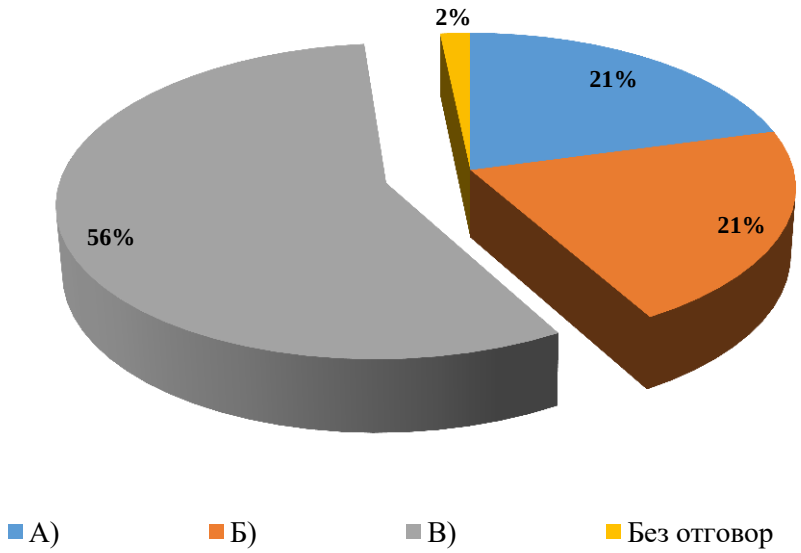
Въпрос № 11

Считате ли, че материалното/ финансовото благополучие на семейството може да бъде предпоставка за добро психично здраве на членовете му?

Отговор	Брой отговорили
А) да	25
Б) не	25
В) отчасти	68
Без отговор	2
Общо	**120**

Таблица 11

Разпределение на отговорите на въпрос № 11



Фигура 11 Финансовото благополучие като предпоставка за добро психично здраве

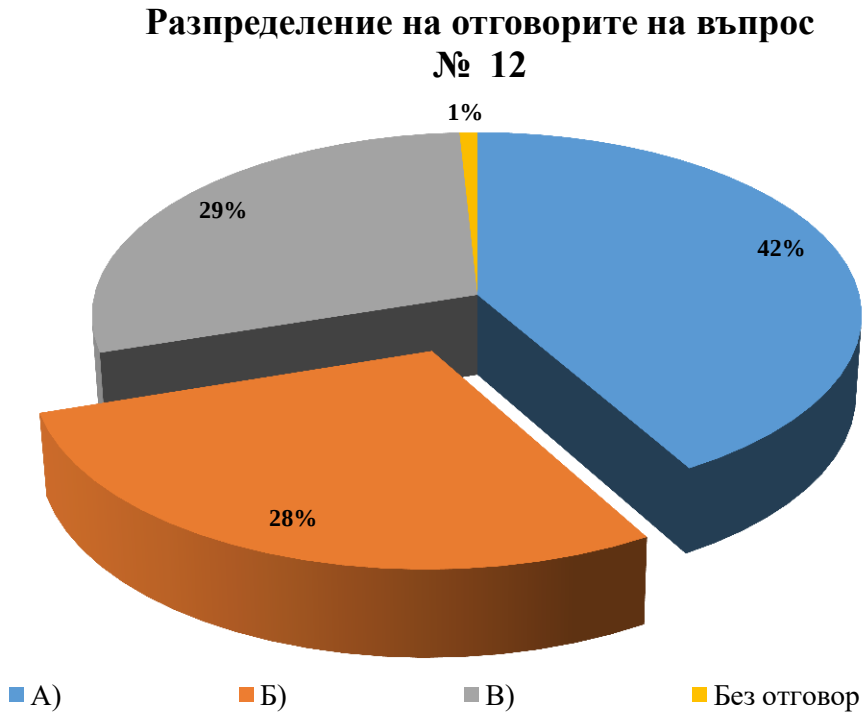
Отговорите на този въпрос показват ясно, че голяма част от респондентите – 56% или повече от половината смятат, че материалното благополучие на семейството е „отчасти“ предпоставка за доброто психично здраве на членовете му. Само 21% са на мнение, че то е предпоставка, а също 21% – че не е предпоставка за добро психично здраве. Отново 2% са неотговорилите. Това може да се тълкува като непознаване на значението на материалното благополучие върху психичното здраве в семейството.

Въпрос № 12

Запознати ли сте, че причина за недобро психично здраве може да бъде безработицата или ранното пенсиониране по болест?

Отговор	Брой отговорили
А) да	50
Б) не	34
В) отчасти	35
Без отговор	1
Общо	**120**

Таблица 12



Фигура 12 Мнение за факторите „безработица“ и „инвалидност“

Един много голям процент, почти половината от анкетираните – 42%, са посочили, че са запознати с безработицата и инвалидността като някои от причините за недобро психично здраве, 28% посочват, че не са запознати с тези причини, а 29% се определят като „отчасти“ запознати. 1% са неотговорилите на този въпрос.

Въпрос № 13

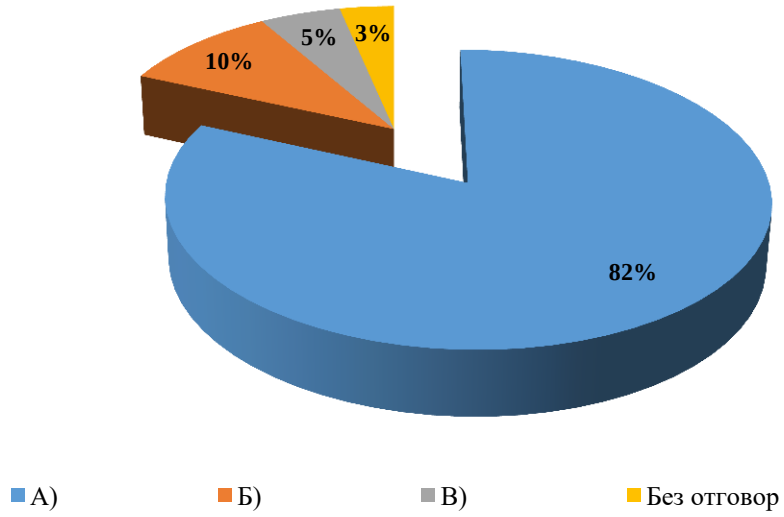
Разполага ли Вашето семейство с достатъчни доходи на месец?

а) да б) не са достатъчни в) изобщо не стигат

Отговор	Брой отговорили
А)	98
Б)	12
В)	6
Без отговор	4
Общо	**120**

Таблица 13

Разпределение на отговорите на въпрос № 13



Фигура 13 Достатъчни месечни доходи на семейството

На този въпрос 82% са отговорили, че доходите в семейството им са достатъчни, на 10% от анкетираните доходите са недостатъчни, а 5% смятат, че изобщо не стигат. Без отговор са останалите 3%. Този въпрос е свързан по смисъл със следващия № 14.

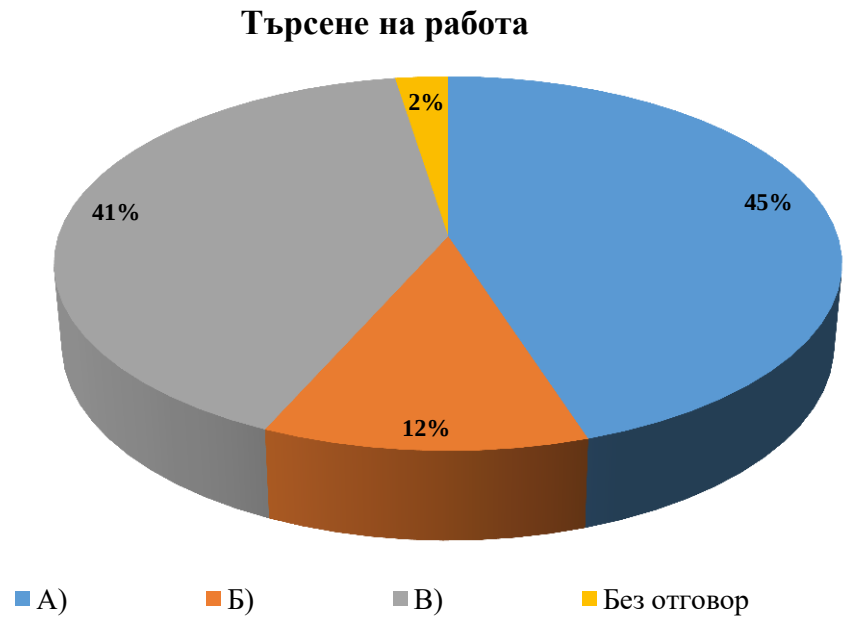
Въпрос № 14

Ако доходите на семейството Ви не са достатъчни, бихте ли потърсили работа, за да помогнете?

а) да б) не в) да, но за непълнолетни е трудно

Отговор	Брой отговорили
А)	54
Б)	14
В)	49
Без отговор	3
Общо	**120**

Таблица 14



Фигура 14 Готовност за работа в помощ на семейството

От резултатите на този въпрос може да се извлече информация за готовността на респондентите да допринесат за подобряване на финансовото състояние на семейството им и отговорното им отношение по въпроса. 45% са отговорили положително, че биха потърсили работа, 41% също биха потърсили работа, но оценяват и трудността за намирането ѝ поради факта, че са непълнолетни. 12% показват пасивност или нежелание да бъдат ангажирани с работа за повишаване на недостатъчните доходи в семейството.

Въпрос № 15

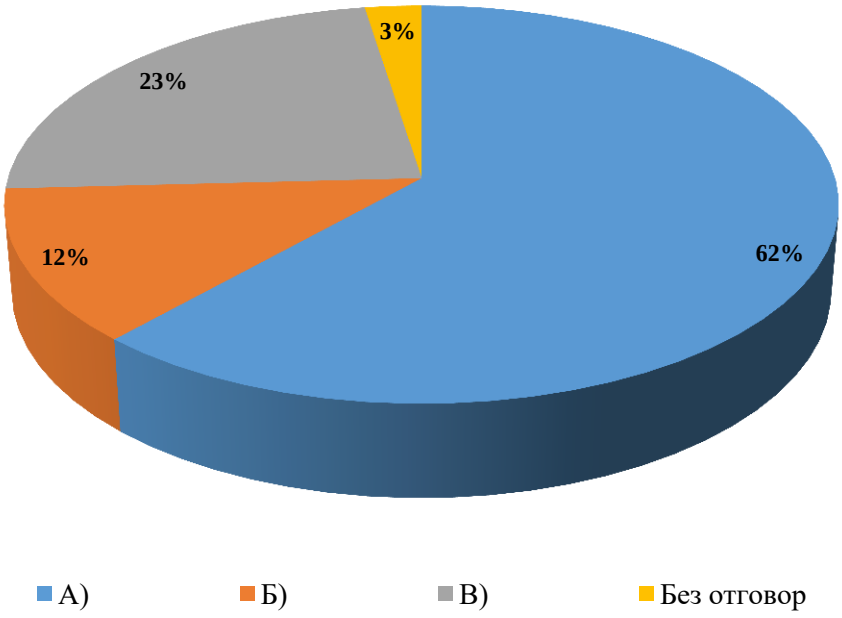
Знаете ли, че недобрите семейни взаимоотношения, раздялата и разводът допринасят за влошаване на психичното здраве на децата и юношите?

а) да б) не в) отчасти

Отговор	Брой отговорили
А)	74
Б)	15
В)	28
Без отговор	3
Общо	**120**

Таблица 15

Разпределение на отговорите на въпрос № 15



Фигура 15 Недобрите семейни взаимоотношения и психичното здраве

Въпрос № 15 е едновременно информиращ и извличащ информация. 62% от анкетираните са запознати с конкретните фактори, допринасящи за влошаването на психичното здраве, 23% са запознати „отчасти“, а 12% изобщо не знаят. 3% са неотговорилите.

Въпрос № 16

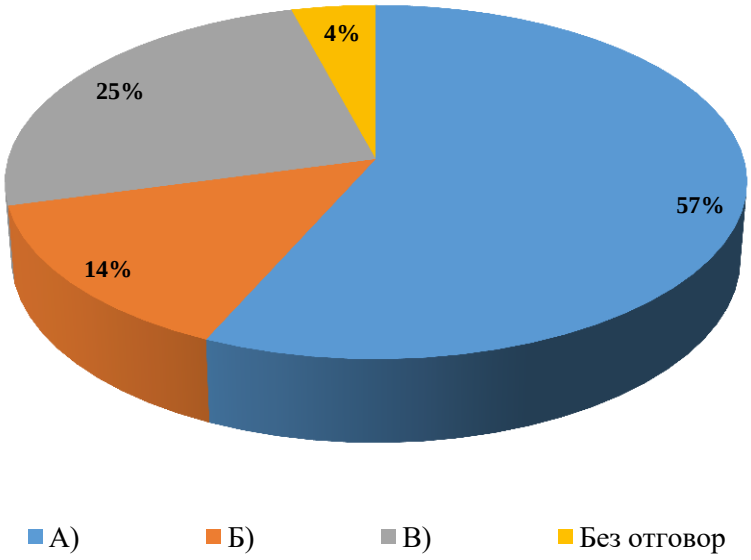
Считате ли, че в такава ситуация би било добре да се потърси психологическа помощ/ подкрепа?

а) да б) не в) не мога да преценя

Отговор	Брой отговорили
А)	68
Б)	17
В)	30
Без отговор	5
Общо	**120**

Таблица 16

Разпределение на отговорите на въпрос № 16



Фигура 16 Мнение за психологическата подкрепа

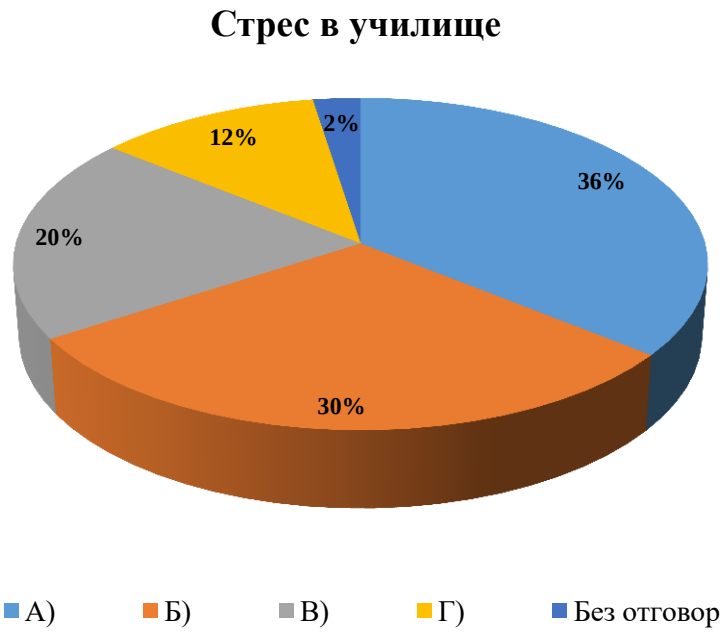
Въпрос № 15 и въпрос № 16 са свързани по смисъл, а отговорите показват до каква степен анкетираните в определената възрастова група осъзнават подобна ситуация и оценяват необходимостта от психологическа помощ. 57% са отговорили утвърдително и категорично, че е добре да се потърси психологическа помощ, 25% не могат да преценят, а 14% са отговорили, че не е добре да се търси помощ. Това може да се тълкува от една страна като неосъзнаване на проблема, а от друга – като омаловажаване и подценяване на професията на психолога и дори неразбирането ѝ.

Въпрос № 17

Смятате ли, че в училище има много стрес?

Отговор	% отговорили
А) да, почти ежедневно	36%
Б) да, но рядко	30%
В) само при изпит	20%
Г) в училище няма стрес	12%
Без отговор	2%
Общо	**100%**

Таблица 17



Фигура 17 Наличие на стрес в училище

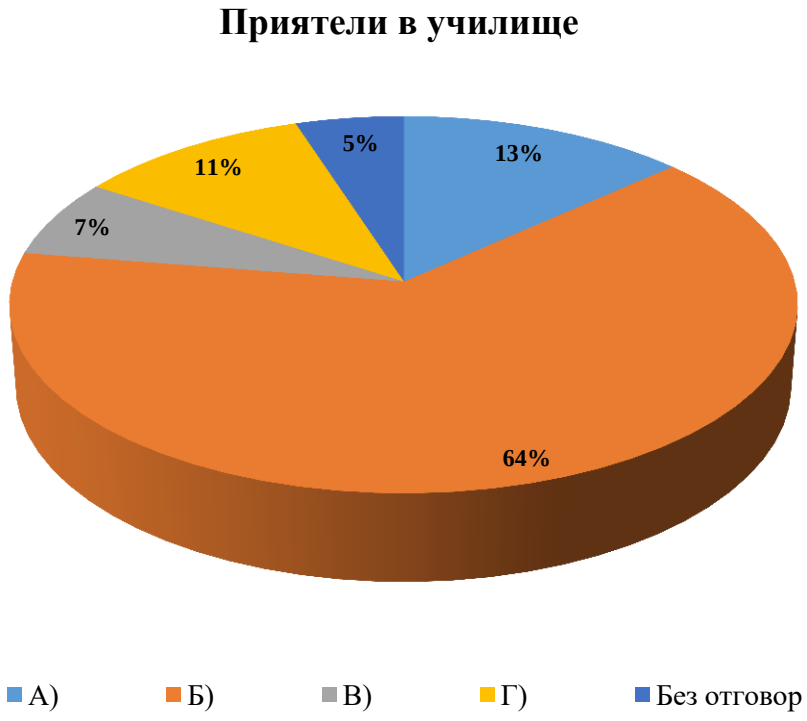
Резултатите от отговорите на този въпрос показват до каква степен има стрес в училищната среда на анкетираните. 36% са отговорили, че в училище стресът е почти ежедневен, за 30% училищният стрес се среща рядко, 20% мислят, че такъв има само при изпити, а само 12% твърдят, че „в училище няма стрес“. Без отговор са 2% от анкетираните.

Въпрос № 18

Имате ли приятели в училище?

Отговор	% отговорили
А) да, един-двама	13%
Б) да, трима-четирима	64%
В) нямам приятели в училище	7%
Г) имам приятели извън училище	11%
Без отговор	5%
Общо	**100%**

Таблица 18



Фигура 18 Приятели в училище и извън него

Най-голям процент отговорили – 64%, имат трима-четирима приятели в училище, 13% имат един-двама, 7% нямат приятели в училище, а 11% имат приятели извън училището. Без отговор са 5% от анкетираните. Този въпрос разкрива до каква степен училищната среда на анкетираните е част и от приятелската. Разбира се, че извън училище социалните контакти и приятелствата са повече, но в училище учениците прекарват най-много часове през деня заедно и вероятността да се породят приятелски отношения е много по-голяма. Общо сумирани, 77% са отговорилите, че имат приятели в училище.

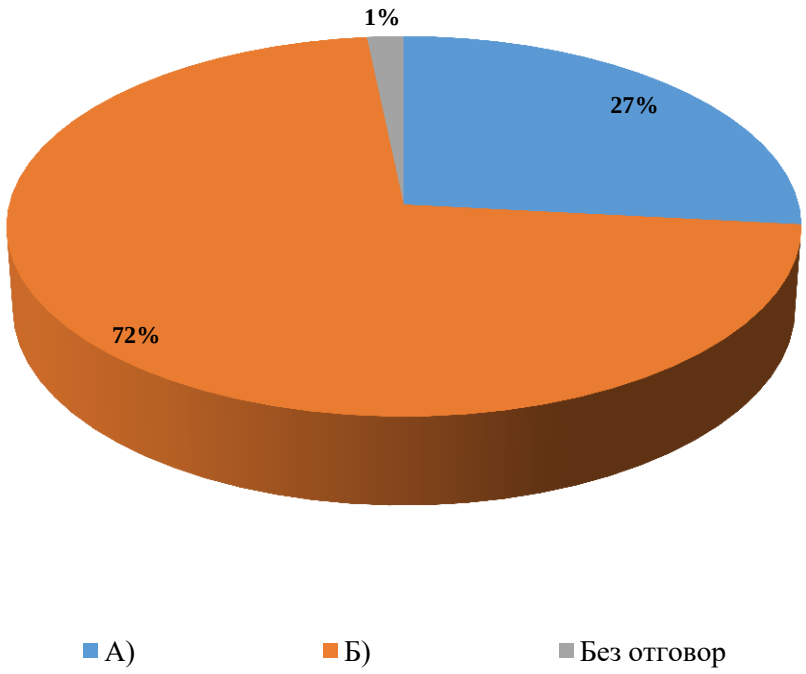
Въпрос № 19

Подлагани ли сте на тормоз от съученици в училище?

Отговор	Брой отговорили
А) да	32
Б) не	86
Без отговор	2
Общо	**120**

Таблица 19

Тормоз в училище



Фигура 19 Подлагане на тормоз от съученици

На този въпрос 72% са отговорили, че не са били тормозени в училище, 27% от отговорилите са отбелязали като отговор „да“, а 1% не са дали отговор. Процент на положително отговорилите е почти 1/3 от общия брой на анкетираните.

