

SHËNDETI MENDOR



- Strategjia e re e shëndetit mendor - domosdoshmëri e kohës
- Shëndeti mendor dhe trupor - rëndësia e konsultimit me psikatër
- Psikologjia klinike dhe psikoterapia në mirëqenien e shëndetit mendor

- Ankthi si çrregullim aktual
- Shëndeti mendor tek fëmijët dhe adoleshentët në Kosovë
- Sindromi "burn-out"

- Depresioni post-partal - roli i neurosteroidëve
- Barnat me veprim të shpejtë të depresioni rezistent në trajtim
- Psikoterapia e kohezionit të brendshëm të ankthi dhe depresioni



ODA E MJEKËVE TË KOSOVËS

[www.omk-rks-org/revista mjeku](http://www.omk-rks-org/revista%20mjeku)

revistamjeku@omk-rks.org

+383 49 872 300 ; +383 49 872 070, +383(0)38 544 872

QKUK, INSTITUTI A, KATI III, 10000 - PRISHTINË

LUXEMBOURG
AID & DEVELOPMENT



Kontribut të jashtëzakonshëm në themelimin dhe zhvillimin institucional të Odës së Mjekëve të Kosovës ka dhënë Qeveria e Dukatës së Madhe të Luksemburgut përmes projektit për shëndetësi në Kosovë.

Përmbajtja

Faqe

Kryeredaktori: Fisnik Kurshumliu 8

Aktualitete në Odën e Mjekëve të Kosovës

Ligji i pagave – Ndikimi në Odën e Mjekëve të Kosovës 9

Temat e numrit

Strategjia e re e shëndetit mendor - domosdoshmëri e kohës 10-12

Shëndeti mendor dhe trupor – rëndësia e konsultimit me psikiatër 13

Psikologjia klinike dhe psikoterapia, roli dhe rëndësia e tyre në mirëqënien e shëndetit mendor 14-16

Ankthi, si çrregullim aktual! 17-19

Një reflektim mbi shëndetin mendor tek fëmijët dhe adoleshentët në Kosovë 20-22

Sindromi "Burn-out" 23-25

Depresioni post-partal (DPP), roli i neurosteroidëve si dhe përdorimi i Brexanolon-it (BREX) për trajtimin e depresionit post-partal 26-28

Zbulimi i barnave neuropsikiatrike me veprim të shpejt tek sëmundja e depresionit rezistent në trajtim: Mësimet e nxjerra nga modulimi i neurotransmitereve esenciale në tru 29-30

Covid-19, një sfidë globale - mendimet ruminative (të përsëritura) negative dhe e ardhmja pa perspektivë 31

Puna terapeutike me shtypjen e çrregullimeve të brendshme dhe psikosomatike përmes psikoterapisë trupore 32-35

Mos menaxhimi i depresionit me kohë dhe rrezikshmëria për suiciditet 36-38

Stresi, depresioni dhe ankthi i prindërve me fëmijë autik të moshës 5-12 vjeç në Kosovë 39-41

Distresi psikologjik në mesin e adoleshentëve gjatë pandemisë COVID-19 dhe përvojat e tyre me mësimin *online* 42-46

Përmbajtja

	Faqe
Roli i psikoterapisë së kohezionit të brendshëm në përmirësimin e marrëdhënieve ndërpersonale të klientëve me ankth dhe depresion	47-49
Ndërlidhja në mes strukturës së personalitetit dhe respektimit të masave kufizuese kundër COVID-19 ndërmjetësuar nga frika	50-52
Teknologjia dhe shëndeti mendor	53
Pamja e jashtme dhe shëndeti mendor	54-56
Të ndryshme	57
Trajtim dhe përkrahje për personat e varur nga droga	
Këshilla juridike	58-60
Këshilla juridike lidhur me kujdesin, të drejtat e personave me çrregullime mendore si dhe trajtimi i shëndetit mendor	
Portreti i një mjeku	61
Prof. Dr. Abdurrahman Ramaxhiku	
Kalendari i aktiviteteve	62



Revista Mjeku
Revistë e Odës së Mjekëve të Kosovës
Vëllimi 2, Numër 3, Shtator, 2022
Publikohet 4 herë në vit

Këshilli redaktues:
Dafina Bytyqi- Shabani
Edea Blyta
Elton Bahtiri
Faik Hoti
Fisnik Kurshumliu
Ibadete Bytyçi
Linda Çarkaxhiu- Huseyin
Lul Raka
Naser Gjonbalaj



Dafina Bytyqi Shabani



Edea Blyta



Elton Bahtiri

web faqja
www.omk-rks.org/revista-mjeku

Redaksia:
revistamjeku@omk-rks.org
+383 49 872 300
+383 49 872 070
+383 (0)38 544 872
QKUK, Instituti A, Kati III, 10000,
Prishtinë.



Faik Hoti



Fisnik Kurshumliu



Ibadete Bytyçi

Koordinatori ndërlidhës:
Elira Selimi

Numri i radhës botohet në Dhjetor 2022
Dorëshkrimet pranohen në sekretarinë e
revistës deri me datë 30 Nëntor, 2022.

Te gjitha dorëshkrimet vlerësohen
nga këshilli redaktues para botimit.

Përmbajtja e artikujve nuk reflekton
në mënyrë të domosdoshme qëndrimet e
këshillit redaktues.

Materialet e publikuara janë pronë e
Revistës Mjeku.



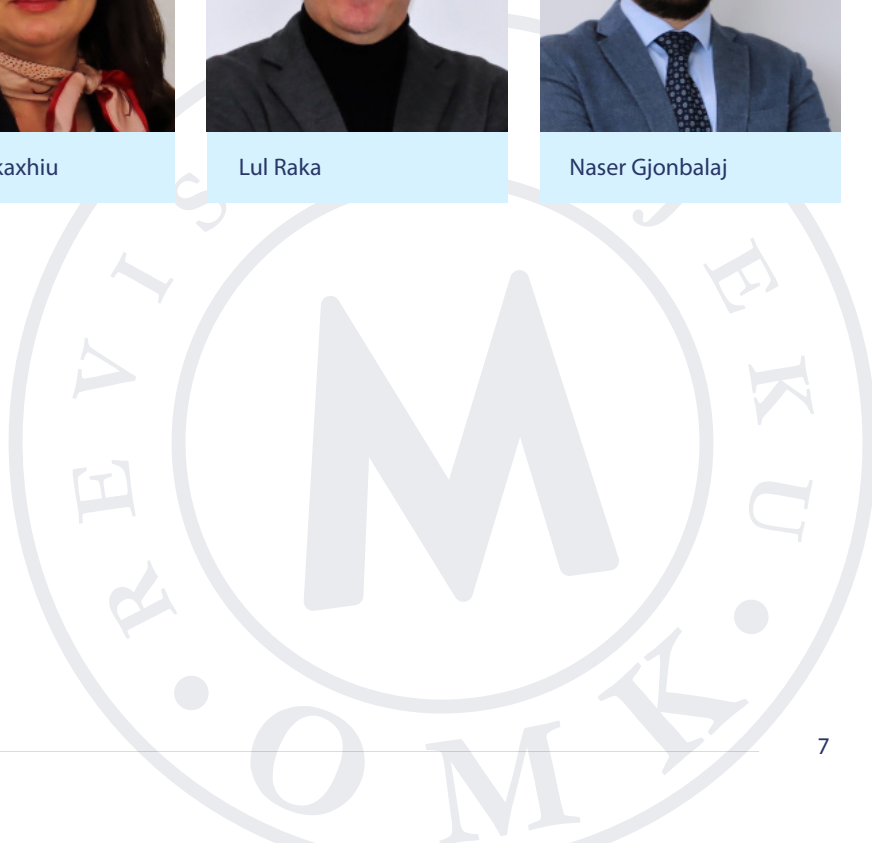
Linda Çarkaxhiu
Huseyin

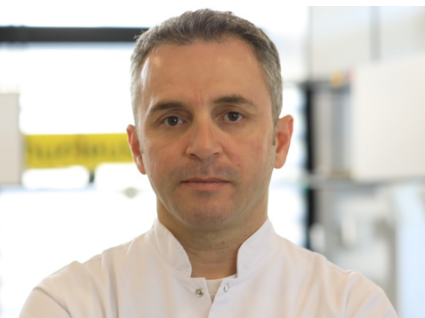


Lul Raka



Naser Gjonbalaj





Fisnik Kurshumliu

Kryeredaktor i Revistës Mjeku

Rrjetet sociale dhe shëndeti mendor

Në botën e sotme, shumë nga ne jemi të varur nga platformat, si: Facebook-u, Instagram-i dhe Twitter-i për t'u lidhur me njëri-tjetrin si në aspektin personal ashtu edhe në atë profesional.

Megjithatë, një "teknologji" e tillë e cila është e projektuar që t'i afrojë njerëzit mund të jetë e dëmshme nëse nuk përdoret në mënyrë të balancuar. Studimet e shumta tregojnë se përdorimi i tepërt i rrjeteve sociale mund të jetë shkaktar i depresionit dhe i ankthit.

Shumica nga ne ju qasemi rrjeteve sociale përmes telefonave mobilë. Edhe pse kjo metodë është shumë e përshtatshme, kjo nënkupton se rrjetet sociale i kemi gjithmonë në dispozicion.

Kjo lidhje e vazhdueshme me rrjetet sociale përmes "push notifications" dhe "alerts" e redukton dukshëm përqendrimin tonë ndaj punës dhe njerëzve të afërt duke na bërë "robër të telefonit".

Platformat e rrjeteve sociale janë projektuar që vazhdimisht të na mbajnë "online" dhe të na bëjnë që në mënyrë të përsëritur ta kontrollojmë ekranin e telefonit për "të rejat". Pra, ngjashëm si format e tjera të varësisë, rrjetet sociale mund të krijojnë ndjenjën e "kompulsionit" psikologjik.

Sipas studimeve, rreth 10 për qind e fëmijëve janë viktimë e bullizimit kibernetik përmes platformave të ndryshme të rrjeteve sociale.

Meqë rrjetet sociale janë këtu për të qëndruar shoqëria duhet të angazhohet seriozisht drejt përpilimit të kurikulave shkollore, të cilat i edukojnë fëmijët dhe të rinjtë për përdorim të balancuar dhe dobiprurës të rrjeteve sociale.

LIGJI I PAGAVE - NDIKIMI NË ODËN E MJEKËVE TË KOSOVËS



Pleurat Sejdiu
Kryetar i Odës së Mjekëve të Kosovës

Bisedë me kryetarin e OMK-së, Dr. Pleurat Sejdiu

"Tema për Ligjin e pagave si një temë aktuale që po prekë të gjithë shoqërinë tonë, përfshirë edhe mjekët e Republikës së Kosovës, u trajtua në OMK me qëllim të shtyerjes së proceseve për ndryshim-plotësimin e saj.

Kryetari i Odës së Mjekëve, Dr. Pleurat Sejdiu priti në takim udhëheqësit e Sindikatave të QKUK-së, Kryetarin e Këshillit Drejtues të OMK-së, Dr. Faik Shatri, nënkryetarët e sindikatës së QKUK-së Agron Kryeziu dhe Dr. Shkëlzen Komani dhe Kryetaren e forumit të gruas së QKUK-së, Dr. Afërdita Xhelili.

Ishte një takim i nevojshëm dhe mjaftë përmbajtësor, ku u diskutua për rëndësinë e bashkërenditjes së parimeve dhe qëndrimeve sa i përket ligjit të pagave dhe jo vetëm.

Në këtë fazë, kur po trajtohet kjo çështje, e cila ka gjetur përkrahjen e OMK, Parimet e dakorduara i janë përcjellur komisionit përgjegjës të OMK-së.

Komisioni i cili edhe ka përgatitur komentet të cilat i janë përcjellur edhe Qeverisë së Kosovës. Do të kërkonim që këto sygjerimet tona mbi parimet bazë, të merren në konsideratë dhe do të jenë në funksion të përmirësimit kaq të nevojshëm, duke u përfshirë në këtë ligj.

Megjithëkëtë, pakënaqësitë dhe brenga ime si Kryetar i OMK-së rreth kësaj çështje, janë vonesa e hyrjes në zbatimin e këtij ligji, si dhe mospërfshirja e komenteve tona mjaftueshëm, sidomos e atyre për çështjet të cilat do të jenë lehtë të atakuara në Gjykatën Kushtetuese, që do ta bënte prapë të pazbatueshëm këtë ligj.

Qeveria duhet patjetër të sigurojë që kërkesat logjike dhe të bazuara në kushtetutë dhe ligjet në fuqi të respektohen dhe kështu të jetë hapi i parë për përmirësimin dhe funksionalizimin e qëndrueshëm të sistemit shëndetsor.

STRATEGJIA E RE E SHËNDETIT MENDOR - DOMOSDOSHMËRI E KOHËS



Ferid Agani

Profesor Asistent

*Specialist i Neuropsikiatrisë,
Ordinanca Specialistike
Psikiatrike Agani,
Prishtinë*

Nuk ka lëmi të shëndetit të qytetarëve të Kosovës që ka qenë e sfiduar më rëndë e më afatgjatë se sa shëndeti mendor. Okupimi e apartheidi shumëvjeçar me luftën gjenocidale e zhvendosjen masive të popullatës në fund të tij; rrethanat e pasigurta politike, ekonomike e sociale të pasluftës përfshirë funksionimin e rënduar të sistemit të brishtë shëndetësor, e bënë të zymtë perspektivën e ballafaqimit me pasojat e rënda për mendjen, zemrën, trupin, e shpirtin e qytetarëve.

Profesionistët e shëndetit mendor, të grumbulluar në Shoqatën e Neuropsikiatërve të Kosovës që funksionoi me sukses edhe gjatë periudhës së okupimit, që në vitin e parë të pasluftës, me ndihmën e ekspertëve të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) dhe Universitetit të Illinoisit në Chicago, SHBA (UIC), formuluan Strategjinë e shëndetit mendor të popullatës sipas modelit të shërbimeve të shëndetit mendor që në mënyrën më racionale shfrytëzonte resurset e pakta profesionale e institucionale në dispozicion dhe njëkohësisht resurset e mëdha të qëndrësës e reziliencës së familjeve e komunitetit Kosovar ndaj vështirësive jetësore.

Puna e përbashkët e mbështetur nga ekspertiza profesionale dhe financimet ndërkombëtare e vendore dha brenda pesë viteve rezultate të dukshme. Si alte

rnativë Kosovare e ndërtimit të azilit për të sëmurët kronik psikiatrik, përkundër presioneve të mëdha për ta bërë këtë, u themelua Shërbimi profesional i shëndetit mendor të Kosovës si organizim unik profesional me financim të veçantë nga buxheti shtetëror, që përpjekjet e integruara të psikiatërve, psikologëve klinik, infermierëve, këshilltarëve psikosocial e punëtorëve social i ngërthente me resurset e familjeve dhe komunitetit të gjerë, brenda kornizës konceptuale të modelit të integruar psikosocial e medicinal.

Në aspektin e rezultateve klinike të shërbimit të ri profesional ndryshimet ishin evidente; pas pesë viteve të funksionimit numri i hospitalizimeve në klinikën e psikiatrisë të Qendrës Klinike Universitare të Kosovës u zvogëlua për 25 % ndërkaq në repartet psikiatrike të spitaleve regjionale për 37%; njëkohësisht qëndrimi mesatar spitalor në klinikën e psikiatrisë ishte më i shkurtër për 28% ndërkaq në repartet psikiatrike të spitaleve regjionale për 25%.

Si pjesë përbërëse e reformës u profilizuan në aspektin profesional e institucional disiplinat e psikiatrisë dhe psikologjisë klinike me nënlojet e tyre, u zbatua programi cilësor i shkollimit specialistik të psikiatërve të rinjë nën mbikëqyrjen e ekspertëve nga SHBA, Franca e Danimarka; u ndërtua nga fillimi rrjeta e katërmbëdhjetë qendrave regjionale komunitare të shëndetit mendor e shtëpive të mbrojtura të ndërldhura

me to me 7500 m2 të reja të hapësirës punuese dhe u trajnuar stafi i tyre profesional; u ndërtuan e funksionalizuan: klinika e psikiatrisë së fëmijëve, instituti i psikiatrisë forenzike e njësia e kujdesit intensiv psikiatrik e u trajnuar stafi i duhur profesional; u shtatëfishua numri i psikiatërve për të rritur, psikiatërve për fëmijë e të rinjë e psikiatërve forenzik, u hap departamenti i psikologjisë në Fakultetin Filozifik e në fazën e mëvonshme të reformës përfunduan trajnimin tre-vjeçar specialistik njëzet psikolog klinik në lëmin e psikologjisë klinike dhe psikoterapisë, në bashkëpunim me Universitetin e Bazelit në Zvicër.

Ky proces i veçantë reformues u studiuar e dokumentua me disertacion të doktoratës të realizuar në kuadër të bashkëpunimit ndërmjet Universitetit të Prishtinës e UIC. Njëkohësisht u realizuan dhe publikuan në revistat më prestigjioze ndërkombëtare përfshirë Journal of American Medical Association (JAMA) dhe British Medical Journal (BMJ) hulumtimet e ekipit të Qendrës për Mbikëqyrjen e Sëmundjeve (CDC) nga Atlanta, SHBA, ku isha bashkë-autor, mbi gjendjen e shëndetit mendor të popullatës Shqiptare të Kosovës pas luftës përfshirë përcaktimin e shkallës së prevalencës së çrregullimit të stresit post-traumatik prej 25 % dhe dokumentimin shkencor të mbi 20.000 rasteve të dhunimit në popullatën e rritur mbi 15 vjeçe.

Kualitet të veçantë reformës së shërbimeve të shëndetit mendor në Kosovë në periudhën 2000-2005 i dha themelimi i rrjetës bashkëpunuese me partnerë rajonal e ndërkombëtar ndër të cilët veçohet themelimi i Lidhjes së Psikiatrisë Shqiptare si organizatë mbarëkombëtare profesionale e ngritur si ombrellë profesionale e asociacioneve kombëtare të psikiatërve dhe psikologëve klinik Shqiptarë në Kosovë, Shqipëri, Maqedoni të Veriut, Mal të Zi e Luginën e Preshevës; si dhe bashkëpunimi me qendrat bashkëpunuese të OBSH (Trieste, Birmingham, Asturias), UIC, dhe Akademinë Amerikane për Terapi Familjare.

Përkundër arritjeve evidente të reformës në pesëvjeçarin e parë të pasluftës, sfidat në lëmin e shëndetit mendor u shtuan nga viti në vit. Përfjetimet stresogjene e traumatike u bënë të përditshme dhe çdoherë e më komplekse. Situatën psikosociale e rënduan veçanërisht migracioni i lartë të popullatës me shkallë të shtuar të stresit e ankthit në shoqëri; si dhe rrethanat e izolimit të rëndë shumëvjeçar social dhe rënies ekonomike në përmasa globale, të imponuar nga pandemia virale Covid-19. Të dhënat e fundit flasin për strukturë të ndryshuar të psikopatologjisë të cilësuar me rritje të prevalencës e incidencës së rasteve klinike me diagnoza të dyfishta dhe të sëmundjeve e çrregullimeve të vartësisë e atyre somatoforme, krahas patologjisë së rëndomtë psikiatrike.

Këto zhvillime imponojnë nevojën për mobilizim të sërishëm të gjitha resurseve profesionale, shkencore e akademike në lëmin e shëndetit mendor me qëllim të ballafaqimit sa më cilësor, të suksesshëm, efektiv dhe efikas, me sfidat profesionale të kohës, nëpërmjet formulimit të Strategjisë së re për shëndetin mendor, që do të shërbej si themel për vazhdimin e reformës së filluar në vitet e para të pas-luftës. Si edhe para dy dekadave, ndryshimet e domosdoshme do t'i realizojmë nëpërmjet tre mekanizmave të dëshmuar reformues: (1) plani strategjik; (2) lidhshipi kompetent e i përkushtuar vendor; dhe (3) partneriteti bashkëpunues vendor e ndërkombëtar.

Propozoj që Strategjia e re të elaborohet në bazë të parimeve, si në vijim:

1. Vazhdimi i deinstitutionalizimit dhe zbatimit të modelit të integruar medicinal e psikosocial të shërbimeve të shëndetit mendor.

2. Fuqizimi i mëtutjeshëm i motos "Familja e fuqishme, Komuniteti i fuqishëm" si bazë autoktone socio-kulturore e proceseve reformuese.

3. Respektimi i dinjitetit, integritetit, e autonomisë së klientëve psikiatrik në kontekstet e tyre familjare e më të gjëra sociale, me synim të reduktimit të stigmës brenda shërbimeve të shëndetit mendor e në shoqërinë e gjërë.

4. Vazhdimi i ndryshimit të praktikave të profesionistëve të shëndetit mendor, përfshirë ndryshimet në sistemin e tyre të vlerave (besimet, perceptimet), shërbimeve (marrëdhëniet) dhe organizimit (strukturat), veçanërisht kur është në pyetje integrimi e koordinimi optimal i shërbimeve psikiatrike me ato të psikologjisë klinike, ku aktualisht ka vështirësi të caktuara.

5. Promovimi i mëtutjeshëm i punës multi-disiplinare e ndër-sektoriale me theks të veçantë në ndërlidhjen e shërbimeve të qendrave rajonale të shëndetit mendor me qendrat kryesore të mjekësisë familjare e qendrat për punë sociale në komuna.

6. Vazhdimi i punës ekipore multi-disiplinare në teren.

7. Sigurimi i partneritetit e lidhshipit bashkëpunues, vendor e ndërkombëtar, me theks të veçantë në bashkëpunimin ndërmjet asociacioneve kombëtare të psikiatërve e psikologëve klinik të Kosovës e Shqipërisë me Lidhjen e Psikiatrisë Shqiptare.

Konsideroj se metodologjia për realizimin e këtyre përpjekjeve reformuese duhet të mbështetet në postulatet, si vijon:

1. Në themel të proceseve reformuese duhet të qëndrojnë dokumenti politik i përfaqësuar me Strategjinë e re të shëndetit mendor 2023 - 2033 i punuar nga organizatat profesionale të psikiatërve, psikologëve klinik, infermierëve e punëtorëve social të Kosovës, të mbështetura nga autoritetet relevante profesionale e shkencore, vendore e ndërkombëtare.

2. Në themel të kësaj Strategjie duhet të qëndrojnë përkushtimi profesional për interesin e klientëve me çrregullime e sëmundje të shëndetit mendor dhe vlerësimi i kujdesshëm i resurseve psikologjike, ekonomike e socio-kulturore të familjeve dhe komunitetit të gjërë.

3. Aktivitetet reformuese duhet të jenë rezultat i lidhshipit dhe partneritetit të përkushtuar, kompetent e bashkëpunues, në nivelin vendor e ndërkombëtar.

4. Aktiviteti reformues duhet të identifikohet e mbështetet nga Ministri i Shëndetësisë në bashkëpunim me organizatat relevante profesionale, shkencore e akademike, vendore e ndërkombëtare.

5. Procesi reformues duhet të zhvillohet në bazë të kornizës së qartë politike, legjislative e financiare dhe duhet të institucionalizohet nëpërmjet avancimit të zyrës për shëndet mendor në Ministrinë e Shëndetësisë në divizionin përkatës që do të mbulonte fusha të ndryshme të shëndetit mendor sipas prioriteteve të identifikuar me Strategji.

6. Mbështetja e organizatave dhe shoqatave profesionale në lëmit e shëndetit mendor duhet të jetë prioritet i autoriteteve qeveritare.

7. Vëmendje e veçantë duhet kushtuar bashkëpunimit me organizatat zyrtare fetare e joqeveritare me qëllim të formulimit të aktiviteteve të përbashkëta për rregullimin ligjor të shërbimeve para-mjekësore në lëmin e shëndetit mendor.

Vlerësoj se parakushte për elaborimin dhe zbatimin e suksesshëm të Strategjisë së re të shëndetit mendor duhet të jenë, si në vijim:

1. Përfundimi i profilizimit profesional, shkencor e akademik të disiplinës së psikiatrisë me themelimin e katedrës së psikiatrisë në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit Hasan Prishtina, që do të kontribuonte dukshëm në përmirësimin e cilësisë së mësimit akademik në lëndët mësimore që përkojnë me shëndetin mendor.

2. Përmirësimi i cilësisë së trajnimit specialistik e sub-specialistik si dhe zhvillimit të

vazhdueshëm profesional, përfshirë miratimin e Planit për zhvillimin e resurseve njerëzore, në lëmit relevante të shëndetit mendor (psikiatria e të rriturve, psikiatria e fëmijëve dhe adoleshentëve, psikiatria forenzike, psikiatria e sëmundjeve të vartësisë, psikologjia klinike dhe infermieria).

3. Themelimi i Odës së psikologëve klinik si organizatë përfaqësuese e komunitetit profesional në rritje të shpejtë, brenda afatit më të shkurtër kohor.

4. Fuqizimi i bashkëpunimit shkencor e akademik ndërmjet katedrës së psikiatrisë në Fakultetin e Mjekësisë dhe departamentit të psikologjisë në Universitetin e Prishtinës si dhe departamentet

e tjera të akredituara të psikologjisë klinike në universitetet publike e kolegjet private.

5. Dyfishimi i kapaciteteve infrastrukturore dhe dyfishimi i buxhetit të Shërbimit profesional të shëndetit mendor të Kosovës.

6. Integrimi i klinikës së psikiatrisë në QKUK dhe reparteteve psikiatrike në spitalet rajonale në skemën unike organizative e funksionale të Shërbimit profesional të shëndetit mendor të Kosovës në kuadër të një linje buxhetore e financiare.

7. Vazhdimi i aktiviteteve hulumtuese e shkencore në kuadër të projektit D-43 të Universitetit të Prishtinës dhe Institutit Kombëtar të Shëndetit të SHBA (NIH) për zhvillimin e kapaciteteve hulumtuese e shkencore në lëmin e shëndetit mendor të popullatës migruese të Kosovës, përfshirë R-Doc projektin (Research Domain Criteria project) për klasifikimin e ri ndërkombëtar të sëmundjeve e çrregullimeve psikiatrike në bazë të të dhënave të neuroshkencës dhe jo siç është aktualisht në bazë të semiologjisë deskriptive klinike; projekt ky në zhvillim e sipër me kolegjet Amerikan nëpërmjet të cilit Kosova është pozicionuar në majën e përpjekjeve bashkëkohore të shkencës së psikiatrisë në botë.

8. Zbatimi i Planit të veprimit të Ministrisë së Shëndetësisë për ballafaqimin me pasojat e pandemisë Covid 19 në rrafshin e shëndetit mendor.

9. Vlerësimi i zbatimit të Ligjit për Shëndet Mendor dhe ndërmarrja e masave përkatëse, varësisht nga të gjeturat.

Jam i bindur se profesionistët e shëndetit mendor të shtetit tone, tanimë të konsoliduar në aspektin politik, ligjor e kushtetues, më të shumtë në numër e më të fuqizuar në aspektin profesional e shkencor, do të dinë të gjejnë përgjigjet e duhura për problematikat aktuale psikiatrike e psikologjike

të popullatës të cilës i shërbejnë me përkushtim dinjitoz, ashtu siç e kanë bërë në rrethana shumë më të vështira kolegët e tyre në vitet e para të pas-luftës. Duke pasur parasysh gjendjen e ngarkuar të shëndetësore të popullatës, nevoja për riorganizim dhe shfrytëzim sa më racional të resurseve ekzistuese profesionale e institucionale në lëmin e shëndetit mendor si dhe zhvillimit të kapaciteve të reja është e minente. Kjo domosdoshmëri e kohës mund të realizohet me sukses, ashtu si edhe para dy dekadave, me bashkimin dhe bashkëpunimin e sinqertë të të gjithë profesionistëve të shëndetit mendor rreth kauzës së shenjtë që të jenë në shërbim të vazhdueshëm dhe sa më cilësor të atyre që kanë nevojë për ta.



SHËNDETI MENDOR DHE TRUPOR – RËNDËSIA E KONSULTIMIT ME PSIKIATËR



Jusuf Ulaj
Specialist i Neuropsikiatrisë

Klinika AURA,
Prishtinë

Në punën tonë të përditshme hasim në raste të shumta që bredhin prej mjekut në mjek dhe shpesh trajtohen në mënyrë joprofesionale duke vonuar fillimin e trajtimit të mirëfilltë nga profesionisti i lëmise përkatëse. Këto raste pa dyshim na shtyjnë të mendojmë për mangësitë tona si profesionist shëndetësor si dhe njohurive të mangëta si shoqëri sa i përket shëndetit dhe sëmundjeve në përgjithësi.

Problemet e shëndetit fizik rrisin ndjeshëm rrezikun e zhvillimit të problemeve të shëndetit mendor dhe anasjelltas.

Pothuajse një në tre persona me një sëmundje fizike afatgjate ka rrjedhimisht një problem të shëndetit mendor, më shpesh depresion, fobi, ankth, pagjumësi, nervozë e theksuar, rënie tolerance me vështirësi të funksionimit social, vështirësi fokusimi dhe mbajturit mend, lodhje dhe plogështi e përgjithshme, rënie efikasiteti në mësim dhe punë apo edhe simptoma tjera.

Hulumtimet tregojnë se njerëzit me një problem të shëndetit mendor kanë më shumë gjasa të kenë një çrregullim shëndetësor fizik si, mbipesha, sëmundjet kardiovaskulare, gastrointestinale, hormonale, metabolike etj.

Natyrisht së çrregullimet janë individuale dhe varën nga shumë faktor tjerë predisponues siç janë, gjenetika, motivimi i ulët, mungesa e vullnetit për të ndryshuar sjelljen e pashëndetshme, mungesa e informacionit për shëndetin dhe sëmundjen, gjendja ekonomike, pamundësia për të marrë ndihmë mjekësore etj.

Pse vonohet vizita e psikiatri?

Do i përmendi disa arsye që unë i vërej si profesionist tashmë i vjetër në shërbimin shëndetësor të Kosovës.

- Tek një pjesë e konsiderueshme e popullatës është vetëdija e ulët sa i përket informacioneve rreth shëndetit mendor, parandalimit dhe rëndësisë së diagnostikimit të hershëm të sëmundjes

- Para psikiatrit, shumë nga ta, bredhin të shumica e ofruesve të shërbimeve para mjekësore të pakontrolluara nga asnjë institucion shtetëror apo profesional shëndetësor

- Një pjesë tjetër, që lexojnë e shfrytëzojnë informacione në google e rrjete tjera sociale, nuk duan t'ia pranojnë vetës "dobësinë" së kanë një problem të shëndetit mendor dhe shpenzojnë kot brenda dhe jashtë Kosovës duke bërë hulumtime të panevojshme trupore

- Mjekësia si biznes, ku profesionistët e lëmive tjera mjekësore, duke u thirrur në kinse përjashtimin e sëmundjes trupore, bëjnë ekzaminime të panevojshme (përsëritëse) diagnostikuese, nganjëherë edhe të dëmshme duke zvarritur procesin dhe duke shtyrë diagnostikimin dhe fillimin e trajtimit profesional

- Mungesa e protokolleve dhe udhërrëfyesve të trajtimit mjekësor lenë hapësirë që shkelësit e etikës dhe deontologjisë mjekësore të shkelin parimet në të cilat janë betuar

- Stigma ndaj shëndetit mendor. "Më parë pranoj të jem e sëmur nga kanceri se sa nga sëmundja mendore" – më tha njëra nga klientët e mija

- Qëndrimi oportun i kolegëve të profesionit edhe në raste kur vërejnë qartë keqtrajtimin, abuzimin dhe shkeljen e parimeve të profesionit të mjekut. Arsyetimi - "pse te merrem unë me këtë punë"

- Mungesa e kontrollit të shtetit, niveli profesional i Inspektoratit shëndetësor dhe mos puna e organeve të odave të profesionistëve shëndetësor (këshilli etik dhe prokurori i OMK)

Si ndryshohet kjo situatë?

- Të rritet niveli i edukimit shëndetësor

- Të përpilohen protokollat dhe udhërrëfyesit e trajtimit shëndetësor për tri nivelet (parësor, dytësor dhe tretësor)

- Të rregullohet dhe funksionalizohet mjekësia familjare, secili individ dhe familje të kenë një adresë të kontrollit parë dhe referimit kur është e nevojshme në nivele tjera të trajtimit

- Të rritet numri i psikologëve klinik në institucione publike shëndetësore dhe arsimore

Rëndësi të jashtëzakonshme ka psiko edukimi shëndetësor individual, i prindërve, familjes, punëtorëve të arsimit dhe policisë komunitare. Në kuadër të këtyre trajnimeve duhet fokusuar në njoftimin me simptomat fillestare të një çrregullimi të shëndetit mendor. Të mos nënvlerësohet apo neglizhohet një çrregullim i sjelljes në adoleshencë, të rritet mbikëqyrja e kësaj kategorie dhe të identifikohen sa më herët sjelljet devijante dhe abuzimet me substanca narkotike. Te këtë një bashkëpunim të vazhdueshëm të shkollave me qendrat e mjekësisë familjare në të gjitha qytetet dhe fshatrat e Kosovës, të këtë vizita sistematike dhe ligjërata rreth kujdesit shëndetësor.