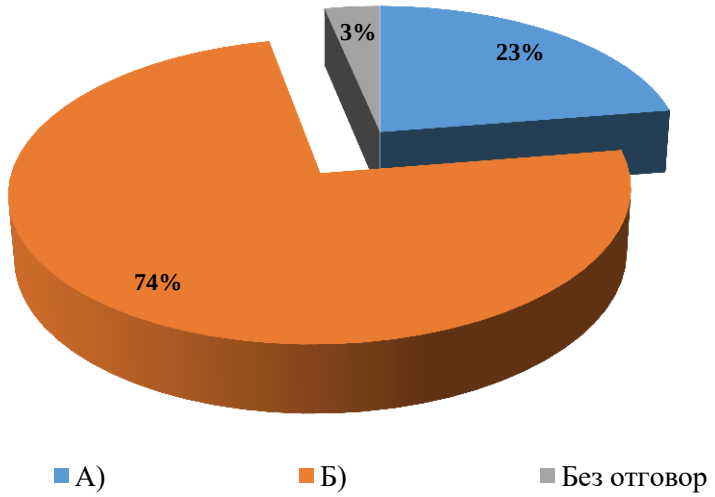
Въпрос № 20

Вие подлагали ли сте на тормоз съученици в училище?

Отговор	Брой отговорили
А) да	27
Б) не	89
Без отговор	4
Общо	**120**

Таблица 20

Разпределение на отговорите от Въпрос № 20



Фигура 20 Ученици, тормозещи съученици

От анкетираните ученици 23% са отговорили утвърдително, че са подлагали на тормоз други свои съученици, 74% – не са постъпвали по този начин, а неотговорилите са 3%. Отговорите на двата въпроса: Въпрос № 19 и Въпрос № 20 показват ясно, че насилието в училищата на анкетираните е факт, а неговото разпространение вероятно е и сред всички останали училища в България в по-голяма или по-малка степен.

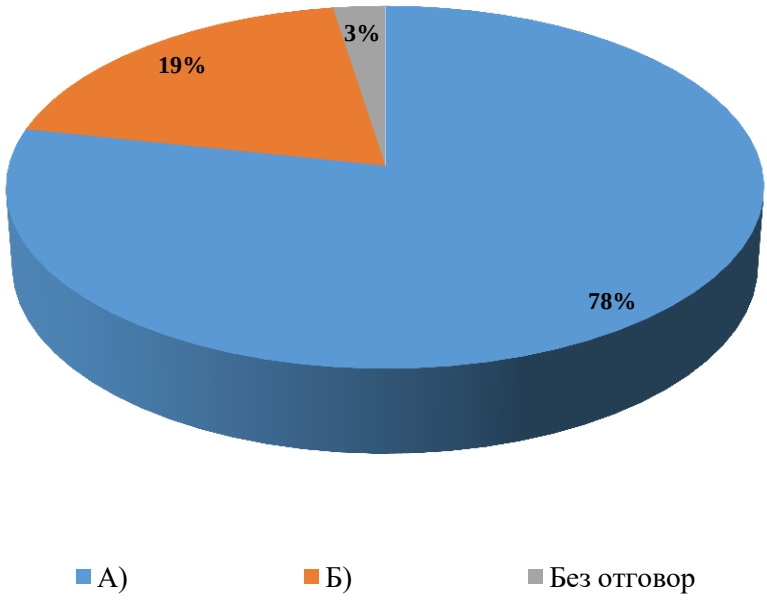
Въпрос № 21

Знаете ли за случаи на тормозени в училище деца?

Отговор	Брой отговорили
А) да	94
Б) не	23
Без отговор	3
Общо	**120**

Таблица 21

Разпределение на отговорите от Въпрос № 21



Фигура 21 Случаи на тормозени в училище деца

Само 19% от респондентите са отговорили, че не знаят за тормозени в училище деца, а 78% знаят за такива случаи. Неотговорили са 3%. Големият брой положителни отговори показва недвусмислено за размера на разпространение на този проблем в училищата, в които е проведено анкетното проучване.

Въпрос № 22

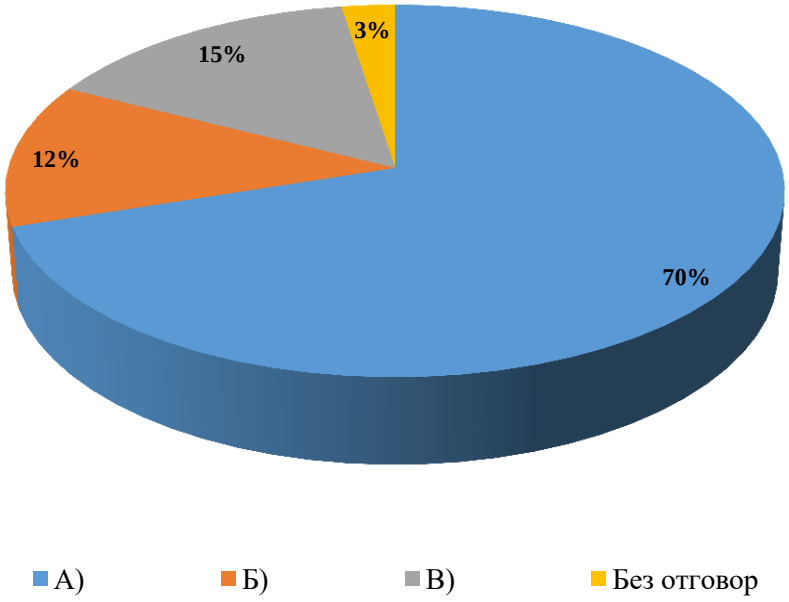
Смятате ли, че би било добре да се прилагат програми в училище за намаляване на случаите на агресия и редуциране на стреса?

а) да, би било добре б) не в) не мога да преценя

Отговор	% отговорили
А)	70%
Б)	12%
В)	15%
Без отговор	3%
Общо	**100%**

Таблица 22

Разпределение на отговорите на Въпрос № 22



Фигура 22 Програми за превенция на агресията и стреса

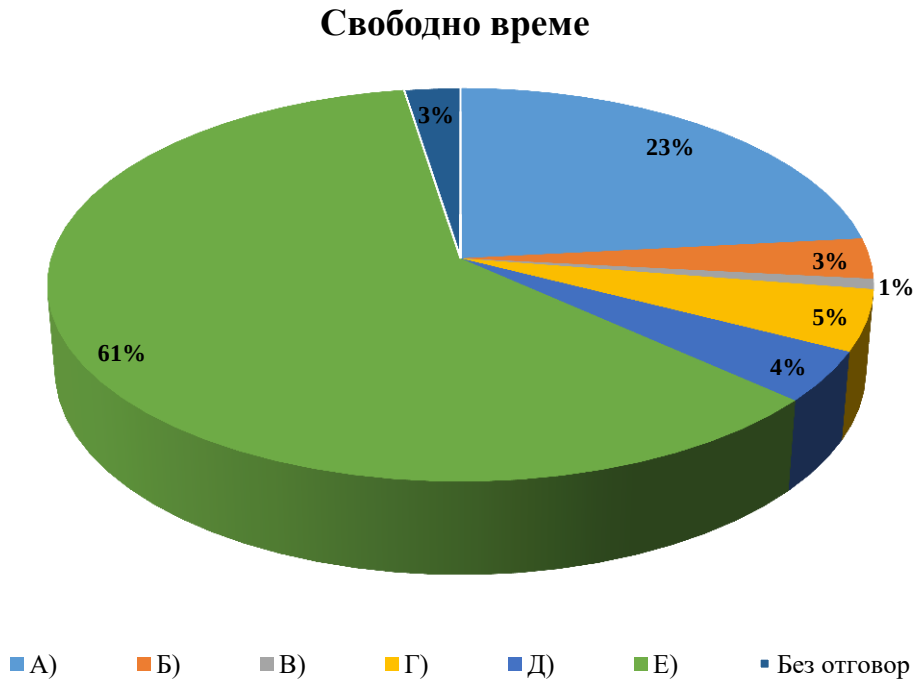
Мнозинството отговорили на този въпрос – 70% са на мнение, че би било добре да се прилагат програми за намаляване на агресията в училище и редуциране на стреса. 15% не могат да преценят, а 3% не са отговорили. Това показва, че анкетираните биха проявили и активност, участвайки в такива програми за подобряване на психоклимата в училищата.

Въпрос № 23

Как прекарвате свободното си време?

Отговор	% отговорили
А) срещам се с приятели	23%
Б) имам хоби	3%
В) гледам телевизия	1%
Г) играя на компютърни игри	5%
Д) спортувам	4%
Е) комбинация от …	61%
Без отговор	3%
Общо	**100%**

Таблица 23



Фигура 23 Занимания през свободното време

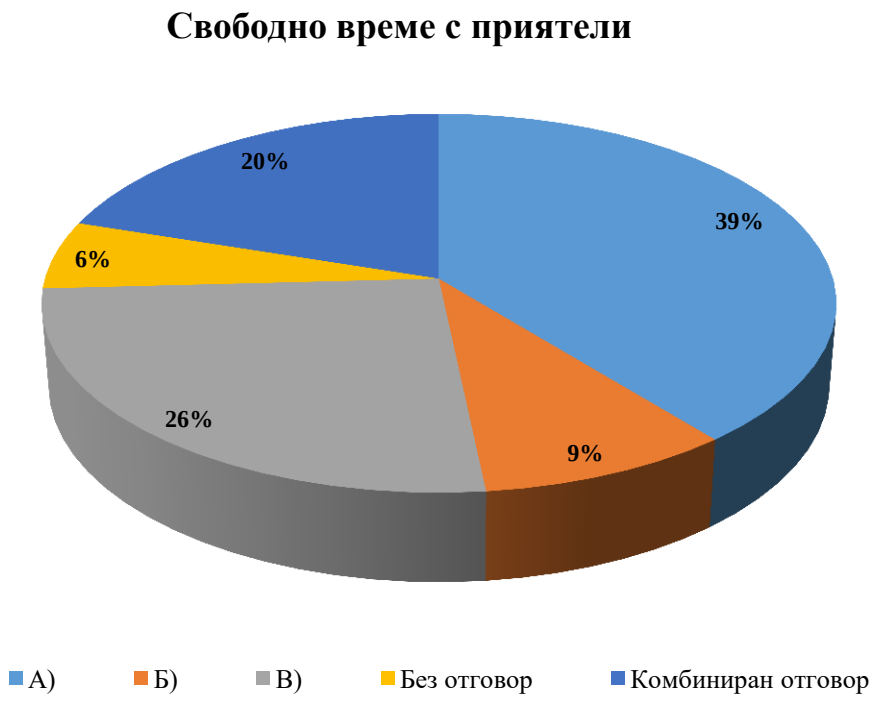
Според резултатите от отговорите на този въпрос, 61% прекарват свободното си време, комбинирайки различни занимания: срещи с приятели, хобита, спорт. С приятелите си се срещат само 23% от анкетираните, само с хоби се занимават 3%, само телевизия се гледа от 1%, на компютърни игри отделят време 5%, спортуващите са 4%, и неотговорилите – 3%.

Въпрос № 24

Как прекарвате времето си, когато сте с приятели?

Отговор	Брой отговорили
А) гледаме филми (телевизия, кино)	47
Б) играем на компютърни игри	11
В) спортуваме заедно	31
Без отговор	7
Комбиниран отговор	24
Общо	**120**

Таблица 24



Фигура 24 Занимания през свободното време с приятели

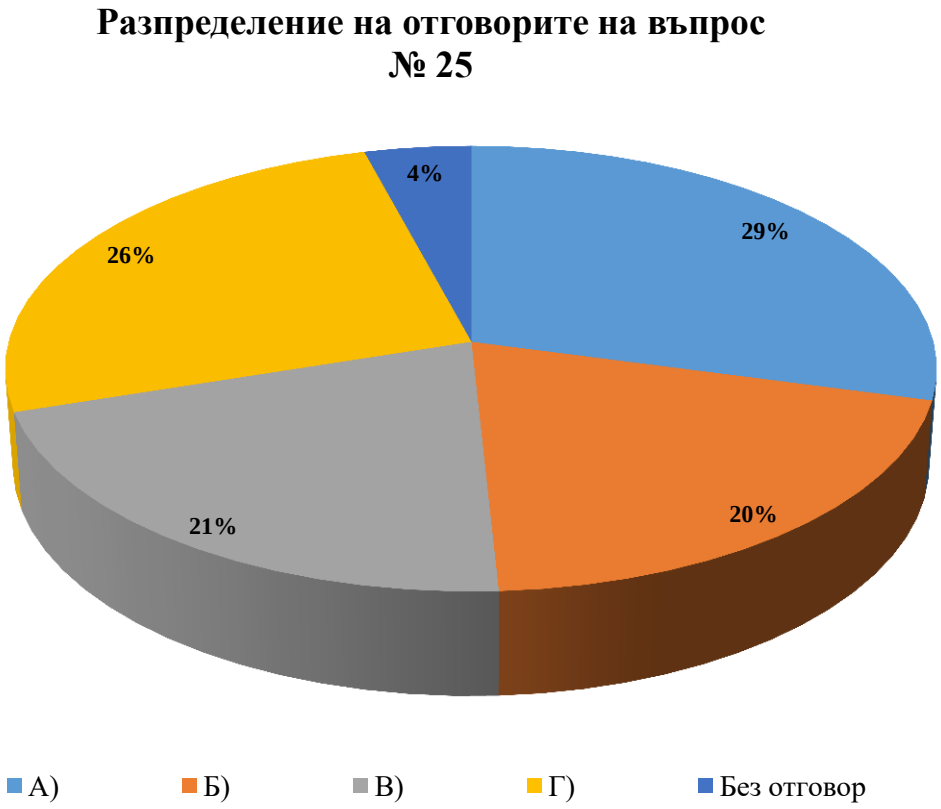
Отговорите на този въпрос разкриват как младите хора прекарват в компанията на своите приятели свободното си време. Най-голям процент – 39% отговарят, че гледат заедно филми, 26% спортуват заедно с приятелите си, 20% отговарят с комбиниран отговор, 9% играят на компютърни игри, а 6% не са отговорили. Отговорите показват неголяма физическа активност. По-конкретна информация за честотата на спортната активност сред анкетираните ученици ни предоставят отговорите на въпрос № 25.

Въпрос № 25

Спортувате ли?

Отговор	Брой отговорили
А) да, два-три пъти седмично	35
Б) почти всеки ден	24
В) рядко – един път седмично	25
Г) не спортувам	31
Без отговор	5
Общо	**120**

Таблица 25



Фигура 25 Честота на спортните занимания

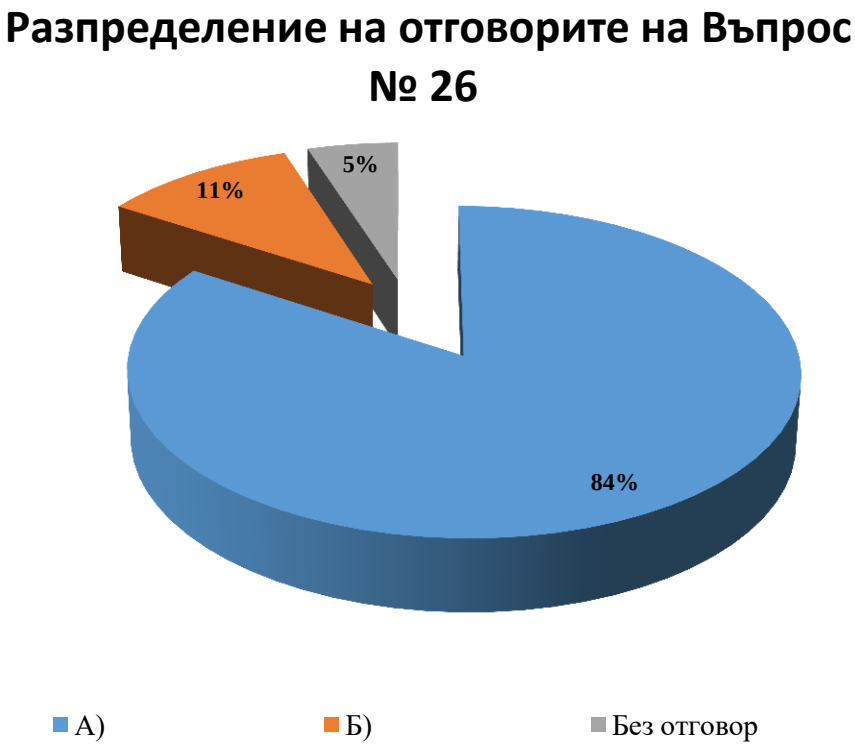
От отговорите на този въпрос става ясно, че два-три пъти седмично спортуват 29% от анкетираните, почти всеки ден – 20% от тях, един път седмично – 21%, цели 26% не спортуват, а 4% не са отговорили.

Въпрос № 26

Знаете ли, че спортът/ физическата активност намалява стреса и подобрява психическото благополучие?

Отговор	Брой отговорили
А) да, известно ми е	101
Б) нямам представа	13
Без отговор	6
Общо	**120**

Таблица 26



Фигура 26 Влияние на спорта върху стреса

За ролята на спорта като редуциращ стреса фактор и подобряващ психическото благополучие знаят 84%, 11% нямат представа, а 5% не са отговорили.

Въпрос № 27

Бихте ли започнали редовно да спортувате, ако знаете, че ще подобрите здравето си?

Отговор	Брой отговорили
А) да	97
Б) не	17
Без отговор	6
Общо	**120**

Таблица 27



Фигура 27 Желание за спорт и здраве

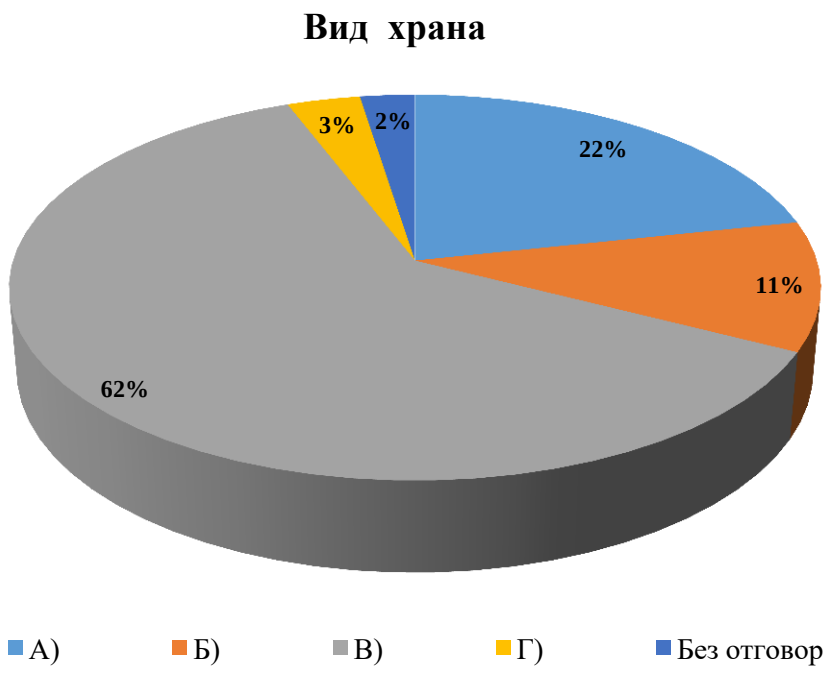
Сред анкетираните ученици 81% са отговорили, че биха започнали редовно да спортуват, за да подобрят здравето си, а 14% са дали отговор „не“. Без отговор остават 5% от анкетираните. Това показва, че дори и информирани, 14% от анкетираните ученици не биха променили своята активност.

Въпрос № 28

Каква храна консумирате най-често?

Отговор	Брой отговорили
А) сандвичи/пица	26
Б) изцяло здравословна храна	13
В) следя да се храня здравословно, но не винаги е възможно	74
Г) само плодове и зеленчуци	4
Без отговор	3
Общо	**120**

Таблица 28



Фигура 28 Най-често консумирана храна

Резултатите от този въпрос показват, че един много голям процент на отговорилите следят да се хранят здравословно – 62%, изцяло здравословна храна консумират 11%, приемат само плодове и зеленчуци 3% от анкетираните, с пици и сандвичи предимно се хранят 22%, а неотговорили са 2%. Това показва, че младите хора проявяват интерес и отговорност по отношение на храненето си и подбора на хранителни продукти.

Въпрос № 29

Знаете ли, че консумирането на здравословна храна води до намаляване на симптомите на депресия при младите хора?