Për fat të mirë kemi numër te konsiderueshëm të psikiatërve dhe neuropsikiatërve në vendin tonë, kemi klinikën universitare, repartet e psikiatrisë në spitale regjionale, qendrat e shëndetit mendor në çdo regjion dhe shumë shërbime tjera private psikiatrike. Nevojitet bashkëpunim dhe punë ekipore, të mos marrim kompetencat që nuk na takojnë dhe pacientet tonë krahas sëmundjes parësore të fitojnë edhe një sëmundje tjetër që është vartësia nga benzodiazepinet për shkak të dhënies afatgjate dhe të pakontrolluar nga kolegët tonë jo psikiatër.

Sa më herët fillon trajtimi profesional aq më mirë e lehtë për pacientin dhe për mjekun

PSIKOLOGJIA KLINIKE DHE PSIKOTERAPIA, ROLI DHE RËNDËSIA E TYRE NË MIRËQENIEN E SHËNDETIT MENDOR



Enver S. Çesko

Psikolog,
Klinika private për psikologji
dhe psikoterapi “Psikodiag-
nostika”,
Prishtinë

Psikologjia klinike vs Psikoterapia.

Duke u nisur nga literatura shkollore, psikologjia është shkencë që merret me proceset psikike, prandaj edhe etimologjia e fjalës “psych-ology” do të thotë studim i “psikës”, në dallim nga etimologjia e fjalës “psycho-therapy” që nënkupton shërim i psikës. Prandaj, edhe historiku i zhvillimit të shkencës së psikologjisë, që buron nga shkencat ekzakte (filozofia, pedagogjia, biologjia, fizika, kimia dhe mjekësia), në një anë, dhe të psikoterapisë që buron nga shamanizmi, në anën tjetër, paraqesin dy fusha të ndara njëra nga tjetra. Psikoterapia nuk është specializim në psikologji, apo në psikiatri. Është e kuptueshme, që secila në vete ka edhe specifikat e qasjes si në metodologjinë e punës, ashtu edhe në trajtimin edhe në interpretimin e proceseve dhe dukurive që ballafaqohen gjatë punës me pacient apo klient. Derisa psikiatria nocionin kryesor e ka sëmundjen, patologjinë, psikologjia merret me të ashtuquajturën “normalitetin”, kurse psikoterapia merret me vuajtjet që vijnë nga patologjia dhe normaliteti.

Profesioni i “Psikoterapisë” përdor intervenimet psikologjike për të ndihmuar individët në zgjidhjen e problemeve të ndryshme të karakterit psikologjik (stresi, ankthi, depresioni, neurozat, çrregullimet obsesivo-kompulsive, çrregullimet e të ngrënit, fobit, sulmet e panikut, etj). Profesionit i “Psikologjisë”, është më tepër e orientuar në fushën arsimore-edukuese (akademike), në studimin e mendjes së njeriut në situata të ndryshme. Të dy profesionet ofrojnë shërbime individuale dhe grupore, por që shumë psikolog pretendojnë më shumë qasjen individuale.

Shpesh herë fusha e veprimit të profesionit të Psikologjisë, Psikiatrisë dhe Psikoterapisë mbulon njëra tjetrën, por ato nuk janë sinonime. Vetëm disa Psikolog përdorin psikoterapi në punën e tyre, siç e bëjnë edhe ca Psikiatër qasje të caktuara psikoterapeutike, por shumë Psikoterapeut janë në të njëjtën kohë edhe psikolog apo psikiatër.

Në shumë kultura, ku dominimi i shkencës psikiatrike është sundues dhe ka karakter rigjid dhe herë herë edhe “narcizoid”, mundësia e bashkëpunimit dhe zhvillimit të profesionit të Psikologjisë klinike, e aq më pak të Psikoterapisë, është për së tepërmi e injoruar. Edhe pse ky fakt shpesh herë ndërlihet me psikoanalizën frejdi-ane, ku edhe shumë Psikiatër tentojnë të krijojnë identitetin e tyre me faktin se vet Frojdi ka qenë mjekë psikiatër.

Prandaj, “lufta” permanente e Psikiatërve me Psikolog klinik, e sidomos me Psikoterapeutët, është në frikën nga ngushtimi i fushës së veprimtarisë si dhe tentimit të qenurit autonom. Edhe pse në jetën shoqërore pasqyrojnë një tablo relaksues dhe bashkëvepruese, në praktikën e tyre, Psikia-

trit veprojnë me tendencë rigjide dhe autonome.

Siç po duket, me zhvillimin e shëndetit mendor dhe ofrimit të shërbimeve parësore në një anë, dhe nevoja imediate për një qasje multidisiplinare në zhvillimin e shëndetit mendor në anën tjetër, kohëve të fundit ngritët vetëdijesimi i Psikiatërve për një bashkëpunim të përbashkët në mes Psikologëve dhe Psikoterapeutëve.

Edukimi në profesionin e Psikoterapisë zakonisht bëhet me trajnime minimale katërvjeçare në përbushjen e kriterëve të përcaktuara nga Institutet e Akredituara Europiane për Trajnime të Standardizuara (EAPTI). Këto institute kërkojnë që trajnuesi në edukim për psikoterapi të përbush këto kriterë; teoria me metodologji për psikoterapi, puna personale në zhvillim të personalitetit të psikoterapeutit, puna praktike klinike dhe mbikëqyrje (supervizim) për punën klinike në praktik. Përfundimi i suksesshëm me përbushjen e kriterëve të lartë cekura, jep të drejtën që psikoterapeuti i përfunduar në edukim, të mundësohet aplikimi për akreditim në profesionin e psikoterapisë.

Psikoterapia një profesion i pavarur

Sot, Psikoterapia është një profesion në vete që është plotësisht i ndarë nga psikiatria dhe psikologjia, ku metodologjia klinike bazohet në një gamë të gjerë të gjetjeve të reja në shkencën humanistike, mjekësore, sociale dhe të neuroteknologjike. Psikoterapia, në profilin e vet përfshinë njohurit teorike, metodologjinë aplikative të bazuara në gjetjet e avancuar shkencore si dhe në parimet e hulumtimit shkencor.

Sot, në literaturën e psikoterapisë mund të gjenet mbi 50 definime të autorëve të ndryshëm që e përkufizojnë definimin e psikoterapisë (Norcross & Golfried, 2005, Hersen, Michel & Sledge, William, 2002, Levy, R.A. & Ablon, J.S. 2009).

Disa autorë tjerë (L’ Abate, Luciano, 2013, Barlow, (2011), Hersen, Kazdin & Bellack, (1991) mendojnë se psikologjia klinike dhe psikoterapia shkencore duhet të bazohen në praktikën e gjetjeve më të reja shkencore në mënyrë që të largohen nga pjesa artistike, apo siç e quajnë ata “sharlatane”. Më vonë autorët tjerë (Norcross, Gallager & Prochaska, 1986), theksojnë rëndësinë e evaluimit dhe të interpretimit të bazuar në metodologjinë shkencore të evidencës praktike.

Asociacioni European për Psikoterapi (EAP) gjatë përpilimit të Aktit për Psikoterapi me kërkesë të Parlamentit European, duke u bazuar në Deklaratën e Strazburit të vitit 1990, jep këtë definim të profesionit të psikoterapisë/ www.europsyche.org

“Psikoterapia është një disiplinë shkencore e pavarur, praktika e së cilës përfaqëson një profesion të lirë dhe të pavarur, ku trajnimi në psikoterapi zhvillohet në një nivel të përparuar, të kualifikuar dhe shkencor, duke

e përfshirë sigurimin dhe garantimin e shumë llojshmërisë së metodave psikoterapeutike, me një edukim të plotë psikoterapeutik ku përfshin teori, përvojën personale dhe praktikë nën supervizion. Përmes këtij cikli të plotë trajnimi përfitohej njohuri të mjaftueshme mbi procese të ndryshme psikoterapeutike, ku qasja në edukim bëhet nëpërmjet marrjes së një sërë kualifikimesh paraprake, veçanërisht në shkencat humane dhe sociale. Shërbimet psikoterapeutike ofrohen klientëve/pacientëve që të përballojnë, zgjidhin, dhe të trajtojnë çrregullimet, vështirësitë dhe problemet ose konfliktet interpersonale dhe intrapersonale me qëllim të ruajtjes së mirëqenies dhe shëndetit mendor.”

Karakterit empirik i lëndës së Psikoterapisë ka dy parime kryesore; parimi i të qenit shkencë, sepse aplikimi i teknikave duhet që në mënyrë empirike të dëshmohej dhe të vërtetohet duke u bazuar në metodologjinë shkencore, dhe parimi i të qenit art, duke zbatuar kreativitetin dhe gjindshmërinë dhe shkathtësitë profesionale të psikoterapeutit. Prandaj, psikoterapeuti efektiv i nevojitet që të ketë njohuri në shkencën e psikoterapisë dhe në të njëjtën kohë të ketë aftësi të aplikimit teknikat në mënyrë artistike me klient/pacient në trajtimin e problemeve, simptomave apo çrregullimeve të ndryshme. (Hofmann & Weinberger, 2007)

Trajnimi i një “Psikologu” evropian (Pieiro & Lunt, 2002; Lunt, 2000) dhe kompetencat profesionale të një “Psikologu” evropian (Roe, 2002; EFPA, Shtojca III; Bartram & Roe, 2005) janë dukshëm të ndryshme nga trajnimi dhe kompetencat profesionale të një “Psikoterapisti” evropian (Young et al., 2012; EAP, 2013).

Ky dallim tashmë është njohur, krahasuar edhe me dallimet e identifikuara në gjetjet e shumë autorëve tjerë (Aherne, Smith & Whelan, 2018; Aherne & McElvaney, 2016).

Ekziston edhe dallime në procesin edukativ arsimor në mes Psikologëve dhe Psikoterapeutëve, që paraqet karakterin e veçantë në edukim. Edukimi në Psikologji është tërësisht akademik dhe bazuar vetëm në universitet/kolegj, kurse edukimi në Psikoterapi është profesional por që mund të organizohet edhe në frymën akademike por që e ka edhe karakterin e përvojës personale. Psikologët pretendojnë se personat që kanë nevojë për trajtim, kanë probleme serioze emocionale apo mentale, prandaj duhet të trajtojnë, por nuk mendojnë se edhe vet kanë nevojë për terapi apo trajtime të eksperiencës personale. Kurse, Psikoterapeutët, edukimin e vet e zhvillojnë edhe në trajtimin e eksperiencës personale duke u trajtuar edhe vet me psikoterapi.

Duke hulumtuar llojet dhe modalitetet e psikoterapisë në literaturë disa autorë (Herink & Herink, 2012) theksojnë për një gamë prej 255 deri 350 lloje të ndryshme të formave që psikoterapeutët aplikojnë në praktikat e tyre. Në Asociacionin Evropian për Psikoterapi (EAP) deri më tani modalitetet dhe qasjet e pranuar dhe të akredituara janë 20 lloje me qasje të shkollave psikoterapeutike.

Asociacioni Evropian për Psikoterapi (EAP) përfaqëson rreth 120,000+ psikoterapistë që i përkasin shoqatave kombëtare dhe evropiane të psikoterapisë; Federata Evropiane e Asociacionit të Psikologëve (EFPA) përfaqëson rreth 220,000 psikologë që i përkasin shoqatave kombëtare dhe evropiane të psikologjisë. Ka relativisht pak profesionistë që janë anëtarë të të dyja shoqatave profesionale në mbarë Evropën.

Asociacioni Evropian për Psikoterapi (EAP) i ka bërë një parashtrim Komisionit Evropian për të pranuar një Kuadër të Përbashkët Trajnimi për Psikoterapinë; 9 shtete e kanë mbështetur këtë aplikacion. Federata Evropiane e Shoqatave të Psikologëve (EFPA) i ka bërë një paraqitje të veçantë Komisionit Evropian në drejtim të mbështetjes së psikoterapisë evropiane.

Psikoterapia në Kosovë

Duke u nisur nga ndryshimet dhe zhvillimet në sistemin shëndetësor dhe arsimor të periudhës së pasluftës në Kosovë, dhe aprovimit të ligjit për Shëndetësi, nevoja për edukim dhe aftësim profesional paraqitet si kusht i nevojshëm në orientimin dhe riaftësimin e profesionistëve në arsimin shëndetësor. Nevoja për ndihmë dhe kujdes në lëmin e shëndetit mendor është e madhe, prandaj në këtë drejtim edhe strategjia afatgjate e zhvillimit të shëndetit mendor në Kosovë është orientuar në strategjinë e edukimit dhe arsimimit të profesionistëve në lëmin e shëndetit mendor.

Shumë organizata ndërkombëtare me ndihmën e kuadrit profesionist të Kosovës kanë kontribuar në zhvillimin e strategjisë kadrovike në Shëndetin mendor. Janë mbajtur shumë seminare, punëtori si dhe trajnime profesionale në fushat e ndryshme të shëndetit mendor.

Në fushën e arsimit, nëpër shumë shkolla të Kosovës janë mbajtur seminare dhe edukime nga fusha e traumave të luftës si dhe seminare për çështjet psikosociale të punëtorëve në Qendrat për punë sociale.

Një numër i konsiderueshëm i mjekëve, psikiatërve, neuropsikiatërve, psikologëve,

pedagogëve dhe punëtorëve social janë trajnuar në dhënien e ndihmës psikosociale kryesisht për problemet e pasojave të stresit posttraumatik. Sigurimi dhe nevoja për kujdesin dhe ndihmën profesionale në këtë drejtim ka inicuar nevojën edhe për formimin e një shoqate që do të kujdesej për ngritjen dhe aftësimin e profesionistëve në lëmin e psikoterapisë.

Në këtë drejtim me iniciativën e neuropsikiatërve, psikiatërve dhe psikologëve kosovarë që aktualisht punojnë dhe veprojnë nëpër organizata, institucione dhe shërbime të ndryshme shëndetësore-humanitare është themeluar Shoqata e Psikoterapeutëve të Kosovës me akronim KAP (nga gjuha angleze – Kosova Association for Psychotherapy). Akti i themelimit është bërë me 03.02.2001 në Prishtinë. Në atë kohë, Shoqata ishte regjistruar në UNMIK me datën 01.08.2001 me numër biznesi 5100945-2.

Themelimi Shoqatës së Psikoterapeutëve të Kosovës është bazuar në Deklaratën e Strasburit për psikoterapi të vitit 1990 si dhe në aktet e Asociacionit Evropian për Psikoterapi (EAP) si organizatë profesionale me qëllim të aktualizimit dhe zhvillimit të profesionit të psikoterapisë si profesion i pavarur.

Shoqata e Psikoterapeutëve të Kosovës (KAP), bëhet organizatë kombëtare që është pjese e ombrellës në Asociacionin Evropian për Psikoterapi (EAP) me seli në Vjenë të Austrisë.

Shoqata e Psikoterapeutëve të Kosovës (KAP) që nga viti 2007 është anëtar i rregullt në Asociacionin Evropian për Psikoterapi (EAP) që e mban statusin Umbrel Organizativ Kombëtar (National Umbrella Organization-NUO) dhe Organizatë Kombëtare Akredituese (National Awarding Organization-NAO). Me këto dy statute, Shoqata (KAP) gëzon të drejtën që të procesoj studentët që përfundojnë trajnimet sipas standardeve të përcaktuara nga EAP, për t'u akredituar me Certifikatën Evropiane për Psikoterapi (ECP).

Nga viti 2013 në Shoqatën e Psikoterapeutëve të Kosovës (KAP) janë gjithsejtë 55 psikoterapeut të akredituar nga qasjet e ndryshme dhe 5 prej tyre kanë Certifikatën Evropiane për Psikoterapi (ECP).

Psikologjia dhe Psikoterapia dhe mirëqenia e njeriut

Roli i Psikologut klinik në fushën e shëndetit mendor ofron një qasje drejtë mundësimi të kuptimit të ankesave dhe problemeve psikologjike të klientëve nevojtar, pa ndë-

rhyrë në patologjinë e çrregullimit. Vlerësimet dhe matjet e shumta në diferencimet dhe përcaktimet e ankesave, problemeve, funksionimit dhe zhvillimit të shumë proceseve emocionale dhe psikosociale, mundësojnë të kuptuarit e mirëqenies së shëndetit mendor të klientit nevojtar.

Roli i Psikoterapeutit në fushën e shëndetit mendor ofron mundësinë e trajtimit më të thelluar në analizën drejt të kuptuarit të ankesave, problemeve psikologjike, mentale dhe emocionale. Trajtimi psikoterapeutik me metoda të veçanta psikodinamike, humanistike dhe psikoanalitike, ofron një qasje salutogjenetike si në kuptimin, analizën dhe vetëdijësimin e problemit, ashtu edhe në trajtimin drejtë përmirësimit të gjendjes së shëndetit mendor për një jetë më kualitative.

Derisa roli i Psikologut përfshin edhe pjesën e vlerësimit dhe dhënies së diagnozës deskriptive, shumica e Psikoterapeutëve më tepër orientohen në ofrimin e trajtimit më të thelluar në analizën dhe kuptimin e burimeve të paraqitjes së problemit.

Trajtimi psikologjik, zakonisht, nënkupton dhënie këshilla, pa ndërhyrje të thelluar analitike në burimin e problemit. Kjo për arsye se Psikologët nuk zotojnë përvoja dhe edukim në metoda dhe teknika të veçanta, në një anë, dhe se psikologët e edukuar nuk posedojnë përvoja terapeutike të eksperiencës personale, në anën tjetër.

Trajtimi Psikoterapeutik, kërkon punë me një angazhim më kompleks, që ka karakterin analitik në gjetjen, kuptimin dhe vetëdijësimin e burimit të problemit duke e stimuluar procesin psikodinamik, që në esencë e ka krijimin e ndërsjellë të raportit klient-terapist. Në këtë proces të përbashkët psikodinamik, gjithsesi se psikoterapeuti përdor një game të gjerë të teknikave nga qasjet e ndryshme psikoterapeutike, varësisht nga natyra e problemit dhe të vet personalitetit të klientit.

Mbështetja psikologjike, forma të ndryshme e këshillimeve emocionale dhe psikosociale, të ofruara nga ana e psikologut klinik, në përmirësimin e mirëqenies mentale të klientëve nevojtar, në qendrat e shëndetit mendor, paraqet një punë humane, ku psikologu klinik ofron tërë potencialin profesional për t'ju ofruar shërbimin në ndihmë të kërkesave të klientit.

Trajtimi psikoterapeutik që ofron psikoterapeuti, e që bazohet në ndërtimin e marrëdhënieve reciproke të besuara, në kuptimin e burimeve të problemeve dhe ankesave, si dhe në zhvillimin e procesit psikodinamik në mbarëvajtjen e ecurisë psikoterapeutike, trajtimi psikoterapeu-

tik merë një karakter salutogjentik në vetëdijësim dhe ngritjen e vetëbesimit për një jetë më kualitative të mirëqenies dhe shëndetit mendor dhe psikoemocional.

Suksesi më i madh arrihet kur psikologu klinik, përveç që kryen obligimet dhe shërbimet profesionale të përfshira në kartën e përcaktuar për psikolog klinik, bashkëpunon me psikoterapeutin, duke treguar gatishmëri për një bashkëveprim profesional drejtë ofrimit të shërbimeve të nevojshme në përmirësimin e gjendjes së shëndetit mendor të klientit nevojtar.

Efikasiteti dhe qëndrueshmëria e trajtimit të suksesshëm në procesin psikoterapeutik, në të njëjtën kohë arrihet nëse kanë bashkëpunim dhe bashkëveprim profesional të përbashkët, pa ndërhyrje në punët profesionale të njëri tjetrit. Shpesh here, gjatë procesit psikoterapeutik, problematika e trajtimit ka edhe karakter preventiv, në formë psikoedukimi për problemin apo ankesat të shumta, që mund të jenë edhe të karakterit psikosomatik.

Sot, në profesionin e psikoterapisë ekziston mundësia edhe diagnozës deskriptive e bazuar në operacionalizimin e çrregullimeve mendore që kanë karakter psikodinamik. Në këtë drejtim, theks të veçantë i kushtohet faktorit të krijimit të raporteve të ndërsjella midis klientit dhe psikoterapeutit, ngjarjeve të përjetuara dhe paraqitjes së problemit apo ankesës, dhe në vet strukturën e personalitetit të klientit, duke përfshirë aftësitë aktuale në zgjidhjen e shumë konflikteve aktuale (OPD, 2013).

Përfundimi

Nga kjo që është cekur më lartë, nevoja për zhvillimin dhe ngritjen permanente të psikologjisë klinike në një anë, dhe zhvillimit të qasjes psikoterapeutike, në anën tjetër, paraqitet një nevojë e domosdoshme në arritjen e rezultateve më efikase dhe më të suksesshme për mirëqenien e shëndetit mendor të klientëve nevojtar. Në këtë kontekst, mirëqenia e shëndetit mendor e një shoqërie të shëndosh, varet nga ekzistimi dhe bashkëpunimi profesional e trekëndëshit të quajtur "3P", që nënkupton, "Psikiatër – Psikolog klinik – Psikoterapeut". Ky "3P" duhet të funksionoj pa tendencë rigjide, narcizoide apo autokratike, por në vijën e bashkëpunimit dhe bashkëveprim-it për të arritur një qëllim të përbashkët. E ky qëllim është trajtimi, mirëmbajtja, vetëdijësimi, zhvillimi dhe prevenimi nga çrregullimet e më vonshme, që mund të kenë pasoja afatgjate. Sepse, trajtimi i çdo çrregullim në mirëqenien e shëndetit mendor, kushton më shtrenjtë se sa parandalimi i çrregullimit.

Referencat:

- Ahern, D., Smith, L., Whelan, N., Hickey, L., Kirwan, C. & Coffey, A-M. (2018). Comparing competencies of a psychotherapist with those of a psychologist specialising in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*,
- Aherne, D & McElvaney, R. (2016). A call for dialogue: psychotherapists and psychologists specialising in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 18(1), 58-74.
- American Psychological Association (2012). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. Accessed: www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy
- Barlow, S.H. Kaslow, N. (2004). Competencies in Professional Psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774-781.
- Çesko, E., (2002), *Zhvillimi dhe gjendja e Shëndetit Mendor në Kosovë* (në gjuhëna angleze), botuar në editim të Prof.Dr. Alfred Pritz, *Globalized Psychotherapy*, Facultas Universitätsverlag, AG, Wien. 196-199.
- Levy, R.A. & Ablon, J.S. (2009), "Handbook of Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy", Oxford University Press.
- L' Abate, Luciano (2013): "Clinical Psychology and Psychotherapy as a Science : An Iconoclastic Perspectives", Springer, New York,
- Hersen, Michel & Sledge, William (2002) Chief editors of "Encyclopedia of Psychotherapy", Elsevier Science.
- Norcross & Golfried, (2005). "Handbook of Psychotherapy Integration", Oxford University Press.
- Von Treuer, K.M. & Reynolds, N. (2017). A Competency Model of Psychology Practice: Articulating Complex Skills and Practices. *Frontiers in Education*, 2, 54.

ANKTHI, SI ÇRREGULLIM AKTUAL!



Burim Meta

Specialist i Psikiatrisë dhe
Psikolog

KEG Clinic dhe VENE Lab,
Ferizaj;

Ankthi është një gjendje psikologjike dhe fiziologjike e ngritur si reagim ndaj situatave reale ose jo, frikësuese, të panjohura e kërcënuese. Të gjithë njerëzit provojnë në jetë ankth, para apo pas situatave të caktuara, si një mënyrë pozitive për tu mbrojtur, për sa kohë funksioni i tij nuk bëhet pengesë për funksionimin dhe mirëqenien psikofizike të individit. Ankthi karakterizohet nga tipare psikologjike sjellore dhe fiziologjike. Ndodh kryesisht kur lindin probleme, dilema, situata të vështira e të rrezikshme, si dhe vepron si mekanizëm paralajmërues për të përgatitur personin që të përballet në mënyrën më të mirë me këto situata që përjetohej si kërcënuese dhe të rastit. Kështu, parandalon dëmtimin ose lëndimin duke mobilizuar personin. Ai gjithashtu mund të veprojë si një forcë lëvizëse për të përgatitur, organizuar dhe aktivizuar individin për të arritur një qëllim.

Ankthi është një nga format më të zakonshme të sëmundjeve mendore. Ankthi ndikon në shëndetin tuaj. Nëse vuani nga një çrregullim ankthi, hulumtimet sugjerojnë se mund të keni një rrezik më të lartë për të përjetuar probleme shëndetësore somatike gjithashtu. Pra, kur menaxhoni ankthin tuaj, po kujdeseni edhe për shëndetin tuaj fizik. Në përgjithësi, përvoja e ankthit përfshin një ndjenjë shqetësimi, një përmbajtje mendore dhe mund të shihet si një mesazh për trupin se diçka nuk është në rregull. Kjo shpesh nuk është e qartë dhe duket se ekziston pa asnjë arsye. Mund të jetë edhe i përgjithësuar si një shqetësim dhe mërzë e vazhduar e tepruar dhe jo realiste mbi pothuajse të gjitha rrethanat jetësore, që shoqërohet me një ndjenjë mungese kontrolli dhe një vigjilencë të lartë ndaj çdo stimuli të lidhur me situatat kërcënuese.

Gjatë njëzet viteve të fundit neurobiologjia e ankthit ka bërë përparime të mëdha. Përmes teknikave funksionale të imazhit të SNQ, e dimë se strukturat e sistemit parietal si hipotalamusi dhe amigdalat, korteksi parafrontal dhe trugu i rruror përfshihen në perceptimin e stresit dhe stimujve ankth.

Etiologjia

Emëruesi i përbashkët i teorive paraqet dimension multifaktorial të një modeli biopsikosocial, si faktorë biologjik, përbërës psikologjik dhe social. Mënyra e të jetuarit dhe e perceptimit të çdo personi si dhe bota e tij njohëse dhe emocionale ndikon në mënyrën e manifestimit dhe tolerimit të ankthit, gjithashtu të rëndësishme së veçantë janë edhe: predispozita gjenetike, personaliteti, karakteristikat psikologjike, funksionet njohëse, mënyra e jetesës, ngjarjet stresuese, trauma, sëmundjet fizike. Ekzistojnë edhe faktor tjerë të rrezikut, si: drojë ose ndjesi e shqetësuar ose nervoze në situata të reja në fëmijëri, ekspozimi ndaj ngjarjeve stresuese dhe negative të jetës ose mjedisit, një histori ankthi ose çrregullimesh të

tjera mendore në të afërmit biologjik.

Është vlerësuar se gjenet kontribuojnë 30% - 50% në zhvillimin e një çrregullim ankthi, pra disa njerëz mund të kenë një ndjeshmëri më të lartë gjenetike ndaj stresit.

Epidemiologjia

Mbi 40 milionë amerikanë të rritur kanë një çrregullim ankthi, duke e bërë këtë lloj të gjendjes së shëndetit mendor më të zakonshmin tek ata më të vjetër se 18 vjeç. Çrregullimet e ankthit zakonisht fillojnë gjatë fëmijërisë së vonë ose adoleshencës së hershme, por ato mund të fillojnë në çdo moshë. Rreth 284 milionë njerëz në mbarë botën kanë një çrregullim ankthi. Rreth 31.1% e të rriturve amerikanë përjetojnë ndonjë çrregullim ankthi në një moment në jetën e tyre. Rreth 19.1% e të rriturve në SHBA kishin ndonjë çrregullim ankthi vitin e kaluar. Femrat janë 2-3 herë më shumë gjasa të vuajnë nga çrregullimi i ankthit të përgjithësuar më shume se meshkujt. Një në 50 njerëz zhvillojnë këtë sëmundje në një moment të jetës.

Simptomat e Ankthit

Pra, ankthi manifestohet nga shqetësime të ndryshme fizike që vijnë nga mbiaktiviteti i SNA dhe vijnë nga çdo sistem i trupit si SF me gulçim, SKV me takikardi, SN me marramendje, dhembje koke me TGI. Gjithashtu, ekzistojnë edhe çrregullime të gjumit, nervozizëm dhe vështirësi në përqendrim. Në nivel emocional ankthi përjetohej si një tension ose ankth i brendshëm i cili shprehet me mendime negative ose shkatërruese, se diçka e keqe do të ndodhë.

Diagnoza e Ankthit

end Kriteret Diagnostikuese sipas DSM-IV, përkufizojnë si ankth të përhershëm dhe shqetësim për ngjarje dhe aktivitete të jetës së përditshme (puna, shkolla, familja etj.) të cilat zgjasin më shumë se 6 muaj. Individit që vuan nga ky çrregullim e ka të vështirë ta kontrollojë shqetësimin e përjetuar që shoqërohen nga disa shenja dhe simptoma:

- 1.Paafhtësi për tu qetësuar;
- 2.Ndjenjë lodhjeje ose lodhje e shpejtë;
- 3.Vështirësi në përqendrim ose bllokim i mendjes;
- 4.Irritueshmëri;
- 5.Tension muskolor;
- 6.Shqetësime gjumi;
- 7.Çrregullimet e humorit;
- 8.Takikardi;
- 9.Diarre;
- 10.Pagjumësi;

- 11.HTA;
- 12.Diaforezis;
- 13.Dridhje të zërit;
- 14.Urinim i shpeshtë;
- 15.Nauze;
- 16.Tharje të gojës;
- 17.Harresa të herëpashershme, etj.

Diagnoza e ankthit bëhet nga një specialist, psikiatër ose psikolog klinik duke marrë parasysh kohëzgjatjen e simptomave, intensitetin e tyre dhe efektet e tyre në funksionimin e individit.

Çrregullimet e ankthit

Çrregullimet kryesore të ankthit sipas sistemit të klasifikimit ICD-10, janë:

- fobitë që përfshijnë fobi specifike, agorafobi dhe fobi sociale
- çrregullimet e panikut
- çrregullim ankthi i përgjithësuar
- çrregullim i ankthit social
- çrregullim obsesiv-kompulsiv
- çrregullimet që lidhen me stresin dhe traumën

Ankthi është i ngjashëm me frikën, por ndryshon në atë se në frikë kërcënimi është zakonisht i qartë dhe i menjëhershëm, ndërsa te ankthi është pritishtëria e një kërcënimi të ardhshëm. Frika dhe ankthi, në rrethana specifike, nuk janë asgjë për tu shqetësuar. Frika shkakton përgjigjen tonë natyrale të "fluturimit, luftës ose ngrirjes". Frika dhe ankthi janë përgjigje adaptive që janë të nevojshme për mbijetesë. Ankthi i rastësishëm është një pjesë normale e jetës.

Trajtimi - Mjekimi

Trajtimi me medikamente dhe trajtimi psikoterapeutik (psikosocial)

Të përjetosh ankth do të thotë të kesh frikë për gjithçka. Shumica e njerëzve kanë të njëjtat shqetësime, gjithsecili prej tyre kujdeset në mënyra të ndryshme dhe në nivele të ndryshme. Shumë e rëndësishme të edukojmë pacientin në ruajtjen e funksionimit social për të parandaluar degradimin dhe rënien, të ndihmojmë në rritjen e aftësive për të përballuar dhe zgjidhur problemin e çrregullimit të tyre.

Terapia e ankthit fokusohet në mjekim me medikamentoz dhe psikoterapi, që shpesh kombinohen. Zakonisht jepen benzodiazepina, anksiolitik, antidepressiv dhe Beta-blokator. Kohëzgjatja e mjekimit varet

nga ashpërsia dhe kohëzgjatja e simptomave.

Medikamentet kundër ankthit mund të ndihmojnë në reduktimin e simptomave të ankthit, sulmeve të panikut ose frikës dhe shqetësimit ekstrem.

Benzodiazepinat përdoren ndonjëherë si trajtime të linjës së parë për çrregullimin e ankthit të përgjithësuar, ato kanë përfitime dhe disavantazhe. Benzodiazepinat si Clonazepam (Klonopin) dhe Lorazepam (Ativan) janë më të dobishme në ndalimin e simptomave të rënda te ankthi. Gjithashtu Alprazolam (Xanax) përdoret shpesh, kohëzgjatjen e tij të shkurtër të veprimit, ndonjëherë mund të rezultojë që pacienti ta përdorë pa kriter.

Benzodiazepinat përdoren ndonjëherë si trajtime të linjës së parë për çrregullimin e ankthit të përgjithësuar, ato kanë përfitime dhe disavantazhe. Benzodiazepinat si Clonazepam (Klonopin) dhe Lorazepam (Ativan) janë më të dobishme në ndalimin e simptomave të rënda te ankthi. Gjithashtu Alprazolam (Xanax) përdoret shpesh, kohëzgjatjen e tij të shkurtër të veprimit, ndonjëherë mund të rezultojë që pacienti ta përdorë pa kriter.

Buspironë (anksiolitik-jobenzodiazepinë), është qetësues që vepron në Serotoninë, që mund të shkaktojë simptoma ankthi. Që ajo të jetë efektive duhet të përdoret të paktën 2-8 javë, të fillohet me një dozë të ulët dhe një plan të mirë trajtimi, të ndiqen me rigorozitet këshillat dhe rikonsultimi tek mjeku psikiatër për çdo efekt të pritshëm si shkak i mjekimit. Efekti i saj terapeutik shfaqet pas 1 jave përdorimi, fillimisht me doza të vogla pastaj në doza normale dhe pas dukjes së përmirësimit duke e reduktuar dozën gjersa të arrijmë në dozën mbajtëse për trajtim afatgjatë. Benzodiazepinat janë efektive në lehtësimin e ankthit dhe kanë efekt më të shpejt se sa antidepressivët. Nëse njerëzit ndalojnë papritur marrjen e benzodiazepinave, ankthi i tyre mund të kthehet. Prandaj, benzodiazepinat duhet të zvogëlohen ngadalë.