Отговор	Брой отговорили
А) да	72
Б) не	44
Без отговор	4
Общо	**120**

Таблица 29



Фигура 29 Здравословна храна и депресивни симптоми

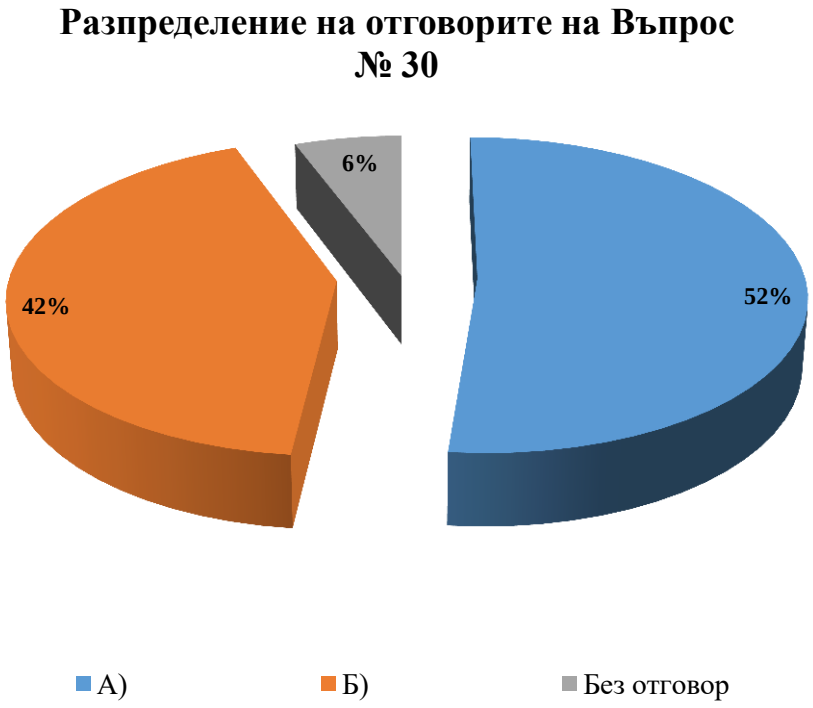
Този въпрос е отново от въпросите, които едновременно дават информация и извличат информация. Резултатите показват, че 60% са запознати с ролята на здравословната храна върху намаляването на симптомите на депресия, 37% не знаят за тази роля на храната. Без отбелязан отговор са 3% от анкетите.

Въпрос № 30

Знаете ли, че според редица проучвания в Европейския съюз, броят на децата и юношите с психични проблеми се е увеличил?

Отговор	Брой отговорили
А) да	62
Б) не	51
Без отговор	7
Общо	**120**

Таблица 30



Фигура 30 Информираност за разпространението на психичните проблеми

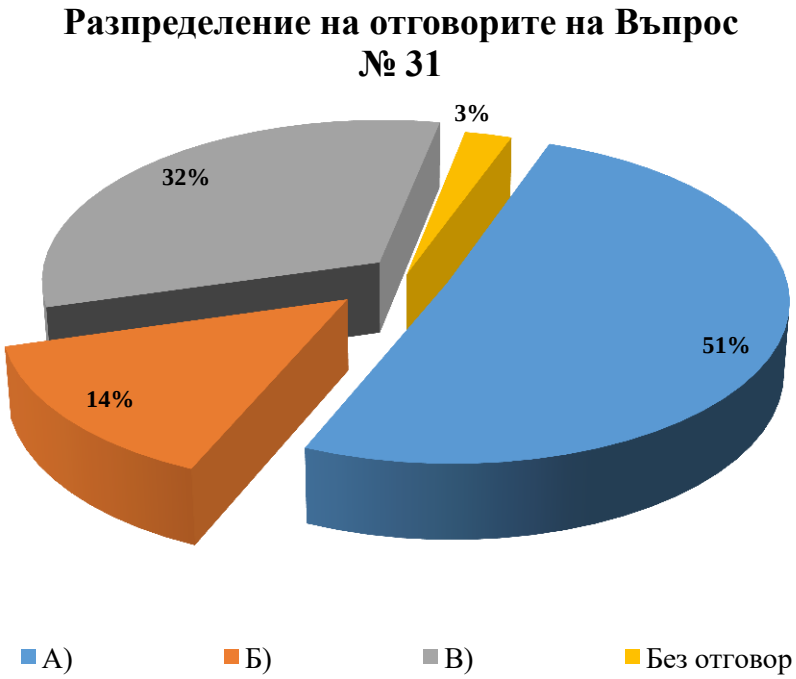
Сред анкетираните ученици 52% са отговорили, че знаят за увеличения брой на психичните проблеми сред децата и юношите в Европейския съюз, 42% не са запознати, а „без отговор“ са оставени 6% от анкетите.

Въпрос № 31

Бихте ли започнали да консумирате здравословна храна, за да подобрите психичното си здраве?

Отговор	% отговорили
А) да	51%
Б) не	14%
В) ще опитам	32%
Без отговор	3%
Общо	**100%**

Таблица 31



Фигура 31 Готовност за подобряване на психичното здраве чрез храната

Получените отговори на този въпрос показват, че 51% от анкетираните имат готовност да започнат да консумират здравословна храна, за да подобрят психичното си здраве, а 32% „ще опитат“. Отговор „не“ са отбелязали 14% от участниците, а 3% не са дали отговор. Отново се наблюдава положителна нагласа за промяна, касаеща подобряване на психичното здраве в случая. Това показва и осъзната отговорност, която младите хора имат за собственото си здраве.

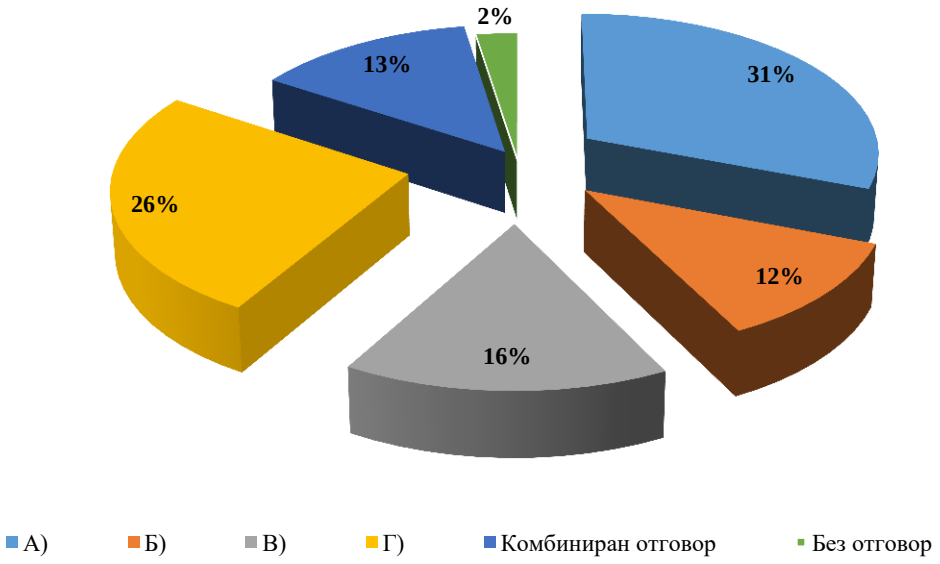
Въпрос № 32

Консумирате ли тонизиращи напитки, съдържащи кофеин?

Отговор	% отговорили
А) да, кафе	31%
Б) да, чай	12%
В) да, енергийни напитки	16%
Г) не консумирам	26%
Комбиниран отговор	13%
Без отговор	2%
Общо	**100%**

Таблица 32

Разпределение на отговорите на Въпрос № 32



Фигура 32 Консумация на кофеинови напитки

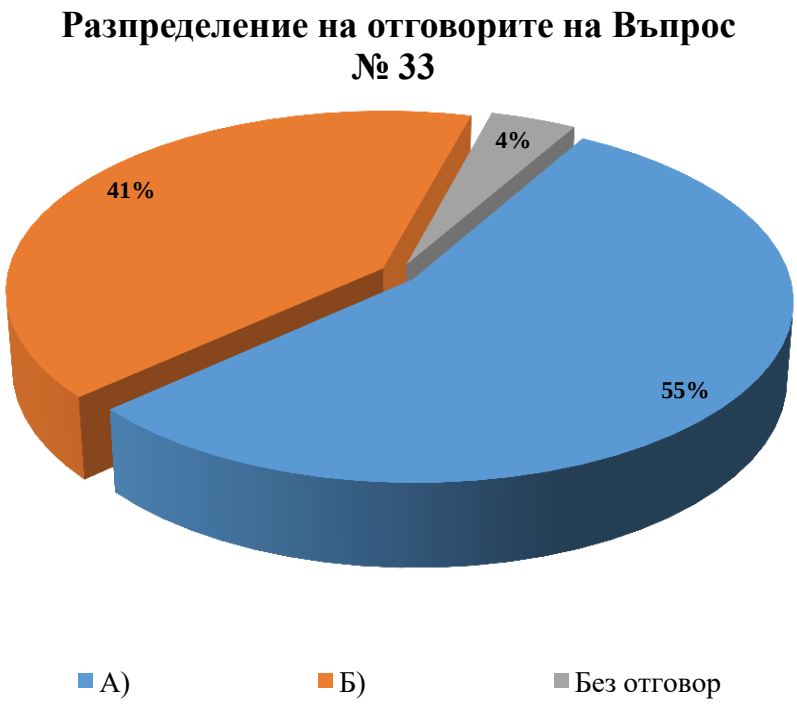
На този въпрос 26% от респондентите са отговорили, че не консумират напитки, съдържащи кофеин, 31% консумират кафе, 12% – чай, 16% – енергийни напитки, комбиниран отговор са отбелязали 13%, а „без отговор“ са 2%. Общият сбор на консумиращите кафе, чай, енергийни напитки и комбинации от различни енергийни напитки е изключително висок сред анкетираните – 72%. Такава висока консумация би могла да е свързана и с непознаването на вредите от приемането на съдържащи кофеин напитки, особено в големи количества.

Въпрос № 33

Знаете ли, че кофеинът се счита за една от така наречените „легални“ дроги?

Отговор	Брой отговорили
А) да	66
Б) не	49
Без отговор	5
Общо	**120**

Таблица 33



Фигура 33 Информираност за кофеина

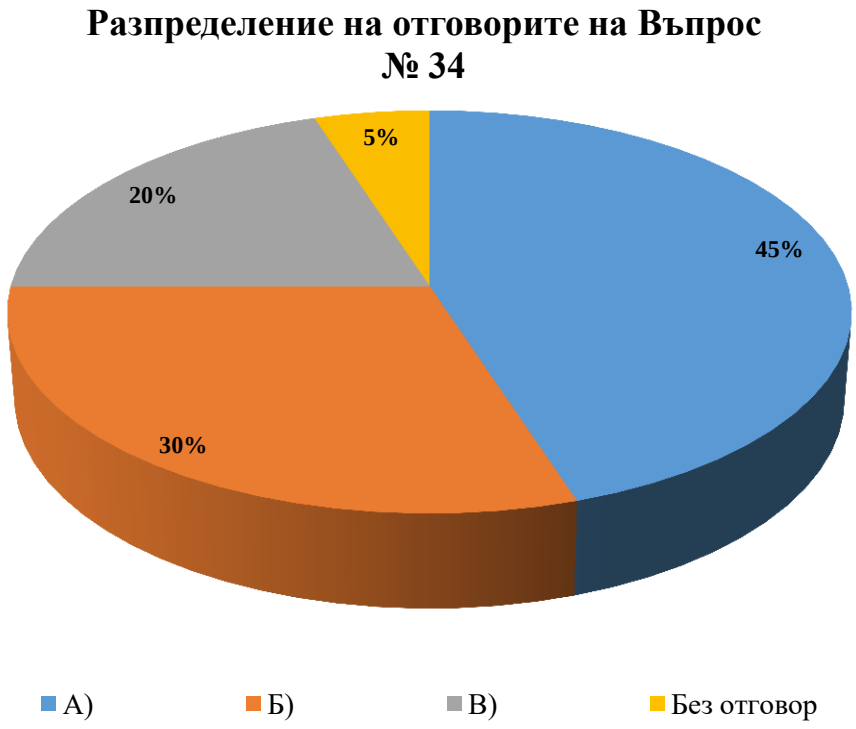
От отговорите на този въпрос става ясно, че почти половината от анкетираните ученици – 41% не знаят за определянето на кофеина като една от „легалните дроги“, 55% знаят, а 4% не са отговорили. Това донякъде може да обясни и високия процент на консумация на съдържащи кофеин напитки.

Въпрос № 34

Бихте ли ограничили консумацията на напитки, съдържащи кофеин, ако знаете че вредят на здравето Ви?

Отговор	% отговорили
А) да	45%
Б) не	30%
В) ще опитам	20%
Без отговор	5%
Общо	**100%**

Таблица 34



Фигура 34 Ограничаване на консумацията на кофеинови напитки

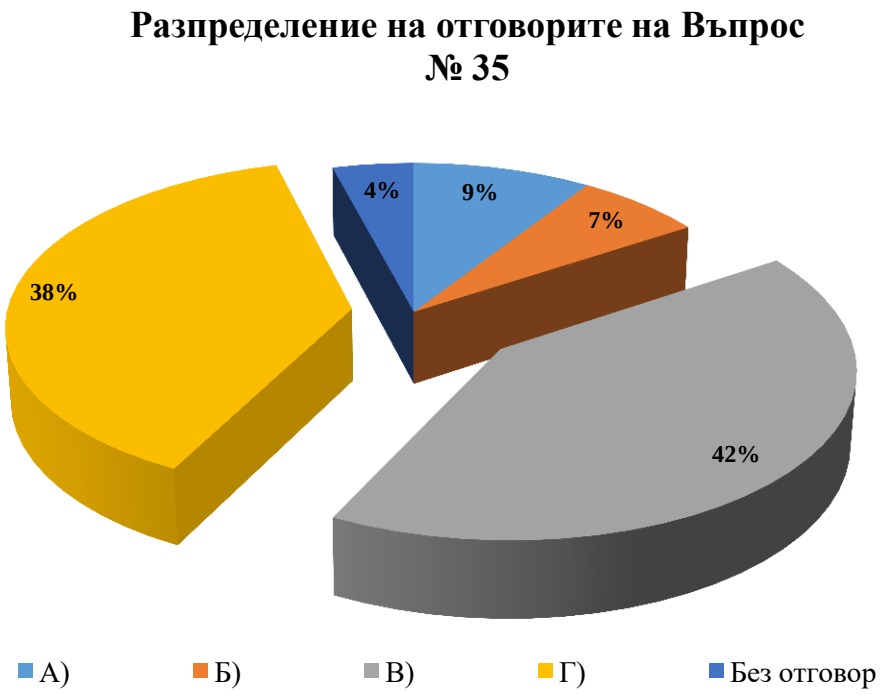
Според отговорите на този въпрос 45% от анкетираните биха ограничили консумацията на кофеинови напитки, 20% ще опитат, 30% няма да се ограничат от съответната консумация, а 5% не са отговорили на този въпрос. Тук отново се установява, че 65% от анкетираните (отбелязали отговори „а“ и „в“) имат готовност за позитивна промяна с цел подобряване на здравето, а именно ограничаване или опит за ограничаване на консумацията на кофеинови напитки.

Въпрос № 35

Консумирате ли напитки, съдържащи алкохол?

Отговор	% отговорили
А) да, един-два пъти седмично	9%
Б) почти ежедневно	7%
В) само по празници	42%
Г) не консумирам	38%
Без отговор	4%
Общо	**100%**

Таблица 35



Фигура 35 Консумация на напитки, съдържащи алкохол

Въпросът за употребата на алкохол от непълнолетни лица, който им е зададен директно, би получил голям процент нереални отговори. Зададен в анонимната анкета, предполага по-голям процент на искрените и достоверни отговори за целта на настоящото проучване. От анкетираните ученици 38% са отговорили, че не консумират алкохол, най-честият отговор при 42% е, че консумират само по празници, 7% консумират почти ежедневно, а 9% – един-два пъти седмично. Без отговор са предадени 4% от анкетите. Общият процент на консумиращи по празници, през седмицата или редовно е 58%. Това е един доста висок процент на консумация, при това от непълнолетни лица.

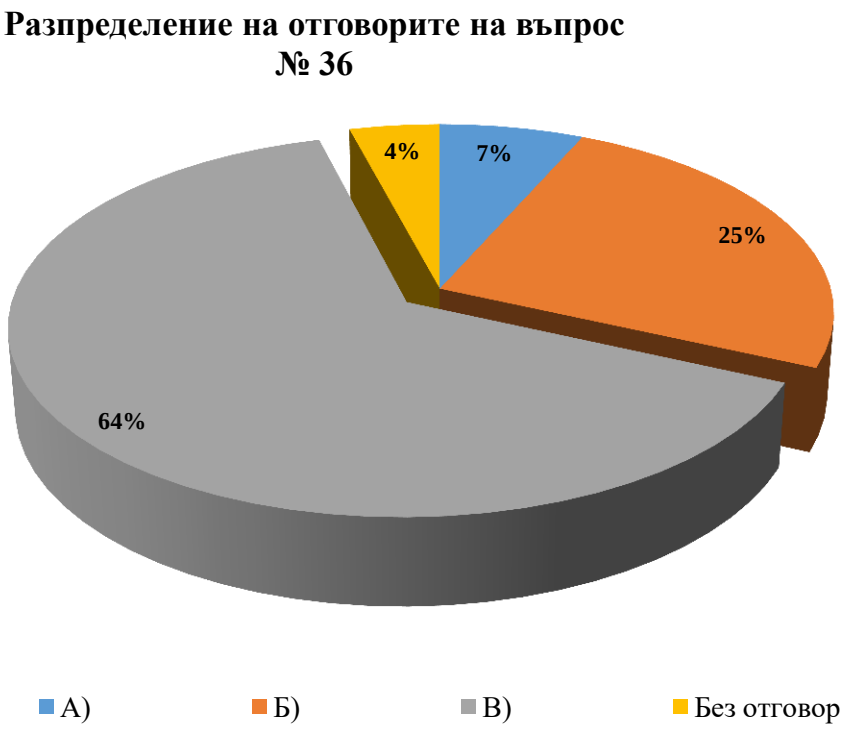
Въпрос № 36

Знаете ли, че употребата на алкохол може да доведе до алкохолна зависимост, тежки здравословни проблеми, проблеми с паметта и още по-рисково поведение?

а) не съм запознат/а б) отчасти съм запознат/а в) запознат/а съм

Отговор	Брой отговорили
А)	8
Б)	30
В)	77
Без отговор	5
Общо	**120**

Таблица 36



Фигура 36 Информираност за последствията от употребата на алкохол

64% от анкетираните са отговорили, че са запознати с последствията от употребата на алкохол, 25% са запознати „отчасти“, 7% не са запознати, а 4% не са отговорили.

Въпрос № 37

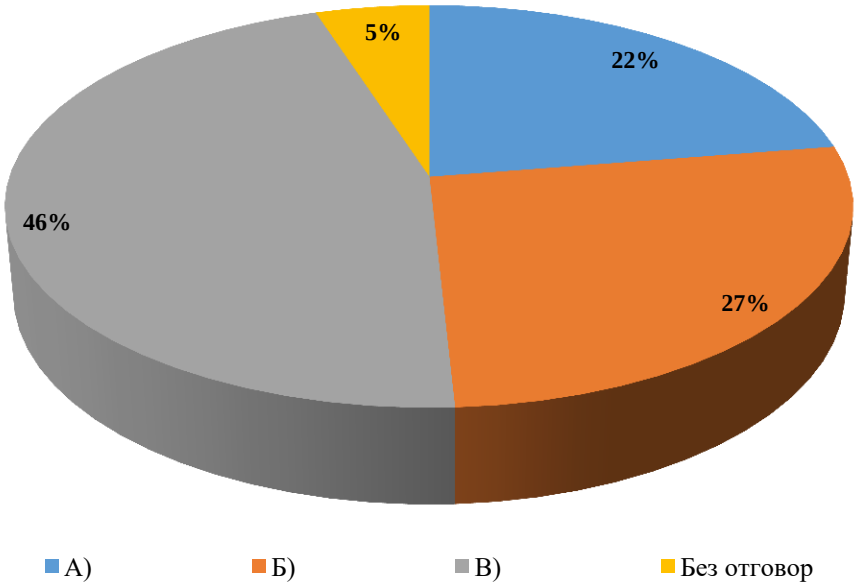
Знаете ли, че употребата на алкохол може да провокира употреба на различни наркотични вещества?