Anksiolitikët, nëse përdoren për një kohë të gjatë si dozë maksimale mbajtëse, humbet efektin e tij. Krijimi i varësisë fizike ose psikike, rreziku i krijimit të varësisë rritet me zmadhimin e dozës dhe kohëzgjatjes së trajtimit ose keqpërdorimit të tyre.

Antidepressivët, përdoren zakonisht për të trajtuar depresionin, por edhe për të zvogëluar simptomat e ankthit. Janë efektive në lehtësimin e simptomave të ankthit në të paktën tek gjysma e njerëzve që vuan nga çrregullimi i ankthit të përgjithësuar. Antidepressivët veprojnë duke ndërhyrë

me neurotransmetuesit si Serotonina që mund të shkaktojë ankth. Të paktën pas 2-3 jave japin efektet e dëshiruara.

Fëmijët, adoleshentët dhe të rriturit më të rinjë se 25 vjeç, mund të përjetojnë rritje të mendimeve ose sjelljeve vetëvrasëse kur marrin medikamente kundër depresionit, veçanërisht në javët e para pas fillimit ose kur ndryshon doza. Për shkak të kësaj, njerëzit e të gjitha moshave që marrin antidepressantë duhet të vëzhgohen nga afër, veçanërisht gjatë javëve të para të trajtimit.

Beta-blokatorët, përdoren më shpesh për të trajtuar presionin e lartë të gjakut, ata mund të ndihmojnë në lehtësimin e simptomave fizike të ankthit, të tilla si rrahje të shpejta të zemrës, dridhje dhe skuqje. Këto medikamente mund t'i ndihmojnë njerëzit të mbajnë nën kontroll simptomat fizike kur merren për periudha të shkurtra. Ato gjithashtu mund të përdoren "sipas nevojës" për të reduktuar ankthin akut, duke përfshirë edhe për të parandaluar disa forma të parashikueshme të anktheve të performancës.

Fatkeqësisht, më shumë se 60% e njerëzve që luftojnë me çrregullime ankthi nuk marrin trajtim.

Terapia Kognitive e Sjelljes (CBT), e propozuara për trajtimin e ankthit është, psikoterapi që ndihmon njerëzit me çrregullime ankthi. I mëson njerëzit mënyra të ndryshme të menduarit, sjelljes dhe reagimit ndaj situatave që të ndihen më pak të shqetësuar dhe të frikësuar. CBT është studiuar mirë dhe është standardi i artë për psikoterapi. CBT pajisë me strategji të zgjidhjes së problemeve për të reaguar në mënyrë më efektive në ngjarje dhe situata stresuese.

Terapia e ekspozimit, është metodë CBT që përdoret për të trajtuar çrregullimet e ankthit. Terapia e ekspozimit fokusohet në përballjen me frikën që qëndron në themel të ankthit për të ndihmuar njerëzit të përfshihen në aktivitete që kanë shmangur.

Terapia e Pranimit dhe Angazhimit (ACT), merr pjesë me qasje të ndryshme nga CBT ndaj mendimeve negative. Ai përdor strategji të tilla si vetëdija dhe vendosja e qëllimeve për të reduktuar shqetësimin dhe ankthin. Krahasuar me CBT, ACT është një formë më e re e trajtimit të psikoterapisë.

Terapia e Sjelljes, personat e prekur nga ankthi mësojnë të menaxhojnë më mirë frikërat e tyre, të bëhen aktivë përballë frikës së tyre dhe të mos i evitojnë situatat që u shkaktojnë ankth.

Grupet Mbështetëse, disa njerëz me çr-

regullime ankthi mund të përfitojnë duke u bashkuar me një grup vetë-ndihme ose mbështetës dhe duke ndarë problemet dhe arritjet e tyre me të tjerët.

Teknikat e menaxhimit të stresit, të tilla si stërvitja, ndërgjegjja dhe meditimi, gjithashtu mund të zvogëlojnë simptomat e ankthit dhe të rrisin efektet e psikoterapisë

Disa strategji përbaluese nga ekspertët e ADAA:

1. Frymëmarrja e thellë, është një metodë tejet

2. Relaksimi progresiv, është teknikë e relaksimit të shpejtë e cila arrihet duke u shtrirë në shpinë dhe mbyllë sytë dhe si rrjedhojë ndjehet pesha e trupit tuaj, gradualisht tensioni bie dhe trupi e mendja pas zgjimit do të jenë të relaksuara.

3. Vizualizimi imagjativ, është teknikë e cila redukton stresin dhe ankthin kur e lëni imagjinatën tuaj të rrjedhë plotësisht qetë dhe pa ngarkesa.

4. Numërimi, përdor numërimin për t'u relaksuar dhe për të fjetur. Kjo teknikë është treguar efektive. Numëroni qetë, symbyllur nga 1-100 dhe lëreni që mendja juaj të çlirohet nga ngarkesat.

5. Muzika e këndshme, është metodë tejet efektive relaksuese, këngë apo melodi relaksuese, dëgjoni duke përdorur njëherësh përfytyrimin për gjerat të cilat flet kënga.

6. Ecja - shëtitja, tejet efektive për t'u relaksuar, minimum 30 minuta në ditë.

7. Meditimi, përfshinë çdo veprimtari që ndihmon për të mbajtur vëmendjen tuaj në qetësi në momentet e tanishme.

8. Masazhi, formë e relaksimit shumë efektive, e cila përfshinë shtendosjen muskulore përmes ushtrimeve dhe lëvizjeve të qafës, këmbëve, duarve etj

9. Gjumi, përcaktimi i një orari gjumi për çdo natë dhe zgjimi gjithashtu në orar, një libër për të shfletuar disa faqe, larg televizorit, larg internetit.

10. Familja, luan rol të rëndësishëm në mbështetjen e pacientit për trajtim të suksesshëm. Gjithashtu aktivizim në punët e shtëpisë, në kujdesin për veten, higjienën etj.

11. Personat me ankth duhet të kenë ditar të veçantë, ku të shënojnë krizat e përditshme të ankthit, më konkretisht:

•Situatën: çfarë ndodhi?

•Mendimi: çfarë mendoi në atë moment?

•Ndjenja: çfarë emocionesh provoi?

•Reaksioni trupor: çfarë simptomash u shfaqën?

•Sjellja: si reagoi pacienti përballë frikës së tij?

•Veprimi pozitiv: çfarë kam arritur?

•Veprimi negativ: çfarë pasojash negative u shfaqën?

12. Për shkak të përshpejtimit të ritmit të frymëthithjes dhe frymënxjerrjes, nxirret jashtë sasi e madhe e CO₂, që çon në uljen e nivelit të tij në gjak. Kjo shkakton: çrregullime të ndjeshmërisë, mpirje, shpime gjilpërash, ngërçe në duar, dridhje, dhembje muskulore, marrje mendsh, çrregullime të shikimit, gjendje përgjumjeje që rrallë mund të arrijë deri në humbje të vetëdijes. Këshillojeni të thithë dhe të nxjerrë ajër brenda në një qese letre ose plastike të vendosur para gojës së tij, kjo bëhet për të kufizuar humbjen e CO₂, sepse në këtë mënyrë ai thith CO₂ që nxjerr, ndonjëherë mjafton thjesht kryerja e frymëshkëmbimit me dorën të vendosur përpara gojës (në vend të qeses). Me normalizimin e frymëshkëmbimit, simptomat zhduken shpejt.

Nevoja për trajtim spitalor, kur pacienti nuk është në gjendje të menaxhojë funksionimin e tij, por sëmundja menaxhon pacientin, sjelljet e tij atëherë ndjehet nevoja e trajtimit në kushtet spitalore.

Reduktimi dhe Largimi

Të paktën një gjë është e sigurt se relaksi-

mi dhe qetësia janë virtyte të të urtit dhe themel i një jete stabile psiko-fizike dhe psiko-emocionale.

Ajo që mund të ndihmojë në reduktimin e stresit dhe përmirësimin e cilësisë së jetesës në baza ditore është një mënyrë jetese e ekuilibruar si ushtrimet, ushqimi i shëndetshëm, reduktimi i kafeinës e duhanit, mosmarrja e alkoolit si dhe gjumi e pushimi adekuat, praktikimi dhe përsëritja e teknikave të ndryshme të relaksimit si frymëmarrja diafragmatike dhe relaksimi i rregullt i muskujve mund të jenë të dobishëm dhe të bëhen automatike dhe stresuese.

Kur duhet të konsultoheni me mjekun?

Personat që vuajnë nga çrregullime të ankthit nuk duhet të kenë drojë për të kërkuar ndihmë dhe mbështetje profesionale. Sa më vonë ta bëjnë këtë, aq më shumë do jetë ndikuar jeta e tyre e përditshme nga efektet negative të ankthit.

Çrregullimet e ankthit janë përgjithësisht të lehta për t'u trajtuar. Sa më shpejt të fillojë trajtimi, aq më i mirë do të jetë rezultati i tij. Në rast se nuk trajtohen, ato rëndohen me kalimin e kohës, që kërkon një terapi më të gjatë dhe më të ndërlikuar.

Egzaminimet mjekësore, për të pasur një tablo sa më të qartë për problemet aktuale dhe shkaqet e mundshme të tyre, mjeku fillimisht njihet me historinë mjekësore personale të pacientit (anamneza e detajuar) dhe kryen ekzaminimin klinik



NJË REFLEKTIM MBI SHËNDETIN MENDOR TEK FËMIJËT DHE ADOLESHENTËT NË KOSOVË



Mimoza Shahini

Profesor Asistent,
Koleji AAB, Prishtinë

Specialiste e Psikiatrisë së
fëmijëve,
Qendra Klinike Universitare
e Kosovës

Fëmijëria dhe adoleshenca janë faza sfiduese të jetës për shëndetin mendor pasi shoqërohen me një kohë kur ndodh procesi i rritjes dhe zhvillimit të shpejtë në tru. Adoleshenca është një fazë kalimtare midis fëmijërisë dhe moshës madhore. Është një periudhë e zhvillimit biologjik, social, emocional dhe njohës, e cila, nëse ballafaqohet me probleme të cilat sjellin pengesa zhvillimore, mund të çojë në probleme emocionale të sjelljes në jetën e tyre por dhe në atë si të rritur në të ardhmen. Probleme të veçanta psikologjike dhe psikiatrike mund të kenë fillimin e tyre në adoleshencë ose të bëhen më të përhapura ose të dukshme gjatë adoleshencës, p.sh. fobitë, ankthi, depresioni, vetëvrasja dhe tentativa për vetëvrasje, çrregullimet e deficitit të vëmendjes, anoreksia dhe bulimia, çrregullimet e sjelljes, skizofrenia dhe abuzimi me substancat.

Adoleshenca është gjithashtu një kohë kur adoleshentët përpiqen të krijojnë identitetin e tyre personal dhe ndjenjën e autonomisë, e cila ndonjëherë mund të çojë në mosmarrëveshje të mëdha ose të vogla, të përkohshme ose të përherëshme me prindërit, kujdestarët ose mësuesit e tyre. Në aspektin e vlerësimit dhe trajtimit të problemeve të shëndetit mendor në adoleshencë, protokollet dhe evidencat duhet të karakterizohen me qasje zhvillimore të cilat bëjnë një ndërlidhje të të faktorëve: gjenetik, individual dhe mjedisor.

Cilësia e mjedisit ku rriten fëmijët dhe adoleshentët formon mirëqenien dhe zhvillimin e tyre. Përvojat e hershme negative si në shtëpi, shkolla, hapësira digjitale, ekspozimi ndaj dhunës, sëmundja mendore e një prindi ose kujdestari tjetër si dhe ngacmimi dhe varfëria rrisin rrezikun e sëmundjeve mendore.

Të kuptuarit e prevalencës së çrregullimeve psikiatrike në mesin e fëmijëve dhe adoleshentëve është një komponent thelbësor i një politike të shëndoshë publike për ofrimin e shëndetit mendor dhe shërbimeve të tjera në Kosovë, veçanërisht për secilin nivel të sistemit ekologjik.

Është e njohur që në nivel global kemi 1;7 (14%) të moshës 10-19 vjeçar të kenë shqetësime të problemeve të shëndetit mendor por që një pjesë e mirë e tyre kalojnë të pa evidentuara për shkak të nivelit të lartë të stigmës. (ËHO, 2021. Marrë si informacion me datë: 18.09.22 nga <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>). Ndërkohë prevalenca e problemeve të shëndetit mendor në Kosovë prej vitit 2008-2018 ka lëvizur prej 60,53% në 27,8% (Figura 1)

Pasojat afatgjata të përvojave traumatike të lidhura me luftën padyshim që janë të pranishme në shoqërinë kosovare. Një numri të madh familjesh ende ju mungon informacioni për anëtarët e tyre të zhdukur; nuk ka shërbime specifike të mjaftueshme në lidhje me shërbimet e shëndetit mendor tek personat e traumatizuar; ka mungesë të hulumtimeve kualitative mbi gjendjen e popul-

latës me rrezik të lartë si veteranët, familjet e dëshmorëve, të zhdukurve dhe atyre që kanë humbur fëmijët gjatë luftës, gjithashtu kemi rritje të nivelit të papunësisë, rritje të nivelit të vetëvrasjeve pas luftës në krahasim me situatën para lufte, rritje të përdorimit të dhunës dhe bullizmit në shkolla: rritje të nivelit të përdorimit të substancave nga moshë e re, ulje të moshës së fillimit të marrëdhënieve intime si dhe rritje të dhunës në familje. Poashtu prevalenca e depresionit dhe shqetësimit emocional në popullatën e përgjithshme vazhdon të mbetet lartë që prej viteve të mbarimit të luftës (Schwab-Stone et al. 1999 Lopes Cardozo et al. 2003 Wenzle et al. 2006).

Në një situatë të tillë është e pashmangshme që të mos ndërlidhim gjendjen e shëndetit mendor të popullatës me atë të adoleshentëve. Në kuadër të këtij konteksti Arwnliu dhe Bexulli (2020, p.4) citojnë që "Shqetësimi psikologjik mund të konsiderohet si një vazhdimësi, ku në një fund është "shëndeti i plotë mendor" dhe në një skaj tjetër "çrregullimi mendor".

Mund të mendohet se ne lëvizim brenda kësaj vazhdimësie në situata të ndryshme të jetës sonë. Mendja e shëndoshë sugjeron që situatat stresuese na çojnë më shumë drejt fundit të dytë".

Njëmbëdhjetë vjet pas luftës së Kosovës, prania e stresit post-traumatik, ankthit dhe simptomave depresive të rriturit civilë dhe fëmijët e tyre është gjetur mjaft e lartë dhe është sugjeruar që kjo lidhshmëri të ekzaminohet në mënyrë aktive dhe të llogariten në planet gjithëpërfshirëse të trajtimit, duke përdorur një qasje sistematike (Schick me kolege, 2013).

Në një kontekst të tillë për të shqyrtuar problemet e shëndetit mendor të adoleshentëve do të duhet të bazohemi në konceptin zhvillimor të patologjisë që të mund jo vetëm të kemi intervenime të specifikuar për problemin, por edhe të mund të influencojmë intervenimet parandaluese në një kontekst kompleks siç është Kosova. Krijimi i balanceve brenda familjeve ku rriten adoleshentët por edhe në mjedisin në të cilën zhvillohen kërkon që të mos ketë diskrepancë të madhe të funksionimit, pasi ajo influencën në krijimin e asimetrive në mes elementëve dhe proceseve që e ndërtojnë një sistem dinamik të çrregulluar duke drejtuar individin dhe mjedisin drejt zhvillimit të karakteristikave të reja që janë të parashikuara por ndonjëherë mund të jenë të paparashikuara.

Është me rëndësi të theksohet që gjendja e shëndetit mendor të popullatës ndikon në shëndetin mendor të fëmijëve dhe adoleshentëve përmes disa mekanizmave të cilat nuk lidhen vetëm me gjenetikën por edhe me mënyrën se si sistemi i mbështetjes merr masa për parandalimin e tyre. Sipas Hopkins & Butterworth

(1997) mënyra se si sistemi sillet në çdo kohë të caktuar varet nga gjendjet e sistemit në një moment të mëparshëm në kohë dhe njëkohësisht përfshihet edhe procesi i ndryshimit që ndodh

gjithmonë me kalimin e kohës. Është pikërisht ky relacion që e bën kompleks shpjegimin e problemeve të shëndetit mendor në adoleshentë në vendet e pasluftës dhe veçanërisht në Kosovë.

Një tregues tjetër i cili duhet të konsiderohet në mjedisin e adoleshentëve sot është rritja e indeksit të vetëvrasjeve për adoleshentët në Kosovë (2.93/100.000), që është një e treta e totalit të vetëvrasjeve për vitin 2007.

Të dhënat ekzistuese nga Shërbimi Policor i Kosovës (SHPK) raportojnë për periudhën 2000-2006 se një e treta e vetëvrasjeve të kryera janë kryer ndërmjet moshës 15-26 vjeçare dhe 9% e totalit janë adoleshentë të moshës 15-18 vjeç.

Në mënyrë të ngjashme, 48% e tentativave për vetëvrasje të raportuara janë të moshës 14-26 vjeç, dhe adoleshentët e moshës 14-18 vjeç përbëjnë 17% të tentativave për vetëvrasje.

Në 20 vitet e fundit, shkalla e vetëvrasjeve në Kosovë është trefishuar krahasuar me atë të para luftës. Sipas burimeve të Policisë së Kosovës në një periudhë 4 vjeçare në Kosovë 171 persona kishin vrarë vetën, ndërsa në një periudhë të njëjtë (2015-2018) 819 të tjerë kishin tentuar vetëvrasje.

Po sipas tyre në Kosovë në vitin 2020 ka pasur 40 vetëvrasje dhe 101 tentativa. Në vitin 2021, pati 41 vetëvrasje dhe 130 tentativa.

Durkxim propozoi se vetëvrasja është një fenomen social dhe argumenton se nivelet e vetëvrasjeve janë të lidhura me një ndryshim negativ në integrimin dhe rregullimin social. Vendet të cilat ballafaqohen me luftë, sidomos midis dy etnive dhe që shoqërohen me përmbysje apo tranzicione të mëdha politike rrisin ndjenjat kolektive, nxisin frymën partiake dhe kombëtare duke përqendruar aktivitetet e drejta të temave të veçanta në mënyrë që të sigurohet një integrim provizor i shoqërisë. Për këtë arsye ai argumenton se vetëvrasja nuk është kurrë një akt thjesht individual, por një akt që përfshinë kushtet sociale. Ky argument mund të mbështetet nga disa studime në Kosovë të cilat kanë gjetur shkallë të krahasueshme të vetëvrasjes në popullatën e përgjithshme të krahasueshme me vendin e rajonit (Fanaj et al, 2014), dhe shkallë shumë të ulët të ideve dhe sjelljeve vetëvrasëse tek veteranët e luftës (Shahini M & Eënzell Th & Franciskovic T & Diaconi G, 2011, i pabotuar).

E rëndësishmja e këtyre gjetjeve qëndron në faktin se adoleshentët e sotëm nuk kanë lidhje direkte me luftën, por atë e perceptojnë sipas tregimeve të prindërve të tyre. Kaltrina Kelmenti me kolegë, kanë raportuar se “ gjenerata e adoleshentëve ishte brezi që nuk kishte përvoja të drejtpërdre-

ta të luftës, ose ata ishin në moshë shumë të re në atë kohë dhe nuk ishin në gjendje të mbanin mend luftën, megjithatë, kuptimet dhe rrëfimet e tyre për përvojat e luftës duket se janë krijuar dhe zhvilluar bazuar në historitë dhe rrëfimet e ndara nga familjet e tyre, miqtë dhe burime të tjera joformale. Temat që dolën nga intervistat e tyre kishin të bënin me format e transmetimit të kësaj njohurie, një mekanizëm që prindi/familja përdori për transmetimin e kësaj njohurie, reagimin e tyre emocional dhe ndikimin psikologjik”.

Hulumtimet në Kosovë në 20 vitet e fundit kanë evidentuar që prevalenca e problemeve emocionale dhe sjelljes në adoleshentë ka ardhur duke rënë deri në vitin 2011 dhe më pas të dhënat janë me pak ndryshime. Figura 1, tregon trendin e mesatares së problemeve nga viti 2008 deri në 2018.

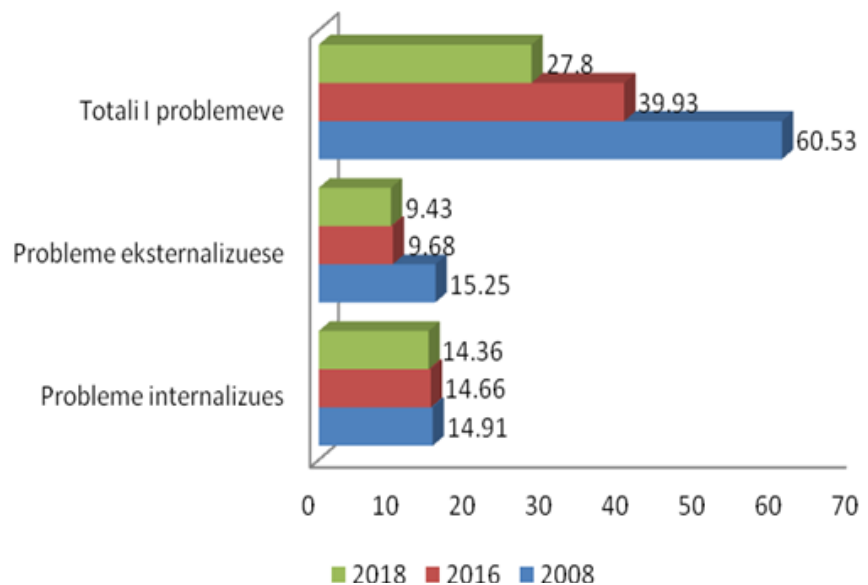


Figura 1. Shpërndarja e mesatares së problemeve të lidhura me emocionet, sjelljen dhe totalin e tyre, matur me YSR, nga viti 2008 deri në vitin 2018.

Shënim: Të dhënat janë nxjerrë nga tre doktoraturat; Shahini 2011: Jetishi P, 2016; Ahmeti A 2022.

Megjithatë, kohët e fundit, mediat, psikologët dhe klinikistët po tregojnë dëshmi të rritjes së shkallës së dhunës tek të rinjtë në Kosovë.

Literatura profesionale shpesh pajtohet me masmedian se të rinjtë po bëhen më problematikë. Për shembull, studiuesit duke përdorur një shumëllojshmëri të dhënash zyrtare kanë arritur në përfundimin se krimi i të rinjve, çrregullimet e sjelljes, abuzimi me substancat, depresioni dhe vetëvrasjet janë rritur në dekadat e fundit.

Përdorimi i mediave sociale dhe qëndrimi përballë ekraneve në kohë të pacaktuar dhe të pamonitoruar përbën një rrezik më vite

për adoleshentët.

Ka adoleshentë, veçanërisht ata me ankth social ose depresion, të cilët mund të kenë një tendencë për të kaluar më shumë kohë në internet dhe për të reduktuar kontaktet e tyre reale ballë për ballë me njerëzit e tjerë.

Kur një individ nuk angazhohet në botë në një mënyrë të shëndetshme - duke ndërvepruar me të tjerët, duke menaxhuar veten në situata sfiduese, qoftë në klasë apo duke bashkëbiseduar në klasë, duke shkuar në intervista, duke u marrë me konfliktin me bashkëmohatarët –por në vend të kësaj e rrit praninë e tij në internet, kjo mund të përkeqësojë ndjenjat e tij të tjetërsimit, mungesës së shpresës, izolimit, ankthit dhe depresionit.

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) ka identifikuar një sërë faktorësh që mendohet se kontribuojnë në zhvillimin e sjelljeve të dhunshme.

Faktorë individualë si: njohuritë, qëndrimet, mendimet për dhunën dhe mangësitë e aftësive, të tilla si aftësitë e komunikimit të zhvilluara dobët, abuzimi me substanca narkotike dhe alkool, të qenit dëshmitar ose të viktimizuar nga dhuna ndërpersonale, qasja ndaj armëve të zjarrit dhe armëve të tjera.

Faktorët që burojnë nga familja si: mungesa e dashurisë prindërore dhe mbështetja e ekspozimit ndaj dhunës në shtëpi, ndëshkimi fizik dhe abuzimi i fëmijëve dhe prindërit ose vëllezërit e motrat e përfshirë në sjellje kriminale.

Faktorë mjedisorë si: pabarazia socio-ekonomike, urbanizimi dhe mbipopullimi, zhvil-

limi i shpejtë ekonomik me nivele të larta të papunësisë tek të rinjtë, ndikimet në media, normat sociale që mbështesin sjelljen e dhunshme, disponueshmëria e armëve, situata pas konfliktit.

Prania e shpeshtë e dhunës në gazeta, televizion, kinema dhe mjediset virtuale më të përdorura sot është një problem që lind nga nevoja për të arritur një audiencë më të gjerë dhe për të siguruar interesa financiare.

Është e kuptueshme që përdorimi i dhunës nga ana e mediave bëhet për përfitime dhe udhëhiqet nga parimi se njerëzit nga natyra janë kureshtarë dhe dhuna mund të gjendet shumë lehtë në serialet televizive, filmat, lajmet, video-lojërat dhe platformat e mediave sociale.

Aspekti më interesant i kësaj situatë është se dhuna nuk ka nevojë të përjetohet në jetën reale. Ekspozimi ndaj përmbajtjes së dhunshme si në video-lojëra, televizion ose kinema mund të ketë lehtësisht pothuajse të njëjtin efekt si dhe kur individit e përjeton në kushte normale.

Nuk ka studime në Kosovë që të dëshmojnë për shkallën e shtuar të dukurive të tilla, por megjithatë kemi një sasi shumë të madhe informacioni në media që tregon një shkallë të shtuar të përdorimit të armëve në shkolla, ofendimet e të rinjve ndaj mësuesve, trafikimi i të rinjve si dhe ngacmimet kibernetike. Statistikat mbi abuzimin me substancat, depresionin dhe vetëvrasjen mund të jenë ndikuar gjithashtu nga ndryshimi i modeleve të dokumentacionit të cilat janë në dispozicion në vendin tonë.

Mbështetur në modelin e sistemit Socio-ecologjik duhet të kuptojmë që ndërveprimet komplekse midis faktorëve individualë dhe shoqëror janë esenciale për të parandaluar problemet e shëndetit mendor në adoleshentë por edhe të sigurojnë intervenime të cilat ju përgjigjen nevojave të adoleshentëve të sotëm si dhe kontekstit kulturor në të cilin ata po rriten dhe funksionojnë. Kjo do të na lejonte të kuptojmë në mënyrë cilësore faktorët e rrezikut por edhe ato mbrojtës të cilët ndikojnë në shëndetin mendor të tyre.

Strukturat sociale formojnë thellësisht shanset individuale të jetës (Fourcade dhe Healy, 2013) duke na ndarë në mundësi, përvoja, nënkultura, role dhe detyrime sociale. Ato mund të jenë të lehta për t'u matur, si në lagjet ku jetojmë ose shkollat ku frekuentojmë, ose komplekse dhe të paprekshme. Teoritë e mbështetura në intervenime sistemike lehtësojnë identifikimin e strukturave sociale lokale që janë të spikatura për individin dhe kapin më nga afër realitetin e botës sociale që i rrethon ata në jetën e tyre të përditshme (Perry et al., 2018) duke rritur shanset për

fëmijë dhe adoleshentë të shëndetshëm.

Referencat:

Arënlia, A., & Bërxulli, D. (2020). Rapid assessment: Psychological distress among students in Kosovo during the COVID-19 pandemic. *Research Gate*. Retrieved August, 22, 2020.

Schick, M., Morina, N., Klaghofer, R., Schnyder, U., & Müller, J. (2013). Trauma, mental health, and inter-generational associations in Kosovar Families 11 years after the war. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21060.

Fourcade, M. and Healy, K. (2013) 'Classification Situations: Life-Chances in the Neoliberal Era', *Accounting, Organizations and Society*, 38, 559-572.

Perry, J. C., Fisher, A. L., Caemmerer, J. M., Keith, T. Z., & Poklar, A. E. (2018). The role of social support and coping skills in promoting self-regulated learning among urban youth. *Youth & Society*, 50(4), 551-570.

Fanaj, N., & Melonashi, E. (2014). A systematic evidence review on suicide in Kosovo. *Sage open*, 4(1), 2158244014528717.

Hopkins, B., & Butterworth, G. (1997). *Dynamical systems approaches to the development of action*.

Barbara Lopes Cardozo, MD, MPH; Alfredo Vergara, PhD; Ferid Agani, MD; Carol A. (2000) Gotëay, PhD *Mental Health, Social Functioning, and Attitudes of Kosovar Albanians Following the war in Kosovo*. *JAMA*. 2000;284:569-577.



SINDROMI "BURN-OUT"



Shaban A. Mecinaj

Psikiatër

Qendra Klinike Universitare e
Kosovës

Sindromi i djegies në punë (burnout syndrom) është një humbje totale e motivimit dhe energjisë për punë pa asnjë shenjë lehtësimi. Derisa dikur ky term përdorej vetëm për t'iu referuar rasteve ekstreme të trajtuara nga profesionistët e kujdesit shëndetësor, p.sh. për oficerët e policisë, zjarrfikësit dhe ata që merren me traumat dhe shërbimet njerëzore, sot, djegia në vendin e punës afekton pothuaj të gjithë profesionistët e të gjitha fushave.

'Burnout' i referohet rraskapitjes dhe apatisë që mund të ndiejmë kur kemi të bëjmë me stresin e zgjatur në punë. Stresi dhe sflitja janë të ngjashme të cilat mund të lidhen, por nuk janë e njëjta gjë. Stresi zakonisht është i përkohshëm, ndërsa djegia ka të ngjarë të mos jetë e lehtë dhe do të zgjatë derisa të ndërmerren hapa aktivë për ta zgjidhur atë.

Burn-out është përfshirë në Rishikimin e 11-të, të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve (ICD-11) si një dukuri profesionale, dhe nuk klasifikohet si gjendje mjekësore.

Është përshkruar në kapitullin: 'Faktorët që ndikojnë në gjendjen shëndetësore ose kontaktin me shërbimet shëndetësore' – i cili përfshin shkaqet për të cilat njerëzit kontaktojnë me shërbimet shëndetësore, por që nuk klasifikohen si sëmundje ose gjendje shëndetësore.

Burn-out është përcaktuar në ICD-11 si më poshtë;

- Ndjenja e shterrimit të energjisë ose rraskapitjes;
- Largimi i vemendjes nga puna dhe ndjenja e negativizimit dhe cinizmit ndaj punës
- Reduktimi i efektshmërisë profesionale.

Burn-out i referohet në mënyrë specifike fenomeneve në kontekstin e punës dhe nuk mund të zbatohet për të përshkruar përvojat në fusha të tjera të jetës."

Ekzistojnë 3 lloje të djegies në punë:

-Djegia individuale, e cila shkaktohet nga ngarkesat e tepërta negative, neurozat dhe synimet drejt perfeksionizmit. Pra, atëherë kur i vendosim vetës standarde apo qëllime jashtëzakonisht të larta ose besojmë se asgjë që bëjmë nuk është mjaftueshme dhe e mirë.

-Djegia ndërpersonale, e cila shkaktohet nga marrëdhëniet e vështira me të tjerët në punë ose në shtëpi. Për shembull, një shef ose bashkëpunëtor agresiv ose jo mikpritës mund të përqesojë stresin që tashmë ndjeni në punë deri në pikën e djegies.

- Djegia organizative shkaktohet nga organizimi i dobët menaxherial, kërkesat ekstreme dhe afatet joreale që na bëjnë të ndihemi sikur po e humbisim durimin dhe se puna jonë është në rrezik.

Vendet e punës me shumë stres janë shpesh ato mjedise të dizajnuara keq, toksike, joshqërORE dhe mjedise shfrytëzuese. Stresi është i pashmangshëm në vendin modern të punës. Por, sa më shumë të injoroni faktorët stresues në jetën tuaj, aq më shumë ka të ngjarë që të goditeni nga sindromi i djegies.

Kjo i bën njerëzit të jenë të qetë dhe të heshtin për disa nga stresorët me të cilët ata përballen, sepse nuk duan të konsiderohen se nuk po bëjnë më të mirën.

Sindromi i djegies në punë tek profesionistët e kujdesit shëndetësor

Burnout mund të jetë veçanërisht i vështirë për t'u vënë re gjatë punës së stafit shëndetësor, pasi kujdesi shëndetësor është një fushë e qenësishme me stres të lartë. Prandaj disa aspekte të djegies mund të llogariten si norma për vet stafin. Mund të jeni mësuar të paraqiteni si i qëndrueshëm, ndonëse ndonjëherë jeni plotësisht të rraskapitur ose të shkëputur mendërisht nga realitetet e punës. Ndonëse kjo mund të ndihet thjesht si pjesë e punës, ajo mund të ketë pasoja të rënda dëmtuese në mirëqenien tuaj.

Të përballosh dhembjet dhe vuajtjet njerëzore është e vështirë për të gjithë. T'i bësh rregullisht këto gjëra mund të jetë një barrë e rëndësishme emocionale. Përveç peshës psikologjike të punës, shumë profesionist të kujdesit shëndetësor vënë re gjëra të tilla si; rritja e detyrave administrative dhe orët e gjata si kontribut për djegien. Një studim i të rriturve që punojnë gjeti se profesionistët e kujdesit shëndetësor kanë ndër nivelet më të larta të gjumit të pamjaftueshëm, të dytët pas individëve që punojnë në shërbimin mbrojtës/ushtarak. Sipas këtij studimi rreth 45% e të anketuarve që punojnë në shëndetësi rregullisht kanë bërë më pak se shtatë orë gjumë. Një pjesë e kësaj është për shkak të ndërrimeve të natës, gjë që prishë ritmin biologjik të gjumit dhe zgjimit dhe mund të përshpejtojë rraskapitjen mendore.

Burnout dhe shqetësimet e tjera të shëndetit mendor mund të stigmatizohen rëndë në fushën mjekësore, sepse profesionistët që janë mësuar të ndihmojnë të tjerët shpesh hezitojnë të kërkojnë ndihmë për veten e tyre. Të pranosh se je i djegur mund të të duket sikur është në kundërshtim me dëshirën për të ndihmuar të tjerët. Por me stresin e menaxhuar mirë, një punë me stres të lartë ka të ngjarë të mos çojë në djegie – që do të thotë se pavarësisht profesionit tuaj, integrimi i disa teknikave të reduktimit të stresit në mënyrën tuaj të jetesës mund të ndihmojë në mirëqenien tuaj.

Përballja e stafit shëndetësor me Covid – 19 dhe sindromi i djegies në punë

Pandemia e fundit COVID-19 ka rritur stresin

tek ofruesit e shërbimeve shëndetësore, të cilët edhe ashtu veprojnë rregullisht nën presion dhe ngarkesa të caktuara të punës. Për shkak të natyrës së paparashikueshme të COVID-19, profesionistët e kujdesit shëndetësor shpeshherë janë duke luftuar me mungesën e kontrollit mbi situatën e krijuar, deri tash të panjohur. Kjo është një sfidë shtesë, përveç shqetësimeve personale që ka shumica e popullsisë së zakonshme për shëndetin, të afërmit dhe financat e tyre. Pothuajse niveli i stresit bazë të të gjithëve është rritur pikërisht tani – duke e ditur se me stresin e rritur në punë është një rrugë e shpejtë për t'u djegur.

Stresi që lidhet me punën mund të çojë në djegie për këdo. Edhe përpara pandemisë së COVID-19, ai ishte veçanërisht mbi-zotërues midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Bazuar në të dhënat e fundit, shumë profesionist shëndetësor të vijës së parë kanë përjetuar rritje të problemeve të gjumit, rraskapitjes fizike, rraskapitjes emocionale dhe tmerrit të ndërlidhur me punën gjatë muajve të Covid -19. Në një mënyrë të të gjitha këto simptoma kanë mundur të sinjalizojnë afrimin e paraqitjes së djegies.

Faktorët kryesorë që shkaktojnë sindromin e djegies në punë

Këta faktorë stresues që e thithin pasionin dhe motivimin e punës nuk duhet të injorohen kurrsesi. Prandaj duhet që t'iu kushtojmë më tepër vëmendje situatave dhe ndjenjave të mëposhtme, sikur:

-Lodhja kronike, rraskapitja fizike dhe emocionale

Gjëja e parë që mund të vini re kur filloni të vuani nga sindromi i djegies në punë është se jeni të lodhur gjatë gjithë kohës. Në këtë mënyrë, djegia dhe depresioni fillojnë të ndajnë shumë veti të përbashkëta në kuptim të paraqitjes së simptomave. Në fakt, nëse lihet e pakontrolluar, djegia mund të zhvillohet shpejt në depresion kronik dhe të fillojë të depërtojë në të gjitha aspektet e jetës suaj. Prandaj këto janë disa nga pyetjet të cilat duhet t'ia bëni vetes tuaj:

- Nëse zgjoheni të lodhur edhe nëse shkoni në shtrat herët?
- Nëse po lëvizni më ngadalë se zakonisht dhe a po ju duhet më shumë kohë për t'u përgatitur në mëngjes?
- Nëse mendoni se edhe detyrat e vogla po ju marrin më shumë energji sesa mund të përballoni?
- Nëse keni frikë nga ajo që ju pret sot dhe nesër?

Ky lloj i lodhjes mendore mund të shfaqet fizikisht, me rritjen e ndjeshmërisë ndaj të ftohtit dhe gripit, të përzierave dhe dhimbjeve të kokës. Kështu që "dëgjoni" trupin tuaj, sepse shpesh është më i sinqertë se truri juaj kur bëhet fjalë për mënyrën se si ndiheni.

- Mungesa e arritjes dhe ndjenja e mosefektivitetit në punë

• Presionet e paarsyeshme kohore. Fatkeqësisht për shumë njerëz, mungesa e kohës së mjaftueshme është burimi kryesor i djegies. Presioni i paarsyeshëm i kohës është një çështje e ndërlikuar. Kur humbisni një afat jorealit, krijon një efekt stresi për ju.

• Mungesa e komunikimit dhe mbështetjes nga menaxherët. Një menaxher i pavendosur, neglizhues ose agresiv mund t'ju bëjë të ndiheni të shkëputur, të frustruar dhe të pavlerë.

• Përgjegjësitë dhe pritshmëritë e paqarta. Kur çdo ditë ju duket sikur po ndiqni një objektiv në lëvizje, është e mundshme të lodheni dhe të mërziteni.

• Ngarkesa të pamëshueshme pune. Edhe punonjësit më të mirë do të vuajnë, sepse shpesh punonjësit më të aftë janë ata që punojnë shumë.

• Bashkëpunimi i tepruar. Bashkëpunimi është një pjesë e domosdoshme e çdo ambienti pune. Megjithatë, kur aftësia juaj për të bërë punën tuaj duket jashtë kontrollit tuaj, edhe kjo situatë mund të çojë në djegie.

• Mungesa e vendosjes së kufijve rreth punës. Kultura jonë gjithmonë e bën të vështirë ndarjen e punës nga çdo gjë tjetër, qoftë edhe nga pushimi.

Disa prej strategjive që ndihmojnë shmangien e djegies në punë

-Kushtojni vëmendje faktorëve stresues në jetën tuaj (zvogëloni ato të panevojshme)

Kur e ndjeni veten duke u tërhequr në atë ndjenjën e zemërimit, bëni një hap prapa dhe përpuni të identifikoni shkaqet kryesore. Këto mund të jenë disa ide:

- Afatet joreale
- Konfliktet ose ndërprerjet të shpeshta të planifikimit
- Orare të paparashikueshme që nuk ju lejojnë të planifikoni pushimin e duhur
- Zvarritja e fushëveprimit në realizimin e projekteve
- Kërkesat ndërpersonale të tilla si përballja

me klientët ose kolegët e vështirë

Ndërsa secila prej këtyre mund të jetë "thjesht pjesë e punës suaj", ato gjithashtu mund të çojnë në djegie. Kushtojini vëmendje të madhe se cilat prej tyre po ndikojnë në gjendjen tuaj emocionale dhe përpuni të gjeni zgjidhje për t'i zbutur ato.

-Vlerësoni se ku shkon koha juaj në të vërtetë çdo ditë me një "auditim" të kohës

Përveç faktorëve stresues, mungesa e kohës është një tjetër burim kyç i djegies në punë.

Kur kaloni pjesën më të madhe të ditës tuaj duke kërcyer mes emaileve, telefonatave dhe takimeve, ju keni pak kohë për t'u përqëndruar në punën që ka rëndësi. Ky problem komplikohet vetëm kur keni afate joreale, presione kohore ose menaxherë me aftësi të dobëta për menaxhimin e kohës.

Në vend të kësaj, për të shmangur djegien, duhet të rimerrni kontrollin e kohës tuaj. Një nga mënyrat më të mira për ta bërë këtë është me një "auditim" kohor.

-Rishikoni rregullisht prioritetet tuaja për t'u siguruar që ato janë realiste, të vlefshme dhe të lidhura me qëllime më të mëdha

Të thuash "PO" gjithëmonë e për gjithçka dhe të stërmbushësh kalendarin tënd, është një rrugë e rrëshqitshme drejt sindromës së djegies. "Kam mbajtur një listë në dukje të pafundme të detyrave, shumë faqe në fletoren time të përditësuar vazhdimisht"...

-Krijoni një ritual të rregullt për të ndarë punën nga pushimi

Mbrojtja nga djegia nuk ka të bëjë vetëm me atë që bëni gjatë ditës së punës (megjithëse kjo është një pjesë e madhe). Me lodhjen afër nivelit të depresionit që vjen me sindromën e djegies, ne kemi nevojë për sa më shumë gjumë dhe pushim që të jetë e mundur për t'u rikuperuar.

Nëse familja juaj është burim stresi, përpuni të diskutoni dhe të largoheni prej tyre për fundjavë. Në thelb, detyra juaj është të hiqni sa më shumë burime stresi nga jeta juaj dhe të futni sa më shumë elementë reduktues të stresit (kryesisht në formën e pushimit) në jetën tuaj për dy ditë e gjysmë.

"Mundohuni të flini në të dyja ditët. Hani siç duhet. Merrni kohën tuaj me aktivitete relaksuese që rrallë i lejoni vetes t'i shijoni. Nëse ju pëlqen të lexoni, lexoni. Nëse ju

pëlqen të merreni me sport, merruni. Dhe nëse nuk ju pëlqen të bëni asgjë, mos bëni asgjë. Thjesht mos e ekspozoni veten ndaj stresit për dy ditë e gjysmë.”

Nëse të hënën në mëngjes ende ndjeni ankthin dhe frikën e djegies, mund t’ju duhet ta zgjasni këtë periudhë pushimi duke përdorur ditët e pushimeve ose të mendoni të bëni ndryshime më drastike në stilin tuaj të jetesës.

-Gjeni kohë për kujdesin për veten: gjumin, reflektimin dhe hobin tuaj

Rikuperimi i djegies fillon kur i jepni përparësi vetes dhe shëndetit tuaj mbi punën dhe marrëdhëniet që ju djegin. Dhe ndërsa marrja e kohës për të pushuar dhe për t’u çlodhur do të jetë gjithmonë zgjidhja ideale, ka disa teknika që mund t’i provoni gjatë javës tuaj të punës:

“Ritualet e përditshme, veçanërisht shëtitjet në natyrë, takime me miq, biseda relaksuese dhe aktivitete tjera të pëlqyeshme”.

Referencat:

1. Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*.
2. Bühler, K. E., & Land, T. (2003). Burnout and personality in intensive care: an empirical study. *Hospital Topics*.
3. Corrigan, P. E., Holmes, E. P., & Luchins, D. (1995). Burnout and collegial support in state psychiatric hospital staff. *Journal of Clinical Psychology*.
4. Fernet, C., Gagné, M., & Austin, S. (2010). Ehen does quality of relationships with co-workers predict burnout over time? The moderating role of work motivation. *Journal of Organizational Behavior*.
5. Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*.
6. Friedman, R. A., Tidd, S. T., Currall, S. C., & Tsai, J. C. (2000). Ehat goes around comes around: The impact of personal conflict style on work conflict and stress. *International Journal of Conflict Management*.
7. Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*.



DEPRESIONI POST-PARTAL (DPP), ROLI I NEUROSTEROIDEVE SI DHE PËRDORIMI I BREXANOLON-IT (BREX) PËR TRAJTIMIN E DEPRESIONIT POST-PARTAL



Adrian Zhubi
Specialist i Psikiatrisë

*Psychiatric Institute,
University of Illinois, Chicago
Linden Oaks Hospital at
Edward-Elmhurst Health
Northwestern Medicine
Central DuPage Hospital
OSF HealthCare Saint
Elizabeth Medical Center*

Qysh nga koha e Hipokratit është vërejtur lidhshmëria në mes të periudhës post-partale dhe çrregullimeve të disponimit. Kjo gjë ka bërë që në DSM-IV për herë të parë të definohet depresioni post-partal (DPP) si entitet i veçantë klinik që fillon brenda 4 javëve prej përfundimit të shtatzënisë, edhe pse kjo periudhë e vulnerabilitetit është më e gjatë se 4 javë, dhe sipas definicionit të WHO, AAP, ACOG etj mund të zgjas prej 6 muaj deri në 1 vjet. DPP është një gjendje e rëndë mentale që i afekton 10-20 % të femrave në nivel botëror.

Disa nga mekanizmat më të shpeshtë që implikohen në masë të madhe në zhvillimin e DPP janë: mekanizmat neuroendokrin (që përfshijnë rënien rapide të nivelit të estrogenit dhe progjesteronit në periudhën postpartale), disfunkcioni i boshtin HPA, ndryshimet në nivelin e neurosteroideve (allopregnanolone), mekanizmat neuroinflamatorë (rritja e numrit të qelizave T rregullatore, rritja e nivelit të IL-6 dhe TNF etj.), çrregullimet në transmisionin sinaptik (ulja e GABA, ngritja e GLUT), faktorët gjenetik etj.

Disa prej simptomave karakteristike të DPP janë: disponimi depresiv, ndjenja e prindërimit joadekuut, anhedonia, humbja e interesimit, çrregullimet e gjumit, humbja e apetitit, zvogëlimi i përqendrimit, si dhe shumë simptome tjera. Një grup i pacienteve me simptome të rënda të DPP mund të zhvillojnë ide suicidale të cilat në disa raste mund të progredojnë me tutje, duke arritur në nivel të ideve të infanticidit.

Instrumenti skrinues që përdoret më së shpeshti për të ndihmuar në diagnostifikimin e DPP-së është Edingburgh Postnatal Depression Scale. [Fig.1]

Trajektorët e simptomatologjisë së DPP mund të jenë ndryshme, duke filluar nga rastet kur pacientet të cilat fillimisht nuk prezantojnë më simptome të depresion gjatë periudhës së shtatzënisë, por në periudhën post-partale (qysh në javët e para) manifestojnë zhvillim dramatik të simptomave të DPP-së. Në anën tjetër, një grup i pacienteve manifestojnë simptome të dukshme të depresionit gjatë periudhës së shtatzënisë, të cilat nëse nuk trajtohen me kohë dhe në mënyrë adekuate, mund të përkeqësohen në vazhdimësi gjatë periudhës post-partale. Është me interes të ceket se ajo që e diferencon në masë të madhe simptomatologjinë e depresion madhore (para periudhës së shtatzënisë), në krahasim me DPP, është prezenca e simptomave të ankthit, të cilat janë të një karakteri më të theksuar në krahasim me ankthin në kontekst të gjendjes ko-morbide me depresion madhor. Për më tepër, ky lloj i ankthi mund të fitoj karakter të mendimeve obsesive, duke afektuar deri në 57% të pacienteve në periudhën post-partale. Në disa raste, këto mendime obsesive bëhen edhe më të theksuara, deri në atë masë sa që mund të arrijnë pragun

diagnostik të mjaftueshëm për t'u kualifikuar si sëmundje obsesivo-kompulsive, e që mund të manifestohen edhe me gjendje alarmuese siç është prezenca e ideve infanticide.

Studimet kanë vërtetuar së mostrajtimi i DPP mund t'i sjellë dëme afatgjate jo vetëm sa i përket lidhjes psikologjike nënë-fëmijë, por edhe zhvillimit të problemeve të sjelljes dhe atyre kognitive. Studimi i gjerë klinik STAR*D, i cili ka pas për qëllim të hulumtoj efektshmërinë e psikotropeve antidepressive, ka treguar se në subgroupin e nënave që kanë arritur remision të simptomave të depresionit, fëmijët e këtyre nënave që janë monitoruar në vazhdimësi, kanë treguar zvogëlim të simptomave psikiatrike si rezultate i efektit pozitiv që ka pas trajtimi i simptomave të depresionit tek nënat e tyre. Është interesant të ceket së është vërtetuar edhe paraqitja e një entiteti të ri klinik që karakterizohet me simptome të depresionit patenal post-partal (të partnerit) në 24-50 % të rasteve, e që e ka si shkaktarë deprivimin nga gjumi, si dhe vështirësitë për t'u adaptuar me tranzicionin e të qenit prind.

Faktorët kryesor të rrezikut që ndikojnë në paraqitjen e DPP janë: prezenca e DPP-së në shtatzënitë e kaluara, prezenca e depresionit madhor rekurent, prezenca e depresionit gjatë shtatzënisë, prezenca e sëmundjes bipolare si dhe psikoza post-partale.

Faktorët tjetër që poashtu mund të kontribuojnë në paraqitjen e DPP-së janë: shtatzënia e padëshiruar, qëndrimi negativ ndaj shtatzënisë, frika nga procesi i lindjes, shëndeti jo i mirë perinatal (obeziteti, diabeti gjestacional ose pre-gjestacional, hipertensioni antenatal ose postanatal, infeksionet etj), konfliktet martesore, emigrimim gjatë shtatzënisë ose pas lindjes, mungesa a përkrahjes sociale, emocionale dhe financiare gjatë puerperiumit, mosha e re, statusi martesor (e pamartuar), multipariteti, dhuna nga partneri, historia e dhunës fizike dhe seksuale, pakënaqësia me figurën trupore, tiparet e personaliteti siç është neuroticizmi (gjendjet që përcjellën me ankth, bezdisje, zemërim, mërzi dhe ndjenjën e fajit), historia e paraqitjes së sindromit premenstrual dhe sëmundjes premenstruale disforike, ankthi perinatal, çrregullimet e gjumit, efekti sezonal etj.

Mekanizmat hipotetik të depresion të bazuar në deficitin e sistemin GABA si dhe roli i neurosteroideve

Studimet e shumta kanë vërtetuar se tek depresioni ekzistojnë defekte të ndryshme funksionale të neurotransmisionit në sistemin GABA, duke përfshirë këtu uljen e nivelit GABA në tru, reduktimi i ekspresionit të GAD (enzim që e mundëson sintezën e GABA-se), reduktimi i densitetit të interneuroneve GABA si dhe reduktimi i ekspresionit dhe funksionit të receptorëve GABA-A.

Stresi është njëri ndër faktorët më të fuqishëm kontribuues në paraqitjen e depresionit. Në kushte të ekspozimit ndaj stresit akut vjen deri tek prishja e bilancit në dëm të sistemit GABA, duke e favorizuar sistemin GLUT e që ka si pasojë rritjen e transmetimit GLUT dhe inhibimin e transmissioinit GABA, i cili pastaj në mënyrë të pavarur prej stresit akut e inicion degradimin e mëtejshëm të sistemit inhibitor (si rezultate i mos aktivizimit të mjaftueshëm të GABA) si dhe aktivizimin kronik të boshtit HPA. Ky disbalanc sjellë deri tek rritja e lëndueshmërisë dhe krijimi i parakushteve për zhvillim të depresionit nëse stresi akut nuk eliminohet. [Fig.2].

Si rezultate i ekspozimit ndaj stresit kronik, vjen deri te krijimi i një balanci të rinjë gjendje homeostatike e re në mes të sistemit GABA dhe GLUT, por në një nivel më të ulët (krahasuar me gjendjen "baseline"përpara ekspozimit ndaj stresit) e që ka për pasojë çrregullimet në nivel të sinapsave, e që manifestohen me reduktimi të konektivitetit të zonave të ndryshme në tru, ndryshime këto që janë identifikuar në rast të depresionit. [Fig.2].

Si rezultat i potencimit të transmissioinit GABA përmes neurosteroidit allogenanolone (ALLO), vjen deri të rikuperimi i sistemit të transmissioinit sinaptik të sistemeve GABA dhe GLUT, e që ka për pasojë përmirësimin e simptomave të depresionit.

ALLO sintetizohet nga neuronet piramidale si rezultat i veprimit sekuencial të 2 enzimeve : 5 α reduktazë I dhe 3- hidroksi-steroidoksidoreduktazë, në progjesteron [Fig.3] . ALLO është prezent në neuronet GLUT në korteks, hipokampus dhe amigdala basolaterale, poashtu në neuronet e gjata GABA që projektohen në nukleuset talamike, striatum, amigdala centrale dhe cerebellum, por që nuk është prezent në qelizat gliale. ALLO është një ndër modulatorët alosterik më të fuqishëm me veprim në receptorët GABA-A sinaptik dhe ekstrasinaptik. Koncentrimi i ALLO-së në plazmë rritet në mënyrë paralele me progjesteronin përgjatë shtatzënisë duke arritur vlerat maksimale në trimestrin e 3-të, dhe pastaj bie në mënyrë rapide me fillimin e fazës post-partale. Hipotezat tregojnë se rënia e nivelit të ALLO-së në trurin e pacienteve që kanë simptoma të DPP-së është më e shpejtë në krahasim me femrat që nuk tregojnë shenja të DPP, e që si pasojë ka pamundësinë e efektit adekuat të ALLO në receptorët GABA-A . ALLO lidhet për receptorët GABA-A që përmbajnë subnjësitë δ , α -4 dhe α - 6 , dhe një kompozim i tillë i mundëson ALLO-së të veprojë në receptorët

sinaptik dhe ekstrasinpatik, në kontrast me benzodiazepinet që lidhen për receptorët GABA-A që përmbajnë subnjësitë γ -2 , α -1, α - 3 dhe α - 5 e që janë të lokalizuara brenda sinapses. Ky specifikitet i lidhjes për subnjësi të caktuara të receptorëve GABA-A e përcakton efektin terapeutik në simptomat e DPP, por edhe mungesën e efektit terapeutik të benzodiazepineve në trajtimin e simptomave të DPP ose depresionit madhorë. Veprimi i ALLO në sistemin GABA është i dyfishtë. Në njërin anë ALLO ndikon në zgjatjen e kohës së hapjes së kanaleve të Cl të lidhur me receptorët GABA, e që si rezultat i kësaj vjen deri te efekti i zgjatur inhibitor në komponentët post-sinaptike, dhe veprimi i dytë paraqitet në nivel ekstrasinaptik dhe bazohet në promovimin e ekspresioinit të receptorëve GABA-A.

Në laboratorin tonë, pranë Institutit Psikiatrik të Universiteti të Illinois në Chicago, është punuar për një kohë të gjatë në hulumtimin e mekanizmave të funksionimit të sistemit GABA si rezultat i veprimit të neurosteroidëve. Studimet e stresit kronik në modelin animal, që bazohen në paradigmen e izolimit social të minjve eksperimental për 4 javë, sjell deri te paraqitja e ndryshimeve në sjelle (jo-stabile emocional, sjellja agresive, potencimi i aktivitetit lokomotor), rritje të nivelit të ankthit, frikës, depresioni, PTSD etj) si dhe ndryshime në ekspresionin e ARNi të enzimit 5- α Reduktazë (që është përgjegjës për sintezën e ALLO) të kauntifikuara me metodat biokimike dhe histologjike. Më specifikisht, izolimi social për 4 javë sjell deri tek ulja e ekspresionit të 5- α Reduktazës i në neuronet piramidale GLUT në korteks dhe hipokampus, neurone këto që konvergjojnë në amigdala dhe në mënyrë përfundimtare e ulin kapacitetin inhibitor të GABA në nukleuset centrale të amigdales.

Për më tepër, grupet tjera hulumtuese kanë arritur të demonstrojnë se administrimi i ALLO përmes mikro infuzioneve (në regjionin e amigdales), para ose pas periudhës së stresit kronik ka arritur t'i zbus në masë të dukshme paraqitjen e simptomave të depresionit, duke e trasuar rrugën në drejtim të përdorimit klinik të analogëve të ALLO në trajtimin e depresionit post partal.

Brexanolone (BREX): mekanizmi i veprimit, administrimi, efektet anësore dhe efekshmëria

Deri vonë, në mungesë të njohurive në lidhje me mekanizmat patofiziologjik, trajtimi i simptomave të DPP është bërë me preparate farmakologjike të aprovuar nga FDA për trajtimin e depresionit madhorë,

siç janë SSRI/SNRI (inhibitorët e ri-marrjes së serotoninës dhe norepinefrines) dhe TCA (antidepressantet treciklik). Problematika e trajtimit me antidepressant të tillë është shkallë e remisioinit prej vetëm 50 % si dhe kohëzgjatja prej 8-10 javëve derisa preparatet e tilla të arrijnë efektin terapeutik. Njohuritë e reja në sferën e steroidëve endogjene-neurosteroidëve kanë hapur rrugë të reja për zbulimin e preparateve me mekanizma të ri te veprimit, që kanë veprim më të shpejtë terapeutik si dhe shkallë më të lartë të remisioinit.

Në vitin 2019, FDA e aprovoj Brexanolon (ZULRESSO) si preparati i parë me indikacion specifik për trajtimin e DPP, përmes procedurës së përsheptuar të quajtur "breakthrough therapy designation". BREX është preparat parenteral, ekuivalent me neurosteroidin ALLO.

Në studimet e randomizuara, placebo vs kontroll, pacienteve me dg to DPP iu është administruar BREX në dosë inkrementale deri në 60 mcg/kg /orë. Rezultatet kanë treguar rënie signifikante të simptomave të depresionit të kuantifikuara me HAM-D (Hamilton depression rating scale). Është vërtetuar se Brex 90 mcg/kg/orë është doza ku efekti arrin platonë. Efekti antidepressiv është arritur brenda 60 orëve dhe ka qenë prezentë për 30 ditë.

BREX administrohet në mënyrë parenterale dhe vetëm në institucionet shëndetësore nën monitorimin e afërt nga specialistët mjekësor, duke qenë në përputhje të plotë me mekanizmin monitories REMS (risk evaluation and mitigation strategy). Pacientët që trajtohen me BREX kanë rrezik të shtuar për paraqitjen sedacion si dhe humbje të vetëdijes.

Administrimi i BREX behet sipas këtij protokollit:

-0- 4 orë: 30 mcg/kg/orë

-4 -24 orë: 60 mcg/kg/orë

-24-52 orë: 90 mcg/kg/orë

-52-56 orë: 60 mcg/kg/orë

-56-60 orë: 30 mcg/kg/orë

BREX lidhet në masë të gjerë me plazmën (~ 99%) dhe ka vëllimin të distribuimit prej 3L/kg që do të thotë se shpërndahet masovikisht nëpër inde. Gjysmë koha e eliminimit është 9 orë. BREX metabolizohet në mënyrë ekstrahepatike, jashtë sistemit Cytochrome P450, dhe kryesisht përmes këto-reduktimit dhe glukuronidimit. Kjo do të thotë se modifikimi i dozës nuk është i nevojshëm të rastet e pamjaftueshmërisë

së mëlçisë. Ekskretimi bëhet përmes fecesit (47%) dhe urinës (42 %). BREX depërton minimalisht edhe në qumështin e gjirit të nënës (1-2%). Efekte anësore të BREX janë: pre-sinkopa (13 %), marramendja (13%), sedacionin (21%), përgjumësia(21%) , xerostomia (3-11 %), humbje e vetëdijes(3-5 %), diarea (2-3 %)etj.

Për shkak të mundësisë së shkaktimit të sedacionin si dhe humbjes së vetëdijes, kërkohet që të bëhet përcjellja e vazhdueshme e saturimit me puls-oksimer dhe nëse paraqitet hipoksia, sedation i theksuar apo humbja e vetëdije, duhet që trajtimin të ndërpritet menjëherë.

Tashmë, studimet janë duke vazhduar në drejtim të zhvillimit të preparate që janë derivate të BREX por me të përshtatshme për përdorim si dhe me efekt të njëjtë në trajtimin e DPP-së.

Referencat:

Brexanolone, a neurosteroid antidepressant, vindicates the GABAergic deficit hypothesis of depression and may foster resilience. Lüscher B, Möhler H. *F1000Res.* 2019 May 29;8:F1000

Allopregnanolone in postpartum depression: Role in pathophysiology and treatment. Meltzer-Brody S, Kanes SJ. *Neurobiol Stress.* 2020 Feb 3;12:100212. doi: 10.1016/j.yn-str.2020.100212. eCollection 2020 May. PMID: 32435663

Allopregnanolone: From molecular pathophysiology to therapeutics. A historical perspective. Paul SM, Pinna G, Guidotti A. *Neurobiol Stress.* 2020 Mar 14;12:100215. doi: 10.1016/j.yn-str.2020.100215. eCollection 2020 May.

Doen-regulation of neurosteroid biosynthesis in corticolimbic circuits mediates social isolation-induced behavior in mice. Agís-Balboa RC, Pinna G, Pibiri F, Kadriu B, Costa E, Guidotti A. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2007 Nov 20;104(47):18736-41. doi: 10.1073/pnas.0709419104. Epub 2007 Nov 14.

Characterization of brain neurons that express enzymes mediating neurosteroid biosynthesis. Agís-Balboa RC, Pinna G, Zhubi A, Maloku E, Veldic M, Costa E, Guidotti A. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2006 Sep 26;103(39):14602-7. doi: 10.1073/pnas.0606544103. Epub 2006 Sep 19

Postpartum depression. Miller LJ. *JAMA.* 2002 Feb 13;287(6):762-5. doi: 10.1001/jama.287.6.762.



ZBULIMI I BARNAVE NEUROPSIKIATRIKE ME VEPRIM TË SHPEJTË TE SËMUNDJA E DEPRESIONIT 'REZISTENT NË TRAJTIM': MËSIMET E NXJERRA NGA MODULIMI I NEUROTRANSMITERËVE ESENCIALË NË TRU



Bashkim Kadriu
Profesor i Asocuar

Specialist i Neuropsikiatrisë
National Institutes of Health/
National Institute of Mental
Health

Historikisht, për gjashtë dekadat e fundit, teoria mbizotëruese rreth etiologjisë së depresionit ka qenë e bazuar në mungesën apo në modulimin e neurotransmiterëve monoaminergjikë në tru, si: seratonina, dopamina apo norepinefrina, që për nga rëndësia prekin domene transdiagnostike shumëdimensionale në tru, nga emocionet, nga motivimi, nga funksionet kognitive e deri tek aftësitë motorike. Si pasojë, shumica e barnave që sot njihen në treg si "barna standarde kundër depresionit", bazohen në modulimin e këtyre neurotransmiterëve, siç janë inhibitorët selektivë të rimarrjes së seratoninës (SSRI) ose të seratoninës dhe norepinefrinës (SNRIs) apo dopaminës e norepinefrinës (DNRI) e të ngjashme, të cilat bllokojnë rimarrjen e seratoninës, norepinefrinës ose dopaminës në hapësirën sinaptike neuronale. Megjithatë, edhe pse efektive te një grup pacientësh, veprimi terapeutik i këtyre barnave merr kohë të gjatë, zakonisht 4-6 javë për të ushtruar efektet e tyre të para antidepresive, e shpesh efektet e tyre të plota marrin muaj të tërë, por çka është më e rëndësishme, një grup i madh njerëzish, rreth 30% që vuajnë nga depresioni nuk kanë efekte benefiale terapeutike nga ky grup barnash¹.

Në dekadën e fundit, hulumtimet shkencore me 'gjenerata të reja' të medikamenteve, siç është ketamina, tregojnë se është e mundur që veprimet terapeutike antidepresante të arrihen shumë më shpejt, madje në kohë rekord, që zakonisht fillon pas disa orësh apo ditësh pas marrjes së një doze bari dhe një efekt i tillë zgjat me javë e muaj të tërë. Në raste të tjera efekti terapeutik mirëmbahet me doza trajtimi të përsëritura javore apo mujore. Madje, këto efekte terapeutike është e mundur të arrihen te njerëzit më sfidues në trajtim që njihen me emrin "rezistent në trajtim".

Ketamina u sintetizua për herë të parë në vitin 1962 dhe u miratua për përdorim anestetik në Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA) në vitin 1970. Ketamina vazhdon të përdoret akoma edhe kësaj dite dhe është në listën e barnave esenciale të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH). Pavarësisht faktit që është zbuluar që një kohë të gjatë dhe përdorimit të gjerë në fushën e anesteziologjisë me dekada të tëra, mekanizmat themelore të veprimit të ketaminës mbeten kryesisht të panjohura akoma edhe sot. Hipoteza mbizotëruese është ajo e antagonizmit të drejtpërdrejtë dhe të tërthortë në receptorin N-metil-D-aspartat (NMDAR) në nivel të qelizave glutamatergjike si dhe modulimin e xhiros së receptorëve të acidit α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic (AMPA) ². Ketamina gjithashtu bllokoi receptorët NMDA të vendosura në GABAergic kortikale ^{2,3}. Këta mekanizma konvergjentë duket se nxisin ndryshime të shpejta dhe të qëndrueshme në

plasticitetin sinaptik që rezultojnë nga aktivizimi i transduktorëve postsinaptikë që kontribuon në rritje të formësimit të shpinave sinaptike të qelizave neuronale, që më tutje propagojnë dhe mirëmbajnë efektet antidepresive të ketaminës me kalimin e kohës⁴. Madje, studimet sugjerojnë se një kaskadë konvergjente e disa mekanizmave të shkaktuar nga profili unik farmakodinamik i ketaminës mund të jetë kritik për efektet e saj antidepresive^{3,5}.