а) не съм запознат/а б) отчасти съм запознат/а в) запознат/а съм

Отговор	Брой отговорили
А)	27
Б)	32
В)	55
Без отговор	6
Общо	**120**

Таблица 37

Разпределение на отговорите на Въпрос № 37



Фигура 37 Информираност за връзката между алкохол и наркотици

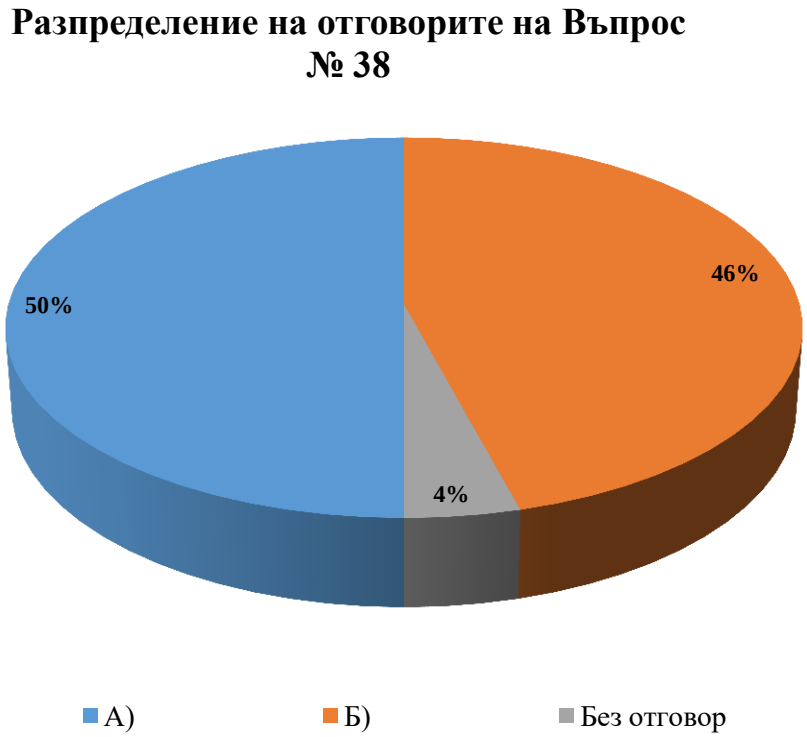
На този въпрос 46% от анкетираните ученици са отговорили, че са запознати с факта, че алкохолът може да провокира употребата на наркотични вещества, 27% са запознати „отчасти“, 22% не са запознати с този факт, а 5% не са отговорили. Неточната информация или липсата на такава би могла да е предпоставка за взимане на неправилни решения по отношение на консумацията на алкохол или наркотични вещества.

Въпрос № 38

Бихте ли консумирали алкохол, ако вече са Ви известни горепосочените факти?

Отговор	Брой отговорили
А) да	60
Б) не	55
Без отговор	5
Общо	**120**

Таблица 38



Фигура 38 Готовност за отказ от алкохолна консумация

50% от отговорилите на този въпрос ученици биха консумирали алкохол, дори след като са им известни горепосочените факти, 46% от тях не биха консумирали алкохол, а 4% не са отговорили на този въпрос. Тук процентното съотношение между отговорилите с а) и б) е почти поравно разпределено.

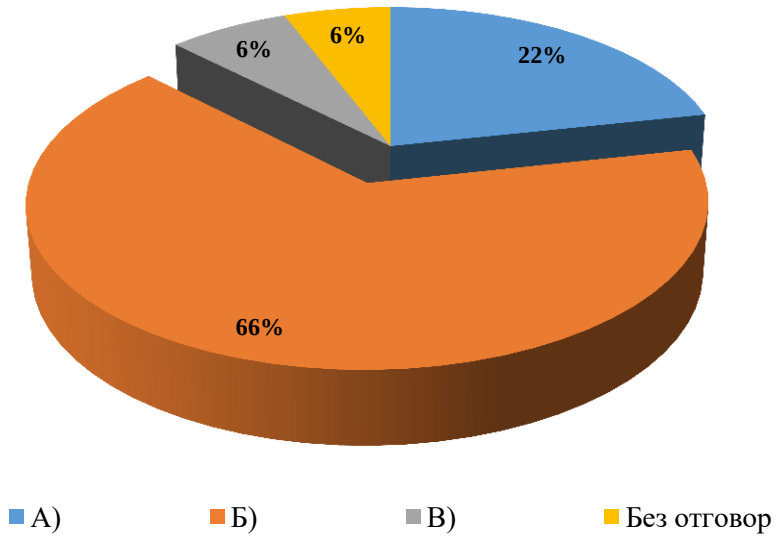
Въпрос № 39

Пушите ли цигари?

Отговор	Брой отговорили
А) да	26
Б) не	79
В) вече не	8
Без отговор	7
Общо	**120**

Таблица 39

Разпределение на отговорите на Въпрос № 39



Фигура 39 Пушене на цигари

Резултатите от отговорите на този въпрос показват, че 66% не пушат, 22% – пушат, 6% са отказали пушенето, а 6% не са отговорили на този въпрос.

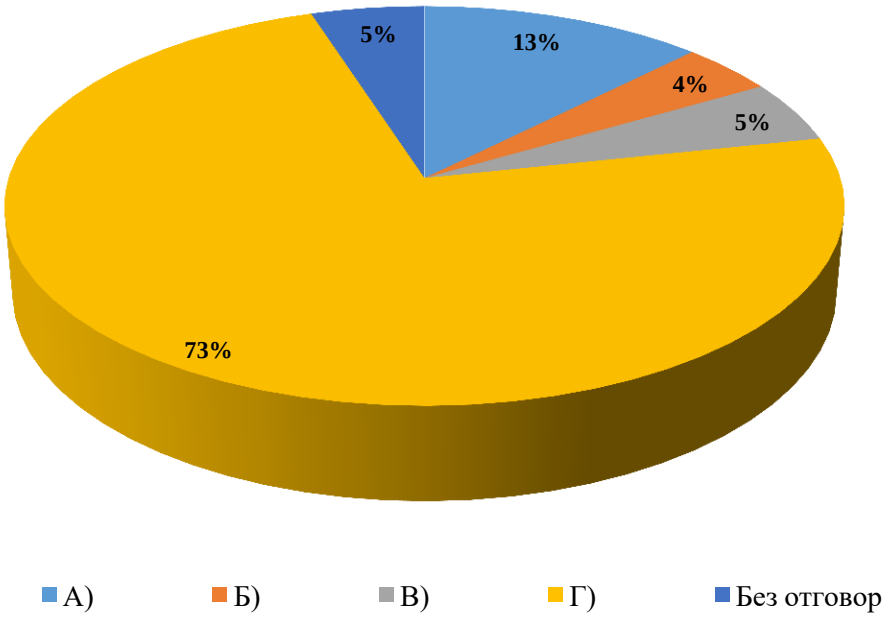
Въпрос № 40

Консумирали ли сте някакво психоактивно вещество в живота си (марихуана, екстази, метамфетамини, ЛСД, кокаин, хероин и т.н.)?

Отговор	% отговорили
А) да, опитвал/а съм	13%
Б) от време на време консумирам	4%
В) консумирам редовно	5%
Г) не консумирам, не съм опитвал/а	73%
Без отговор	5%
Общо	**100%**

Таблица 40

Разпределение на отговорите на Въпрос № 40



Фигура 40 Консумация на психоактивни вещества

Един от най-важните въпроси в това проучване е свързан с консумацията на психоактивни вещества от анкетираните ученици. 73% са отговорили, че не консумират и не са опитвали психоактивни вещества, 13% са опитвали, 4% консумират от време на време, 5% взимат редовно, а 5% не са отговорили на този въпрос. Общият сбор на опитвалите, консумиралите и консумиращи психоактивни вещества е 22%, което е почти ¼ от анкетираните. Това една голяма част, имайки предвид и тежките последствия за живота и здравето на употребяващите.

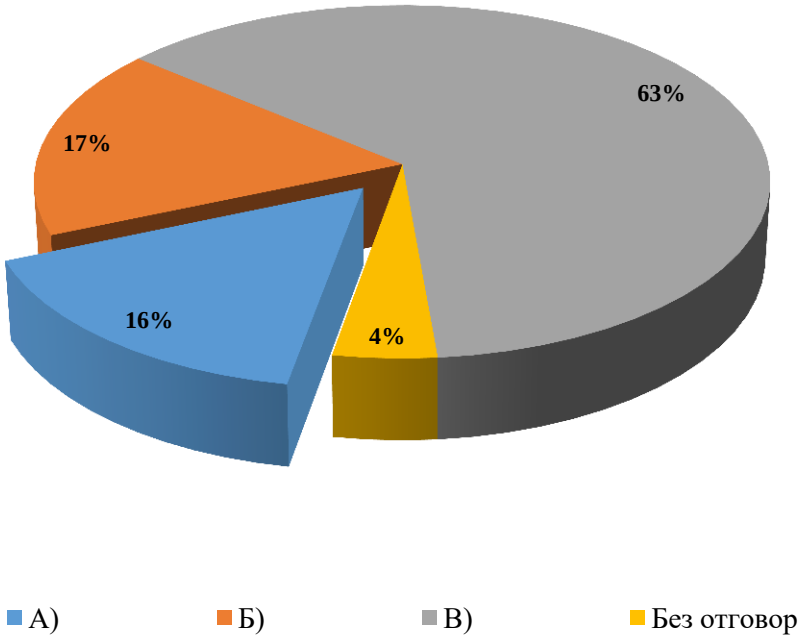
Въпрос № 41

Знаете ли, че консумацията на психоактивни вещества може да доведе до психични заболявания като психози, шизофрения и др.?

Отговор	% отговорили
А) не съм запознат/а	16%
Б) отчасти съм запознат/а	17%
В) запознат/а съм	63%
Без отговор	4%
Общо	**100%**

Таблица 41

Разпределение на отговорите на Въпрос № 41



Фигура 41 Информираност за връзката психоактивни вещества – психични заболявания

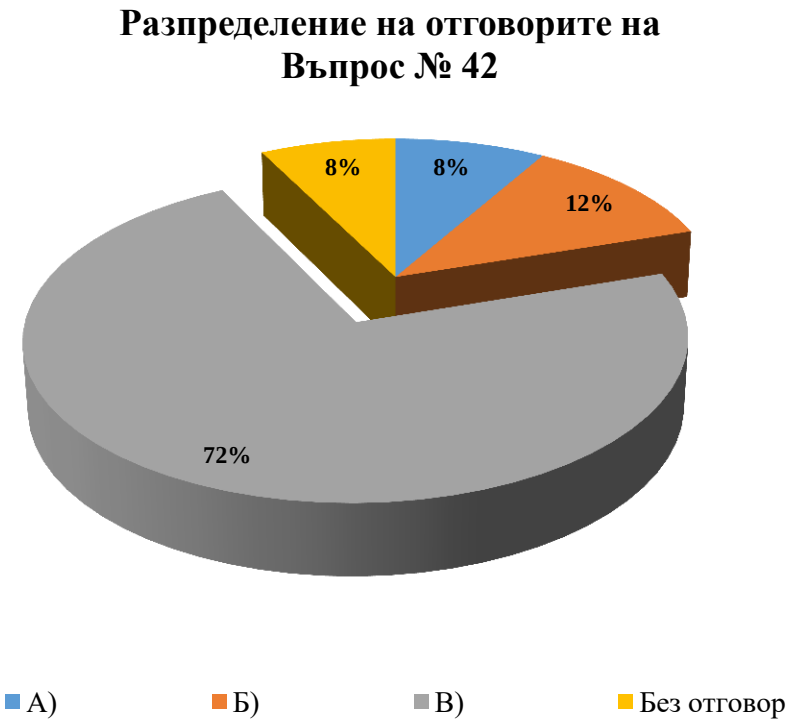
Резултатите от този въпрос показват, че 63% от анкетираните са запознати с влиянието на психоактивните вещества върху психичното здраве и появата на някои психични заболявания като психози и шизофрения, 17% са отговорили, че са запознати „отчасти“, 16% не са запознати, а 4% не са отговорили на въпроса.

Въпрос № 42

Знаете ли, че консумацията на психоактивни вещества може да доведе до тежки здравословни проблеми и смърт?

Отговор	% отговорили
А) не съм запознат/а	8%
Б) отчасти съм запознат/а	12%
В) запознат/а съм	72%
Без отговор	8%
Общо	**100%**

Таблица 42



Фигура 42 Информираност за вредата от психоактивните вещества

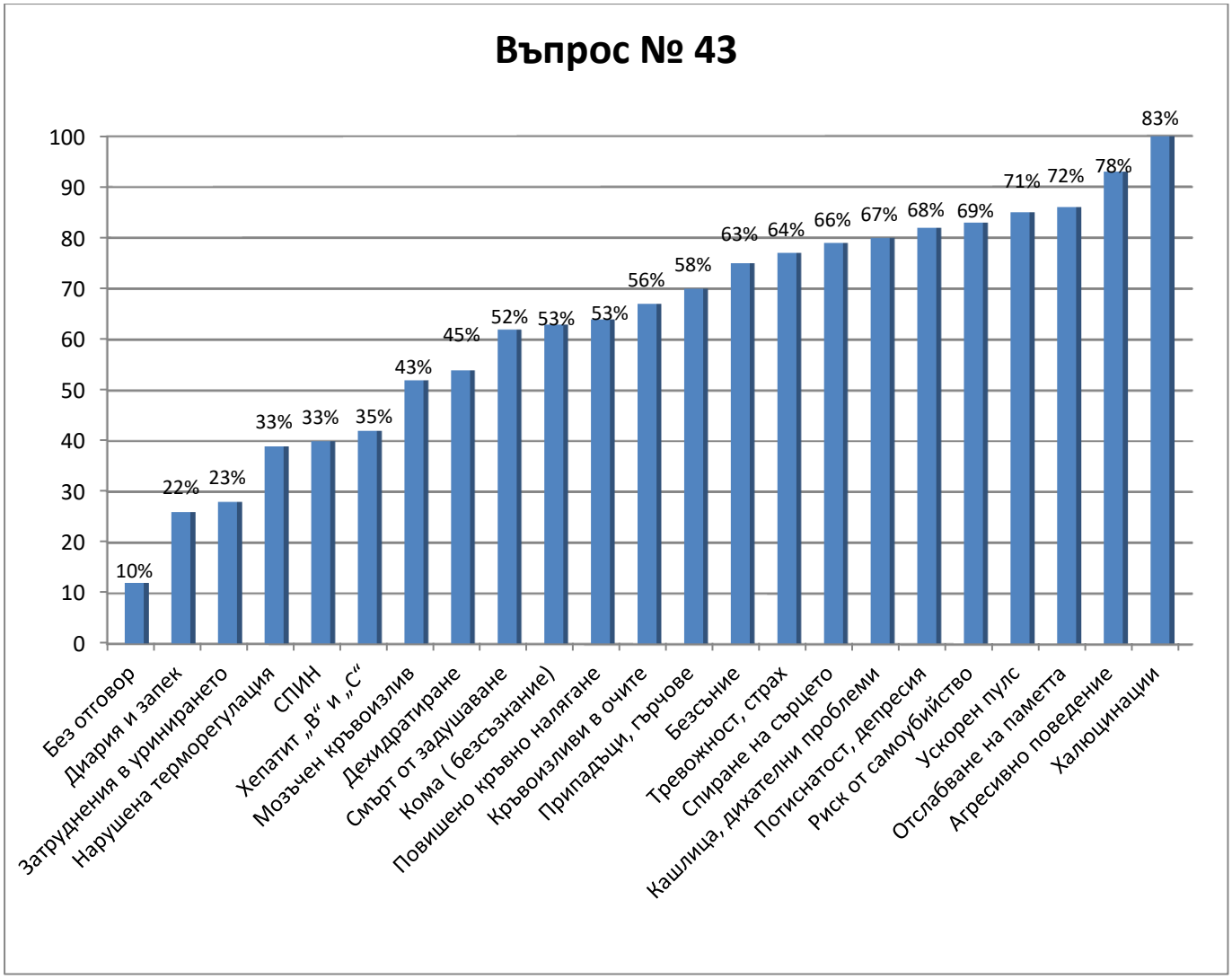
Данните от този въпрос показват, че 72% са запознати с причинно-следствената връзка между употребата на психоактивни вещества и тежките здравословни проблеми и смърт. 12% от анкетираните са отбелязали отговора „отчасти“, 8% не са запознати, а без отговор са оставени 8% от анкетите.

Въпрос № 43

Посочете с „Х“ вредите от употребата на различни наркотични вещества, които познавате:

Отговор	Брой отговорили	Процент отговорили
Без отговор	12	10%
Диария и запек	26	22%
Затруднения в уринирането	28	23%
Нарушена терморегулация	39	33%
СПИН	40	33%
Хепатит „В“ и „С“	42	35%
Мозъчен кръвоизлив	52	43%
Дехидратиране	54	45%
Смърт от задушаване	62	52%
Кома (безсъзнание)	63	53%
Повишено кръвно налягане	64	53%
Кръвоизливи в очите	67	56%
Припадъци, гърчове	70	58%
Безсъние	75	63%
Тревожност, страх	77	64%
Спиране на сърцето	79	66%
Кашлица, дихателни проблеми	80	67%
Потиснатост, депресия	82	68%
Риск от самоубийство	83	69%
Ускорен пулс	85	71%
Отслабване на паметта	86	72%
Агресивно поведение	93	78%
Халюцинации	100	83%
Общо	**120**	
Възможни са по няколко отговора		

Таблица 43



Фигура 43 Степен на информираност за видовете вреди от употребата на различни наркотични вещества

Анализът на резултатите на въпрос № 43 дава детайлна представа за познаването или непознаването на различните вреди/последствия от употребата на различни наркотични вещества. Тук посочените отговори могат да бъдат няколко, но много малка част от респондентите са отбелязали всички като верни, което може да се определи като непознаване на част от последствията, предизвикани от употребата на наркотици. Най-добре познатите вреди са отбелязани както следва: халюцинации – 83%, агресивно поведение – 78%, отслабване на паметта – 72%, ускорен пулс – 71%, риск от самоубийство – 69%, потиснатост и депресия – 68%, кашлица и дихателни проблеми – 67%, спиране на сърцето – 66%, тревожност и страх – 64%, безсъние – 63%. Това са първите десет най-често отбелязани вреди от анкетираните. Най-малко познатите са: диария и запек – 22%, затруднения в уринирането – 23%, нарушена терморегулация – 33%, СПИН – 33% и хепатит – 35%.

Въпрос № 44

Знаете ли, че има хора, при които само един еднократен прием на наркотик може да ги направи зависими?

Отговор	Брой отговорили
А) да	82
Б) не	32
Без отговор	6
Общо	**120**

Таблица 44



Фигура 44 Информираност за еднократна доза/ прием

Отговорите на този въпрос отчитат 68% на запознатите, че дори единствен прием на наркотици може да предизвика зависимост, 27% не са запознати, а без отговор са оставени 5% от анкетите.

Въпрос № 45

Знаете ли, че през 2018 година вследствие на употреба на наркотици в Европейския съюз, Турция и Норвегия общо 9138 души са загубили живота си?

Отговор	Брой отговорили
А) да	21
Б) не	93
Без отговор	6
Общо	**120**

Таблица 45



Фигура 45 Информираност за броя на жертвите на наркотиците през 2018 година

Въпрос № 45 е също информативен въпрос. Тук са използвани данни от Европейския доклад за наркотиците за 2018. При анализа на резултатите става ясно, че само 17% от респондентите са информирани колко хора в Европейския съюз са загубили живота си вследствие употреба на наркотици. 78% не са запознати, а 5% не са отговорили на този въпрос.

Въпрос № 46

Бихте ли опитали наркотици, ако са Ви известни горепосочените факти?

Отговор	Брой отговорили
А) да	19
Б) не	94
Без отговор	7
Общо	**120**

Таблица 46



Фигура 46 Желание да опитат наркотиците, след като са информирани

78% от анкетираните ученици са отговорили на този въпрос, че не биха опитали наркотици, ако всички горепосочени факти са им известни, 16% биха опитали, а 6% не са отговорили на този въпрос.

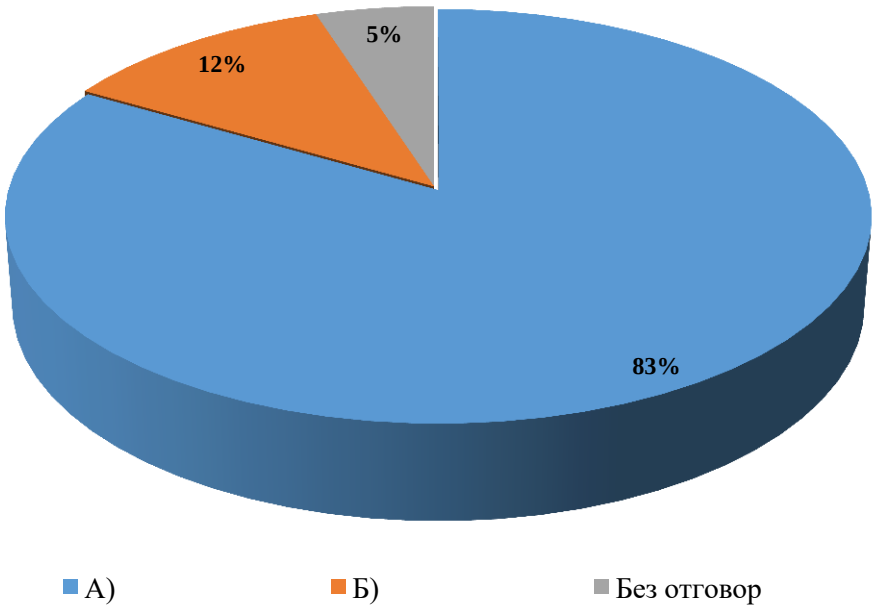
Въпрос № 47

Смятате ли за важно децата и юношите да бъдат по-добре информирани за вредите и последствията, носещи употребата на алкохол, цигари и наркотици?