Historia e studimeve fillestare paraklinike që implikojnë sistemin glutamatergik në etiologjinë e çrregullimeve të depresionit dhe formës filluan në dy dekadat e fundit⁶. Studimi i parë klinik i përmasave të vogla, rastësisht zbuloi që doza subanestetike intravenoze (0.5 mg/kg) e ketaminës, e administruar gjatë 40 minutave, shfaq efekt antidepresant jashtëzakonisht të shpejtë brenda një kohe rekord⁷. Që atëherë, studime të shumta, dyfish të verbra, të rastësishme e të kontrolluara nga placebo, e kanë konfirmuar efikasitetin antidepresiv të ketaminës për njerëzit rezistent në trajtim që vuajnë nga depresioni i rëndë⁸ ose çrregullimet e depresionit bipolar⁹. Studime të shumta dhe meta-analizat studimore më pas i vërtetuan këto gjetje, por jo vetëm, pasi vërtetuan se një infuzion i vetëm ketamine gjithashtu ka efekte signifikante dhe të shpejta (1 deri në 4 orë) në domene transdiagnostike siç janë idetë akute suicidale (vetëvrasëse)¹⁰, efekte anti-anhedonike¹¹, anti-inflamatore¹² etj. Madje në kohën e fundit, studiuesit ishin në gjendje t'i zgjasnin me sukses këto efekte me infuzione të përsëritura¹³. Këto gjetje inovatore çuan në zhvillimin e esketaminës intranazale, një stereoisomeri që rrjedh nga ketamina racemike. Provat klinike pozitive të fazës 3 përcaktuan efikasitetin e saj¹⁴, gjë që çoi në miratimin e kësaj të fundit në mars të vitit 2019 nga Agjencioni për Ushqim dhe Barna në SHBA dhe më vonë nga Agjencioni Evropian për Medikamente, për njerëzit mbi moshën 18-vjeçare që vuajnë nga depresioni rezistent në trajtim apo te njerëzit me ide akute suicidale¹⁵.

Dekada e fundit e arritjeve shkencore, zbulimi i efekteve të barnave si ketamina kanë revolucionarizuar pritshmërinë tonë se kur mund të priten efektet antidepresive të barnave. Ky ndryshim i paradigmes ka ringjallur shpresën te njerëzit që luftojnë me depresionin, veçanërisht depresionin rezistent në trajtim, duke i shndërruar pritshmëritë e tyre nga barna që veprojnë brenda disa javësh ose marrin muaj të tërë për të shfaqur efektet terapeutike, në barna që veprojnë në orë ose në dite. Fuqia e pakrahueshme e efekteve të ketaminës, si dhe aprovimi i kësaj të fundit ka sjellë revolucion në lëminë e neuroshkencës. Madje në vitin e njëjtë ndodhi edhe aprovimi i medikamentit Brexanolon, bar neurosteroid me veprim agonist

Korrespondenca:
bashkim.kadriu@nih.gov

të receptorëve GABA për nënat që përjetojnë depresionin pas lindjes. Ketamina së bashku me Brexenolon-in nënvizojnë shembujt e parë të një agjenti antidepresiv me mekanizëm të ri veprimi që modulojnë neurotransmiterë shumë unik për nga qasja, që vjen pothuajse pesë dekada pas terapive të ngjashme, të njohura si barna “me too”.

Referencat:

1. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163(11): 1905-17.
2. Kadriu B, Musazzi L, Henter ID, Graves M, Popoli M, Zarate CA, Jr. Glutamatergic Neurotransmission: Pathway to Developing Novel Rapid-Acting Antidepressant Treatments. *Int J Neuropsychopharmacol* 2019; 22(2): 119-35.
3. Duman RS, Aghajanian GK, Sanacora G, Krystal JH. Synaptic plasticity and depression: new insights from stress and rapid-acting antidepressants. *Nat Med* 2016; 22(3): 238-49.
4. Moda-Sava RN, Murdock MH, Parekh PK, et al. Sustained rescue of prefrontal circuit dysfunction by antidepressant-induced spine formation. *Science* 2019; 364(6436): eaat8078.
5. Kadriu B, DZ-D, Kraus C, et al. . Not so fast: recent successes and failures in treating depression. *J Clin Psychiatry* 2020; 81(4).
6. Skolnick P, Popik P, Trullas R. Glutamate-based antidepressants: 20 years on. *Trends Pharmacol Sci* 2009; 30(11): 563-9.
7. Berman RM, Cappiello A, Anand A, et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol Psychiatry* 2000; 47(4): 351-4.
8. Zarate CA, Jr., Singh JB, Carlson PJ, et al. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(8): 856-64.
9. Zarate CA, Jr., Brutsche NE, Ibrahim L, et al. Replication of ketamine's antidepressant efficacy in bipolar depression: a randomized controlled add-on trial. *Biol Psychiatry* 2012;



COVID-19, NJË SFIDË GLOBALE - MENDIMET RUMINATIVE (TË PËRSËRITURA) NEGATIVE DHE E ARDHMJA PA PRESPEKTIVË

Vjollca Ramiqi ¹, Lora Bytyqi ², Nazife Hulaj ¹

¹Specialiste e Psikiatrisë, QKUK; ² Royal Mental Health Ottawa, Canada;

Kohëve të fundit , secili nga ne, i preokupuar mbi situatën aktuale të pashpresë. Mendime obsesive negative , se si do funksionoj bota tani e tutje . Ndjenjë e frikës jo vetëm për cenim integral psiko-fizik por edhe perspektivën individuale ekonomike. Falimentimi i investimeve individuale dhe shoqërore gjithashtu një ankth preokupues mbi një të ardhme të paqartë .

Zhvillimi industrial dhe ekonomik dhe dëmtimet e vetëdijshme e të ndërtdijshme nga faktori njeri, sikur janë kundërpërgjigje e natyrës me një tendencë për regjenerim dhe reflektim . Toksiciteti hapësinor nga gjithë kjo pakujdesi, shkak i një kundërpërgjigje për një shfaqje të papritur epidemiologjike, siç është kjo situatë tani .

Gjatë zhvillimit edukativ , të gjithë ne marrim leksione dhe këshilla për kujdesin ndaj higjienës personale dhe kujdesit ndaj rrethit ku jetojmë. Disa nga ne përvetësojmë modelet edukative nga prindërit dhe shkolla ,ndërsa të tjerë nga vendi me traditë urbane kulturore.

Në vendet e zhvilluara metropolitane, edukimi mbi shprehitë e kujdesit individual, ndaj hapësirës së gjelbëruar paraqet një parakusht për mirëqenie dhe jetëgjatësi të shëndoshë .

Shikuar në retrospektivë, kemi mësuar se gjithë kjo çfarë po ndodhë është një protestë e universit si keqpërdorim ndaj sa . Kjo hyrje duket filozofike, por fillon nga thjeshtësia dhe mbaron kah ndërlikueshmëria. Është analogjike me një fëmijë që lind, fillimisht prezanton të menduar konkret dhe përfundon me një zhvillim abstrakt .

Prandaj , derisa jemi te vegjël ndërtojmë , një perceptim mbi jetën dhe rëndësinë e kujdesit në përgjithësi dhe më pas duke u rritur perceptimi tutorial nga mësuesit dhe prindërit kalon në perceptim individual duke sintetizuar dhe projektuar ide dhe mendime individuale . Perceptimet individuale krijojnë , ngjyrimin e ndryshëm perceptues global. Qenia njerëzore është e lindur , për të krijuar ose dëmtuar diçka , në mënyrë të vetëdijshme ose të ndërtdijshme . Arsyeja gjithnjë qëndron nga mënyra e zhvillimit dhe edukimit individual .

Nëse gjatë zhvillimit psikomotor , individi introjekton një model jo të qartë apo jo të strukturuar prindëror, ata në të ardhmen do praktikojnë modele të shtrembëruara dhe shkatërruese për rrethin dhe veten në rend

të parë .

Reaksioni alarmues dhe qëndrimi indiferent ndaj informacioneve në lidhje me Covid -19 ;

Konfuzioni kolektiv rritet kur nuk dihet prejardhja e kësaj situatë të krijuar . E panjohura nxit shumë dilema, duke mos e kuptuar se prej cilit faktor rrjedhimisht vjen shkakton. Faktori i drejtpërdrejtë njeri apo vet biologjik . E panjohura gjithmonë gjeneron shumë të panjohura në aspektin kognitiv, e që mbarojnë me çrregullime mendore dhe në sjellje .

Mosnjohja e shkaktonit, ka gjeneruar tek disa një sjellje agresive , tek disa tërheqje individuale me një përjetim depresiv. Sjellja agresive nuk është vetëm reaktion frike por edhe një reaktion i pasigurisë mbi mirëqenien individuale .

Në aspektin psikodinamik, reaksionet emocionale për ngjarjet janë të ndryshme. Reagimet dhe përjetimet jo të njëjta emocionale ndaj një situatë të njëjtë kanë një të përbashkët frikën. Disa prej tyre reagojnë me qetësi dhe nuk reagojnë në situatë alarmuese , ndërsa të tjerët me shumë simptome neurovegjetative . Një sjellje normale ndaj një situatë të rëndë emocionale është formë e desenzibilizimit dhe adaptimit të mekanizmave ndaj situatës, por jo mungesë e frikës.

Kjo është një tregues, se ballafaqimi i parë me përjetimet e rënda shkon në drejtim të kthimit në një gjendje normale. Përjetimi i një situatë të rëndë si një ngjarje normale nënkupton konvertimin intro-projektues të ngjarjes së përjetuar më parë, në gjendje normale .

Psh , per disa individ të cilët kishin të spitalizuar të afërmit e tyre , në fillim reagonin në mënyrë dramatike nga frika e humbjes të të afërmeve të tyre , ndërsa të tjerët me një mpirje emocionale . Analogjia e kësaj situatë përshkruhet si një unifikim dhe identifikim me familjet tjera që kishin humbur të dashurit e tyre më parë.

Prandaj ,reaksionet normale emocionale ndaj numrit të vdekjeve me indiferencë emocionale janë reduktim i frikës ndaj infeksionit dhe zvogëlim i vdekshmërisë .

Covid -19, "Medale e Artë", për pacientët me sëmundje mendore ;

Prej gjithë pacientëve të shtrirë në Klinikën e Psikiatrisë vetëm dy ishin të infektuar me

Covid -19 (Maj 2021) , edhe atë jo nga kontakti direkt , por nga pakujdesia e prekjes indirekte të gjëseneve të infektuara më parë .

Në jetën e përditshme, personat normal mbajnë distancë psiko-fizike me të sëmurit mendor , së pari nga frika e pavetëdijshme e tyre që ata mund të jenë si ata , dhe së dyti nga frika e drejtpërdrejtë nga kërcënimet fizik nga ata . Të sëmurët mendore e njohin mirë këtë reaktion të rrethit shoqëror . Ata kanë një intuitë dhe inteligjencë të pa prekur .Metakomunikimi është një gjuhë e sofistikuar për ata . Izolimi i përgjithshëm social ,ndërprerja e aktiviteteve nga jashtë , mbretërimi i qetësisë , kalimi i kohës së përbashkët familjare, ata i bënë të ndihen më të qetë dhe më të sigurt . Kjo siguri brenda familjes, ka qenë indikacion për të kërkuar më pak ndihmë në institucionet psikiatrike.

Bashkëpunimi dhe ndërveprimi, problemi kryesor dhe sfidues ;

Derisa, informacionet dhe energjia virtuale po depërtojnë me shpejtësi në realitetin fizik dhe psikik, atëherë në si ekspertë duhet të prezantojmë principet e vetorganizimit ndaj shëndetit mendor

Analiza në drejtim të shtrimit të problemit dhe zgjedhjes së saj, hap perspektivën e komunikimit ndërkolegial e me zgjedhje të përbashkët globale

Sfondi i ndryshëm nacional dhe kulturor , do jetë urë e prezantimit të ideve shkencore për një preventivë të ndikimit në shëndetin mendor. Kjo do jetë një sfidë para nesh, si një frytë ndërgjegjësimi shkencor në mënyrë që të përfitojmë të gjithë ne nga kjo shkence , për të sjellë ide dhe përfitime tjera mbrojtëse për shëndetin mendor. Angazhimi ynë serioze për një dije më të thellë e jo marginë, do jetë kultivues i integritetit të gjuhës së brendshme trupore në relacionet tona jetësore . Prandaj duke punuar së bashku dhe ndarë informacione me njeri tjetrin për një qëllim dhe ndërveprim ,

Çelësi i këtij problemi jemi vet ne , që të hapet perspektiva jonë në këtë nivel të analizës. Ne e dimë, që kjo është shumë e vështirë për të gjithë ne, sidomos për ata të cilët nuk janë trajnuar për të menduar në këtë mënyrë. Kjo nuk ka të bëjë me atë çfarë kemi mësuar në shkollë. Por është frytë i ndërgjegjësimit që të përfitoj shkenca, që të përfitojmë të gjithë ne nga kjo shkencë për të sjellë ide dhe përfitime tjera mbrojtëse për shëndetin. Angazhimi ynë serioz për një dije më të thellë ,kultivon integritetin e gjuhës së brendshme trupore në relacionet tona jetësore. Prandaj , të punojmë së bashku, të shpërndajmë energji dhe informacione me njeri tjetrin , në mënyrë që të formohet një qëllim dhe ndërveprim

PUNA TERAPEUTIKE ME SHTYPJEN E ÇRREGULLIMEVE TË BRENDSHME PSIKOMATIKE PËRMES PSIKOTERAPISË TRUPORE



Arbër Zeka

Psikolog Klinik dhe
Psikoterapist

Sekretar në Shoqatën
Kosovare për Psikoterapi
(KAP),

Zzëvendës Kryetar i
asociacionit Kosovar për
Psikoterapi Trupore (NOK-
TA-AKPT)

Përpara Sigmund Frojdit dhe psikanalizës, është argumentuar pse koncepti trup-mendje është vendimtar për psikologjinë e njeriut dhe se shtypja e emocioneve të brendshme është natyrshme e lidhur me këto dy aspekte. Arsytimi për këtë buron nga ideja se kushtet fizike ndikojnë në shëndetin mendor dhe se kushtet mendore ndikojnë në shëndetin fizik. Ndryshe nga dëshirat apo ëndrrat, mendimet dhe emocionet tona nuk ekzistojnë vetëm në mendje. Ndjenjat janë ndjenja aktuale dhe fizike. Njerëzit marrin "flutura në stomak" në skenë ose në takimin e parë, apo moderator para fillimit të programit i shfaqen simptomat të caktuar emocional me reagime në trup si skuqja e fytyrës, ndërsa të tjerët që zemërohen lehtë përshkruhen si "të nxehtë".

Trupi mban shëndetin tuaj fizik dhe aftësinë tuaj për të funksionuar mendërisht. Për shembull, edhe veprimet e vogla si ecja dhe lëvizjet e imta të gishtave varen nga një trupi i shëndetshëm. Këto ditë, ne kemi prova se shëndeti mendor dhe fizik janë aq të lidhur me njëri-tjetrin, sa që studimet rreth integritetit mendje-trup në psikologji duken veçanërisht të rëndësishme (Taylor, Goehler, Galper, Innes, Bourguignon, 2010).

Ka qasje të ndryshme për të kuptuar integritetin mendje-trup. Disa studiues argumentojnë se integriteti trup-mendje-psik është thelbësor në fushën mjekësore, pasi pacientët nuk ndiejnë një ndarje të dukshme midis trupit dhe mendjes së tyre. Kështu, mjekët nuk duhet të bëjnë diagnoza që ndajnë mendjen nga trupi (Davidsen et al., 2016).

Për të përmbledhur atë që Selhub (2007) thotë:

"Në mjekësinë mendje-trup, mendja dhe trupi nuk shihen si entitete që funksionojnë veçmas, por si një njësi funksionale. Mendja dhe emgocionet shihen si ndikim në trup, pasi trupi, nga ana tjetër, ndikon në mendje dhe emocione."

Çdo emocion që përjetojmë ka një përfaqësim të ndryshëm në trup. Le të zbërthejmë këto emocione:

1.1. Lumturia

në Lumturia është emocion i vetëm që mbush të gjithë trupin me aktivitet. Kjo mund të tregojë një ndjenjë gatishmërie fizike që vjen me një gjendje të komunikim midis trupit dhe trurit. Zakonisht ndihemi të sigurt kur jemi të lumtur, kështu që në këtë gjendje, ne mund t'i kushtojmë të gjithë vëmendjen tonë përjetimit të vetvetes si pjesë e një botë të pasur me kënaqësi rreth nesh.

1.2. Dashuria

rre Ky është një tjetër emocion i cili mbush trupin me energji aktive, dhe se shpesh zgjon dëshirën fizike, kështu që çuditërisht aktivizon ndjesinë në organet riprodhuese më fort sesa lumturia. Fokusi emocional i dashurisë është njëkohësisht objekt i dashurisë dhe intensiteti i emocioneve në unin subjektiv; Kështu, aktivizimi është intensiv rreth

kokës dhe gjoksit, por më i vështirë vërehet në ekstremitetet e poshtme.

1.3. Krenaria

Ky emocion vërshon zonën e kokës dhe gjoksit me një ndjesi shumë intensive. Ky model aktivizimi korrespondon me një përqendrim te vetja, me burime dhe vetëdije të tërhequr nga brenda dhe larg nga ekstremitetet.

Megjithëse befasia ndjek një model të ngjashëm, forca e aktivizimit është shumë më pak e theksuar, pasi burimet tërhiqen nga brenda për të përgatitur trupin për t'u përballur me rrezikun. Për shkak se befasia mund të jetë pozitive, negative ose neutrale, trupi e përjeton atë në një mënyrë që pasqyron pasigurinë në lidhje me ngjarjen në mënyrë.

1.4. Zemërimi

Zemërimi qëndron i vetëm si emocion negativ me aktivizimin më intensiv, veçanërisht në kokë, gjoks dhe duar. Trupi i zemëruar përgatitet për konflikt duke përqendruar vëmendjen dhe burimet në pjesët e trupit që mund të duhet të veprojnë. Kur imagjinojmë zemërimin ose një kohë kur ndiheshim të tërbuar, shumë njerëz përshkruajnë një dëshirë të madhe për të goditur diçka. Kjo përputhet me skanimin e imazhit të trupit (teknik ne meditimit) ku ndjesia vërshon në duart tona.

1.5. Frika

Frika ka një model aktivizimi të ngjashëm, por shumë më të nënvlerësuar, pasi trupi përgatitet ose të luftojë ose të ikë, por jo domosdoshmërisht kërkon konflikt të drejtpërdrejtë. Nga ana evolucionare, frika kërkonte një mendim të menjëhershëm: a vendos të ik nga ky grabitqar apo të luftoj deri në vdekje? Në terma moderne, a ndjej se mund të qëndroj në këmbë me këtë qenë të frikshëm, apo duhet të ik? Kështu, ka kuptim që ne përjetojmë frikën me një nxitim ndjesie në kokë.

1.6. Neveria

Neveria i tërheq burimet e trupit edhe më fort në thelbin e trupit. Ky emocion bën që trupi të përgatitet për të nxjerrë jashtë çdo lëndë të dëmshme që ka gëlltitur, prandaj fokusi i aktivizimit përgjatë traktit tretës. Kur përjetojmë neveri ndaj njerëzve të tjerë, ndoshta ndjejmë një përqendrim ndjesie në organet tona vitale, si një përgjigje natyrore mbrojtëse ndaj zmbropsjes.

1.7. Turpi dhe përbuzja

Edhe pse turpi dhe përbuzja kanë modele të ngjashme aktivizimi, përbuzja stimulon më pak aktivizim në gjoks. Kjo mund të jetë për shkak se fokusi i përbuzjes është jashtë vetvetes dhe gjykimit të të tjerëve. Turpi, nga ana tjetër, përqendrohet në ndjenjën e dështimit personal dhe gjykimit të vetes për shkaktimin e kësaj. Tek përbuzja presioni i aktivitetit në ekstremitete është shumë i theksuar në turp. Ndoshta kjo është

për shkak se trupi tërheq burimet në vetvete në një përgjigje lufta ose lë në të dyja rastet

1.8 Ankthi

Ankthi është një formë e stresit afatgjatë dhe të shkallës së ulët. Aktivizon gjoksin intensivisht dhe mund të çojë në një ndjenjë frike ose tmerri, siç përjetohet nga sulmet e panikut. Njerëzit që përjetojnë sulme paniku shpesh raportojnë shtrëngime dhe dhimbje në gjoks dhe paaftësi për të menduar përtej frikës së ngutshme të momentit. Këto ndjenja mund të korrespondojnë me tendosjen që ndjejnë zemra dhe mushkëritë ndërsa përpiqen të japin oksigjen në një trup në kushte frike të zgjatur.

1.9. Depresioni

Depresioni ka hartën më të dukshme të emocioneve tona negative. Nuk stimulon asnjë aktivizim në asnjë pjesë të trupit dhe ul aktivizimin në ekstremitete. Në një gjendje depresioni, është e vështirë të lidhesh me veten aktive dhe botën e jashtme. Trishtimi shtyp ndjenjën në kokë dhe gjoks dhe shpesh kontribuon në mungesën e përgjithshme të veprimit apo aktivitetit.

Si mund ta shohim deri me tani këtë integrim mendje-trup, emocionet manifestohen në trup si ndjesi fizike, rrjedh që ndjesitë fizike mund të prodhojnë emocione përkatëse. Neuroshkencëtarë molekular Lauri Nummenmaa e shpjegon këtë më poshtë:

“Emocionet rregullojnë jo vetëm gjendjet tona mendore, por edhe trupore. Në këtë mënyrë ato na përgatisin për të reaguar me shpejtësi ndaj rreziqeve, por edhe ndaj mundësive [...] Vetëdija për ndryshimet përkatëse trupore mund të shkaktojë më pas ndjesitë e ndërgjegjshme emocionale, siç është ndjenja e lumturisë.” Për shembull, ka të ngjarë që ngrohtësia e një batanije të mbështjellë rreth shpatullave në një ditë të ftohtë, përkthehet nga një ndjesi fizike e nxehtësisë në një ndjenjë emocionale lumturie dhe sigurie. Trupi është subjekt i stresorëve të vazhdueshëm, të jashtëm dhe të brendshëm (Antonovsky, 1993).

2. Psikoterapi e orientuar drejt trupit (psikoterapia trupore)

Psikoterapia trupore e quajtur edhe psikoterapi e orientuar drejt trupit, ose terma të tjerë si somatik psikologjia (Nick Totta, 2003), është një qasje psikoterapeutike e ndikuar drejtpërdrejt nga puna shkencore e Pierre Janet, Sigmund Freud dhe veçmas punës së zhvilluar nga Wilhelm Reich, i cili fillimisht e quajti vegjetoterapi. Pavarësisht ndikimit teorik të shumë shkencëtarëve, Wilhelm Reich dhe teoria e tij mbi psikoterapiën trupore konsiderohen trupi themelor i kësaj qasje. Reich besonte se ndjenjat tona të shtypura shfaqet në trupin tonë, duke shkaktuar

ndjenjën e bllokimit në muskujt tanë, kështu që ai zhvilloi teorinë e tij mbi ‘analizën karakterit’ (Stanton, 2002), për të përshkruar se si njerëzit ndërtojnë ndjenjën e tyre të brendshme, e cila reflektohet në imazhin dhe konceptin mbi trupin. Për Reichun, dhe veçanërisht në kohën tonë të psikoterapisë trupore, aspektet psikologjike dhe gjithashtu psikosomatike duhen trajtuar së bashku (Totton, 2005), gjithashtu për të paraqitur karakterin e individit, kjo i jep fuqi psikoterapisë trupore.

Psikoterapia trupore me Raichun, studentët e tij dhe ndjekësit kanë zhvilluar një gamë të gjerë qasjesh brenda sajë, e cila është e veçantë për psikoterapi trupore, të tilla si ‘Bioenergetics’ (Alexander Lowen), Radix (Charles Kelly), Core Energetic (John Pierrakos), Psikoterapia Trupi Interkreative (Jack Rosenberg), Anatomia Emocionale (Stanli Keliman), Psikologjia Biodinamike (Gorda Boyesen), Hakumi (Ron Kurtz), Biosinteza (DavidBoadella) etj. Kjo argumenton qartë se trajtimi i emocioneve të brendshme në trup ka një metodë të gjerë aplikimi dhe përfshirje që ndihmon drejt shërimit. Brenda psikoterapisë dhe psikoterapi trupore ndjekësit e Rechet kanë dhënë kontribut të veçantë për paraqitjen e argumenteve për trajtimin e brendisë, shpesh të referuar edhe si selfi.

Në lidhje me këtë temë, Peter Levine, Babette Rothschild, Pat Ogden & Kekuni Minton, Nick Totton dhe autori si Bessel van der Kolk have kanë bërë shumë punë në këtë fushë, ata kanë shkruar shumë për aspektet emocionale të brendshme dhe kjo ka ndihmuar në ndryshimin e të kuptuarit tonë bazë të punës me klientët tanë. Pra, mund të thuhet me siguri se është pothuajse e pamundur të punosh me njerëz të traumatizuar dhe të mos përdorësh teknika psikoterapie nga psikoterapia e trupit (van der Kolk, 2004).

Rishikimi i rezultateve të hulumtimit në lloje të ndryshme të psikoterapisë së orientuar nga trupi arrin në përfundimin se provat më të mira mbështesin efikasitetin për trajtimin e çrregullimeve somatoforme dhe psikosomatike (Röhrich, 2009), ndërsa ka gjithashtu mbështetje për efektet përgjithësisht të mira në përvojën subjektive simptomat e depresionit dhe ankthit, somatizimi dhe pasiguria sociale (Röhrich, 2009). Një rishikim më i fundit zbuloi se rezultatet në disa nga këto fusha ishin të përziera ose mund të kishin rezultuar nga shkaqe të tjera (për shembull, simptomat somatike në një studim u përmirësuan edhe pas përfundimit të terapisë, duke sugjeruar se përmirësimet mund të kenë qenë të palidhura me terapi (John, 2005).

Psikoterapia trupore është një modalitet i përdorur në një qasje multi-modale

për trajtimin e traumave psikologjike, veçanërisht çrregullimin e stresit post-traumatik (PTSD) dhe çrregullimin kompleks të stresit post-traumatik (C-PTSD). (Piter, 1997 dhe 2005).

Rikuperimi i një ndjenje të kufijve fizikë nëpërmjet psikoterapisë trupore është një pjesë e rëndësishme e rivendosjes së besimit tek të klinetët të cilët kanë problem me bllokim e emocioneve të brendshme (Pat, 2006). Duke kombinuar vetëdijen somatike dhe njohëse, një qasje e tillë kthehet për frymëzim në punën pioniere të Janet, si dhe duke përdorur punën më të fundit të António Damásio (Pat). Nevoja për të punuar shpesh pa kontakt me viktimat e traumatizuara paraqet një sfidë të veçantë për psikoterapistët trupore (Babet, 2002).

3. Integrim trup, mendje dhe psik në terapi me psikoterapiën trupore

Si psikoterapistë trupor, jemi mësuar të shikojmë informacionin psikologjik si dhe informacionin fiziologjik në kontekstin e përbashkët në raport me klientit (Shaw, 2003). Kjo nënkupton së në cilësinë e psikoterapeutit trupor, nëse ka mungesë të vetëdijes për trupin, detyra e psikoterapeutit është ta rikthejë klientët në trupin e tyre. Për këtë qëllim, ne prirëmi në vazhdimësi të bëjmë pyetje se “si ndihet kjo në trupin tuaj”? Por çfarë të bëjmë për klientët që nuk kanë përgjigje? Veçanërisht në praktikën terapeutike të traumës, shpesh lind pyetja se si të punohet me klientët që nuk kanë qasje (ose të shqetësuar) në perceptimin e tyre trupor. Sidomos nëse klientët kanë përjetuar dhunë, ata shpesh nuk mund ta ndiejnë trupin e tyre. Ndoshta sepse trupi përmban shumë stres dhe çorganizim për të lejuar perceptimin e tij personal mbi trupin. Kështu që puna e terapisë këtë raste nuk është të ndihmojë njerëzit të përshtaten me shtypjen (Kinavey & Cool, 2019), por të mësoj rrugën e kalimit përmes saj duke mishëruar aspektet psikologjike me ato fiziologjike.

Sipas sfondeve dhe teknikave teorike të zhvilluara nga Bessel vander Kolk në librin e tij (2015), “Trupi mban rezultatet: truri, mendja dhe trupi në shërimin e traumës” dhe në librin e Pat Ogden (2006), “Trauma dhe trupi: Një qasje sensorimotorike ndaj psikoterapisë”, autorët punojnë më vëzhgim shumë të afërt të shenjave somatike të klientit, si: tensioni muskolor spontan; të dridhurat; ndryshime në frymëmarrje; pulsi i klientit; dhe me çdo lëvizje të trupit pa përfshirë ndjesinë. Këto teknika vëzhguese të cilat kanë të bëjnë me trupin janë shumë të nevojshme: për të ‘qëndruar’ me klientin në ‘moment’; në mënyrë që të shoqëroj proceset somatike të klientit; për të arritur “shkrirjen” e kujtesës së tyre somatike, apo mishërimin e psikologjisë me fiziologjinë; dhe për të kapërcyer barrierat mbrojtëse

klientit që zakonisht pengojnë qasjen në kujtimet traumatike të personit.

Për ta kuptuar këtë pjesë, po marr shembull rastin e klientit të identifikueshëm për mu me shifrën KD. Në fillim të procesit terapeutike, KD ishte 21 vjeç. Baba i tij kishte humbur jetën në luftë vite me parë dhe tani jeton vetëm më nënën dhe dy motrat e tij. Kishte kryer shkollën fillore, por nuk kishte vazhduar me shkollën e mesme. Ngjarjet jetësore dhe ecuria e jetës familjare kishin ndërprerë zhvillimin e tij normal karshi normave shoqërore në të cilat ai jetonte. Ai ndjeu se familja dhe rrethi i tij social e kishin lënë të pafuqishëm dhe vetëm. Përpjekja për të hyrë në marrëdhënie të reja me njerëz kishin dështuar gjithashtu për shkak të mosbesimit të tij dhe lëndimit të pranuar nga ta. Kështu, fillimi i terapisë, u desh shumë kohë para se të krijonim një mjedis të sigurt mes nesh, klient dhe psikoterapeut. Dukej kështu, sa herë që ndjenjat e besimit lindnin mes nesh, ai duhej të provonte 'sigurinë' e marrëdhënies sonë duke e testuar atë. Duke vazhduar me psikoterapi, ishte mirë që ai të ndjente këtë mosbesim - pa asnjë formë ndëshkimi. Në jetën e tij, përpjekje për të gjetur lidhje miqësie me një burrë e përkeqësuan në mënyrë dramatike gjendjen e tij të shëndetit emocional. Ai raportoi se kishte edhe më shumë dhimbje në trup. Duke studiuar simptomat e tij 'me mendje', ne filluam duke rregulluar disa nga simptomat e tij. Përveç simptomave të tij fizike, ai kishte kontaktuar – për herë të parë – me kujtimet e fëmijërisë së tij të përhapur të dhunës dhe abuzimit seksual. Ai kishte filluar të ripërjetonte ngjarjet traumatike që kishin ndodhur në fëmijërinë e vonë të tij. Këto ngjarje u përsëritën më vonë me lidhjet e reja të tij. Ai kishte përjetuar dhunë fizike dhe emocionale.

Kjo me detyrojë që seancat të i fokusoj në krijimin e atmosferës së sigurisë dhe besimit. Përpjekja për të punuar më shumë me simptomat somatike ishte e vështirë. Në vend që të punonte me përvojat me trupore, ai shkoi vazhdimisht tek aspekti e dhunës seksuale dhe pasojat e tij, në botën e koncepteve mendore. Roli im në këtë rast ishte ta ndihmoja atë me mënyrën se si ai mund të përballonte energjinë e tij pothuajse dërrmuese ndërsa po rindëronte kujtimet e tij, në këtë mënyrë të komunikimit

: T = Terapist; K = Klienti:

(T) Kur shkoni te fëmija juaj i brendshëm, duke parë babanë tuaj duke ardhur drejt jush, çfarë ndjeni në trupin tuaj?

(K) Ndjej pak frikë ...

(T) Ku në trupin tuaj e ndjeni këtë lloj frike?

(K) Pikërisht në gjoks dhe stomak.: më shtrëngohet ...

(T) Kjo është në rregull. Qëndro pak me këtë ndjenjë të shtrënguar...Çfarë vjen më pas, kur të rrih me të...

Më pas e inkurajoi atë të përqendrohej në ndjenjat e dridhura dhe më pas të mësonte të

qëndronte me to. Nga seancat e tjera, ajo mësoi se ishte në rregull të qëndronte me këto ndjenja të pakëndshme derisa ato të ndryshonin, dhe atëherë trupi i tij do të ndihej më i qetë. Në përgjithësi, ne e ndoqëm këtë sekuencë në një protokoll që na lejoi të punonim me kujtesën episodike. Duke punuar me këtë protokoll (Raste studimore të psikoterapisë trupore, 2018), pyeta:

-Zgjidh një ngjarje që duket se ka lidhje vetëm me stresin, por jo edhe me traumën.

-Ndiqni ndjesitë dhe emocionet e trupit.

-Si terapist pyesni veten se çfarë ndjesie trupore po përjeton klienti tani; menjëherë pasi keni folur për këto ngjarje: jo atë që ka përjetuar në të shkuarën, por atë që po përjeton tani.

-Qëndroni të fokusuar në ndjesinë, derisa të rregullohet në trup.

-Kthehuni të ngjarja, lërinini të tregojnë për disa detaje të tjera rreth ngjarjes traumatike, derisa të fillojnë të vërejnë simptomat, derisa të mund ta anashkalojnë ngjarjen, të përmbahen përsëri dhe të gjurmojnë ndjesitë dhe emocionet e trupit.

-Përfundoni me "Burimet": çfarë mund të bëjë klienti më pas.