Отговор	Брой отговорили
А) да, много е важно	100
Б) не е толкова важно	14
Без отговор	6
Общо	**120**

Таблица 47

Разпределение на отговорите на Въпрос № 47



Фигура 47 Мнение за важността да бъдат информирани

83% от анкетираните са отбелязали за важна информираността на децата и юношите за вредите от употребата на алкохол, цигари и наркотици. 12% не смятат, че е толкова важно, а 5% не са отговорили.

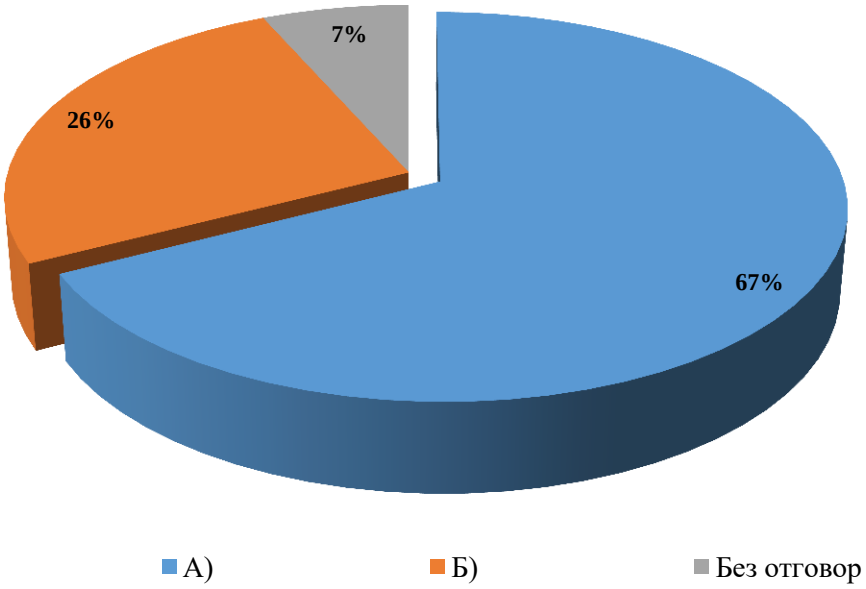
Въпрос № 48

Бихте ли информирали своите приятели за вредите и последствията от употребата на алкохол, цигари и наркотици?

Отговор	Брой отговорили
А) да, така биха могли и те да се предпазят	81
Б) не, всеки е отговорен сам за себе си	31
Без отговор	8
Общо	**120**

Таблица 48

Разпределение на отговорите на Въпрос № 48



Фигура 48 Даване на информация на приятелите

67% от анкетираните проявяват загриженост към своите приятели, отговаряйки, че биха ги информирали, за да се предпазят и те от вредите, носещи употребата на алкохол, цигари и наркотици. 26% не биха информирали своите приятели, а 7% не са отговорили на този въпрос.

Въпрос № 49

Психичното здраве е важно, за да води човек качествен живот. Бихте ли се борили срещу вредните фактори за вашето добро здраве и качествен живот?

Отговор	% отговорили
А) да	62%
Б) не	8%
В) ще опитам	22%
Без отговор	8%
Общо	**100%**

Таблица 49



Фигура 49 Желание за добро здраве и качествен живот

Последният въпрос от анкетата е обобщаващ и носи информация за цялостното отношение на анкетираните ученици по въпросите за психичното здраве, нагласата им да се борят срещу вредните за него фактори с цел подобряването му и повишаване на качеството на живот. 62% са отговорили положително на този въпрос, 22% ще опитат, 8% са отговорили, че не биха се борили за доброто си здраве и 8% не са отговорили на този въпрос.

Беше потърсена взаимовръзка между типа темперамент и консумацията на някакво психоактивно вещество.

Въпрос № 3 и № 40

Fisher's Exact Test

Консумирали ли сте някакво психоактивно вещество в живота си?		Какъв тип темперамент сте?					Общо	p
		Сангвиник	Сангвиник	Сангвиник	Сангвиник	Комбиниран		
да, опитвал/а съм	N	7	4	0	3	1	15	0,685
	%	11,9%	18,2%	0,0%	23,1%	25,0%	13,9%	
от време на време консумирам	N	3	1	0	1	0	5	
	%	5,1%	4,5%	0,0%	7,7%	0,0%	4,6%	
консумирам редовно	N	2	3	1	0	0	6	
	%	3,4%	13,6%	10,0%	0,0%	0,0%	5,6%	
не консумирам, не съм опитвал/а	N	47	14	9	9	3	82	
	%	79,7%	63,6%	90,0%	69,2%	75,0%	75,9%	
Общо	N	59	22	10	13	4	108	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Таблица 50

Резултатите от тези статистически обработени данни показват, че не е установена зависимост между типа темперамент и опитването или употребата на наркотични вещества.

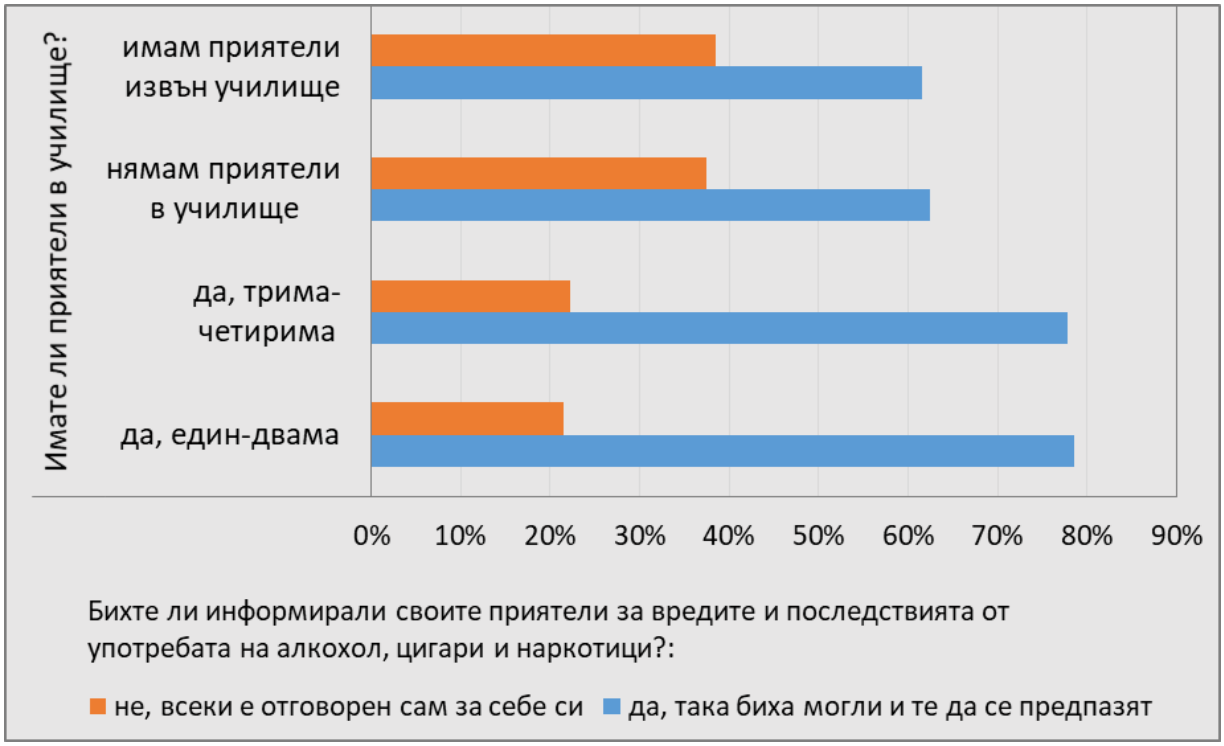
Беше потърсена взаимовръзка между наличието на приятели в училище и готовността за информирането им за вредите от употребата на алкохол, цигари и наркотици.

Въпрос № 18 и № 48

Fisher's Exact Test

Бихте ли информирали своите приятели за вредите и последствията от употребата на алкохол, цигари и наркотици?		Имате ли приятели в училище?				Общо	p
		да, един-двама	да, трима-четирима	нямам приятели в училище	имам приятели извън училище		
да, така биха могли и те да се предпазят	N	11	56	5	8	80	0,513
	%	78,6%	77,8%	62,5%	61,5%	74,8%	
не, всеки е отговорен сам за себе си	N	3	16	3	5	27	
	%	21,4%	22,2%	37,5%	38,5%	25,2%	
Общо	N	14	72	8	13	107	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Таблица 51



Фигура 50 Взаимовръзка между наличието на приятели в училище и готовността за информирането им за вредите от употребата на алкохол, цигари и наркотици

Анализът на резултатите показва, че няма взаимовръзка между наличието на приятели в училищното обкръжение на анкетираните и готовността им да помогнат на приятелите си с информация за вредите от рисковите фактори.

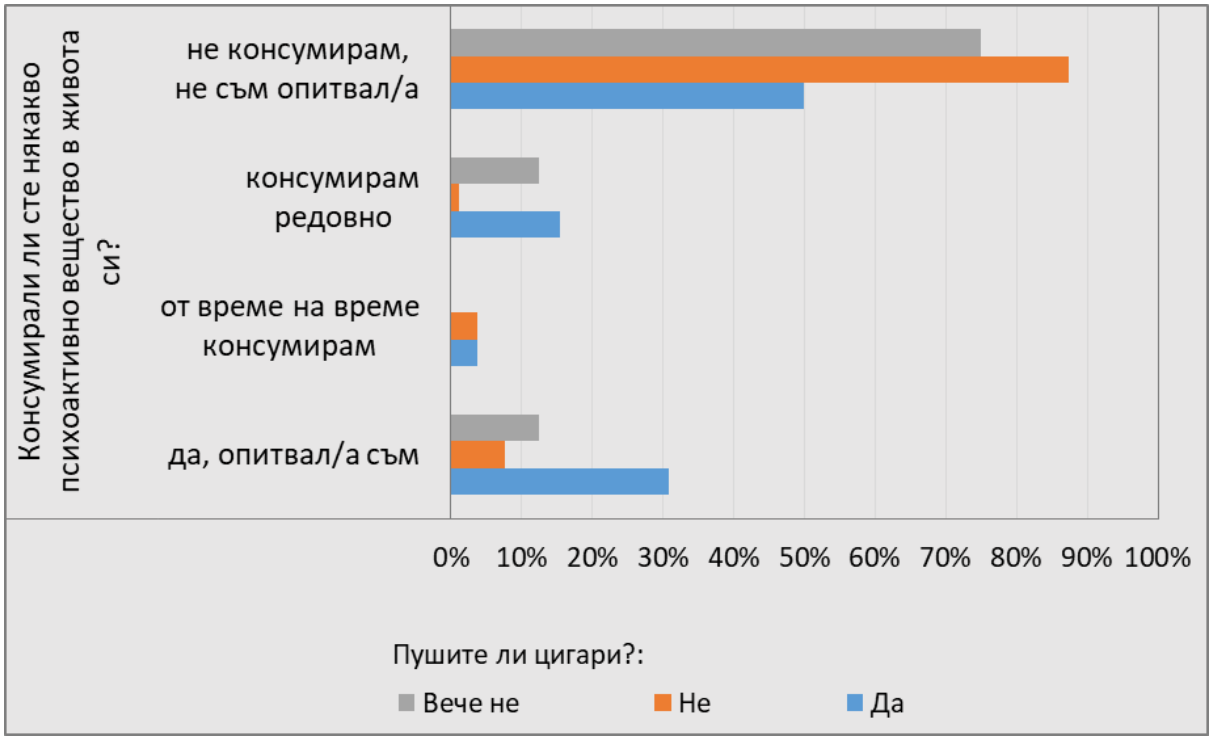
Беше потърсена взаимовръзка между тютюнопушенето и консумацията на някакво психоактивно вещество.

Въпроси № 39, № 35 и № 40

Fisher's Exact Test

Консумирали ли сте някакво психоактивно вещество в живота си?		Пушите ли цигари?			Общо	p
		Да	Не	Вече не		
да, опитвал/а съм	N	8	6	1	15	
	%	30,8%	7,6%	12,5%	13,3%	
от време на време консумирам	N	1	3	0	4	
	%	3,8%	3,8%	0,0%	3,5%	
консумирам редовно	N	4	1	1	6	0,003
	%	15,4%	1,3%	12,5%	5,3%	
не консумирам, не съм опитвал/а	N	13	69	6	88	
	%	50,0%	87,3%	75,0%	77,9%	
Общо	N	26	79	8	113	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Таблица 52



Фигура 51 Взаимовръзка между тютюнопушенето и употребата на някакво психоактивно вещество

При получените резултати се наблюдава значима връзка между тютюнопушенето и опитването на психотропно вещество (p=0.003). Резултатите в Таблица 52 са отбелязани в червено, за да подчертаят установената взаимовръзка.

Потърсихме взаимовръзка между консумацията на алкохолни напитки и употребата на някакво психоактивно вещество.

Fisher's Exact Test

Консумирали ли сте някакво психоактивно вещество в живота си?		Консумирате ли напитки, съдържащи алкохол?				Общо	p
		да един-два пъти седмично	почти ежедневно	само на празници	не консумирам		
да, опитвал/а съм	N	4	2	9	0	15	0,002
	%	36,4%	25,0%	18,0%	0,0%	13,2%	
от време на време консумирам	N	0	1	3	1	5	
	%	0,0%	12,5%	6,0%	2,2%	4,4%	
консумирам редовно	N	1	2	2	1	6	
	%	9,1%	25,0%	4,0%	2,2%	5,3%	
не консумирам, не съм опитвал/а	N	6	3	36	43	88	
	%	54,5%	37,5%	72,0%	95,6%	77,2%	
Общо	N	11	8	50	45	114	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Таблица 53



Фигура 52 Взаимовръзка между консумацията на алкохолни напитки и употребата на някакво психоактивно вещество

Наблюдава се значима връзка между консумирането на напитки, съдържащи алкохол и опитването на психотропно вещество (p=0.002). Резултатът в Таблица 53 е отбелязан в червено, за да подчертае установената зависимост.

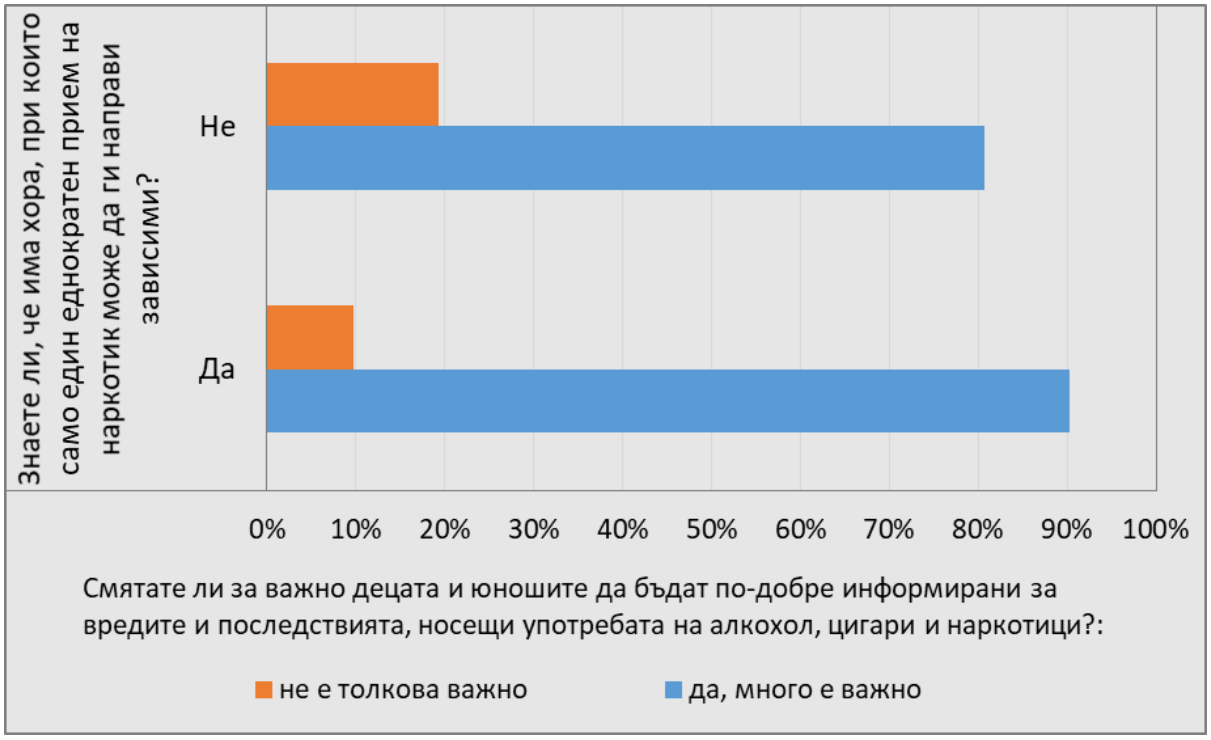
Беше потърсена взаимовръзка между знанието, че еднократен прием на наркотик може да доведе до зависимост, и информираността за вредите от употребата на алкохол, цигари и наркотици.

Въпроси № 44 и № 47

Fisher's Exact Test

Смятате ли за важно децата и юношите да бъдат по-добре информирани за вредите и последствията, носещи употребата на алкохол, цигари и наркотици?		Знаете ли, че има хора, при които само един еднократен прием на наркотик може да ги направи зависими?		Общо	p
		Да	Не		
да, много е важно	N	74	25	99	0,167
	%	90,2%	80,6%	87,6%	
не е толкова важно	N	8	6	14	
	%	9,8%	19,4%	12,4%	
Общо	N	82	31	113	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Таблица 54



Фигура 53 Взаимовръзка между знанието, че еднократен прием на наркотик може да доведе до зависимост, и информираността за вредите от зависимостите

При обработката на данните не се доказва предполагаемата взаимовръзка между двата въпроса.

4.2. Анализ и обсъждане

4.2.1. Резултати относно изследваните респонденти

В анкетните карти се съдържат въпроси, насочени към идентификация на пола, възрастта, темперамента на респондентите, принадлежността им към двучленни, тричленни, четиричленни или многочленни семейства. Съдържат се още въпроси, изследващи мнението на респондентите за семейството и семейните отношения, за приятелите и приятелската среда, за училището и училищната среда, за свободното време и спортуването. От особена важност за проведеното изследване са въпросите за познаването на факторите, детерминиращи физическото и психичното здраве, рисковите фактори като тютюнопушене, консумация на кофеинови напитки, алкохолни напитки, употреба на различни видове наркотици. Разпределението по възраст показва преобладаващ брой на 15-годишните респонденти – 32% от общия брой, а 30% са 17-годишните. Разпределени по пол, мнозинството се пада на представителките от женски пол – 53%. Най-често отбелязан отговор за тип темперамент е сангвиник – 51%, флегматик е най-малко отбелязан – 9%.

4.2.2. Резултати относно мнението на респондентите

Определянето или неопределянето на здравето като ценност, както и на факторите, които го предопределят, зависи до голяма степен от средата, в която младите хора живеят и се развиват. Тази среда включва семейството, училището, приятелите във и извън училище. И ако в училище важната информация за здравето, която младите хора получават е проверена, достоверна и предварително утвърдена в учебните планове, то приятелската среда невинаги предлага такава. Дори напротив, доста често е в пълна противоположност с действителността. Чл. 122 (1) от ЗЗ гласи, че в рамките на утвърдените учебни планове се осигурява обучение на учениците по: 1. хигиена; 2. здравословно хранене; 3. здравословен начин на живот; 4. здравни рискове при употреба на тютюневи и свързани с тях изделия, на алкохол и наркотични вещества.

В проведеното изследване на учениците зададохме въпроса: „Какво мислите за здравето?“. Общо 96% смятат здравето за задължителен фактор за пълноценен живот и че е добре, когато човек е здрав. Това показва осмислянето на здравето от младите хора като висша ценност, а 69% са и съгласни с определението на СЗО за здравето.

Попитахме анкетираните също дали са на мнение, че съществува връзка между физическото и психичното здраве. От отговорите им става ясно, че 47% са съгласни, а 36% отчитат и важния процес на взаимно въздействие и влияние между двете.

На зададения от нас следващ въпрос „Отбележете с „Х“ факторите, които смятате, че повлияват психичното здраве“ като фактори с първостепенно за психичното здраве значение, респондентите най-често са посочили училищната среда – 52%, рисковите фактори – 52% и семейната среда – 51%. Всички фактори, посочени

във въпроса, са отбелязани едва от 33% от анкетираните, което показва недостатъчна информираност по въпроса.

Възприемането на семейната среда като един от най-значимите фактори на психичното здраве в детска и юношеска възраст намира израз и в отговорите на следващия въпрос. Тук 85% от анкетираните са отговорили, че обичта, привързаността, удовлетвореността, получаването на помощ и подкрепа са задължителни в едно семейство. Отговорите на този въпрос вероятно са повлияни и от факта, че 47% от тях принадлежат на четиричленни семейства, а само 10% се отглеждат от самотен родител. Почти равно е процентното съотношение на анкетираните като част от многочленни и тричленни семейства – съответно 21% и 20%.