Duke aplikuar këtë mënyrë të ndërhyrjes, klienti mësoi që të u besoj reagimeve të tij të brendshme somatike, si dhe të pranoi se lidhja terapeutike është e rëndësishme për eksplorimin e aftësive të ndryshme të marrëdhënies, sepse, pas një traume, njerëzit zakonisht veprojnë ndryshe në marrëdhëniet e tyre. Përvoja jonë klinike tregon se njerëzit të traumatizuar kanë zakonisht shumë vështirësi për të hyrë në perceptimin e tyre të brendshëm dhe/ose për të folur për ndjesitë e trupit (Grassmann, 2018).

Psikoterapia trupore është qasje terapeutike e cila angazhon ndërgjegjësimin e trupit si një mjet dhe ndërhyrje të fuqishme në terapi. Qasjet somatike (puna me trupin) përdoren për të përfshirë marrëdhënien midis mendjes, trupit, trurit dhe sjelljes. Terapistët nga psikoterapia trupore në mënyrë somatike përdorin ndërhyrje për të ndihmuar në qetësimin e sistemit nervor të klientëve të tyre dhe për të krijuar më shumë lehtësi në procesin e shërimit. Më poshtë kemi disa koncepte kryesore të përdorura në psikoterapi trupore.

4.Përfundime

Shkenca moderne po konfirmon tani se të gjitha problemet, qofshin ato fizike apo emocionale, konsiderohen brenda rrjetit më të madh të jetës së një individi. Kjo qasje parandaluese është përfaqëuar nga shumë psikoterapeut dhe mjekë të cilët janë në gjendje të ndihmojnë individët të arrijnë mirëqenien mendore, fizike dhe emocionale. Si një shtesë e kujdesit të mirë mjekësor, Psikoterapia Trupore po bëhet gjithnjë e më popullore si një mjet për vetëkujdes me kosto efektive. Një sasi e madhe kërkimesh biomjekësore tani tregojnë se ndjenjat, besimet, qëndrimet, jeta shpirtërore dhe mirëqenia fizike

Referencat:

- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37(8), 969-974.
- Courteny Young, Jacquelin A. Carleton dhe Herbert Grassmann (2018). *Body Psychotherapy Case Studies*. Publisher: Body Psychotherapy Publications: www.bodypsychotherapypublications.com ISBN: 978-1-908729-14-9
- Herbert Grassmann (2018), *A collection of 15 Body Psychotherapy Case Studies*, produced in conjunction with the EABP Science & Research Committee. https://www.researchgate.net/publication/327602014_Body_Psychotherapy_Case_Studies
- Ivey, A., Ivey, M.B., Zalaquett, C., & Quirk, K. (2009, December 3). *Counseling and neuroscience: The cutting edge of the coming decade*. *Counseling Today*. Retrieved from <http://ct.counseling.org/2009/12/reader-viewpoint-counseling-and-neuroscience-the-cutting-edge-of-the-coming-decade/>
- John (2005). "The Outcome of Body Psychotherapy". *The USA Body Psychotherapy Journal*. 4 (2).
- Kinavey, H., & Cool, C. (2019). *The broken lens: How anti-fat bias in psychotherapy is harming our clients and what to do about it*. *Women & Therapy*, 42 (1-2), 115-116. <https://doi.org/10.1080/02703149.2018.1524070>.
- Levine, P. (1997) *Waking the Tiger: Healing Trauma*. North Atlantic Books. ISBN 1-55643-233-X
- Levine, P. (2005) *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body* Sounds True, Har/Com edition. ISBN 1-59179-247-9; ISBN 978-1-59179-247-5
- McGuire, C., Gabison, J., & Kligler, B. (2016). Facilitators and barriers to the integration of mind-body medicine into primary care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(6), 437-442.
- Nummenmaa Lauri dhe Sander David (2021). *Reward and emotion: an affective neuroscience approach*. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 23 April 2021.
- Ogden, Pat. et al., (2006) *Trauma and the Body p. Xxv*

janë të ndërthurura ngushtë.

Në fushën e psikoterapisë, pyetjet se si proceset nervore ndikohen nga emocionet, si dhe se psikologët adresojnë pyetje të tilla si se si mendimet dhe emocionet njerëzore lidhen me receptorët nervorë specifikë të aktivizuar në nivel qelizor, janë element sot të cilat konsiderohen mjaftë të rëndësishme. Ivey, Ivey, Zalaquett dhe Quirk (2009) treguan pesë fusha me rëndësi në arenën e terapisë mendje-trup, të cilat lidhin studimin e neuroshkencës me praktikën e këshillimit. Këto fusha përfshijnë si më poshtë:

të •Neuroplasticiteti – E thënë thjesht, truri mund të ndryshojë. Këshillimi efektiv jo vetëm që ndryshon mendimet, emocionet dhe besimet, por gjithashtu ndryshon edhe trurin.

•Neurogjenezja – Psikoterapia mbështet ndërtimin e neuroneve të reja. Nëpërmjet një procesi të njohur si apatosis, truri hedh vazhdimisht neuronet e papërdorura dhe shton të reja.

•Vëmendja dhe fokusi - Pjesëmarrja me energji dhe interes matet përmes imazhit të trurit. Tani që pjesëmarrja mund të matet, është e qartë se vëmendja dhe fokusi aktivizojnë thelbin e trurit, i cili stimulon korteksin dhe prodhon neurone pasqyre.

•Sqarimi i emocioneve – Imazhi i trurit tani tregon se secili prej emocioneve ndez pjesë të ndryshme të trurit.

•Mirëqenia dhe pozitiviteti- Hulumtimet tregojnë se një korteks frontal ekzekutiv efektiv i fokusuar në pikat e forta mund të kapërcejë negativitetin.

Rossi dhe Cheek (1988) deklaruan, "Neuropeptidet dhe receptorët bashkohen me trurin, gjëndrat dhe sistemin imunitar në një rrjet komunikimi midis trurit dhe trupit, ndoshta duke përfaqësuar substratin biokimik të emocionit" (f. 208). Ata shtuan më tej se funksionet mendje-trup moduloen nga substanca informacioni që aktivizohen në nivel qelizor. Këto substanca informacioni përfshijnë neurotransmetuesit, neuromoduluesit, neurohormonet dhe hormonet. Të kuptuarit sesi mendimet, veprimet dhe emocionet ndikojnë në tru dhe trup, fuqizon psikoterapistin që të trajtojë trurin e klientit për mirëqenien emocionale dhe fizike.

Referencat:

psychotherapy: The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. Journal of Body, Movement & Dance in Psychotherapy, Vol. 4, No. 2, pp. 135-156.

13.Rothschild, Babet. (2002) 'Body psychotherapy without touch', in Staunton, Ch. 5

14.Selhub, E. (2007). *Mind-body medicine for treating depression: Using the mind to alter the body's response to stress. Alternative & Complementary Therapies, 13(1), 4-9.*

15.SHAW, R. (2003). *The Embodied Psychotherapist: The Therapist's Body Story.* London: Routledge.

16.Staunton, Tree. (Ed.) (2002) *Body Psychotherapy* Brunner Routledge. ISBN 1-58391-

115-4

17.Taylor, A. G., Goehler, L. E., Galper, D. I., Innes, K. E., & Bourguignon, C. (2010). *Top-down and bottom-up mechanisms in mind-body medicine: Development of an integrative framework for psychophysiological research. Explore, 6(1), 29-41.*

18.Totton, Nick. (2005). *New Dimensions in Body Psychotherapy.* London: Open University Press/McGraw-Hill

19. Totton, Nick. (2005). *New Dimensions in Body Psychotherapy.* London: Open University Press/McGraw-Hill

20. Van der Kolk, B: (2004) "Center in the eye of the storm" In *Psychotherapy Networker, Jan/Feb 2004.*



MOS MENAXHIMI I DEPRESIONIT ME KOHË DHE RREZIKSHMËRIA PËR SUICIDITET



Xhezide Lumi
Specialiste e Psikiatrisë

*Klinika psikiatrike e fëmijëve
dhe të rinjve PDAG, Windisch,
Aargau, Zvicër*

Para se te flasim për mos menaxhimin e depresionit dëshiroj të sqaroj pak mbi etiologjinë e Depresionit.

Shumë stresor psikosocial (si p.sh. situatat e ndryshme në jetë, ngarkesat akute ose kronike) dhe stresor fiziologjikë (p.sh. ndryshimet organike në tru, Infektet virale, çrregullimet në gjëndrën Tiroide) ndikojnë në devijim të neurotransmiterëve (Katekolamin-/ Serotonin-Hypoteza) si dhe në devijimin e Neuroendokrinologjisë (Kortikosteroid-receptor-Hypoteza). Të gjitha këto qojnë tek simptomat depressive (emocionale, kognitive dhe somatike).

Shumë sëmundje somatike si dhe marrja e barnave të caktuara mund të shkaktojnë depresionin dhe manitë (p.sh. Morbus Parkinson, Hypotireoza, trajtimi me kortison etj.)

Kërkimet epidemiologjike kanë vërtetuar se 10-25% e rasteve të trajtuara te mjeku i shtëpisë kanë të bëjnë me depresionin. Prandaj është shumë me rëndësi që mjeku familjarë në radhë të parë të ketë: mirëkuptim për sëmundjen, kompetenz terapeutike, njohje të kufijve të vetë dhe gatishmërinë për punë të përbashkët.

Një depresion qon tek dëmtimet graviduese psikike të cilat mund t'i përjetoj një njeri. Për shkak të pasojave të rënda sociale dhe humbjes së cilësisë së jetës, ai është i krahasueshëm me sëmundjet më të shpeshta kronike somatike.

Tek depresionet e rënda unipolare kanë episode që zgjasin shumë gjatë(33% e Pacientëve kanë episode të gjata mbi dy vite), gjithashtu një shkallë të vetëvrasjes tek pacientët e hospitalizuar 15%.

Me fillim të hershëm të trajtimit të depresionit munden pamvarësia dhe aftësia për të punuar të ruhen, poashtu synohet më mirë edhe integrimi në rrethin social.

Me rëndësi të madhe është t'i shmangim pasojat e depresionit të panjohur: tendenca për kronifikim, humbja e kualitetit të jetës, izolimi social, rritja e mortalitetit (suicidet), rritja e vulnerabilitetit për sëmundjet somatike, si dhe rritja e kostos së shëndetit.

Anëtarët e familjes dhe grupet mbështetëse luajnë një rol kyç në menaxhimin e depresionit dhe uljen e suicidalitetit. Në konceptin terapeutik patjetër duhet të përfshihen anëtarët e familjes .

Kërkesat për anëtarët e familjes janë këto: të mësojnë të kuptojnë vuajtjen a anëtarit të familjes, të kuptuarit e biologjisë, gatishmëria për punë të përbashkët, të mësojnë të kuptojnë planin e terapisë, të kenë mirëkuptim për paaftësinë, hapat e vogël t'i vlerësojnë pozitivisht, njohuritë mbi mundësin e recidivitetit, njohjen mbi rrezikun e suicidalitetit.

Të afërmit e pacientëve depresiv duhet të kenë një masë të madhe të mirëkuptimit, durim dhe të tregojnë altruizëm. Prandaj tek çdo pacient depresiv pa marrë parasysh moshën duhet të involvohen familjarët.

Depresionet munden ta" infektajnë "rrethin: humbja e dëshirës për jetë, frika sociale, pafuqia, ndjenja e fajit, vetëbesimi, agitiriteti, nervozizëm i rritur, pagjumësia etj. Përparësitë e njohjes me sëmundjen e anëtarëve të familjes janë: mirëkuptimi për sëmundjen, rritet vetëbesimi, do të bëhen vetë më pak depresiv (edhe partneret mund të bëhen depresiv) dhe bashkëpunimi i lartë.

Grupet mbështetëse luajnë një rolë shumë të rëndësishëm në menaxhimin e depresionit p.sh duke i shkëmbyer përvojat mes veti pacientët depresiv (Terapi grupore), motivimi pozitiv, besimi te mjeku si dhe farmakoterapia.

Një faktor tjetër i menaxhimit të depresionit është edhe farmakoterapia, antidepresivët.

Sipas Daly Hum mbi 75% e popullsisë besojnë se antidepresivët kanë një potencial të varësisë, vetëm 46% e popullsisë mendojnë se antidepresivët janë efektiv, dhe 85% e popullsisë besojnë se biseda me psikoterapeutin është terapia e vetme efikase për depresion

Një rol kyç në menaxhimin e mirë të depresionit luajnë këto rregulla të poshtëshënuara:

Medikamentet të merren saktë sipas sugjerimit të mjekut, çdo ditë të planifikohet me përpikëri (Orari ditorë), çdo ditë të planifikohet një udhëtim, të shkruhen qëllime të vogla të arritshme, çdo sukses të shihet dhe çdo mossakses të kuptohet për shkak të depresionit, të mos tërhiqeni mbrapa, të nyjëzoni kontaktet e përshtatshme sociale, jo të qëndroni në krevat por të bëni aktivitete trupore (Sport), rregullisht të ushqeheni me ushqim të lehtë pa alkool, një ditë të emocioneve për çdo ditë të shkruhet.

Shumica e pacientëve suicidal kanë së paku një diagnozë psikiatrike. Është e njohur që pacientët me depresion zënë vendin e parë me suicid (para pacientëve që konsumojnë drogë, alkool, apo të moshuarve dhe të vetmuarve. Më të rrezikuarit janë pacientët që kërcënojnë me vetëvrasje , ata që pohojnë se do të bënin vetëvrasje si dhe ata që kanë tentuar më herët me vetëvrasje. Tek depresionet e rënda mbi 80% e pacientëve mundohen nga mendimi për vetëvrasje kurse 4% tentojnë të vetëvriten. Prej tyre mbi 15% arrijnë qëllimin e tyre të vetëvriten. Mbi 42% nga pacientët që bëjnë vetëvrasje, një javë para se të vetëvriten kërkojnë mjekun shtëpiak (kjo përqindje tregon më së miri mirë menaxhimin apo keq menaxhimin e depresionit të pacientëve nga mjeku familjarë).

Faktorët diagnostik predisponues për suicid

janë: Diagnozat psikiatrike (Depresioni, skizofrenia, dhe vartësia), sëmundjet e rënda somatike, depresioni në remesionin fillestarë, komorbititeti (depresioni dhe frika), insomnia kronike, sëmundjet psikike kronike, Simptomatika perzistuese nga impulsiviteti, humbja e shpresë, sëmundja somatike me dhimbje të forta apo invaliditeti, krisat biologjike p.sh. puberteti, menopausa.

Depresioni dhe suicidaliteti janë më të shpeshta te personat që nuk mund të verbalizojn.

Shpesh bëhet pyetja pse nuk njihet suicidaliteti? Arsyeja do të ishte se mjeku zakonisht nuk e njeh shkakun themelor apo e anashkalon, pasi shpesh mjeku familjarë nuk pyet a ka pacienti mendime suicidale, nëse po si ka menduar ta privoj jetën e vetë ose a ka pas deri tani ndonjë veprim konkret për vetëvrasje.

Faktorët anamnestic predisponues për një vetëvrasje janë: Përpjekje të mëparshme për vetëvrasje ose ide për vetëvrasje, Raste të suicidit në familje apo në rrethin e gjerë, kërcënimi për vetëvrasje, idetë apo përgatitjet konkrete, heshija e papritur për temën e vetëvrasjes, ëndrrat e katastrofës dhe asgjësimit, meshkujt, beqarët të moshuarit ose pacientët e moshuar, qëndrimi i mëhershëm në një klinikë psikiatrike, largimi nga spitali kundër këshillës mjekësore, si dhe sjellja e mëparshme impulsive p.sh. vetëdëmtimi.

Faktorët social predisponues për vetëvrasje janë: Prishja e familjes në fëmijëri ("broken home"), vetmia, vdekja, konflikti me partnerin/partneren, Problemet në punë, në detyra si dhe në financa (borxhet), procedurat gjyqësore në pritje (shkurorëzimi, kriminaliteti), mungesa e lidhjeve sociale apo religjioze.

Edhe pse shumica e pacientëve mund të flasin për qëllimet e tyre të vetëvrasjes, nuk guxon njeriu të besoj se një pacient suicidal i shprehë para nesh synimet e tij vetëvrasëse. Prandaj është shumë e rëndësishme për mjekun familjarë që pacienti duhet të pyetet në mënyrë të drejtpërdrejt për mendimet suicidale, impulset suicidale si dhe për tentimet e mëhershme të vetëvrasjes. Mjeku patjetër duhet të jetë i vetëdijësuar që ti bën të qartë pacientit se mendimet suicidale janë simptome të shpeshta të depresionit.

Prevenioni kunër suicidalitetit: Tema e suicidalitetit të bisedohet, trajtimi medikamentoz, Terapi bisede, të afërmit dhe rrethi të involvohen, eventualisht specialistët apo hospitalizimi.

Puna e përbashkët me specialistët dhe hospitalizimi: Depresionet e lehta dhe gjysmë të rënda mund të trajtohen nga mjeku familjarë kompetent. Mirëpo me çdo kusht duhet të mendoj që bashkëpunimi me një specialist është shumë i vlefshëm. Sidomos është shumë me rëndësi tek depresionet e rënda që pacienti me kohë të trajtohet nga Specialisti psikiatër e psikoterapeut si me psikoterapi po ashtu edhe me Psikofarmakë. Andaj është shumë e rëndësishme që mjeku familjarë të mos neglizhoj dhe të mos e kryen rastin vetëm me një përshkrim medikamenti apo siç e dimë të gjithë që ndodhë gjithkund por edhe në shoqërinë tonë kosovare, që nëse pacienti thotë nuk me ndihmoj medikamenti, shumë shpejt mjeku i ndërron medikamentin tjetër dhe e gjithë kjo procedurë dërgon në shumë drejtime por jo në drejtimin e duhur -shërimin dhe ndihmën e mirëfilltë të pacientit.

Gjithashtu në prapavijë secili mjekë familjarë duhet të ketë parasysh se çrregullimet që zgjasin një kohë të gjatë kanë tendencë të bëhen rezistente ndaj terapisë si dhe të kronifikohen.

Referimi tek një specialist psikiatrik: Shqyrtimi i kësaj procedure ka kuptim dhe është i nevojshëm në

çdo rast, Depresioni i rëndë, çrregullimi bipolar, komorbiditeti psikiatrik, Fëmijët dhe të rinjët, Farmakoterapia dhe psikoterapia komplekse, Rezistenca ndaj terapisë, kronifikimi.

Tek çrregullimet e depresionit duhet të kemi parasysh se janë çrregullime – sëmundje në rritje të cilat në format e rënda mbi 15% përfundojnë me suicid.

Anamneza dhe pyetjet tek simptomat më të shpeshta tek depresioni janë: 1. a jeni ndier javën e fundit në depresion dhe a jeni gëzuar brenda javës së fundit ndonjëherë, 2. a flini më keq se më parë, 3. a keni dëshirë mos me jetuar më apo t'i bëni diçka vetvetes, 4. A keni më pak dëshirë ose interes për aktivitetet profesionale dhe të kohës së lirë. A ndiheni të lodhur dhe pa energji, 5. Ndiheni të pavlerë, i tepërt, 6. A keni më shumë problem me koncentrim.

Pacienti e bën diagnostifikimin edhe më të vështirë sepse: ai ankohet vetëm për simptomat fizike, ai tregon vetëm një pasqyrë atipike, si dhe pacientët e moshuar.

Pacientët e pengon njohjen e depresionit nga mjeku pasi ai nuk fletë me dëshirë për depresionin ose i mbulon duke u ankuar vetëm me simptomat fizike.

Depresioni maskohet me simptoma trupore si me kokë dhimbje, dhimbje kurrizi,

Ankesa me : frymëmarrje, zemër, të lukthit e zorrëve si dhe ankesa reumatizmale

Simptomat më të shpeshta të depresionit tek të moshuarit janë: astenia (29%), Kokë dhimbja 825%), Palpitacionet (17%) dhimbja (14%), marramendja (12%), dhimbje barku (11%), dyspnea (10%), dhimbje të ndryshme (9%) dhimbje kurrizi (7%), ankesa të lukthit e zorrëve (6%).

Simptomat tek fëmijët dhe të rinjët: pezullimi i lojës, nervozizmi, iritimi, vështirësitë në shkollë, çrregullime të gjumin, ndjenja e inferioritetit, dhimbje barku dhe koke si dhe impulse suicidale. Mjeku e vështirëson më së shpeshti diagnozën për shakë të: mungesa e teknikës së anamnezës, mungesa e diturisë mbi kriteret e diagnozës, presioni i kohës, çështja emocionale e sikletshme si dhe presioni i politikave shëndetësore (përkeqësimi i statistikave ekonomike).

Nëpërmjet kompetencës somatike dhe psikiatrike, mjeku i familjes arrin të sqarojë në mënyrë të gjithanshme pacientin depresiv. Mund të konfirmojë diagnozën duke përjashtuar diagnozat diferenciale somatike.

Sqarimi përfshin anamnezën, mbledhjen e gjendjes së brendshme mjekësore dhe neurologjike, një ECG, një rëntgen të krahavorit dhe, në rastin e ndikimit, një EEG ose Kompjuter tomografi (CT) të kafkës. Testet kimike laboratorike përfshijnë pasqyrën e gjakut dhe numërimin diferencial të gjakut, përcaktimin e enzimave të mëlçisë, kreatinës, elektrolitet, statusin e tiroides; Acid folik, Vitaminë B12 dhe kontrolla tjera sipas indikacionit.

Diagnozat diferenciale dhe komorbiditeti:

Shpesh, reagimet e hidhërimi (mërzitjes) shoqërohen me simptoma depresive. Ashpërsia e tyre varet nga ndodhja e papritur dhe përgatitja e brendshme për humbjen, si dhe marrëdhënia midis pacientit dhe të ndjerit. Zakonisht reagimet e hidhërimit janë fiziologjike dhe të kufizuara në kohë nga një strategji e shëndetshme përbalimi. Nga ana tjetër, te pacientët e moshuar mund të vërehet se simptomat depresive vazhdojnë për dy deri në tre muaj përtej reagimit të pikëllimit. Këta pacientë rezikojnë më shumë të vuajnë nga një çrregullim depresiv për të paktën një vit. Dysthymia është për t'u dalluar nga episodet depresive, e cila është ekuivalente me një gjendje të butë depresive këmbëngulëse dhe kështu paaftësinë për të ndërjer kënaqësinë e jetës. Ankthi dhe çrregullimet e panikut duhen dalluar nga depresioni. Duhet të theksohet se forma të përziera midis çrregullimeve

të përgjithshme të ankthit dhe gjithashtu çrregullime paniku socializuar me depresionin ndodhin.

Megjithatë, depresioni subliminal ose i ashtuquajtur subsyndromal, dmth depresioni në të cilin nuk përmbushen të gjitha kriteret e një diagnoze ICD-10, gjithashtu mund të nënkuptojë një humbje të konsiderueshme Pagjumësia kronike primare duhet të dallohet nga pagjumësia e lidhur me depresionin. Farmakoterapia ndryshon në këto raste. të cilësisë së jetës për pacientin. Edhe këtu, një trajtim antidepressant mund të ndihmojë. Pagjumësia kronike primare duhet të dallohet nga pagjumësia e lidhur me depresionin. Farmakoterapia ndryshon në këto raste. Çrregullimet neurotike, stresi dhe çrregullimet somatoforme shpesh tregojnë simptoma që mund të vërehen edhe në çrregullimet depressive. Te pacientët e moshuar, shpesh dalin në skenë konsiderata diagnostikuese diferenciale. Sëmundjet e brendshme dhe neurologjike mund të jenë shkaku i depresionit. Sëmundjet e brendshme mjekësore dhe neurologjike mund të jenë shkaku i depresionit. Ndër më të zakonshmet janë: sëmundja e Parkinsonit, sëmundjet e zemrës, Insulti cerebrovaskular dhe karcinomat, sëmundjet e demencës të tipit Alzheimer, sëmundjet endokrine si diabeti mellitus, çrregullimet e tiroides ose korteksi adrenal- çrregullimet funksionale dhe sëmundjet nga forma reumatizmale. Ndonjëherë edhe medikamentet janë përgjegjëse për depresion. Në anamnezë, vetë-mjekimi dhe recetat nga mjekë të tjerë trajtues gjithashtu duhet të kërkohen, janë relativisht të rralla, por greade në moshë të vjetër për shkak të polimjektivitetit shpesh të nevojshme duhet të vërehet gjithnjë e më shumë. Një ndryshim i medikamentit ka më shumë të ngjarë të provokoj simptoma depressive ose manike.

Mundësi jo-farmakologjike: Në varësi të ashpërsisë së sëmundjes dhe fokusit të supozuar etiologjik të çrregullimit, procedura të ndryshme psikoterapeutike janë të mundshme.

Biseda dhe terapi sociale nga mjeku i familjes: Pacientit depresiv i tregohet nga bisedat që dikush e ka njohur problemin e tij dhe është i njohur me të. Të afërmit e një pacienti me depresion duhet medoemos të përfshihen në konceptin terapeutik. Në bisedë shpjegohen parimet e trajtimit, diskutohet kuptimi i farmakoterapisë dhe eliminohen objektivist parajgjykimet kundër ilaçeve.

Psikoterapia mbështetëse: Një mirëkuptim dhe këshillim mjekësor mbështetës me krijimin e një plani trajtimi është baza e çdo trajtimi të depresionit dhe mund të jetë e mjaftueshme si metoda e vetme e terapisë tek depresionet e lehta.

Mundësitë farmakologjike: Strategjia e trajtimit ndahet në tre faza: trajtimi akut, terapia e mirëmbajtjes (4-9 muaj) dhe parandalimi i

recidivitetit(vite deri gjatë tërë jetës). Shkaqet organike dhe faktorët depresivë (farmaceutikë, ilaçe, alkool) duhet të përjashtohen dhe, nëse është e nevojshme, të trajtohen në mënyrë shtesë. Në Farmakoterapia kryesisht përdoren antidepressantë dhe barna që stabilizojnë humorin, por edhe neuroleptikët dhe benzodiazepinat.



STRESI, DEPRESIONI DHE ANKTHI I PRINDËRVE ME FËMIJË AUTIK TË MOSHËS 5-12 VJEÇ NË KOSOVË



**Besmira Thaçi -
Bahtiri**

*Psikologe Klinike,
Ministria e Arsimit
Shkencës, Teknologjisë
dhe Inovacionit,
Prishtinë*

Autizmi është një çrregullim neuro-zhvillimor dhe për rrjedhojë edhe i sjelljeve njerëzore, i karakterizuar me dëmtime të konsiderueshme në fushën e ndërveprimit social, komunikimit, hiperaktivitet si dhe me sjellje stereotipike. Mendohet se autizmi është rezultat i anomalive neurologjike por, shkaktarët e këtyre anomalive në sistemin nervor janë ende të pa njohura. Rezultatet e hulumtimeve tregojnë një bazë të fortë gjenetike dhe një lidhshmëri të ngushtë me faktorët mjedisor, imunologjik, po ashtu duke u përqendruar edhe në metabolizmin organik si kontribuues në këtë çrregullim (Rutter, 2005).

Stresi është një term i zakonshëm në ditët e sotme por gjithnjë më i vështirë për ta përcaktuar. Zakonisht stresi përshkruhet si një koncept negativ që ndikon në mirëqenien fizike dhe mentale të njeriut, por vështirë të përcaktohet saktësisht nëse stresi është shkak, pasojë apo gërshetim i këtyre të dyve (Yaribeygi H et al, 2017). Të qenit prind mund të jetë stresuese para dhe pas lindjes së fëmijës.

Rritja e një fëmije me autizëm është një sfidë e madhe si në aspektin fizik po ashtu edhe në atë emocional, është ndër gjërat më të vështira që prindërit duhet të bëjnë ndonjëherë. Shpesh herë raportohet se nënat janë ato që përjetojnë më shumë stres se sa baballarët duke pasur parasysh kujdesin konstant që duhet pasur me këtë kategori të fëmijëve (Davis dhe Carter, 2008). Disa studime kanë raportuar një sërë shqetësimesh psikologjike në rritje të prindërve të fëmijëve me autizëm siç janë: ankthi, depresioni, stresi dhe komponentët e tij, duke ndikuar po ashtu edhe në uljen e kohezionit familjar dhe shtimin e ankesave somatike (Higgins et al. 2005). Një nga arsytet pse prindërit e fëmijëve me autizëm ndihen të stresuar është fakti se çdo fëmije me autizëm është ndryshe, dhe nuk ka një tretman të sigurt; prindërit po ashtu nuk kanë shtigje për të zgjedhur për mbështetje.

Duke parë se numri i fëmijëve me autizëm është në rritje, ndërsa diagnostikimi çdo herë e më shumë po bëhet në moshë të hershme, vazhdimësia e hulumtimeve për faktorët që nxisin stresin prindëror është më se e nevojshme për t'i ndihmuar prindërit dhe në përgjithësi familjet të adaptohen me situatën dhe të dinë si të kujdesen për fëmijët me autizëm (Charman dhe Baird 2002)

Metodat

Mostra e këtij hulumtimi përbëhet nga 120 pjesëmarrës, prindër të fëmijëve, të ndarë në dy grupe; përzgjedhja e mostrës ka qenë e shtresuar. Në grupin e parë janë përfshirë 60 prindër që kanë pasur fëmijë të diagnostikuar me autizëm, duke përfshirë të dy prindërit, ndërsa në grupin e dytë janë përfshirë 60 prindër të tjerë, si mostër kontrolluese, që kanë qenë prindër të fëmijëve

pa diagnozën e autizmit, dhe kanë qenë kryesisht të regjionit të Prishtinës.

Në këtë hulumtim janë përdorur Çeklista e Hopkinsit për stres-Hopkins Symptoms Checklist (HSCI-25) si dhe ngjashëm me këtë çeklistë është përdorur edhe pyetësori i Harvardit-HTQ (Haskuka,2008), si dhe Pyetësori i stresit për Prindër (Shahini,2009), i përbërë nga 18 pyetje, të cilët pyetësor u janë dhënë prindërve dhe nga ta është kërkuar që të përgjigjen në pyetjet që përmbajnë këta pyetësor.

Gjithashtu, për këtë hulumtim është përdorur edhe pyetësori vet-raportues për të dhëna demografike që përbëhet nga 13 pyetje, i përpiluar nga hulumtuesi dhe është vet-administruar nga prindërit.

Për realizimin e hulumtimit është bashkëpunuar me Shoqatën e Prindërve të Fëmijëve me Autizëm në Prishtinë si dhe me prindërit që kanë fëmijë me autizëm në klasat e bashkangjitura në shkollën fillore "Ismail Qemajli" në Prishtinë si dhe në shkollën speciale "Përparimi" në Prishtinë.

Rezultatet

Në këtë studim janë përfshirë 120 pjesëmarrës, nga të cilët 60 pjesëmarrës kanë pasur fëmijë të diagnostikuar me autizëm, ndërsa 60 pjesëmarrës të tjerë përfaqësojnë grupin e kontrollit dhe kanë qenë prindër të fëmijëve pa diagnozën e autizmit. Moshë mesatare e prindërve ka qenë 42 vjeç (M= 41.9, SD= 8.1). Të dy grupet janë përfaqësuar nga të dy prindërit, 60 nëna dhe 60 baballarë.

Prindërve të cilët kanë qenë pjesëmarrës në këtë hulumtim, iu janë bërë disa pyetje në raport me diagnozën e autizmit të fëmijës së tyre. Ata kanë raportuar që 43.3% ose 26 fëmijë të kenë autizmin të shkallës së rëndë, ndjekur nga 30% ose 18 fëmijë me shkallë të lehtë të autizmit dhe 26.7% ose 16 fëmijë me shkallë të mesme.

Nuk ka pasur asnjë prind nga të dy grupet e përfshira në hulumtim, që të mos kenë raportuar stres në rritjen e fëmijës. Tabela e mëposhtme pasqyron shpërndarjen e stresit të prindërve sipas grupeve të përfshira në hulumtim. Përqindjen më të madhe e zënë prindërit me stres mesatar me 68.3% ose 82 e të intervistuarve ndjekur nga 30.8% ose 37 e prindërve që kanë raportuar stres të madh. Vetëm një prind ka raportuar stres shumë të madh. Në tabelën 1 shohim po ashtu se prindërit e grupit të kontrollit kanë raportuar të kenë stres mesatar në 98.3% ose 59 e tyre, ndërsa vetëm 1 prind ka raportuar stres të madh. Ndërsa prindërit e grupit të fëmijëve me autizëm kanë raportuar stres të madh në 60.0 % ose 36 prej tyre dhe 1 prind ka raportuar stres shumë të lartë apo 1.7%. Prindërit e këtij grupi kanë raportuar me 38.3% ose 23 të kenë stres mesatar.

Korrespondenca:
besmira.thaqi@rks-gov.net

Tabela 1. Të dhënat përshkruese mbi shpërndarjen e stresit të prindërve sipas grupeve

		N	%
Prindërit me fëmijët me autizëm	Stres mesatar	23	38.3
	Stres i madh	36	60.0
	Stres shumë i madh	1	1.7
Prindërit nga grupi i kontrollit	Stres mesatar	59	98.3

Në bazë të rezultateve të T-Testit, test ky i kryer për të krahasuar raportimin e shkallës së stresit në grupin e prindërve të gjinisë femërore krahasuar me atë të gjinisë mashkullore, ka rezultuar që stresi nuk është influencuar nga gjinia në këta pjesëmarrës ($p = 0.304$), ndërsa nga rezultatet e ANOVA-së (grupi x gjinia e prindit), rezulton se femrat në grupin e prindërve me autizëm kanë raportuar mesatare më të lartë se meshkujt e këtij grupi, por dallimi nuk e mbërrin sinjifikancën statistikore ($p=0.081$).