Със следващия въпрос попитахме ученицте „Бихте ли положили усилия във вашето семейство отношенията да се подобрят?“, с цел да се установи обективната им преценка за ситуацията в семействата им, както и желанието и готовността им за промяна и поемане на отговорност за доброто на собственото им семейство. При разпределението на отговорите става ясно, че почти половината се отглеждат в среда с добри семейни взаимоотношения, а другата половина – в среда, в която е желателно взаимоотношенията да бъдат подобрени и тези 49% биха положили усилия отношенията да се подобрят.

Бедността е установен рисков фактор от групата на социо-културалните и икономически детерминанти на психичното здраве. От друга страна, финансовото благополучие на семейството се приема като една от предпоставките за доброто психично здраве на членовете му. За да установим мнението на анкетираните по темата, зададохме следния въпрос: „Считате ли, че материалното/ финансовото благополучие на семейството може да бъде предпоставка за добро психично здраве на членовете му?“. В отбелязаните отговори финансовото благополучие е посочено като предпоставка за добро психично здраве в семейството само от 21% от анкетираните ученици, 56% го възприемат „отчасти“ като предпоставка, а 21% са отговорили, че не е предпоставка. Това е показател за непознаване на същността на икономическия елемент като един от факторите, имащи отношение към психичното здраве.

На въпроса „Разполага ли Вашето семейство с достатъчни доходи на месец?“ 82% са отговорили с „да“, за 10% те са недостатъчни, а 5% смятат, че „изобщо не стигат“. При липса на достатъчно доходи в семейството, 45% биха потърсили работа за да помогнат, а 41% също изразяват готовност, но отчитат и трудността поради собственото си непълнолетие.

Със следващия въпрос поискахме да разберем какво е мнението на младите хора за безработицата и ранното пенсиониране по болест (инвалидност) като причини за недобро психично здраве. Тук отговорите на въпроса дали са запознати с конкретните причини са разпределени почти по равно – при незапознатите с 28% и при „отчасти“ запознатите с 29%. 42% са отговорилите, че са запознати. От тези отговори се вижда, че липсва информираност по конкретната тема.

Поискахме да проверим мнението на анкетираните и информираността им по въпроса за недобрите семейни отношения, раздялата и развода като друг фактор, влияещ на влошаването на психичното здраве, особено при децата и юношите. 62% от респондентите знаят, че те допринасят за влошаване на психичното здраве, 23% са

отбелязали, че допринасят, но само отчасти, а 12% не знаят за такова въздействие. Тук отново се забелязва липса на информираност при голям процент от анкетираните.

Следващият зададен въпрос е свързан смислово с предишния и има за цел да проучи дали юношите считат, че при влошени семейни отношения, раздяла или развод би било добре да се потърси психологическа помощ. 57% от тях подкрепят идеята с отбелязаните си положителни отговори, 25% не могат да преценят, а 14% са отговорили с „не“. Резултатите показват ясно, че малко повече от половината са „за“ тази идея, а по-малко от половината – „против“ нея. По мои лични наблюдения голяма част от тийнейджърите не осъзнават потребността от психологическа помощ, много често мислят, че психолог и психиатър означава едно и също, т.е. един и същ специалист, лекуващ, по техни думи, само „лудите“. Точно по тази причина е много трудно да бъдат убедени да се подложат на психотерапия, когато това е необходимо при установени психични проблеми. Нещо много важно – голяма част от тях мислят, че е неефективно и безсмислено посещението при психолог.

Следващите няколко въпроса от разработената анкета имат за цел на проучат мнението на учениците за тяхната училищна среда. Училищната среда е тази, в която учениците прекарват по-голямата част от времето си през седмицата. В тази среда е важно те да се чувстват спокойни и защитени. През последните години обаче, значително нарастват сигналите за насилие и агресия сред учениците. Тези сигнали в комбинация с ежедневния стрес до голяма степен се отразяват негативно на психичното здраве на младите хора. С резултатите и анализа на следващите няколко въпроса ще се открои мнението на анкетираните по конкретната проблематика.

Зададохме следния въпрос на учениците: „Смятате ли, че в училище има много стрес?“. Тук отговорите на 36% са положителни – за ежедневен стрес, 20% мислят, че стресът е само по време на изпити, 30% срещат рядко стреса в училище, а за 12% такъв в училище няма. Най-общо стресът, дори да не е ежедневен, съществува в училищната среда според 86% от анкетираните ученици.

В училищната среда има и насилие, което доста често остава скрито от погледа на преподавателите. На въпроса „Подлагани ли сте на тормоз от съученици в училище?“ положително са отговорили 27% от учениците, а 72% не са били тормозени. Прави впечатление, че почти 1/3 от отговорилите са били изложени на тормоз от съучениците си. На следващия въпрос дали анкетираните са подлагали на тормоз свои съученици, процентите са почти същите – положителните отговори са 23%, а 74% отговарят отрицателно. Общият сбор на процентите от тормозени и тормозещи ученици в рамките на училищната среда е 60%. Това показва много ясно голямото разпространение на този проблем в училищата, в които е проведено изследването.

Зададохме следния въпрос: „Знаете ли за случаи на тормозени в училище деца?“, като с получените отговори се цели да се разкрие още по-ясно картината на насилие. Отговорите показват, че за случаи на тормозени в училище деца знаят 78% от анкетираните ученици, само 19% от тях не знаят. Високият процент в зоната на положителните отговори ни дава основание да направим извода за особено големите размери на разпространение на този проблем.

Със следващия въпрос, който подготвихме, целим да проучим мнението на респондентите за прилагането на програми в училищата за намаляване на случаите на

агресия и редуцирането на стреса. Големият брой отговори „да, би било добре“ показва тяхната адекватна преценка на ситуацията и положителна активност. 70% от анкетираните мислят по този начин, 15% не могат да преценят.

Поискахме от учениците да ни отговорят на въпроса дали имат приятели в училище. Този въпрос бе разработен с цел да установи какви социални контакти поддържат анкетираните, имайки предвид, че във възрастовата група на участниците в анкетата общуването с връстници е много активно. Приятелският кръг на тийнейджърите може да обхваща приятели от училище, както са посочили 77% от анкетираните, нямат приятели в училище – 7%, а приятели само извън училище имат 11% от тях. От получените резултати се отчита при 18% от анкетираните липса на приятелства в училище.

„Как прекарвате свободното си време?“ – с този въпрос се изследва доколко анкетираните ученици са активни или пасивни в извънучилищните си дейности, имат ли за приоритет спорта или интересите им са свързани с компютърните игри, телевизията и други подобни занимания. От получените резултати спортуващите са едва 4% от общия брой анкетирани ученици. 61% прекарват свободното си време, комбинирайки различни занимания, като срещи с приятели, хобита и спорт също. 23% отделят време само на приятелите си, а телевизия и компютърни игри съответно предпочитат 1% и 5% от анкетираните. Отчита се много ниска физическа активност сред анкетираните ученици. Със следващия въпрос потърсихме отговори от анкетираните как прекарват времето си с приятели. 39% споделят, че гледат заедно телевизия или ходят на кино, 26% от тях спортуват заедно с приятелите си, а при 20% отговорът е комбиниран. 9% играят на компютърни игри с приятелите си. Отново се наблюдават резултати на много ниска физическа активност съвместно с приятелите.

Зададохме на учениците следния въпрос: „Спортувате ли?“, тъй като той би дал най-точни данни за отношението към спорта и честотата на спортуване на анкетираните ученици. 26% от тях са посочили, че не спортуват, два-три пъти седмично спортуват 29% от тях, почти всеки ден – 20%. Един път седмично спортуват 21%. Резултатите показват различна спортна активност, но общият процент на спортуващите ученици остава висок – 70%.

Следващите два въпроса са свързани в логична последователност и са разработени, за да проучат запознати ли са анкетираните с позитивното въздействие на спорта и биха ли започнали редовно да спортуват. Въпросите са структурирани така: „Знаете ли, че спортът/ физическата активност намалява стреса и подобрява психическото благополучие?“ и „Бихте ли започнали редовно да спортувате, ако знаете, че ще подобрите здравето си?“. Получените резултати показват, че 84% са запознати с позитивния ефект на спорта, а 81% биха започнали редовно да спортуват. При сравнителен анализ с предходния въпрос броят на спортуващите бе отбелязан със 70%. Това е категоричен показател за положително променяща се физическа активност в бъдеще, с цел подобряване на собственото здраве.

Редица проучвания доказват връзката между нездравословното хранене и появата на депресивни симптоми при юношите. Липсата или намаленото количество на незаменими аминокиселини в консумираната храна води до проблеми в настроението, повишено чувство на тревожност и стрес при младите хора. Начинът на

хранене е важен фактор като цяло за здравето и по тази причина са разработени няколко въпроса, проучващи знанията и хранителните навици на анкетираните ученици. На въпроса „Каква храна консумирате най-често?“ 62% са отговорили, че следят да се хранят здравословно, 11% приемат изцяло здравословна храна, 3% са привърженици изцяло на плодово-зеленчуковите храни, а 22% от анкетираните се хранят предимно с пици или сандвичи. От резултатите става ясно, че около 1/5 от анкетираните се хранят предимно с нездравословна храна.

Зададохме на учениците и следния въпрос: „Знаете ли, че консумирането на здравословна храна води да намаляване на симптомите на депресия при младите хора?“, за да проучим знанията им по темата. От получените резултати 60% са запознати с връзката здравословно хранене – депресивни симптоми, а 37% от тях не са запознати. Имайки предвид, че депресивните симптоми са често срещани в юношеска възраст, след анализ на въпросите, свързани с храненето, се установява необходимост от допълнително обучение по темата.

За увеличаването на броя на децата и юношите с психични проблеми докладват многобройни проучвания, направени в рамките на държавите от Европейския съюз, САЩ, Швейцария и др. За да проучим степента на информираност по темата, зададохме на участниците в проучването следния въпрос: „Знаете ли, че според редица проучвания в страни от Европейския съюз, броят на децата и юношите с психични проблеми се е увеличил?“. При анализиране на резултатите от отговорите се установи, че между броя на информираните и този на неинформираните разликата не е особено голяма, или съответно – 52% и 42%. Това е показател за необходимостта от допълнително обучение по темата.

Готовността на учениците да започнат да консумират здравословна храна намира израз в отговорите на следния въпрос: „Бихте ли започнали да консумирате здравословна храна, за да подобрите психичното си здраве?“. 51% от анкетираните са посочили отговор „да“, 32% ще опитат, а 14% са дали отговор „не“. Така общо 83% от участващите в проучването изразяват готовността си за положителна промяна и по-добро психично здраве. Това е един действително голям процент, показващ като цяло мотивацията на анкетираните.

Следващите няколко въпроса са разработени с цел да проучат мнението на участниците в анкетата по въпросите за рисковите за здравето фактори – кофеинови и алкохолни напитки, тютюнопушене и наркотични вещества. Данните от много проучвания, направени през последните години, сочат, че се е увеличил броя на юношите, консумиращи алкохол и наркотични вещества, както и пушещите. Въпросите са ключови в разработената анкета и дават много ценна информация както на изследващите, така и на анкетираните.

На въпроса „Консумирате ли тонизиращи напитки, съдържащи кофеин?“ само 26% от респондентите са отговорили, че не консумират. 16% консумират съдържащите голямо количество кофеин енергийни напитки, чай – 12%, кафе – 31%, комбиниран отговор от няколко различни вида кофеинови напитки са отбелязали 13%. Прави впечатление големият процент на общия сбор консумиращи – 72%.

Следващите два въпроса дават данни доколко респондентите са запознати, че кофеинът е наричан една от „легалните“ дроги и дали биха ограничили консумацията

на кофеинови напитки, знаейки за вредата за здравето. 55% от анкетираните знаят, че кофеинът е „легална дрога“, 41% не знаят. 45% ще ограничат консумацията на кофеинови напитки, 20% „ще опитат“. 30% от анкетираните ученици няма да ограничат консумацията на кофеинови напитки, въпреки че знаят за вредата върху здравето. Установява се нужда от допълнителна информация по темата.

Въпросите за употребата на алкохол в юношеска възраст са особено актуални. Според доклада за здравословното състояние в Европейския съюз (State of Health in the EU. Bulgaria Country Health Profile 2019) данните за България сочат, че повече от половината 15–16-годишни тийнейджъри – момчета, са имали най-малко един епизод на „binge drinking“ през последния месец, което означава 5 или повече алкохолни питиета на дете. Информация за употребата на алкохол от анкетираните ученици и степента им на информираност по темата за алкохола дават следващите няколко въпроса. „Консумирате ли напитки, съдържащи алкохол?“ – на този въпрос само 38% са отговорили, че не консумират, по празници консумират 42% от анкетираните, което е и най-често отбелязваният отговор. Алкохолни напитки един-два пъти седмично консумират 9% от анкетираните, а отговорът, носещ най–много негативи – почти ежедневно консумират, дават 7% от анкетираните. Тук може да се говори дори за някаква степен на алкохолна зависимост, която в тази възрастова група много лесно се достига. Общият процент на консумиращи алкохол сред анкетираната възрастова група е 58%, което потвърждава и данните от доклада за България за 2019 година. Данните показват необходимост от предприемане на спешни мерки за свеждане на алкохолната консумация сред юношите до оптимално ниски граници.

Следващият въпрос е: „Знаете ли, че употребата на алкохол може да доведе до алкохолна зависимост, тежки здравословни проблеми, проблеми с паметта и още по-рисково поведение?“. Резултатите показват, че 64% от анкетираните са запознати с тези негативни последствия, 25% са запознати „отчасти“, 7% не са запознати. Отговорите на този въпрос показват, че голяма част от анкетираните са напълно и отчасти запознати с вредите от алкохолната консумация – общо 89%. Този резултат не съответства на процента на консумиращи, дори разликата е значителна. Би могло да се предположи, че знанията, които имат анкетираните за вредното въздействие от алкохола са или неточни, или недостатъчни, за да бъде процентът на консумиращите толкова висок. Потвърждава се отново необходимостта от допълнителна информация, която да бъде предоставена на учениците.

Друго негативно действие на алкохола е свързано с ефекта му да провокира консумацията на различни наркотични вещества. На въпроса „Знаете ли,че употребата на алкохол може да провокира употреба на различни наркотични вещества?“, 46% от респондентите са отговорили положително, 27% са запознати „отчасти“, а 22% не са запознати. При този резултат рискът от липса на достоверна информация по въпроса би бил доста голям на фона на 58% консумиращи алкохол юноши. Отново се установява необходимост от допълнителна точна информация по темата за алкохола и наркотиците.

Дали биха консумирали алкохол, след като вече са им известни горепосочените факти, става ясно от резултатите на следващия въпрос. 50% биха консумирали алкохол

въпреки това, 46% не биха консумирали. Резултатите са показателни – липсва достоверна информация по проблема.

Попитахме учениците „Пушите ли?“. Пушенето представлява основен обществен и здравен проблем, а според европейския здравен доклад за 2019 процентът на възрастните пушачи в България е най-високият в Европа – 21%. Освен това към 37% от 15–16 годишните момичета са пушели през последния месец на изследвания период. Получените резултати от обработените данни показват, че 22% от анкетираните от нас ученици пушат, 6% са отказали вече пушенето, 66% не пушат. 22% представляват малко повече от 1/5 от анкетираните ученици, което е действителен негативен резултат, изискващ предприемане на незабавни мерки.

Следващите няколко въпроса са свързани с проблема „наркотици“, изискващ особено внимание поради сериозността на последствията върху младите хора (и не само), повишаващия се брой консумиращи наркотични вещества и увеличаващия се брой на смъртни случаи сред консумиращите. Те са рисков за здравето и живота фактор, подлежащ на постоянни проучвания и изискващ предприемане на незабавни и адекватни мерки.

Зададохме на анкетираните въпроса: „Консумирали ли сте някакво психоактивно вещество в живота си (марихуана, екстази, метамфетамини, ЛСД, кокаин, хероин и т.н.)?“. Резултатите показаха, че редовно консумират 5% от анкетираните, 4% – от време на време, а 13% са опитвали наркотици. Общо 22% от участвалите в анкетното проучване ученици консумират редовно, от време на време или са опитвали. Тези резултати представляват отново 1/5 от извадката и изискват сериозен, бърз и адекватен подход за разрешаване на проблема. С цел да бъде изяснено доколко учениците от предоставената извадка са запознати с последиците от употребата на психоактивни вещества бяха разработени няколко информиращи анкетираните и даващи информация на проучването въпроси. На въпроса „Знаете ли, че консумацията на психоактивни вещества може да доведе до психични заболявания, като психози, шизофрения и др.?“ 63% от анкетираните са отговорили положително, 17% са запознати „отчасти“, а 16% не са запознати.

Попитахме учениците „Знаете ли, че консумацията на психоактивни вещества може да доведе до тежки здравословни проблеми и смърт?“. Получените данни показват, че 72% от анкетираните отбелязват, че са запознати с причинно-следствената връзка между употребата на психоактивни вещества и последствията за живота и здравето. 12% са запознати „отчасти“, а 8% не са запознати. По-конкретни данни за различните здравословни проблеми, настъпващи вследствие консумацията на различни наркотични вещества, са получени от отговорите на следващия въпрос: „Посочете с „Х“ вредите от употребата на различни наркотични вещества, които познавате“. Във възможните отговори са посочени 22 различни здравословни проблема. Всички те без изключение са присъщи на употребяващите различни видове наркотични вещества. Анкетираните трябва да отбележат само тези които познават. На практика верните отговори са 22. При обработката на данните се установи, че анкетираните не са добре запознати с една голяма част от вредите за здравето. От 10% до 35% варират отговорите на запознатите с вреди като: диария и запек, затруднения в уринирането, нарушена терморегулация, дори СПИН и хепатит „В“ и „С“. Най-добре запознати са с:

халюцинации – 83%; агресивно поведение – 78%; отслабване на паметта – 72%; ускорен пулс – 71%; риск от самоубийство – 69%; потиснатост, депресия – 68%; кашлица, дихателни проблеми – 67%; спиране на сърцето – 66%; припадъци – 58%. С важни животозастрашаващи последствия като мозъчен кръвоизлив, смърт от задушаване и кома са запознати съответно едва 43%, 52% и 53% от анкетираните ученици. Резултатите показват и доказват необходимостта от предоставяне на допълнителна конкретна информация по тази тема.

Резултатите от отговорите на въпроса „Знаете ли, че има хора, при които само един еднократен прием на наркотик може да ги направи зависими?“ показват, че 68% от анкетираните знаят, а 27% не са запознати.

В следващия, разработен в анкетата въпрос, са приложени данни от Европейския доклад за наркотиците 2018. „Знаете ли, че през 2018 година вследствие на употреба на наркотици в Европейския съюз, Турция и Норвегия общо 9138 души са загубили живота си?“. Според получените резултати само 17% от анкетираните знаят, а 78% не знаят за броя на жертвите от употребата на наркотици. Това показва отново ниската степен на информираност на анкетираните ученици и нуждата от намеса.

За да проучим мнението на учениците относно това, как биха постъпили, ако вече имат една по-ясна представа за наркотиците, здравословните проблеми, които причиняват и броя на жертвите на тяхната консумация, бе разработен следният въпрос: „Бихте ли опитали наркотици, ако са Ви известни горепосочените факти?“. Резултатите показват категоричното мнозинство на отговорилите с „не“ – 78%, което е ясен показател, че добре подбраната информация би помогнала на младите хора да вземат правилни решения във връзка с наркотичната употреба. Останалите 16% от анкетираните биха опитали наркотици, знаейки за последствията.

Свързан по смисъл с предходния въпрос и въпросите за тютюнопушенето и употребата на алкохол е въпросът: „Смятате ли за важно децата и юношите да бъдат добре информирани за вредите и последствията, носещи употребата на алкохол, цигари и наркотици?“. Анализирайки получените резултати се установява една положителна нагласа сред анкетираните юноши. Отговори „да, много е важно“ са дали много висок процент от респондентите – 83%. Тези резултати показват мнение за висока оценка на информацията, която е по темата и би оказала голямо въздействие върху вземането на бъдещи решения.

„Бихте ли информирали своите приятели за вредите и последствията от употребата на алкохол, цигари и наркотици?“. Този въпрос е разработен, за да установи как биха постъпили с приятелите си анкетираните ученици, дали е важно за тях благополучието им и доколко са склонни да проявяват алтруистично поведение. Тук става въпрос за загрижеността за доброто на приятелите и доколко една важна информация по вече споменатата проблематика би се разпространила в приятелската среда. Резултатите от отговорите показват, че 67% от анкетираните биха споделили важната за здравето информация с приятелите си. Реално това е и процентът на притежателите на алтруистично поведение при отговорилите ученици от предоставената извадка. 26% са отговорили с „не, всеки е отговорен сам за себе си“ – достатъчно красноречив отговор, показващ егоистично поведение сред респондентите от извадката.

Отговорите от последния въпрос от разработената анкета носи информация за собствените усилия, които анкетираните ученици биха положили за подобряване на здравето си. На въпроса: „Психичното здраве е важно, за да води човек качествен живот. Бихте ли се борили срещу вредните фактори за вашето добро здраве и качествен живот?“ прави впечатление, че 62% от тях са отговорили положително, 22% ще опитат, а само 8% са отговорили отрицателно. Общо 84% дават висока оценка на здравето си и биха противодействали на вредните фактори в името на качествен и пълноценен живот.

4.2.3. Математико-статистическа обработка и анализ на резултатите на част от въпросите

Част от отговорите на въпросите в анкетата са обработени и анализирани статистически, като са констатирани и отразени търсените закономерности. Потърсената взаимовръзка между типа темперамент и консумацията на някакво психоактивно вещество не се доказва. Резултатът е p=0,685 (Таблица 50). Потърсената взаимовръзка между наличието на приятели в училище и готовността за алтруистично поведение, информирайки приятелите за вредните за здравето фактори, не се доказва. Резултатът е p=0,513 (Таблица 51 и Фигура 50).

Потърсената взаимовръзка между пушенето и консумацията на някакво психоактивно вещество се доказва. При получените резултати: p=0,003, се наблюдава значима връзка между тях (Таблица 52 и Фигура 51). Потърсената взаимовръзка между консумацията на алкохол и консумацията на психоактивно вещество се доказва. При получените резултати: p=0,002, се наблюдава значима връзка между тях (Таблица 53 и Фигура 52).

Потърсената предполагаема взаимовръзка между Въпрос № 44 и Въпрос № 47 не се доказва (Таблица 54 и Фигура 53).

Обобщеният анализ на данните от емпиричното изследване разкрива следните най-съществени резултати:

- 96% от учениците считат, че здравето е задължителен фактор за пълноценен живот и е добре, когато човек е здрав;
- 47% от тях са на мнение, че съществува връзка между физическото и психичното здраве, 36% отбелязват и факта, че те взаимно си влияят;
- Като най-важни фактори на психичното здраве юношите са посочили училищната среда – 52%, рисковите фактори – 52%, семейната среда – 51%. Само 33% са посочили всички верни от анкетата;
- 85% от респондентите мислят, че обичта, привързаността, удовлетвореността, получаването на помощ и подкрепа в семейството и добрите взаимоотношения са задължителни в семейството;
- 49% от анкетираните биха положили усилия отношенията в семейството им да се подобрят;
- С финансовото благополучие на семейството като предпоставка за доброто психично здраве на членовете му са запознати 21%, а 21% не са запознати;

- 15% от семействата на учениците не разполагат с достатъчно доходи на месец или изобщо не им стигат, но 86% от анкетираните са готови да потърсят работа, за да помогнат;
- 28% не са запознати с безработицата и инвалидността като причини за недобро психично здраве;
- 12% не знаят, че влошените семейни отношения, раздялата и разводът са негативен за психичното здраве в семейството фактор. Въпреки това, 14% не биха потърсили в такава ситуация психологическа помощ;
- 86% отчитат, че има стрес в училище;
- 60% са тормозените и тормозещите ученици в училищната среда;
- 78% знаят за случаи на тормозени в училище деца;
- 70% дават положително мнение на идеята за програми в училищата за редуциране на стреса и намаляване на случаите на агресия;
- 77% имат приятели в училище, 7% нямат;
- 26% изобщо не спортуват, 70% спортуват с различна честота;
- 84% са запознати с позитивния ефект на спорта върху психичното здраве, а 81% биха започнали редовно да спортуват;
- 22% се хранят нездравословно, 37% не са запознати с връзката/ влиянието на здравословната храна за намаляването на симптомите на депресия;
- 83% биха променили хранителните си навици, за да подобрят психичното си здраве;
- 42% не знаят за увеличения брой на деца и юноши с психични проблеми;
- 41% не знаят, че кофеинът е от групата на така наречените „легални дроги“;
- 45% ще ограничат консумацията на кофеин и 20% ще опитат;
- 58% консумират алкохол, като 7% от тях – почти ежедневно;
- 25% са запознати отчасти, а 7% не са запознати, че употребата на алкохол води до алкохолна зависимост, тежки здравословни проблеми, както и проблеми с паметта и рисково поведение;
- 22% не са запознати, а 27% са запознати отчасти, че алкохолът може да провокира консумацията на наркотични вещества;
- Със статистически обработените данни се доказва значима връзка между консумирането на алкохолни напитки и опитването на психоактивно вещество (p=0,002);
- След като са запознати с горепосочените факти за алкохола, 46% не биха консумирали алкохол;
- 22% от анкетираните пушат;
- 22% са опитвали психоактивно вещество, консумират от време на време, а от тях 5% консумират редовно;
- Със статистически обработените данни се доказва значима връзка между тютюнопушенето и опитването на психоактивно вещество (p=0,003);

- 16% не са запознати, че употребата на психоактивни вещества може да доведе до психични заболявания, като психози, шизофрения и др., а 17% са запознати отчасти;
- 8% не са запознати, че употребата на психоактивни вещества може да доведе до тежки здравословни проблеми и смърт, а 12% са запознати отчасти;
- От 65% до 90% от учениците не са запознати с вредите от наркотиците като диария, запек, затруднения в уринирането, нарушена терморегулация, СПИН и хепатит „В“ и „С“;
- От 47% до 57% не са запознати с последствия като мозъчен кръвоизлив, смърт от задушаване и кома;
- От 17% до 42% не са запознати с припадъци, кашлица и дихателни проблеми, ускорен пулс, халюцинации, безсъние, страх, тревожност, депресия, риск от самоубийство, спиране на сърцето, отслабване на паметта, агресивно поведение;
- 27% не знаят, че един-единствен прием може да доведе до зависимост;
- 78% не знаят, че 9138 души от ЕС, Турция и Норвегия са загубили живота си през 2018 г. вследствие употреба на наркотици;
- 78% от респондентите не биха опитали наркотици, след като са запознати с горепосочените факти;
- 83% смятат, че е важно децата и юношите да са добре информирани за вредите от тютюнопушенето и употребата на алкохол и наркотици;
- 67% ще споделят с приятели информацията за вредите от тютюнопушенето, употребата на алкохол и наркотици;
- 84% биха противодействали на вредните за здравето фактори в името на качествен и пълноценен живот.

4.3. Хипотетичен модел за превенция на психичното здраве

Промоцията се стреми да промотира позитивното психично здраве чрез психическо благополучие, развиване на компетентност и устойчивост, както и чрез подкрепа и подобряване на средата и условията на живот. Някои от специфичните начини за промоция на психичното здраве включват интервенции за промоция на психично здраве в училище – изграждане на позитивна училищна среда, развиване на социални умения и др. [53, стр. 19]. Позитивното психично здраве е задължително условие за пълноценен живот на хората и опазването му има изключително важна роля за бъдещето и реализацията на младите хора в обществото.

Разработеният модел е хипотетичен и има за цел укрепване на психичното здраве на лицата в юношеска възраст. Той включва комбинация от дейности по превенция на психичното здраве, които да се извършват на различни места, но обединени от общата цел.

Ключови дейности в разработения модел са **мотивацията и информираността** на юношите по темата, което включва запознаване с протективните и рисковите за

физическото и психичното здраве фактори. Мотивацията и информираността може да се извършват на различни места. Най-голяма ефективност за повишаване на информираността по темата би се постигнала в училищната среда. Здравната информация, която получават учениците, е заложена в учебните планове, а най-много време учениците прекарват в училище. Тази информация е проверена, преценена и одобрена от законодателната рамка, затова е достоверна и надеждна. По този начин в училищата се осъществява и **здравното възпитание**. Здравното възпитание в училищата се извършва най-често от преподавателите по биология.

За по-добра приемственост на информацията по превенцията на психичното здраве е необходимо да се включи и семейството, което същевременно е и фактор, повлияващ психичното здраве. На родителските срещи, провеждани периодично в училище, информирането на родителите и тяхната активност биха допринесли също за постигане на целите по превенция. Освен това, **връзката на училището със семейството** е изключително ценна във възпитателно-образователен аспект. Семейството и работата с него е основата, от която трябва да се започне.

Дейността по превенцията не би могла да бъде успешна без **участието на здравното законодателство**. При установена необходимост от предприемане на мерки по въпросите за здравето, исканията и внасянето на предложения за промени в законодателната рамка са от първостепенно значение за ефективността на процеса по превенция. По тази причина се разработват програми за превенция и профилактика на различни заболявания, което е и част от дейностите, свързани със здравната политика.

Организирането на мероприятия за поощряване на подобряването на здравето на юношите също би допринесло за постигане на положителни резултати във връзка със здравните въпроси. Привличането на неправителствени организации за целите на превенцията на психичното здраве, както и участието на известни личности от музикалния и артистичния свят, не бива да се пренебрегва. Известите личности оказват силно влияние върху мисленето и поведението на младите хора, а това би могло да се използва за постигане на общата цел.

Съвкупността от всички дейности по превенцията на психичното здраве и организираното им извършване биха подпомогнали младите хора с информацията, от която имат нужда, за да вземат правилните решения в интерес на своето здраве.



Фигура 54 Хипотетичен модел за превенция на психичното здраве

ГЛАВА ПЕТА. Заключение, изводи и препоръки

5.1. Заключение

- Обобщените данни от проведеното емпирично изследване показват, че знанията на анкетираните ученици по въпросите, свързани с физическото и психичното здраве, не са им достатъчни, за да водят пълноценен и здравословен начин на живот;
- Рисковите фактори, които не познават, биха застрашили и тяхното психично здраве;
- Доказва се потребността от промяна при неосъзнатите като личности юношите;
- Резултатите от проучването показват, че са необходими промени, насочени към сферата на училищното образование, и по-точно към теоретичната част, засягаща обучението на учениците по теми за здравословното хранене, здравословния начин на живот и здравните рискове при употреба на тютюневи изделия, алкохол и наркотични вещества.

5.2. Изводи

1. Резултатите от проведеното проучване дават информация за познанията на юношите по въпросите за здравето и психичното здраве в частност;
2. Получените резултати показват също, че юношите не са достатъчно добре запознати или са неправилно информирани от връстници по въпросите за позитивните и негативните (рисковите) за здравето фактори, което потвърждава издигнатата хипотеза за липсата на знание по въпросите за психичното здраве;
3. Резултатите от анализа показват, че учениците са слабо запознати с негативните за здравето последици, свързани с употребата на наркотични вещества, включително с риска от заразяване със СПИН и хепатит, което изисква предприемане на адекватни превантивно-информативни мерки;
4. Анализът на получените резултати показва също, че значителна част от учениците пушат, употребяват алкохол и наркотични вещества, което очертава потребност от допълнително обучение по темата с превантивна насоченост;
5. Други резултати показват ниска физическа активност извън часовете по спорт от учебната програма и нездравословни хранителни навици, което отново изисква мерки за допълнително обучение;
6. В най-общ план би могло да се каже, че резултатите от проведеното проучване дават информация за отношението към разглеждания въпрос, като се отчита различна активност или пасивност на изследвания контингент;
7. Анализът на резултатите показва, че въпреки недобрата си информираност по темата, над 80% от участниците в анкетното проучване преценяват, че е много важно децата и юношите да бъдат информирани за вредите от тютюнопушенето и употребата на алкохол и наркотици. Това мнение на

учениците предполага висока ефективност на една бъдеща информационно-превантивна програма.

5.3. Препоръки

Към МОН и СОУ, професионални и езикови гимназии:

- Да се въведе допълнителна информация в учебния материал по въпросите, касаещи здравното възпитание, и по-конкретно – за последиците от употребата на тютюневи изделия, алкохол и наркотични вещества;
- Да се въведе в учебния материал допълнителна информация за психичното здраве и за позитивните и негативните фактори, които му влияят;
- Да се разработят и излъчват мултимедийни материали в част от часовете на класния ръководител по същата тема;
- Да се ангажира вниманието на учениците по проблема чрез поставяне на задачи, проекти, презентации по темата за консумацията на алкохол, тютюневи изделия и наркотици;
- Да се преподава по атрактивен начин информацията, свързана със здравето, в учебните часове;
- Да се разработят програми за превенция на психичното здраве, съобразени с особеностите на възрастта на контингента;
- Да се разработят програми за намаляване на случаите на агресия и редуциране на стреса в училищата;
- Да се разработят и разпространят в училищата в България брошури със здравно съдържание;
- Да се поощрява в училище воденето на здравословен начин на живот без рискови фактори;
- Да се назначат училищни психолози във всички училища, които да допринасят с дейността си за подобряване на психичното здраве на учениците.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА И ИНТЕРНЕТ РЕСУРСИ

1. Адлер, А. Възпитание на децата, ИК „Здраве и щастие“, София, 1998.

2. Адлер, А. Индивидуална психология. Практика и теория, Част първа, ИК „Здраве и щастие“, София, 1999.

3. Адлер, А. Наука за характера, ИК „Здраве и щастие“, София, 2008.

4. Алексиев, А. Синкретична психотерапия и психопрофилактика, УИ „Неофит Рилски“, Благоевград, 2010.

5. Александрова, Б., Богданова, Е. Фактори, повлияващи психичното благополучие при юноши, измерено с индекса на психичното здраве, Психологически изследвания, Том 20, Книжка 3, Декември 2017.

6. Антисоциалното поведение – теория и терапия, Сборник, Серия „Практики“, Център за психосоциална подкрепа, 2008.

7. Балканска, П. Въведение в психологията, Издателство Булвест 2000, София, 2005.

8. Бардов, И. Психологически възгледи за личността, ИК „Кота“, София, 2001.

9. Батоева, Д., Попов,Т. Педагогическа и психологическа диагностика, АСКОНИ-ИЗДАТ, София, 2007.

10. Бончева, И. Психология на детската възраст, Изд. „Славена“, София, 2013.

11. Борисов, В. Здравен мениджмънт, Изд. „Горекс-Прес“, София, 2009.

12. Борисова, В. Алтернатива за децата в риск, Издателство „Светилник“- СБО, София, 2003.

13. Борисова, В. Социализация и ресоциализация, УИ „Климент Охридски“, София, 2001.

14. Бояджиева, Н., Митева, П. Гняв и агресивно поведение при децата, Изд. „М-8-М“, София, 2008.

15. Братанов, Б. Пубертетната възраст, Изд.„Медицина и физкултура“, София, 1979.

16. Великов, Б. Психичният конфликт в ранната юношеска възраст, ИК „Витал“, В. Търново, 1996.

17. Воденичаров, Ц., Попова, С., Мутафова, М., Шипковенска, Е. Социална медицина, ИК „Горекс Прес“, София, 2013.

18. Гайдаров, К. Девиантното поведение на непълнолетните. Социално-психологически механизми, Изд. „Албатрос“, София, 1998.

19. Герганов, Е. Диагностика на психичното развитие. Съвременна чуждестранна психология, Държавно издателство „Наука и изкуство“, София, 1988.

20. Гилинский, Я. Девиантология, Издательство „Юридический центр Пресс“, Санкт-Петербург, 2004.

21. Грозданова, Т., Асанова, Б., Москова, М. Фактори, повлияващи психичното здраве в юношеска възраст, Изд. „ТЕМТО“, София, 2015.

22. Грозданова, Т. Посттравматично стресово разстройство – методи на лечение EMDR, Изд. „ТЕМТО“, София, 2017.

23. Грозданова, Т. Психично здраве и психопревенция, Изд. „ТЕМТО“, София, 2016.

24. Грозданова, Т. За наркотиците, видовете зависимости и ролята им за появата на психичните разстройства, Изд. „ТЕМТО“, София, 2019.

25. Гърбачева, А. Психология на девиантното поведение, Изд. „Абагар“, В.Търново, 1996.

26. Долто, Ф. Всичко е език, ИК „Колибри“, София, 2006.

27. Ериксън, Е. Идентичност, младост и криза, Изд. „Наука и изкуство“, София, 1996.

28. Змановская, Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения), Издательский центр „Академия“, Москва, 2008.

29. Калчев, П. Индиректна скала за употреба на психоактивни вещества, Изд. „Изток-Запад“,София, 2008.

30. Калчев, П. Тревожност в юношеска възраст, Изд. „Парадигма“, София, 2005.

31. Карагьозов, И. Психологическа диагностика на отклоненията в развитието и поведението на детето и юношата, Благоевград, 1999.

32. Маджаров, Г. Детска психология заедно, Издателство и печатница „Кушовалиев“, София, 2017.

33. Маджаров, Г. Развитие на психиката в детско-юношеска възраст, УИ „Св.Св. Кирил и Методий“, В. Търново, 2001.

34. Маджаров, Е. Психологическо портретиране на правонарушителите, Изд. „СИЕЛА“, София, 2006.

35. Макферлейн, Е., Макферсън, А. Тийнейджърите. Агония и екстаз, ИК „Кръгозор“, София, 2002.

36. Манасиева, Т. Девиантно и делинквентно поведение на децата. Основи на превенция и корекция, Изд. „Изток-Запад“, София, 2010.

37. Манова-Томова, В., Пирьов, Г., Пенушлиева, Р. Психологическа рехабилитация при нарушения в поведението в детска възраст, Изд. „Медицина и физкултура“, София, 1976.

38. Манчева, Р. Конфликти и конфликтно поведение, УИ „Неофит Рилски“, Благоевград, 2005.

39. Манчева, Р. Практикум по психология на девиантното поведение, УИ „Неофит Рилски“, Благоевград, 2007.

40. Манчева, Р. Психология на девиантното поведение, УИ „Неофит Рилски“, Благоевград, 2012.

41. Матанова, В. Нарушения на екзекутивните функции, ИК „СТЕНО“, Варна, 2016.

42. Матанова, В. Психология на аномалното развитие, Издателство „НЕМЕЗИДА“, София, 2003.

43. Мечков, К. Медицинска психология, Издателство „ПИК“, В.Търново, 1995.

44. Миланова, В. Психиатрия, Изд. „Медицина и физкултура“, София, 2013.

45. Милев, В., Милев, Р. Психопатология, УИ „Климент Охридски“, София, 1992.

46. Национален конгрес по психология, Сборник научни доклади, София 28–30 октомври 2005, Изд. „СОФИ-Р“, София, 2005.

47. Ончев, Г. Личностова абнормност в клиничната практика, 2-ро издание, Изд. „Контекст“, София, 2012.

48. Петкова, Д. Превенция на рисковото поведение на юношите в социално-педагогическа среда, Изд. „Фабер“, В. Търново, 2006.

49. Пирьова, Б. Невробиологични основи на детското развитие, Издателство на Нов Български Университет, София, 2017.

50. Писева, Д. Психиатрия, Изд. „АРСО“, София, 2005.

51. Попов, Г. Обща и клинична психопатология, ИК „СТЕНО“, Варна, 2010.

52. Попов, Г. Психопатология. Феноменология. Методология, ИК „СТЕНО“, Варна, 2012.

53. Попов, Ив. Психично здраве: концепции, детерминанти, интервенции, сп. „Социална медицина“, бр.1/2018, Варна.

54. Поуст, Е., Колис, Дж. Етикет за тийнейджъри, Изд. Princeps, София, 1998.

55. Превантивна и корекционно-възпитателна дейност с деца и младежи в съвременните условия, Изд. „Делфи Издат“, София, 1999.

56. Савова, З. Медицинска психология, Изд. „МОНТ ООД“, София, 2015.

57. Сборник „Психотерапевтични подходи и практики“, Българска асоциация по психотерапия, Изд. „Авангард Прима“, София, 2016.

58. Сотирова, М. Детската нестандартност, ИИА „Девора МарБи“, София, 2002.

59. Социална превенция на деца и юноши в риск, Серия проекти, Център за психосоциална подкрепа, Първо издание, София, 2005.

60. Справочник за диагностичните критерии на ДСН - |V- ТР, Българска психиатрична асоциация, Веселин Тенев – превод, 2009.

61. Стаматов, Р. Детската агресия, ИК „Хермес“, Пловдив, 2008.

62. Стаматов, Р. Детска психология, ИК „Хермес“, Пловдив, 2004.

63. Стаматов, Р. Минчев, Б., Психология на човека, ИК „Хермес“, Пловдив, 2003.

64. Стоева, Т. Консултативна психология, Изд. „Пропелер“, София, 2003.

65. Стоева, Т. Психологическа помощ за деца и юноши (с фокус към семейството), Изд. „Пропелер“, София, 2013.

66. Татьозов, Т., Витанова, Н. Психодиагностика на детското развитие, Изд. „ВЕДА СЛОВЕНА – ЖГ“, София, 2004.

67. Фром, Е. Бягство от свободата, Изд. „Захари Стоянов“, София, 2005.

68. Фром, Е. Сърцето на човека и неговата способност за добро, Изд. „Захари Стоянов“, София, 2013.

69. Циркова, Д. Психологично консултиране на деца, юноши и родители, Изд. Център за психосоциална подкрепа, 2007.

70. Чавдаров, Д. Проблемни деца, Академично издателство „Марин Дринов“, София, 2006.