Tabela 2 tregon rezultatet e korrelacionit në mes totalit të stresit të raportuar nga prindërit dhe simptomave të ankthit, depresionit dhe PTSD. Ky studim ka gjetur një lidhje të fortë mes këtyre variablave, duke treguar se sa më shumë pikë në vlerësimin e stresit nga ana e prindërve aq më shumë hasim në simptomat e ankthit [$r(120)= 0.522$, $p < 0.01$.] sikurse edhe ato të depresionit [$r(120)= 0.553$, $p < 0.01$.] dhe PTSD [$r(120)= 0.558$, $p < 0.01$.]

Tabela 2. Rezultatet e korrelacioneve mes Shkallës së Hopkinsit, HTQ dhe Stresit në prindër

		Totali i stresit
Ankthi	Korrelacioni i Personit	.522*
	P	.000
	N	120
Depresioni	Korrelacioni i Personit	.553*
	P	.000
	N	120
PTSD	Korrelacioni i Personit	.558*
	P	.000
	N	120

Tabela 3. Rezultatet e mesatares, devijimi standard dhe t-test për shkallët e Ankthit, Depresionit dhe PTSD me variablën (grupe).

	Gjinia	N	M	SD	T-test
Ankthi	Prindërit me fëmijë me autizëm	60	23.2	6.6	[$t(2,118)= 11.9$; $p = 0.001$]
	Grupi i kontrollit	60	12.7	1.3	
Depresioni	Prindërit me fëmijë me autizëm	60	36.7	9.5	[$t(2,118)= 14.0$; $p=0.0001$]
	Grupi i kontrollit	60	18.7	2.7	
PTSD	Prindërit me fëmijë me autizëm	60	55.1	14.1	[$t(2,118)= 14.7$; $p = 0.001$]
	Grupi i kontrollit	60	27.7	2.2	

Gjatë këtij hulumtimi pjesëmarrësve u janë bërë disa pyetje me qëllim të matjes së simptomave të ankthit, simptomave të depresionit dhe atyre të stresit post traumatik. Në tabelën 3 janë paraqitur rezultatet e mesatareve, devijimit standard dhe t-testin lidhur me simptomat e ankthit, depresionit dhe stresit post traumatik në raport me grupet e prindërve të përfshira në hulumtim.

Matjet për variablat e tilla rezultojnë me manifestim të simptomave të ankthit $M=18.3$; $SD= 7.1$, të depresionit $M= 27.5$ $SD= 11.4$ dhe PTSD $M= 41.3$ $SD= 17.1$. Siç shihet pra në tabelën 3, ku janë dhënë rezultatet e T-test të performuar për të krahasuar raportimin e shkallës së ankthit, depresionit dhe PTSD në dy grupet e përfshira në këtë hulumtim, në të tre raportimet, grupi i prindërve me fëmijët me autizëm kanë raportuar mesatare më të lartë të ankthit, depresionit dhe PTSD sesa grupi i prindërve me fëmijë pa diagnozën e autizmit.

Për të krahasuar mesataret e tre grupeve në raport me gjendjen ekonomike është përdorur Kruskal-Wallis test (test jo parametrik) dhe janë gjetur dallime sinjifikante në mes grupeve ($p < 0.01$). Grupi i prindërve me të ardhura më keq se mesatarja kanë raportuar mesatare më të lartë se ato me të ardhura mesatare. Të pyetur për mendimin e tyre se si e përcaktojnë gjendjen ekonomike të tyre krahasuar me popullatën në përgjithësi, prindërit kanë raportuar se 90% ose 108 persona të kenë të ardhura mesatare, 8.3% ose 10 persona më keq se mesatarja dhe vetëm 1,7 % ose 2 persona më mirë se mesatarja.

Diskutim

Rezultatet nga ky studim kanë dëshmuar se çrregullimi i autizmit të fëmijët ka lidhshmëri me simptomat e stresit të prindërit; në veçanti nënat raportojnë mesatare pak më të lartë të stresit në raport me baballarët. Ky studim ka gjetur një lidhje të fortë në mes të simptomave të ankthit, depresionit dhe stresit post traumatik duke treguar se sa më shumë pikë në vlerësimin

e stresit nga ana e prindërve aq më shumë ankth, depression dhe stres post traumatik përjetojnë prindërit. Po ashtu, ky studim ka vërtetuar se edhe gjendja ekonomike (punësimi) kontribuon në simptomat e stresit të prindërit e të dy gjinive.

Rezultatet e këtij hulumtimi janë në përputhshmëri me rezultatet e hulumtimeve të bëra më herët nëpër botë, si p.sh. rezultatet e një hulumtimi të bërë nga Gray dhe Holden, 1992, theksojnë se prindërit e fëmijëve me autizëm janë të prekur nga ankthi, zemërimi, depresioni, normalisht edhe stresi por, janë nën ato që çdo herë raportojnë nivel më të lartë të stresit në krahasim me baballarët.

Po ashtu gjendja ekonomike shihet si stresuese për prindërit për ballë autizmit. Në këtë hulumtim grupi i prindërve me të ardhura më keq se mesatarja raportojnë nivel më të lartë të stresit se sa ata me të ardhura si mesatarja apo më mirë se mesatarja. Po ashtu në këtë hulumtim ka dalë se stresi i prindërve të papunë është i një niveli më të lartë krahasuar me prindërit e punësuar, si dhe stres të lartë kanë edhe prindërit e punësuar në sektorin privat në krahasim me ata të punësuar në sektorin publik. Është raportuar kosto e lartë të trajtimit të autizmit, që prindërit janë duke shpenzuar më shumë se sa ata mundën ta përballojnë dhe më shumë se sa që atyre iu ofrohet trajtim për fëmijët e tyre dhe kjo është stresuese për çdo familje.

Në këtë studim të dy grupet e përfshira në studim kanë raportuar stres në rritjen e fëmijëve. Por, prindërit e fëmijëve me autizëm kanë përjetuar stres të madh dhe një prej tyre ka raportuar stres shumë të madh në raport me grupin e prindërve të kontrollit, që nuk kanë pasur fëmijë me autizëm të cilët kanë raportuar stres mesatar dhe vetëm një prej tyre ka raportuar stres shumë të madh.

Një hulumtim i bërë nga Liza.J Meltzer (2011) thekson faktin se prindërit e fëmijëve me autizëm përjetojnë më shumë stres në rritjen dhe zhvillimin e fëmijëve të tyre se sa prindërit e fëmijëve me zhvillim normal apo me çfarëdo çrregullimi tjetër në zhvillim. Po ashtu sipas studiueses në fjale nënat e fëmijëve me autizëm çdo herë raportojnë më shumë simptome të depresionit.

Dy hulumtime longitudinale të bëra nga Osborne, L. A & Reed, P (2008) tregojnë faktin se sjelljet e fëmijëve me autizëm sjellin stres jashtëzakonisht të lartë të prindërit, por janë edhe prindërit ata të cilët me sjelljet e tyre stresuese ndikojnë në sjelljet e fëmijëve me autizëm, aty për aty dhe më vonë.

Sot fëmijët janë duke paguar “çmimin” e prindërve të tyre për jetën stresuese të prindërve, sepse fëmijët sot janë bërë pjesë aktive e jetës së përditshme. Ata po absorbojnë ankthin dhe pakënaqësitë e prindërve që nga vegjëlja e tyre dhe përgjatë adoleshencës, gjë që po reflektohet

pastaj në sjelljet dhe veprimet e fëmijëve.

Përfundimet

Ky studim ka gjetur një lidhshmëri të fortë në mes të stresit të prindërve dhe fëmijëve me autizëm, sikurse që ka gjetur një lidhje të fortë në mes të simptomave të ankthit dhe simptomave të depresionit të prindërve dhe diagnozës së autizmit të fëmijëve të tyre.

Nga studimi i bërë mund të konkludojmë rëndësinë e të kushtuarit vëmendje më të madhe prindërve të fëmijëve me autizëm, në veçanti nënave. Fatkeqësisht në Kosovë kemi mungesë të qendrave këshilluese dhe rehabilituese edhe për prindër, andaj është më se e nevojshme përkrahja dhe zhvillimi i mbështetjes sociale si dhe krijimi i strategjive të ndryshme për prindër për t'i mbrojtur prindërit nga stresi i të pasurit fëmijë me autizëm dhe fëmijë me çfarëdo lloj dëmtimi tjetër.

Në përgjithësi zhvillimi dhe implementimi i programeve psiko-sociale është më se i nevojshëm për të promovuar mbështetjen e fëmijëve me nevoja të veçanta si dhe mbështetjen e prindërve dhe familjeve të tyre në përgjithësi.

Referencat:

1.A. Baghdadi et al. *Impact of autism in adolescents on parental quality of life. Qual. Life Res.* 2014; 23 (6): 1859-1868

Al-Kandari S et al. *Brief report: social support and coping strategies of mothers of children suffering from ASD in Kuwait. J. Autism Dev. Disord.* 2017;47, 3311-3319.

Charman T, Baird G. *Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. Child Psychology Psychiatry.* 2002;43(3):289-305.

Cox A et al. *Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: stability of clinical and ADI-R diagnosis. Child Psychology Psychiatry.* 1999;40(5):719-732.

Davis, NO, Carter, AS. *Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers With Autism Spectrum Disorders: Associations With Child Characteristics. Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2008;38.7:1278-91.

Gray, D. E., Holden, W. *Psychosocial well-being among the parents of children with autism. Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 1992; 18(2), 83-93.*

Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. *Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. Autism.* 2005;125-137

Ilias K et al. *Parenting Stress and Resilience in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder (ASD) in Southeast Asia: A Systematic Review. Front Psychol.* 2018; 9:9:280

Meltzer, L. J. *Factors associated with depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorders. Res. Autism Spectr. Disord.* 2011; 5 (1). 361-367

Mistry R, Elenbaas L. *It's All in the Family: Parents' Economic Worries and Youth's Perceptions of Financial Stress and Educational Outcomes. Journal of Youth and Adolescence.* 2021; 50: 724-738

Osborne, L. A, Reed, P. *Parents perceptions of communication with*

DISTRESI PSIKOLOGJIK NË MESIN E ADOLESHENTËVE GJATË PANDEMISË COVID-19 DHE PËRVOJAT E TYRE ME MËSIMIN ONLINE

Aliriza Arënlju¹, Kaltrina Kelmendi¹, Shkurta Bajgora², Diadora Cërmjani², Jon Konjufca¹

¹Departamenti i Psikologjisë, Fakulteti Filozofik, Universiteti i Prishtinës, "Hasan Prishtina"

²Instituti i Psikologjisë, Fakulteti Filozofik, Universiteti i Prishtinës, "Hasan Prishtina"

Pandemitë e COVID-19 kanë sfiduar gjithçka që kemi njohur sa i përket rutinave të familjes, biznesit/ ndërmarreve sociale dhe ekonomike dhe arsimit të vendosura gjatë shekullit të kaluar në vendet e zhvilluara dhe të pazhvilluara. Ndikimi i pandemisë COVID-19 u ndje në nivel global, aktualisht kur shkruhet ky punim më shumë se 252 milionë njerëz janë të infektuar dhe 5 milionë njerëz kanë vdekur si pasojë e virusit (1). UNESCO (2) vlerëson se 1.5 miliardë studentë në 165 vende në një moment të arsimit të tyre gjatë dy viteve të fundit kanë qenë jashtë shkollës për shkak të pandemisë COVID-19. Studimet tregojnë se një kombinim i izolimit të imponuar dhe mësimit në distancë ndikoi negativisht në procesin e të mësuarit dhe shëndetin mendor të fëmijëve. Një përmbledhje e 80 studimeve mbi ndikimin e pandemisë COVID-19 në shëndetin mendor të fëmijëve tregoi se fëmijët dhe adoleshentët kanë më shumë gjasa të përjetojnë nivele të larta depresioni dhe ankthi gjatë dhe pas përfundimit të izolimit (3). Studime të tjera meta-analitike arritën në përfundimin se në vitin e parë të pandemisë COVID-19, prevalenca e problemeve të shëndetit mendor është rritur ndjeshëm, duke kërkuar vëmendje se si të trajtohet kjo rritje dhe faktorët që zbusin këtë rritje (4-5). Në një studim kualitativ të nxënësve të shkollave fillore dhe të mesme gjatë pandemisë së COVID-19, një e treta raportoi se kishte vështirësi për t'u përshtatur me mësimin në shtëpi, ndryshimi në ushqyerje, duke mos konsumuar të njëjtën sasi të ushqimit, por konsumim më i lartë i ushqimeve të shpejta dhe për sa i përket distresit psikologjik, 78% raportuan simptoma ankthi dhe 44% raportuan simptoma të theksuara të ndryshimit të disponimit (6). Fëmijët që vijuan mësimin? përjetuan mërzë, frustrim dhe shqetësim (7), vetmi (8-9). Nxënësit e shkollave fillore dhe të mesme raportuan se kishin përjetuar çrregullime të stresit post-traumatik (PTSD) dhe simptoma të depresionit për shkak të pandemisë (5) dhe fëmijët e gjinisë femërore që vijuan mësimin? raportuan nivele më të larta ankthi gjatë pandemisë (10). Një nga kontribuuesit kryesorë në këtë rritje të problemeve të shëndetit mendor ishin mbyllja e shkollave dhe përshtatja ndaj mësimit alternativ në distancë dhe në internet (11). Për më

tepër, për shkak të ndryshimit në rutinat e përditshme dhe praktikave të shkollimit, nxënësit raportuan se ishin të mërzhitur, të pamotivuar akademikisht, u mungonin miqtë dhe nuk e pëlqenin izolimin (12). Një faktor tjetër i rëndësishëm që kontribuon në përqendësimin e shëndetit mendor të fëmijëve që vijuan mësimin? mund të jetë ankthi i raportuar i kalimit të shpejtë në klasa online me një pjesë të madhe të nxënësve të pa përgatitur paraprakisht për situata emergjente (13). Qëndrimet e përgjithshme negative për të mësuarit në distancë ndikuan në performancën akademike (14) dhe shëndetin e tyre mendor (15-16). Gjatë izolimeve, ngacmimi kibernetikë u zbulua gjithashtu të ishte më i pranishëm në mesin e atyre që raportojnë vetminë (17-18). Studimet e mëparshme tregojnë ndikim negativ të shëndetit mendor të viktimave të bullizmit kibernetikë (19-20). Studimi aktual eksploron përvojat e nxënësve nga shkolla e mesme me mësimin në distancë gjatë pandemisë COVID-19 për sa i përket vështirësive të hasura gjatë kësaj periudhe dhe distresit psikologjik të nxënësve. Siç shihet nga literatura,

pritej që nxënësit që raportojnë vështirësi më të mëdha me proceset arsimore gjatë pandemisë COVID-19, të raportojnë shqetësime më të larta psikologjike.

Metodat

Procedura

Mbledhja e të dhënave në Prizren është bërë nga 10 nëntori deri më 15 dhjetor 2020 dhe në Kamenicë nga 10 janari deri më 10 mars 2021. Të dhënat janë mbledhur duke përdorur tableta në mjediset e klasës. Përpara mbledhjes së të dhënave u kërkuar pëlqimi i prindërve për nxënësit e klasës 6-9. Mostra përfshin të gjithë nxënësit nga klasa 6-9 në shkollat ku është kryer vlerësimi. Të gjithë pyetësorët ishin anonimë. Të dhënat aktuale janë nga një projekt i Departamentit të Psikologjisë në Universitetin e Prishtinës "Hasan Prishtina" i titulluar "Monitorimi dhe vlerësimi i nevojave të shkollës", i cili është përshtatur për të vlerësuar ndikimin e COVID-19 në procesin arsimor dhe mirëqenien e nxënësve, prindërve dhe nevojat e mësimdhënësve. Për punimin aktual vetëm rezultatet me nxënës janë të prezantuar.

Pjesëmarrësit

Gjithsej 3569 nxënës nga klasa 6 deri në 9 janë intervistuar, shih detajet Tabela 1. Studimet janë kryer në Prizren 6 shkolla fillore dhe të mesme nga gjithsej 12 shkolla fillore dhe të mesme në qytet dhe në Kamenicë 8 shkolla fillore dhe të mesme nga gjithsej 12 shkolla fillore dhe të mesme në qytet. Shkollat u propozuan nga Drejtoritë Arsimore Komunale të të dy qyteteve. Nominimet në Prizren janë bërë nga drejtori i Drejtorisë duke sugjeruar shkollat më të mëdha në qytet dhe në Kamenicë shkollat të cilat janë nominuar janë ato që kanë pasur psikologë shkollorë. Ne kemi përfshirë në studim të gjithë nxënësit nga klasa 6 deri në 9 në të gjitha shkollat.

Në rast se prindërit kishin më shumë se një fëmijë në shkollë, prindërve iu kërkuar të përgjigjeshin për fëmijën më të vogël. Të dhënat janë mbledhur nga nëntori 2020 deri në mars 2021. Prindërit paraprakisht kanë dhënë pëlqimin e tyre për pjesëmarrjen e fëmijëve në vlerësim.

Matjet për nxënësit

Demografia- studentët dhanë informacionin e mëposhtëm për demografinë e tyre: shkollën, nivelin e klasës, gjininë dhe suksesin shkollor në semestrin e fundit nga 1 i dobët në 5 me sukses të shkëlqyeshëm.

Shkollimi gjatë pandemisë COVID-19 - deklaratat janë dhënë në tabelën 1, që përmban 5 seksione kryesore. Seksioni i parë ka dy deklaratat, një që pyet studentët nëse kanë marrë pjesë në mësimin në distancë dhe e dyta nëse kanë kontaktuar mësimdhënësit e tyre për shpjegime gjatë mësimit në distancë. Seksioni i dytë kërkon detaje rreth përvojave dhe qëndrimeve të studentëve me mësimin në distancë dhe përmban 10 artikuj (Cronbach alfa =.630). Seksioni i tretë kishte 3 deklarata që pyesnin nëse nxënësit kishin probleme teknike gjatë mësimit në distancë. Seksioni i katërt kishte 7 deklarata ku u kërkonin nxënësve mendimin e tyre se si reagoi shkolla gjatë pandemisë si p.sh. shkolla kujdeset për nxënësit, ofron zgjidhje të mira për situata të vështira, mësimdhënësit/drejtorët bëjnë më të mirën, shkolla është e organizuar mirë etj (Cronbach alfa =.663). Seksioni i pestë kishte 6 deklarata mbi ndjenjat negative gjatë pandemisë COVID-19 (Cronbach alfa =.620). Këto deklarata

pyesnin konkretisht se si ndiheshin gjatë pandemisë si vetmia, ankthi ose/dhe stresi, mërzitja, shqetësimet që lidhen me mësimin në shkollë, vështirësitë financiare të prindërve dhe shëndetin e anëtarëve të familjes (Cronbach alfa =.660).Të gjitha deklaratat ishin të tipit Likert me përgjigje që varionin nga 1 aspak; 2 pak; 3 në mënyrë të moderuar; 4 në masë të madhe dhe 5 shumë. Mesataret për të gjitha pyetjet janë të paraqitura në tabelën 1.

Shqetësimi psikologjik - Shkalla Kessler K6 e distresit psikologjik u përdor për të vlerësuar nivelin e shqetësimit tek nxënësit. Shkalla përmban 6 elementë që matin: nervozizmin, dëshpërimin, shqetësimin ose të qenit nervoz, të qenurit në depresion që asgjë nuk mund t'i gëzonte, se gjithçka është mundim dhe e pavlefshme (Cronbach alfa=.871). Për secilën nga deklaratat e lartpërmendura, i anketuari ka pesë opsione përgjigjeje: 0=asnjëherë, 1=pak herë, 2=disa herë, 3=shumicën e kohës dhe 4=gjithë kohës. Instrumenti ka treguar validitet të mirë me instrumete të tjera diagnostifikuese (21-22). Instrumenti ofron indikacione për simptomat depresive dhe the ankthi që personi mund t'i ketë përjetuar në 4 javët e fundit. Rezultatet më të larta tregojnë shqetësim më të lartë psikologjik.

Rezultatet

Tabela 1 siguron informata mbi të dhënat bazike demografike të nxënësve, mesataren dhe devijimet standarde për deklaratat që matin përvojat e lidhura me COVID-19 të grupuara si në vijim: përvoja me të mësuarit në distancë, reagimi i shkollës gjatë pandemisë dhe ndjenjat gjatë pandemisë.

Rezultatet e shkallës së distresitit psikologjik treguan korrelacion pozitiv prej $r=.486$, $p<.001$ me ndjenjat gjatë pandemisë dhe korrelacion negativ me përvojat me mësimet në distancë $r=-.158$, $p<.001$. Tabela 2 paraqet korrelacionin ndërmjet variablave tek nxënësit.

** Korrelacioni është i rëndësishëm në nivelin 0.01 (2 bishtore).

Tabela 3, paraqet mesataret e variablave me interes për studimin dhe dallimet për sa i përket gjinisë, klasës, statusit të pjesëmarrjes gjatë mësimin në distancë dhe kontaktimit me mësimdhënësit gjatë mësimëve në distancë për shpjegime, udhëzime etj. Rezultatet treguan shqetësim më të lartë psikologjik për nxënësit e gjinisë femërore. Është vërejtur se me rritjen e nivelit të klasës, paralelisht është rritur edhe shqetësimi psikologjik.

* Vlerat e p janë të rëndësishme në nivelin 0.05,
** vlerat janë të rëndësishme në nivelin 0.01 (2 bishtore).

Tabela 1– Të dhënat demografike të nxënësve dhe karakteristikat e lidhura me mësimin në distancë

	N ose M	% ose SD (devijimi standard)
Gjinia		
Vajzë	1709	47.5%
Djalë	1887	52.5%
Klasa		
6	885	24.6%
7	925	25.7%
8	913	25.4%
9	873	24.3%
Suksesi në Shkollë(1 to 5)	4.29	.93
A keni ndjekur mësimin në distancë		
Jo nuk kam ndjekur	305	8.5
E kam ndjekur kohë pas kohe	697	19.4%
E kam ndjekur rregullisht	2594	72.1
A keni kontaktuar me mësimdhënësin/en tuaj për shpjegime, udhëzime etj		
Jo	1669	46.4%
Po	1927	53.6%
Përvoja me mësimin në distancë		
Mësimin në distancë e kam marrë seriozisht	4.02	1.68
Mësimi në distancë më ka pëlqyer	2.74	1.37
Programi në distancë më ka ndihmuar për të avancuar të mësuarit	2.80	1.37
Mësimet më kanë krijuar ngarkesë	2.30	1.22
Mësimet ishin interesante	3.18	1.29
Në përgjithësi mësimdhënësit i kanë përballuar mirë aspektet teknike të mësimin në distancë	3.67	1.32
Mësimet në distancë kishin avantazhet e tyre	2.09	1.20
I kam kuptuar materialet e dhëna në distancë	3.46	1.30
Kam qenë i shqetësuar dhe e kisha të vështirë të koncentrohem	2.30	1.38
Më pëlqejn mësimet në distancë dhe përfitoj nga ato	2.40	1.38
Ndjenjat gjatë pandemisë		
Ndihem i/e vetmuar	1.61	1.07
Ndihem në ankth/ tension ose stres	1.89	1.20
Jam i/e shqetësuar	1.91	1.22
Unë jam i/e shqetësuar se si kjo situatë do të ndikojë në të mësuarit tim	2.64	1.39
Jam i/e shqetësuar për vështirësitë financiare të prindërve të mi	1.68	1.11
Jam i/e shqetësuar për shëndetin e anëtarëve të familjes sime (prindërve,gjyshërve etj)	2.85	1.62

Tabela 2– Matrica e korrelacionit midis variablave të përvojave të lidhura me shkollën gjatë COVID-19 dhe shkallës së distresit psikologjik K6-Kessler.

	M (SD)	1	2	3
1. Përvoja me mësimin në distancë	32.82 (7.17)	-		
2. Ndjenjat gjatë pandemisë	12.58 (4.94)	-.158**	-	
3 K6 – shkalla e distresit psikologjik	11.76 (5.41)	-.265**	.486**	-

Tabela 3 – Krahasimi i mesatareve të variablave që ndërlidhen me arsimin gjatë pandemisë dhe distresit psikologjik me të dhënat demografike të nxënësve.

	K6 – Shkalla e distresit psikologjik	
	M (SD)	t/F (p)
Gjinia		
Vajzë	2.82 (4.10)	3.38**
Djalë	2.38 (3.64)	
Klasa		
6	2.14 (3.63)	14.57**
	(3.63)	
7	2.26 (3.65)	
8	2.80 (4.03)	
9	3.20 (4.07)	
A keni kontaktuar me mësimdhënësin/en tuaj për shpjegime, udhëzime etj.		
Jo	5.39 (.13)	.665
Po	5.43 (.12)	
A e keni ndjekur mësimin në distancë		
Jo nuk e kam ndjekur	3.31 (4.53)	8.53**
E kam ndjekur kohë pas kohe	2.84 (4.02)	
E kam ndjekur rregullisht	2.45 (3.74)	

Tabela 4 paraqet të dhënat nga analiza e regresionit mbi variablat demografike dhe përvojat e lidhura me shkollën gjatë pandemisë COVID-19, të ndërlidhura me rezultatet e distresit psikologjik. Variabla e kontaktit me mësimdhënësin/en gjatë pandemisë nuk është futur në model, pasi nuk ka rezultuar të ketë dallime domethënëse ndërmjet grupit për rezultatet e distresit psikologjik. Rezultatet tregojnë se të qenit vajzë ($\beta = .642, p < .001$), të pasurit qëndrim negativ ndaj mësimin në distancë ($\beta = .936, p < .001$), të pasurit ndjenja negative gjatë pandemisë ($\beta = 1.53, p < .001$). Variablat e ngacimit kibernetikë, problemet teknike gjatë mësimin në distancë dhe ndjenjat negative gjatë pandemisë, rezultuan me raporte relativisht më të larta të gjasave, krahasuar me tre variablat e tjera të pavarura që rezultuan me rezultate statistisht të

rëndësishme. Nga ana tjetër, statusi i pjesëmarrjes gjatë mësimin në distancë (kohë pas kohe $\beta = .720, p < .288$; mos pjesëmarrja $\beta = .920, p < .765$) dhe nivelet e klasave (klasa 7-të, $\beta = .931, p < .616$; klasa 8-të, $\beta = 1.27, p < .258$ dhe klasa 9-të, $\beta = 1.23, p < .246$), nuk tregojnë ndërlidhje me shkallën e distresit psikologjik.

Tabela 4 – Modeli i përgjithshëm linear me variablen e varur, Shkalla e distresit psikologjik - Kessler dhe variablat e pavarura të nxënësit/es: gjinia, niveli i klasës, pjesëmarrja gjatë mësimit në distancë, ngacmimi kibernetikë dhe rezultatet totale të përvojës me mësimin në distancë, problemet teknike gjatë pandemisë dhe ndjenjat gjatë pandemisë.

	<i>Raporti i gjasave</i>	<i>Intervali i besueshmërisë</i>	<i>Vlera P</i>
Gjinia			
<i>Vajzë</i>	.647	.48-.87	.005
<i>Djalë</i>	1		
Klasa			
9	1.25	.81-1.93	.310
8	1.23	.81-1.93	.334
7	.912	.60-1.38	.661
6	1		
A e keni ndjekur mësimin në distancë?			
<i>Jo nuk e kam ndjekur</i>	.929	.53-1.60	.790
<i>E kam ndjekur kohë pas kohe</i>	.700	.38-1.28	.243
<i>E kam ndjekur rregullisht</i>	1		
Përvoja me mësimin në distancë	.93	.91-.95	.001
Ndjenjat gjatë pandemisë	1.52	1.47-1.57	.001

Diskutimi dhe përfundimet

Studimi aktual ofron të dhëna të vlefshme sa i përket këndvështrimit dhe përvojave të nxënësve gjatë pandemisë COVID-19 dhe mirëqenies së tyre gjatë kësaj periudhe. Gjetjet tregojnë se një numër relativisht i lartë nxënësve nuk e ka ndjekur mësimin në distancë. Mos pjesëmarrja në mësimit, potencialisht mund të ketë efekte të dëmshme për fëmijët që janë më të pafavorizuar ekonomikisht dhe akademikisht. Kjo mos pjesëmarrje mund të përforcojë shkëputjen nga sistemi shkollor duke shkaktuar efektin "histerezë" në arsim (23). Ky efekt specifik mund të jetë i dëmshëm për rezultatet tashmë të dobëta arsimore të sistemit kosovar, të cilat mund të jenë të ngjashme me mjediset e tjera të vendeve me të ardhura të mesme të ulëta. Gjetjet tona tregojnë se nxënësit me sukses më të ulët akademik raportuan frekuentim më të ulët gjatë mësimit në distancë, gjë që veç se mund të ketë shkaktuar tashmë efektin "histersis".

Si gjetjet korrelacionale ashtu edhe modeli i regresionit për shqetësimin psikologjik të nxënësve, tregojnë ndërlidhje të rëndësishme statistikore me vlerësimin negativ të përvojave të lidhura me shkollën gjatë mësimit në distancë, problemet teknike me mësimin në distancë, emocionet negative gjatë pandemisë dhe vlerësimin negativ të reagimit të shkollës për pandeminë. Megjithatë shqetësimi psikologjik i nxënësve mund t'i atribuohet faktorëve të tjerë, gjetjet nga studimi aktual tregojnë se përvojat e lidhura me shkollën gjatë mësimit në distancë dhe ndjenjat e shkaktuara

nga masat që lidhen me pandeminë si shqetësimi, vetmia etj., kontribuojnë në mënyrë të konsiderueshme në shfaqjen e simptomave të distresit psikologjik. Këto të gjetura rezultojnë të jenë të ngjashme edhe me studime të tjera (24-25). Krahasimet e mesatareve për sa i përket gjinisë së nxënësve duket se rezultojnë në rrezik më të lartë për shqetësim psikologjik, siç konfirmohet edhe nga studime të tjera (26-27). Përveç kësaj, vajzat duket se kanë më shumë përvoja pozitive me mësimin në distancë, më pak probleme teknike, më shumë ndjenja negative gjatë pandemisë dhe pikëpamje më pozitive për reagimin e shkollës ndaj pandemisë. Të dhënat nga hulumtimet (28-29), tregojnë se vajzat që janë të ekspozuara ndaj ngjarjeve stresuese të jetës që përfshijnë mirëqenien e njerëzve të afërm, duke përfshirë familjen dhe miqtë, priren të raportojnë shqetësime të larta psikologjike. Padyshim, pandemia e COVID 19 ka përbërë një kërcënim për shëndetin e përgjithshëm dhe marrëdhëniet shoqërore, gjë që mund t'i ketë bërë vajzat më të prekshme ndaj demonstrimit të niveleve më të larta të distresit psikologjik.

Për sa i përket moshës, gjetjet tona sugjerojnë që adoleshentët më të rritur raportojnë nivele më të larta të distresit psikologjik, pikëpamje më pak të favorshme në lidhje me mësimin në distancë, më shumë vështirësi teknike me mësimit në distancë dhe më shumë ndjenja negative për shkak të pandemisë. Kjo mund të jetë si rezultat i një numri në rritje të orëve që ata kanë shpenzuar gjatë mësimit në distancë, pasi fëmijët në klasat e ulëta kishin orë mësimore më të shkurtra. Sidoqoftë, vlen të përmendet se në modelimin linear

hierarkik, niveli i klasës dhe pjesëmarrja e rregullt gjatë mësimit në distancë, nuk e parashikuan shqetësimin psikologjik, por variablat që lidhen me shkollën, duke përfshirë bullizmin kibernetikë gjatë pandemisë, mbeten si parashikues domethënës i distresit psikologjik.

Rreth një e katërta e nxënësve të shkollës nga klasa 6-9 raportuan se nuk merrnin pjesë rregullisht në klasat në distancë. Nuk ka të dhëna të tjera bazë në Kosovë për të krahasuar nëse gjatë pandemisë ndjekja e rregullt e mësimit në distancë është zvogëluar. Rezultatet e studimit aktual sugjerojnë se pandemia ka ulur ndërvëprimin fizik me shkollat, gjë që ka ndikuar në angazhimin, pjesëmarrjen dhe mësimin e nxënësve. Mësimet alternative në distancë nuk vlerësohen në një këndvështrim pozitiv si nga prindërit ashtu edhe nga nxënësit e shkollës, duke treguar se këto metoda vetëm pjesërisht ishin në gjendje të lehtësonin procesin mësimor. Gjetjet nga ky studim tregojnë se sistemet arsimore duke përfshirë vendet me të ardhura të mesme të ulëta, duhet të përqafojnë zhvendosjen e ofrimit të shërbimeve arsimore me zgjidhje digjitale ose të paktën të jenë të përgatitur për situata të ngjashme si pandemia COVID-19. Më tutje shërbimet e shëndetit mendor posaçërisht me forcimin e shërbimeve psikologjike dhe pedagogjike në shkollat e Kosovës mund të ndihmojë në adresimin e pasojave të pandemisë në shëndetin mendor të adoleshentëve dhe vështirësive në mësimit. Studimet në vende të tjera tregojnë një ndikim afatgjatë të pandemisë COVID-19 në shëndetin mendor të adoleshentëve ().