71. Шишков, А., Витанова, Н. Психопатологични и психологични проблеми на абнормното поведение, УИ „Св. Климент Охридски“, София, 2004.

72. Arian, M., Haquem, M., Sharma, S. Maturation of the adolescent brain, 2013.

73. Adlers, A. Individualpsychologie, Ernst Reinhard GmbH&CoKG Verlag, Muenchen, 2004.

74. Adler-Schaefer, Ch., Lang, S. „3,7 Promille oder so…“, Robert Schaefer Verlag, Viernheim, 2011.

75. Andre, Ch., „… und vergiss nicht, Gluecklich zu sein!“, Campuss Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2015.

76. Brisch, Karl-Heinz, Hellbruegge, H. Bindung und Trauma, J.G.Cotta `sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart, 2003.

77. Bucher, A. Was Kinder gluecklich macht, Heinrich Hugendubel Verlag, Kreunzlingen/Muenchen, 2008.

78. Casei, B., Jones, R., Hare, T. The adolescent Brain, Ann NY Acad Sci, 2008.

79. Craig, G. Human development, New Jersey, Prentice Hall, 1996.

80. Crisand/Kiepe, Arbeitshefte Fuehrungspsychologie Band 12, Psychologie der Jugendzeit, I.H. Sauer – Verlag GmbH, Heidelberg, 1996.

81. Crone, E. Das pubertierende Gehirn. Wie Kinder erwachsen warden, Droemer Verlag Th. Kraur Nachf. Gmbh &Co.KG, Muenchen, 2011.

82. Cyrulnik, B. Das Unfassbare begriefen und verhindern. Wenn Kinder sich selbst toeten, Patmos Verlag der Schwabenverlag AG, Ostfildern, 2012.

83. Dahlke, R., Kaesemann, V. Krankheit als Sprache der Kinderseele, C. Bertelsmann Verlag, Muenchen, 2009.

84. Delfos, M. „Wie meist du das?“, Beltz Verlag. Weinheim und Basel WMTP GmbH, Birkenau, 2007.

85. DHS Jahrluch Sucht PABST Lengerich, 2018.

86. Dolto, F., Dolto-Tolitch, C. Von den Schwierigkeiten Erwachsen zu werden, J.G. Cotta`sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart, 1991.

87. Doefner. Petermann, Psychische Auffaelligkeiten bein Kindern und Jugendlichen, Hogrefe Verlag GmbH&CO.KG, Goettingen, 2008.

88. Dorst, B. Resilienz. Seelische Widerstandskraefte staerken, Patmos Verlag der Schwabenverlag AG, Ostfildern, 2015.

89. Erikson, E. Jugend und Krise. Die Psychodynamik im Sozialen Wandel Aufl.- Stuttgart, Klett-Cotta, 1998.

90. Essau, C. Depression bie Kindern und Jugendlichen, Erst Reinhardt GmbH&Co.KG Verlag, Muenchen, 2007.

91. Esser, G. Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2011.

92. Falkai, P. Die scheinbare Pandemie, Gehirn&Geist, №4/2018, Spektrum der Wissenschaft, Verlagsgesellschaft mbH, Heidelberg, 2018.

93. Fend, H. Entwicklungs – Psychologie des Jugendalters, VS Verlag fuer Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2005.

94. Fischer, Gustave-Nicolas, Dodeler, V. Wie Gedanken unser Wohlbefinden beeinflussen, Springer – Verlag Berlin Heidelberg, 2013.

95. Franz, M. West-Lauer B., Bindung Trauma Praevention, Psyhosozial – Verlag, Giesen, 2008.

96. Freye, E. „Kokain, Ecstasy, Amphetamine&verwandte Designerdrogen“, Pabst Science Publischers, Lengerich, 2014.

97. Giedd, J. Structural Magnetic Resonance Imaging of the Adolescent Brain, Ann NY Acad Sci 2004.

98. Glaeske, Guenter, Keller, Nebenwirkung:SUCHT, Verlag Antje Kunstmann GmbH, Muenchen, 1997.

99. Grob, Jaschinski, Erwachsen warden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin, 2003.

100. Gutkin, T., Reynolds, C. The Handbook of School Pssychology, Copyryght 2009, John Wiley&Sons, Australia, Queensland, Milton.

101. Haug, A. Das kleine Buch von der SEELE, Verlag C.H.Beck oHG, Muenchen, 2017.

102. Hebebrand, J. et al, Zeitschrift fuer Kinder- und Jugend- Psychiatrie und Psychotherapie 37(4) 2009, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009.

103. Illing, S. Kinderkrankheiten. Verstehen und behandeln, GRAEFE UND UNZER VERLAG GmbH, Muenchen, 2018.

104. Iversen, L. Speed, Ecstasy, Ritalin, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009.

105. Jensen, F. unter Mitarbeit von Amy Ellis Nutt, Teenager-Hirn, Wilhelm Goldmann Verlag, Muenchen, 2016.

106. Kasten, H. Pubertaet und Adoleszenz, Ernst Reinhardt GmbH&CoKG Verlag, Muenchen, 1999.

107. Klein, M. Kinder und Suchtgefahren, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2008.

108. Koch, Cl. Pubertaet war erst Vorwaschgang, Guetersloher Verlagshaus, Muenchen, 2016.

109. Kuntz, H. Verstehen, was uns Suechtig macht, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2015.

110. Kunzmann, U. „Wut ist eine Domaene der Jugend“, Gehirn&Geist №9/2011, Spektrum der Wissenschaft, Verlagsgesellschaft mbH, Heidelberg, 2011.

111. Kuttler, H., Schmider, F. Filmriss, Koma, Suchtgefahren?, BALANCE Verlag, Bonn, 2011.

112. Lehtinen, V., Ozamiz, A. Underwood, L.&Weiss, M., The intrinsic Value of Mental Health, In: Promoting Mental Health: Concepts, Emerging, Evidence, Practice, Hermann, Saxena&Moodie, pp.46-57, World Health Organization, Geneva, 2005.

113. Levine, P., Kline, M. Kinder vor seelischen Verletztungen schuetzen, Koesel-Verlag, Muenchen, 2010.

114. Mutafova, M. Social Medicine, Publishing house ARSO, Sofia, 2013.

115. Nissen, G. Seelische Stoerungen bei Kindern und Jugendlichen, J.G. Cotta`sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart, 2002.

116. Ottova, V., et al, The RICHE Project Group (2012). Chapter 2: Child Mental Health Measurement: Reflections and Future Directions. Public Health-Methodology, Environmental and Systems Issues. Jay Maddock, Ed., Publisher, 2012.

117. Petermann, F. Zur Epidemiologie psychischer Stoerungen im Kindes- und Jugendalter, Kindheit und Entwicklung 14(1), 48-57, Hogrefe Verlag, Goettingen, 2005.

118. Reference Module in Biomedical Science, 2004.

119. Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, L. Lehrbuch der Kinderpsychotherapie, Ernst Reinhardt GmbH&Co Verlag, Muenchen, 1997.

120. Retzbach, J. Tripolarr statt bipolar? Mit Hirnelektroden gegen Anorexie, Gehirn&Geist №7/2017, Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH, Heidelberg, 2017.

121. Remschmidt, H. Autismus, Verlag C.H. Beck oHG, Muenchen, 2000.

122. Ross, J. Was die Seele essen will, J.G. Cotta`sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart, 2010.

123. Rossmann, P. Einfuerhung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2012.

124. Royal College of Psychiatrists (2010), No health without public mental health: the case for action (PS4/2010), Royal College of Psychiatrists, London.

125. Saul, R. Die Eine Fehldiagnose ADHS und ihre Folgen Luege Wie wir den Betroffenen helfen, J.G. Cotta`sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart, 2015.

126. Schick, H. Entwicklungspsychologie der Kindheit und Jugend, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2012.

127. Schmidt-Traub, S. Selbsthilfe bei Angst im Kindes- und Jugendalter, Hogrefe Verlag GmbH&Co.KG, Goettingen, 2001.

128. Sichtermann, B. Pubertaet Not und Versprechen, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2007.

129. Sommer, W. Koennen Drogen beim ersten Konsum abhaengig machen?, Gehirn&Geist №4/2018, Spektrum der Wissenschaft, Verlagsgesellschaft mbH, Heidelberg, 2018.

130. Stachowske, R. Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder, Asanger Verlag GmbH, Kroening, 2008.

131. Steinhausen, Hans-Christoph, Seelische Stoerungen im Kindes- und Jugendalter, J.G. Cotta`sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart, 2000.

132. Syxty-Syxth World Health Assembly, 27 May 2013, Comprehensive mental health action plan 2013-2020, p.3.

133. Грозданова, Т. Поздняя миелинизация как одна из причин аддиктивного поведения подрастков. Научные доказательства, Вестник Восточно-Сибирской открытой академии №35/2019 [Електронен ресурс]. http://www.vsoa.esrae.ru/

134. Европейски доклад за наркотиците 2018 [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 05.05.2019

www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT 18001BGN_PDF.pdf

135. Закон за закрила на детето, [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 01.11.2019. www.asp.government.bg › documents › zzd+(1).doc

136. Закон за здравето, [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 01.11.2019. https://www.mh.government.bg › media › 2018/02/27 › zakon-za-zdraveto

137. Закон за предучилищно и училищно образование, [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 01.11.2019. https://www.mon.bg › upload › zkn_PUObr_180717

138. Минев, Т. Юношите – девиации и ценностна криза /Сборник доклади от V-та международна научна конференция на Съвета на Европа/, В.Търново, 2000. [Електронен ресурс]. Режим на достъп:12.03.2019. da.uni-vt.bg › pubinfo

139. Предложение за резолюция на Европейския парламент/15.03.2010 [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 25.03.2019

http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B7-2010-0226+0+DOC+XML+VO//BG&Language=BG

140. Предложение за резолюция на Европейския парламент/28.10.2015 [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 25.03.2019 http://europarl.europa.eu/doceo/document/B-8-2015-1175BG.html

141. Предложение за резолюция на Европейския парламент/03.01.2017 [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 25.03.2019 http://europarl.europa.eu/doceo/document/B-8-2017-0119BG.html

142. Стратегия за подобряване на психичното здраве в община Велико Търново 2013-2016, [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 14.03.2019. https://www.veliko-tarnovo.bg › filer › strategija_psiho_2013_-_2016

143. Faktenblatt zu KIGGS Welle1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-2012 [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 24.04.2019 http://www.kiggs-studie.de>deutsch

144. Jacobi, F. Nehmen psychische Stoerungen zu? Report Psycholigie, 2009 – jugendsozialarbeit.de [Електронен ресурс]. Режим на достъп:14.03.2019 Nehmen psychische Störungen zu? jugendsozialarbeit.de › jacobireportpsychologie2009

145. Lieb,R., M.Mastaler,M., H.-U.Wittchen, Gibt es somatoforme Stoerungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevoelkerungsrepraesentativen Stichprobe [Електронен ресурс]. Режим на достъп:14.03.2019 http://BioMedNet.com/karger

146. Praevention psychischer Erkrankungen. Fokus auf die Risikogruppen/ Deutsches Aerzteblatt 2018, №43 [Електронен ресурс]. Режим на достъп:12.03.2019 http://www.aerzteblatt.de/archiv/202033/Praevention-psychischer-Erkrankungen-Fokus-auf-die-Risikogruppen

147. Richter, D., Nehmen psychische Stoerungen zu? //Psychiat Prax 2013, № 40 (176-182). [Електронен ресурс]. Режим на достъп:16.03.2019 http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1333060

148. Thomasius, R., Sciulte-Markwort, M., Kuestner,U., Reidesser,P., Suchtstoerungen im Kindes und Jugendalter, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2009. [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 12.03.2019 http://schattauer.de

149. State of Health in the EU, Bulgaria Country Health Profile 2019 [Електронен ресурс]. Режим на достъп:10.12.2019. https://www.oecd.org/publications/bulgaria-country-health-profile-2019-34781ac1-en.htm

150. Volpe`s Neurology of the Newborn (Sixth Edition), 2018 [Електронен ресурс]. Режим на достъп: 10.08.2019. https://www.elsevier.com/books/volpes-neurology-of-the-newborn/volpe/978-0-323-42876-7

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1

АНКЕТА

Уважаеми ученици,

Изследването, в което ще участвате, има за цел да проучи доколко сте запознати с психичното здраве, факторите, които го предопределят, и нагласата ви за подобряването на вашето психично благополучие. Анкетата е анонимна! Вашите отговори ще бъдат използвани единствено за целта на настоящото изследване.

(Моля, подчертайте, оградете, отбележете с „Х“ вашите отговори и попълнете там, където е необходимо.)

1. Възраст...
2. Пол: мъж/ жена
3. Какъв тип темперамент сте?

а) Сангвиник – общителен, обичам веселите компании, приветлив, безгрижен, жив, умерено търпелив, енергичен, с уравновесено поведение, пресметлив към рисковете/ опасностите, целеустремен, лидер;

б) Холерик – общителен, силно емоционален, активен, неспокоен, агресивен, импулсивен, с неустойчиво настроение, не особено пресметлив към рисковете/ опасностите, целеустремен;

в) Флегматик – тих, затворен, не много общителен, дистанциран, с уравновесено поведение, старателен, търпелив, пресметлив към рисковете/ опасностите, бавно постигам целите си;

г) Меланхолик – тих, затворен, не много общителен, сдържан, тревожен, потиснат, често от оптимистично настроен към песимистично настроен, ту силен, ту слаб стремеж към постигане на целите.

4. Какво мислите за здравето?

а) добре е, когато човек е здрав

б) здравето е задължителен фактор за пълноценен живот

в) не е толкова важно за човека, има лекарства

5. Съгласен ли сте с определението на Световната здравна организация, че „Здравето е пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг“?

а) да б) не в) не мога да преценя

6. Свързани ли са физическото и психическото здраве?

а) да б) не в) свързани са и взаимно си влияят

7. Отбележете с „Х“ факторите, които смятате, че повлияват психичното здраве:

Наследственост

Начин на живот (хранене, спорт)

Рисково поведение (тютюнопушене, употреба на алкохол и/ или дрога)

Семейна среда (семейни отношения)

Училищна среда (стрес в училище)

Приятелска среда

Всички изброени

8. От колко членове се състои Вашето семейство?

а) от двама – аз и майка ми/ баща ми

б) от трима – аз и двамата ми родители

в) от четирима – аз, брат ми/ сестра ми и двамата ни родители

г) от пет, шест и повече

9. Смятате ли, че в семейството човек трябва да чувства обич и привързаност, да общува свободно, да се чувства удовлетворен, да търси и получава подкрепа/ помощ, да поддържа добри взаимоотношения с останалите членове?

а) да б) не в) не винаги

10. Бихте ли положили усилия във вашето семейство отношенията да се подобрят?

а) не е необходимо, защото те винаги са били добри

б) да, бих

11. Считате ли, че материалното/ финансовото благополучие на семейството може да бъде предпоставка за добро психично здраве на членовете му?

а) да б) не в) отчасти

12. Запознати ли сте, че причина за недобро психично здраве може да бъде безработицата или ранното пенсиониране по болест?

а) да б) не в) отчасти

13. Разполага ли Вашето семейство с достатъчни доходи на месец?

а) да б) не са достатъчни в) изобщо не стигат

14. Ако доходите на семейството Ви не са достатъчни, бихте ли потърсили работа, за да помогнете?

а) да б) не в) да, но за непълнолетни е трудно

15. Знаете ли, че недобрите семейни взаимоотношения, раздялата и разводът допринасят за влошаване на психичното здраве на децата и юношите?

а) да б) не в) отчасти

16. Считате ли, че в такава ситуация би било добре да се потърси психологическа помощ/ подкрепа?

а) да б) не в) не мога да преценя

17. Смятате ли, че в училище има много стрес?

а) да, почти ежедневно в) само при изпит

б) да, но рядко г) в училище няма стрес

18. Имате ли приятели в училище?

а) да, един-двама в) нямам приятели в училище

б)да, трима- четирима г) имам приятели извън училище

19. Подлагани ли сте на тормоз от съученици в училище?

а) да б) не

20. Вие подлагали ли сте на тормоз съученици в училище?

а) да б) не

21. Знаете ли за случаи на тормозени в училище деца?

а) да б) не

22. Смятате ли, че би било добре да се прилагат програми в училище за намаляване на случаите на агресия и редуциране на стреса?

а) да, би било добре б) не в) не мога да преценя

23. Как прекарвате свободното си време?

а) срещам се с приятели г) играя на компютърни игри, телефон

б) имам хоби д) спортувам

в) гледам телевизия е) комбинация от...

24. Как прекарвате времето си, когато сте с приятели?

а) гледаме филми (телевизия, кино)

б) играем на компютърни игри

в) спортуваме заедно

25. Спортувате ли?

а) да, два-три пъти седмично в) рядко – един път седмично

б) почти всеки ден г) не спортувам

26. Знаете ли, че спортът/ физическата активност намалява стреса и подобрява психическото благополучие?

а) да, известно ми е б) нямам представа

27. Бихте ли започнали редовно да спортувате, ако знаете, че ще подобрите здравето си?

а) да б) не

28. Каква храна консумирате най-често?

а) сандвичи/ пица

б) изцяло здравословна храна

в) следя да се храня здравословно, но невинаги е възможно

г) само плодове и зеленчуци

29. Знаете ли, че консумирането на здравословна храна води до намаляване на симптомите на депресия при младите хора?

а) да б) не

30. Знаете ли, че според редица проучвания в Европейския съюз броят на децата и юношите с психични проблеми се е увеличил?

а) да б) не

31. Бихте ли започнали да консумирате здравословна храна, за да подобрите психичното си здраве?

а) да б) не в) ще опитам

32. Консумирате ли тонизиращи напитки, съдържащи кофеин?

а) да, кафе в) да, енергийни напитки

б) да, чай г) не консумирам

33. Знаете ли, че кофеинът се счита за една от така наречените „легални“ дроги?

а) да б) не

34. Бихте ли ограничили консумацията на напитки, съдържащи кофеин, ако знаете, че вредят на здравето Ви?

а) да б) не в) ще опитам

35. Консумирате ли напитки, съдържащи алкохол?

а) да един-два пъти седмично в) само на празници

б) почти ежедневно г) не консумирам

36. Знаете ли, че употребата на алкохол може да доведе до алкохолна зависимост, тежки здравословни проблеми, проблеми с паметта и още по-рисково поведение?

а) не съм запознат/а б) отчасти съм запознат/а в) запознат/а съм

37. Знаете ли, че употребата на алкохол може да провокира употреба на различни наркотични вещества?

а) не съм запознат/а б) отчасти съм запознат/а в) запознат/а съм

38. Бихте ли консумирали алкохол, ако вече са Ви известни горепосочените факти?

а) да б) не

39. Пушите ли цигари?

а) да б) не в) вече не

40. Консумирали ли сте някакво психоактивно вещество в живота си (марихуана, екстази, метамфетамини, ЛСД, кокаин, хероин и т.н.)?

а) да, опитвал/а съм

б) от време на време консумирам

в) консумирам редовно

г) не консумирам, не съм опитвал/а

41. Знаете ли, че консумацията на психоактивни вещества може да доведе до психични заболявания като психози, шизофрения и др.?

а) не съм запознат/а б) отчасти съм запознат/а в) запознат/а съм

42. Знаете ли, че консумацията на психоактивни вещества може да доведе до тежки здравословни проблеми и смърт?

а) не съм запознат/а б) отчасти съм запознат/а в) запознат/а съм

43. Посочете с „Х“ вредите от употребата на различни наркотични вещества, които познавате:

Кашлица, дихателни проблеми	Диария и запек
Кръвоизливи в очите	Затруднения в уринирането
Халюцинации	Повишено кръвно налягане
Отслабване на паметта	Ускорен пулс
Тревожност, страх	Смърт от задушаване
Потиснатост, депресия	Мозъчен кръвоизлив
Агресивно поведение	Спиране на сърцето
Припадъци, гърчове	Риск от самоубийство
Безсъние	Кома (безсъзнание)
Дехидратиране	Хепатит „В“ и „С“
Нарушена терморегулация	СПИН

44. Знаете ли, че има хора, при които само един еднократен прием на наркотик може да ги направи зависими?

а) да б) не

45. Знаете ли, че през 2018 година вследствие на употреба на наркотици в Европейския съюз, Турция и Норвегия общо 9138 души са загубили живота си?

а) да б) не

46. Бихте ли опитали наркотици, ако са Ви известни горепосочените факти?

а) да б) не

47. Смятате ли за важно децата и юношите да бъдат по-добре информирани за вредите и последствията, носещи употребата на алкохол, цигари и наркотици?

а) да, много е важно б) не е толкова важно

48. Бихте ли информирали своите приятели за вредите и последствията от употребата на алкохол, цигари и наркотици?

а) да, така биха могли и те да се предпазят

б) не, всеки е отговорен сам за себе си

49. Психичното здраве е важно, за да води човек качествен живот. Бихте ли се борили срещу вредните фактори за вашето добро здраве и качествен живот?

а) да б) не в) ще опитам

Благодарим за участието!