Limitime

Studimi ka disa kufizime, së pari mirëqenia e nxënësve matet me një rezultat të përmbledhur dhe jo me matje të përcaktuar në konstrukt specifik. Së dyti, vlerat psikometrike të disa rezultateve të përmbledhura të përdorura në analizë janë relativisht të ulëta, megjithatë besojmë se për qëllimin e studimit aktual këto vlera janë të pranueshme.

Studimet e ardhshme mund të eksplorojnë efektet e mëtejshme afatgjata të pandemisë në aspektin e shëndetit mendor dhe arritjeve akademike. Për më tepër, studimet e ardhshme duhet të eksplorojnë dinamika më specifike të familjes që mund të kenë ndihmuar ose penguar përfshirjen e nxënësve në shkollë dhe shëndetin e tyre mendor. Shembuj të variablave me interes mund të fokusohen te dhuna në familje pasi duket se gjatë pandemisë ka pasur një rritje të këtij fenomeni (31).

Referencat:

- 1.WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, 2021; <https://covid19.who.int>
- 2.UNESCO. Education: From Disruption to recovery, 2021; <https://en.unesco.org/covid19/education-response>.
- 3.Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... & Crawley, E. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2020; 59(11), 1218-1239.
- 4.Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 2021.
- 5.Ma, L., Mazidi, M., Li, K., Li, Y., Chen, S., Kirwan, R., ... & Wang, Y. Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2021.
- 6.Segre, G., Campi, R., Scarpellini, F., Clavenna, A., Zanetti, M., Cartabia, M., & Bonati, M. Interviewing children: the impact of the COVID-19 quarantine on children's perceived psychological distress and changes in routine. *BMC pediatrics*, 2021; 21(1), 1-11.
- 7.Ares, G., Bove, I., Vidal, L., Brunet, G., Fuletti, D., Arroyo, Á., & Blanc, M. V. The experience of social distancing for families with children and adolescents during the coronavirus (COVID-19) pandemic in Uruguay: Difficulties and opportunities. *Children and Youth Services Review*, 2021; 121, 105906.
- 8.Oxford ARC Study. Achieving resilience during COVID-19 weekly report 2. 2020; Available at: <http://mentalhealthresearchmatters.org.uk/achieving-resilience-during-covid-19-psycho-social-risk-protective-factors-amidst-a-pandemic-in-adolescents/>.
- 9.Young Minds. Coronavirus report

ROLI I PSIKOTERAPISË SË KOHEZIONIT TË BRENDSHËM NË PËRMISIMIN E MARRËDHËNIEVE NDËRPERSONALE TË KLIENTËVE ME ANKTH DHE DEPRESION

Fitim Uka^{1,2,3}, Arvesa Studenica^{4,2}, Arlinda Gashi², Diellza Gllogu², Arian Musliu^{1,3}, Albina Krasniqi², Albina Statovci², Vanesa Sopjani², Verone Përçuku⁵, Irma Sadikovici²

¹ Universiteti i Prishtinës, Prishtinë, Kosovë, ² Klinika multidisciplinare Empatia, Prishtinë, Kosovë

³ Ludwig Maximilian University, Munich, Gjermani, ⁴ Kolegji AAB

⁵ Qendra për Hulumtime Psikosociale dhe Mjekësore, Prishtinë, Kosovë, ⁶ Berner Fachhochschule, Bern, Switzerland

Psikoterapia është një nga format më të popullarizuara të trajtimit të çrregullimeve mendore. Në psikoterapi shkrihen natyrshëm arti i komunikimit dhe evidenca shkencore duke krijuar kështu një mundësi unike të trajtimit të simptomave negative të shëndetit mendor. Hulumtimet e mëhershme kanë identifikuar rreth 500 qasje psikoterapeutike, që dallojnë për nga forma e konceptualizimit të psikopatologjisë, për nga mënyra e trajtimit, teknikat e përdorura dhe kohëzgjatja e procesit terapeutik¹⁻⁵. Secila prej psikoterapive ekzistuese është unike në formën se si e ndërton marrëdhënien me klientin, por edhe se si e përkufizon suksesin terapeutik. Natyrshëm, një kritikë e mirëfilltë mund të gjenerojë dhjetëra vërejtje për secilën prej qasjeve ekzistuese për fokusin e shtuar në një aspekt të rëndësishëm të funksionimit të klientit apo edhe mbivlerësimit të peshës që e ka një kohë e caktuar, rrjedhimisht asnjë prej tyre nuk mund të jetë e përsosur në trajtimin e të gjitha çrregullimeve mendore. Si rezultat i sfidave të ndryshme në trajtim të simptomave negative të shëndetit mendor, vazhdojnë të krijohen edhe qasje të reja, që kryesisht e kanë natyrën integrative – përqipen që të grumbullojnë njohjet më të mira nga të gjitha perspektivat dhe të plotësojnë boshllëqet që hasen në

praktikën klinike.

Çrregullimet e ndryshme mendore kanë rritur ndjeshëm prevalencën e tyre globalisht në periudhën pas pandemisë, prirë me depresionin dhe ankthin që prek 31.9%, respektivisht 33.7% të popullatës botërore⁶. Depresioni konsiderohet si çrregullim i disponimit dhe manifestohet me simptoma të ndryshme të cilat ndërlidhen me ndjenjat, mendimet, mënyrën e ballafaqimit me situata të ndryshme, ritmin gjumë-zgjim, apo edhe të ushqyerit⁷. Ankthi në anën tjetër karakterizohet me ndjenja të tensionit, shqetësime, frikë irracionale, mendime intrusive, si dhe manifestohet ndryshime fiziologjike si djersitje dhe rrahje të shpejta të zemrës. Në fakt, shkaqet dhe pasojat e çrregullimeve afektive mund të jenë të ndërlidhura edhe me raportet ndërpersonale. Shpeshherë, humbja e një anëtari të familjes shtyn në përjetimin e simptomave negative të shëndetit⁸, por edhe prishja e raporteve me familjarët, miqtë apo kolegët është rezultat i shpeshtë në rast të përjetimit të çrregullimeve të ndryshme mendore.

Psikoterapia e Kohezionit të Brendshëm, një alternativë më shumë

Psikoterapia e Kohezionit të Brendshëm⁹ është një nga terapitë e reja integrative që

shih mundësinë e përfitimit nga njohjet, praktikat dhe përvojat e psikoterapive të mbështetura në evidencë, por edhe ruan origjinalitetin në konceptualizimin e psikopatologjisë dhe trajtimit të saj. Dy elementet kryesore të PKB janë koha dhe sistemet. Në këtë perspektivë janë përdorur hulumtimet e ndryshme shkencore, për të ndërtuar katër sisteme, që përmbajnë faktorë të rëndësishëm për mirëqenien dhe, në veçanti, për shëndetin mendor të klientëve. Përndryshe, sistemet mund të konsiderohen si raporte të rëndësishme të individit, që e përcjellin në çdo hap të jetës. Në sistemin intrapersonal, është portretizuar raporti i individit me veten dhe janë të shkrira aftësitë vetërregulluese (një term që përfshin aftësinë për t'i menaxhuar sjelljet, mendimet dhe emocionet), vetëvlerësimi apo imazhi i personit për veten dhe motivimi. Marrëdhënia e individit me figura të rëndësishme të familjes, me partnerin, me shoqërinë apo kolegët e punës e përbën sistemin e dytë të kësaj teorie, të njohur si sistemi ndërpersonal. Në sistemin e tretë qëndrojnë qëllimet që i vë individi vetes, shkollimi/edukimi dhe puna. Ndërkaq, në sistemin e fundit është paraqitur nevoja e njeriut për të përvetësuar një shpjegim për ekzistencën e tij dhe të botës, që është i njohur si sistemi spiritual (Shih figura 1).

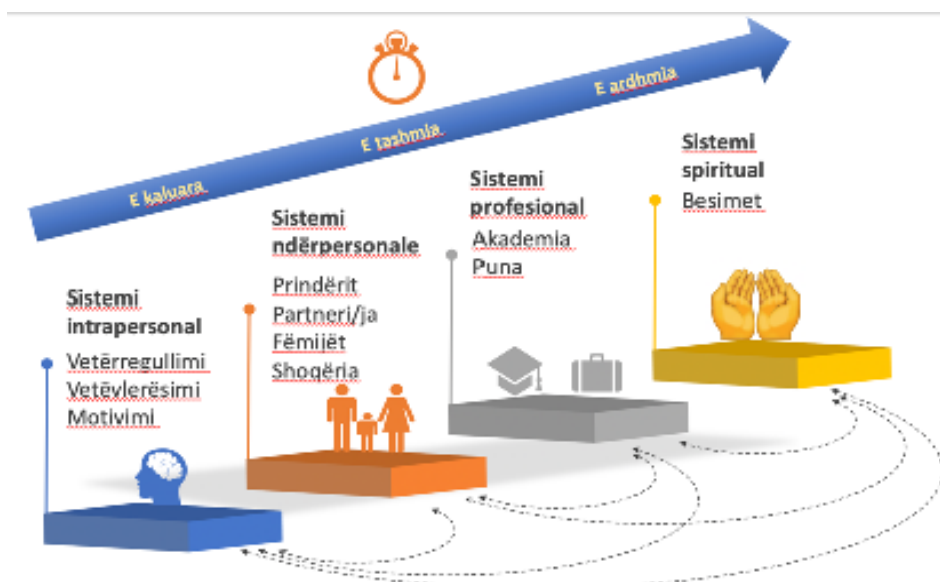


Figura 1. Sistemet e Psikoterapisë së Kohezionit të Brendshëm

Në perspektivën dinamike që është përvetësuar nga PKB, të gjitha shkathtësitë, aftësitë dhe kompetencat kanë ndërlidhje reciproke. Pra, ndryshimet në njërin faktor reflektohen në faktorin tjetër, por edhe janë të varura nga faktori kohë. Ta zëmë, një raport i mirë i individit me veten ndikon edhe në raportet që ka me të tjerët, por edhe anasjelltas, mbështetja që mund të marrë nga të tjerët e bën personin që të krijoj një raport më të mirë me veten, të rris vetëvlerësimin, motivimin dhe vetërregullimin. Pra, në këtë rrjet të pafund të ndërlidhjeve, sistemet bashkëpunojnë për të dhënë rezultate që janë të rëndësishme për individin. Por, ato nuk janë të pavarura nga elementi kohë dhe në PKB argumentohet se një ngjarje traumatike nga e kaluara e ndikon edhe të tashmen, por edhe të armdhen e individit.

Në perspektivën e kohezionit të brendshëm, trajtimin e përcjell një proces 10 hapësh, që përfshin (1) njohjen e klientit, (2) të kuptuarit e sfidës vështirësisë apo problemit që sjell në psikoterapi, (3) vlerësimin dhe (4) analizën, (5) pranimin dhe (6) ballafaqimin, (7) planifikimin, (8) intervenimin dhe (9) rivlerësimin, që mund të përfundoj me (10) lirimin e klientit nga procesi terapeutik. Në kuadër të këtij procesi, secili raport dhe secila kohë trajtohet me kujdes në përpjekje për të krijuar tek klienti kohezionin e brendshëm. Kohezioni i brendshëm është i konceptualizuar si një gjendje e rëndësishme që e përjeton klienti dhe që i mundëson (1) të komunikojë haptas me secilin sistem, pranojë të kaluarën, adresojë dhe gjej zgjidhje për konfliktet e së kaluarës të cilat i përkasin secilit sistem; (2) të ndërtojë relacione të shëndetshme me të katër sistemet në të tashmen dhe (3) të manifestoj pritsshmëri realiste dhe të arritshme për relacionet e së ardhmes në secilin sistem.

Rëndësia e marrëdhënieve ndërpersonale për shëndetin mendor

Ekziston një evidencë e akumuluar ndër vite për rëndësinë e marrëdhënieve ndërpersonale në mirëqenien e përgjithshme. Marrëdhënie më të mira ndërpersonale janë shoqëruar përherë me një shëndet më të mirë psikologjik dhe përgjithësisht me rezultate më të mira në të gjitha aspektet e tjera të funksionimit të individit¹⁰. Në anën tjetër, prishja e marrëdhënieve familjare dhe shoqërore përcillet me simptoma negative të shëndetit mendor, si ulje e dëshirës për jetë, dipsonim negativ, mungesë e motivimit¹¹. Raportet e shëndosha ndërpersonale dhe, në veçanti, përkrahja nga familja dhe

miqtë, janë vlerësuar të rëndësishme për trajtimin e çrregullimeve mendore, por edhe si faktorë shumë të rëndësishëm të parandalimit të tyre¹². Lidhja emocionale me figurat primare, komunikimi, stilet e prindërimit vlerësohen të rëndësishme për rritjen dhe zhvillimin e fëmijës - për shëndetin dhe suksesin e tyre¹³. Ngjashëm, një raport i mirëfilltë romantik, është shoqëruar me rezultate më të mira në shëndetin mendor¹⁴. Përtej familjes, raporti me bashkëmoshatarët dhe efektet pozitive të komunikimit dhe mbështetjes nga ana e tyre janë të panumërta dhe shtrijnë ndikimin pozitiv edhe në shëndetin mendor¹⁵. Një marrëdhënie e shëndoshë me bashkëmoshatarët dhe miqtë, që përkthehet në sjellje prosociale, ndihmë, mbrojtje, mbështetje nga ana e tyre redukton në mënyrë signifikante përjetimin e stresit, ankthit, depresionit dhe simptomave të tjera negative të shëndetit¹⁶.

Qëllimi i këtij studimi

Psikoterapia është një proces që synon të përmirësojë shëndetin dhe mirëqenien psikologjike të klientëve. Shpeshherë, procesi terapeutik e vë në qendër raportin e individit me të tjerët dhe synon që të përmirësojë atë. Evidenca e tregon efektivitetin e shumë qasjeve të ndryshme psikoterapeutike në trajtimin e problemeve ndërpersonale. Ky hulumtim ka për qëllim eksplorimin e efektit të PKB në përmirësimin e raporteve ndërpersonale të klientët e diagnostifikuar me ankth dhe depresion.

Metodologjia

Pjesëmarrësit

Në këtë studim janë përfshirë 10 pjesëmarrës/të intervistuar (nga studimi original: Uka dhe kolegët, 2022). Të intervistuarit (N=10; Mage=26.10, SD=5.28; 90% vajza/gra) janë klientë, qw kanë shfaqur simptoma të depresionit dhe të ankthit dhe janë trajtuar me PKB. Shumica e të intervistuarëve (7) në studim kishin përfunduar studimet bazike. Kriteri kryesor i selektimit të pjesëmarrësve për këtë studim ishte që klientët të kishin përfunduar më shumë se pesë sesione të psikoterapisë apo të kishin përfunduar procesin terapeutik. Shpeshësia e sesioneve terapeutike ka qenë një herë në javë me kohëzgjatje prej 45-60 minuta.

Instrumentet

Të dhënat janë mbledhur duke përdorur protokollin "Efektiviteti i Psikoterapisë së Kohezionit të Brendshëm" i krijuar nga psikologët e Klinikës "Empatia" për qëllimet

e një serie të hulumtimeve kualitative mbi efektivitetin e PKB. Ky protokoll përmban pyetje në lidhje me përshtypjet e pjesëmarrësve për përvojën terapeutike, si dhe për rolin e psikoterapeutit në adresimin e çështjeve të ndërlidhura me katër sistemet e PKB, si ai intrapersonal, interpersonal, profesional dhe spiritual përgjatë tre perspektivave kohore (e kaluar, e tashme, e ardhme). Intervistat kanë përmbajtur 41 pyetje në lidhje me efektivitetin e PKB.

Procedura

Të dhënat janë mbledhur përmes intervistave të strukturuar, ndërsa paraprakisht, pjesëmarrësit kanë nënshkruar fletëpëqimin dhe kanë marrë informatat e nevojshme për qëllimin e studimit, si dhe të drejtat e tyre përgjatë hulumtimit. Të gjitha intervistat janë zhvilluar nga dy profesioniste të fushës dhe secila intervistë ka zgjatur rreth 1 orë. Komiteti etik i klinikës multidisciplinare "Empatia" ka aprovuar realizimin e studimit

Analiza e të dhënave.

Të dhënat e këtij studimi janë analizuar duke përdorur një qasje deduktive semantike. Të dhënat janë koduar duke selektuar pjesë të tekstit si fraza dhe fjali. Secila transkriptë është analizuar në mënyrë të veçantë dhe të gjitha transkriptat e koduara janë përdorur për statistika të përgjithshme. Për analizimin e të dhënave është përdorur MAXQDA 2022 software¹⁷.

Rezultatet

Pjesëmarrësit e intervistuar për këtë studim kanë treguar se PKB ka pasur efekte thelbësore në të gjitha aspektet e funksionimit. Sa i përket sistemit ndërpersonale, shumica e klientëve raportojnë ndryshime pozitive pas procesit terapeutik. Klientët e intervistuar kanë raportuar përfektin e terapisë në raportet e tyre me familjarët, shoqërinë, partnerin/en, dhe kolegët. Një pjesë e konsiderueshme e pjesëmarrësve konsiderojnë se gjendja më e mirë emocionale ka reflektuar edhe me raporte më të mira ndërpersonale, e dhënë kjo që mbështetë ndërlidhjen ndërmjet faktorëve apo sistemeve, më specifikuat raportin dinamik në mes të sistemit ndërpersonale dhe atij intrapersonal. Ndryshimet evidente shihen të ndërlidhura me procesin terapeutik.

Klientja DGSK thotë se ndryshimi që ajo ka arritur në nivelin intrapersonal si rezultat i psikoterapisë. Edhe AGGS thekson se progresi i arritur në aspektin intrapersonal ka pasur efekt edhe në marrëdhëniet ndërpersonale: "Arsyeja pse tani kam

raporte më të mira me njerëzit tjerë është se, për dallim prej të kaluarës, tani ndihem mirë me vetën dhe nuk ndjej negativitet brenda vetes". AGVF thotë: "Pëlqimi i të tjerëve ka qenë i domosdoshëm për mua. Pra, bota ime është sillë rreth pëlqimeve të të tjerëve, jo të tyre.", përdërisa kur është pyetur për të tashmën, AGVF thotë: "Tani, raportet e mia me njerëzit tjerë janë më të shëndosha, për shkak që fokusohem më shumë te vetja dhe pranimi i vetës". Për më tepër AGVF konsideron se zgjidhja më e mirë për të përmirësuar raportet është të vendosë kufinj si dhe të pranohet se çdonjëri ka mënyra të ndryshme të funksionimit, që janë edhe paradigma të PKB. Në këtë linjë, e intervistuar AGMZH raporton ndryshime në raportet e saj me personat e tjerë pas psikoterapisë, që është edhe rezultat i krijimit të një qasje më të mirë në komunikim.

Në një dimension tjetër, AGDZ tregon se psikoterapia i ka ndihmuar të përmirësojë raportet me njerëzit tjerë, të cilat sipas saj, në të kaluarën kanë qenë burim i ankthit, por tashmë shihen ndryshe. Se psikoterapia e ka ndihmuar në krijimin e raporteve më të shëndetshme thotë edhe DGSK: "Raportet me njerëzit e tjerë kanë qenë të ftohta. Tani është krejt ndryshe, kam qasje krejt ndryshe në raport me marrëdhëniet ndërpersonale.". Disa nga të intervistuarit raportojnë se psikoterapia ka pasur efekt në rritje të empatisë. AGDK thotë: "Psikoterapia më ka ndihmuar t'u jap kuptim gjërave dhe të kuptoj përspektivat e njerëzve të tjerë". AGFH poashtu thotë: "Psikoterapia m'i ka hapë sytë e më ka ndihmuar të shoh nga përspektiva të tjera...". Përveç AGDK dhe AGFH edhe AGGS shton se psikoterapia i ka ofruar një përspektivë tjetër. Një tjetër aspekt i rëndësishëm është përmirësimi i mënyrës së komunikimit dhe të folurit për emocione. Në lidhje me këtë, AGAV raporton se si rezultat i psikoterapisë ka përjetuar ndryshime të rëndësishme në raport me personat e afërt, por edhe me veten: "Para psikoterapisë e kam pasur të vështirë t'ju flas njerëzve të tjerë, tani jam shumë më e hapur dhe shpreh më shumë dashuri...". DGSK, AGDK, AGAV poashtu raportojnë se si rezultat i psikoterapisë kanë arritur të krijojnë mënyrë më të shëndetshme të komunikimit, si dhe janë më ekspresive për ndjenjat. Në përgjithësi, shumica e të intervistuarëve raportojnë se kanë relacione më të afërta të bazuara në empati, si dhe komunikim më të hapur me familjarët, shoqërinë dhe partnerin/en.

Diskutimi

Qëllimi i këtij studimi ishte eksplorimi i ndikimit që ka trajtimi i klientëve me Psikoterapinë e Kohezionit të Brendshëm (PKB) në ndërtimin e marrëdhënieve ndërpersonale. Intervistat e 10 klientëve të diagnostikuar me ankth dhe depression janë përdorur në këtë studim.

Rezultatet e këtij studimi treguan se PKB në përgjithësi ka pasur efekte thelbësore në të gjitha aspektet e funksionimit të klientëve. Veçanërisht, rezultatet treguan se në sistemin ndërpersonal, shumica e klientëve përjetojnë ndryshime pozitive pas procesit terapeutik. Duke filluar nga raportet familjare, klientët treguan se kur krahasojnë të kaluarën me të tashmën, vërejnë ndryshime pozitive duke shfaqur një komunikim më të mirë me veten dhe me figura të rëndësishme në jetën e tyre, specifikuat me prindërit dhe motrat/vëllezërit e tyre. Në të njëjtën mënyrë, klientët raportuan përmirësim të marrëdhënieve shoqërore, veçanërisht komunikim më të mirë dhe më të hapur me shoqëri. Së fundmi, rezultatet treguan ndryshime pozitive të klientëve edhe në rrafshin e lidhjeve romantike, më saktësisht në rritjen e besimit tek partneri, vetëbesimin dhe ndryshimin e qasjes në raport me partnerin/en.

Pra, rezultatet konfirmuan efektivitetin e PKB-së në ndërtimin e marrëdhënieve të shëndosha ndërpersonale te klientët me çrregullime ankthi dhe depressioni. Rezultatet e studimit tonë të cilat dëshmojnë efektivitetin e PKB-së janë në përputhshmëri me studimet për lloje të tjera të psikoterapisë siç janë CBT18, terapitë psikodinamike19,20 dhe psikoterapia humaniste21. Në një linjë me premisat e PKB22, si dhe në përputhje me një studim tjetër23 edhe rezultatet e këtij studimi sugjerojnë se trajtimet psikoterapeutike që fokusohen në simptoma ose sjellje të izoluar nuk janë aq efektive në trajtimin e çrregullimeve mendore, në krahasim me llojet e psikoterapisë që kanë për qëllim integrimin e faktorëve të ndryshëm gjatë trajtimit24.

Pavarësisht se ky studim sjellë prova të cilat tregojnë rëndësinë dhe efikasitetin e PKB-së në përmirësimin e marrëdhënieve ndërpersonale tek personat me ankth dhe depression, ekzistojnë disa limitime të cilat e bëjnë interpretimin e të dhënave më të kufizuar. Në përgjithësi, metoda kualitative është një metodë e përshtatshme që mundëson eksplorimin e qasjeve të ndryshme në mënyrë më të detajuar dhe të thellë, megjithatë kritikohet për faktin se rezultatet nuk mund të përgjithësohen për grupe më të mëdha. Do të ishte e dobishme nëse studimet e ardhshme do të kontribonin në literaturë duke ekzaminuar dhe aplikuar dizajne kuantitative apo edhe longitudinale për të parë nëse efekti pozitiv i PKB-së do të jetë prezent për kohë më të gjatë, si dhe jo vetëm te personat me çrregullime afektive por edhe me çrregullimeve të tjera mendore. Si përfundim, ky studim hap rrugë për studime të reja të cilat eksplorojnë efektivitetin e çasjeve integrative si PKB në trajtimin por edhe parandalimin e çrregullimeve mendore.

Referencat:

- Weiste E, Peräkylä A. Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research*. 2014 Nov 2;24(6):687-701.
- David D, Cristea IA, Beck AT. Varieties of psychotherapy for major depressive disorder in adults: An evidence-based evaluation.
- Norcross JC. A primer on psychotherapy integration. *Handbook of psychotherapy integration*. 2005 Feb 24;2:3-23.
- Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult focused problems. *Journal of family therapy*. 2009 Feb;31(1):46-74.
- Wampold BE. Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*. 2007 Nov;62(8):857.
- Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazemian M, Mohammadi M, Shohaimi S, Daneshkhan A, Eskandari S. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line health-care workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human resources for health*. 2020 Dec;18(1):1-4.
- Beck AT, Alford BA. *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press; 2009 Mar 25.
- Stroebe W, Abakoumkin G, Stroebe M. Beyond depression: Yearning for the loss of a loved one. *OMEGA-journal of Death and Dying*. 2010 Oct;61(2):85-101.
- Uka, F. Teoria dhe psikoterapia e kohezionit të brendshëm. *Dukagjini*. 2022
- Stewart Brown S. Interpersonal relationships and the origins of mental health. *Journal of Public Mental Health*. 2005 Mar 1.
- Braithwaite S, Holt-Lunstad J. Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*. 2017 Feb 1;13:120-5.
- Tay L, Tan K, Diener E, Gonzalez E. Social relations, health behaviors, and health outcomes: A survey and synthesis. *Applied Psycholo-*

NDËRLIDHJA NË MES STRUKTURËS SË PERSONALITETIT DHE RESPEKTIMIT TË MASAVE KUFIZUESE KUNDËR COVID-19 NDËRMJETËSUAR NGA FRIKA

Naim Telaku¹, Likana Cana¹, Lum Zharku², Arian Musliu²

¹ Kolegji AAB

² Universiteti i Prishtinës "Hasan Prishtina"

Më 11 mars 2020, sëmundja e frymëmarrjes COVID-19 u shpall një pandemi globale nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. Vende të ndryshme aplikuan masa të ndryshme kufizuese për të ndaluar përhapjen e virusit. Masat përfshinin karantinë sistematike që varion nga disa ditë në disa javë, distancim social, larje të shpeshtë të duarve, mbajtjen e maskave ose dorezave dhe kufizim fizik dhe social. Edhe pse studimet tregojnë se respektimi i këtyre masave të propozuara mund të ngadalsoi përhapjen e virusit, prapëseprapë, efikasiteti i tyre varet shumë nga gatishmëria e njerëzve për t'u pajtuar me to.

Instituti i inovacioneve globale të shëndetit në Mbretërinë e Bashkuar ekzaminoi procedurat e sjelljes të përdorura nga qytetarët në vende të ndryshme për të shmangur infeksionin COVID-19. Studimi i tyre zbuloi se pjesëmarrësit nga Spanja dhe Italia kishin më shumë gjasa të qëndronin në shtëpi, në krahasim me pjesëmarrësit nga Suedia dhe Singapori që kishin më pak gjasa. Për më tepër, pjesëmarrësit italianë kishin shkallë më të lartë të larjes së duarve, ndërsa pjesëmarrësit kinezë kishin më të ulëta. Prandaj, është e nevojshme të hetohet se përse gjatë një pandemie, persona të caktuar respektojnë masat shëndetësore, e disa të tjerë jo.

Literatura sugjeron se sa më shumë që njerëzit e perceptojnë situatën e pandemisë Covid19 si me efekte negative, aq më shumë respektojnë masat shëndetësore. Në një studim të ngjashëm të kryer nga Abdelrahman në Katar, u zbulua se sa më i lartë të jetë rreziku i perceptuar nga virusi, aq më të larta janë gjasat për të respektuar masat e rekomanduara shëndetësore. Ka shumë kërkime në psikologji që lidhin rrezikun dhe frikën e perceptuar me modifikimet adaptive të sjelljes. Vasilopoulos raportoi se nivelet e larta të ankthit dhe frikës rezultuan në kompleancë më të madhe të autoritetit. Në një studim tjetër, Kowalczyk dhe Gebiski vunë re një korrelacion të fortë pozitiv midis nivelit të frikës dhe respektimit të masave të rekomanduara shëndetësore ata gjetën se sa më i lartë të jetë niveli i frikës nga kontraktimi i virusit ose marrja e tij në shtëpi, aq më i lartë është niveli i raportuar i respektimit të masave. Për më tepër,

Harper dhe kolegët vërejtën në mënyrë të ngjashme se kur pjesëmarrësit u matën dhe u krahasuan se cili variabël lidhet me respektimin e masave të rekomanduara shëndetësore (frika nga virusi, bazat morale dhe orientimin politik) vetëm frika nga virusi ishte një parashikues i fortë i respektimit të masave shëndetësore

Në nivelin kolektiv, qasjet e psikologjisë së shëndetit si HBM (modeli i besimit shëndetësor) u inkorporuan për të përdorur më së miri mesazhet shëndetësore për popullatën, në mënyrë që kompleanca me udhëzimet shëndetësore të bëhet një praktikë për të reduktuar përhapjen e virusit. Për më tepër, HBM është gjetur të jetë i dobishëm në krijimin e ndërgjegjësimit publik në lidhje me përfitimet e ndjekjes së masave parandaluese. HBM përbëhet nga 5 faktorë: perceptimi i kërcënimit (i referohet bindjeve personale për mundësinë e kontraktimit të virusit), besimet e efikasitetit të reagimit (duke besuar se ndjekja e masave parandaluese shëndetësore është e suksesshme në mos kontraktimin e virusit), vetë-efikasiteti (besimi se dikush do të ndjek masat shëndetësore), sinjalet për veprim (shkaktuesit për promovimin e ndjekjes së masave shëndetësore) dhe karakteristikat individuale (mosha, demografia, faktorët e personalitetit).

Për këtë studim, rëndësi parësore kanë karakteristikat individuale të reagimit ndaj masave shëndetësore të COVID-19. Në varësi të tipareve të personalitetit, dikush mund të veprojë drejt mbrojtjes së vetvetes ose të kthehet në pasivitet si rezultat i vetë-efikasitetit të ulët. Prandaj, duhet të hetohet një lidhje midis frikës dhe personalitetit duke respektuar masat shëndetësore. Për shembull, individët neurotikë për shkak të natyrës së tyre të paqëndrueshme emocionale shpesh shqetësohen më shumë për shëndetin e tyre, dhe rrjedhimisht kanë më shumë gjasa të zbatojnë zakone të mira shëndetësore si higjiena orale. Në anën e kundërt, individët me stabilitet emocional priren të mos jenë të shqetësuar për shëndetin e tyre dhe nuk shfaqin sjellje të shëndetshme.

Një nga studimet e para që analizoi personalitetin me masa shëndetësore gjatë pandemisë COVID-19 hipotezoi se

njerëzit që shënojnë rezultate të larta në tiparet e treshes së errët (makiavelizmi, psikopatologjia dhe rivaliteti narcisist) nuk respektojnë masat shëndetësore të propozuara nga qeveria. Megjithatë, për shkak të popullaritetit dhe konsensusit të tij shkencor, korniza e personalitetit me pesë faktorë është përdorur gjerësisht dhe shumë studime kanë analizuar pesë tiparet (ekstraversionin, neuroticizmin, hapjen, pajtueshmërinë dhe ndërgjegjshmërinë) përgjatë pandemisë Covid-19.

Duke e vendosur modelin e lartpërmendur në kontekstin aktual të pandemisë, një studim nga Brouard, Vasilopoulos dhe Becher zbuloi se ekstraversioni lidhet negativisht me respektimin e masave, veçanërisht respektimi i distancës sociale për shkak të natyrës socializuese të këtij tipari. Për më tepër, bazuar në masat e lëvizshmërisë (historia e vendndodhjes dhe vetë-raportimet) ekstrovertët raportuan lëvizshmëri më të lartë gjatë pandemisë dhe lëvizje më të larta në të ardhmen në krahasim me tiparet e tjera, që do të thotë se ata shoqërohen pavarësisht rregullave udhëzuese.

Gjithashtu, neuroticizmi pritej të lidhej pozitivisht me respektimin e masave. Logjika teorike që qëndron pas kësaj hipoteze është se individët me paqëndrueshmëri emocionale kanë një prag më të ulët stresi dhe kanë më shumë gjasa të ndihen të shqetësuar përballë rrezikut, prandaj ata do të respektojnë masat shëndetësore të propozuara nga qeveria. Në dallim nga njerëzit emocionalisht të qëndrueshëm, të cilët nuk e bëjnë këtë pasi që ata kanë një prag të ulët stresi, mund të mos ndihen të kërcënuar dhe për këtë arsye të mos respektojnë masat e rekomanduara shëndetësore. Megjithatë, për sa i përket neuroticizmit si një tipar (paqëndrueshmëria e ulët emocionale), studimet jashtë kontekstit të pandemisë e ndajnë atë në dy grupe: grupi i parë i neuroticizmit (individët me rezultate shumë të ulëta në stabilitetin emocional) priren të kenë më shumë ankth për shëndetin e tyre dhe për këtë arsye marrin masa shëndetësore që parandalojnë sëmundjet. Nga ana tjetër, një studim nga Motus zbuloi se individët me rezultate të larta në neuroticizëm (të ulët në stabilitet

emocional) kur përballen me ankth, mund të përfshihen në sjellje të rrezikshme për të kërkuar lehtësim emocional, duke qarë në një stil jetese të pashëndetshëm.

Një studim tjetër analizoi modelin pesë-faktorësh të personalitetit me distancimin social. Në përputhje me modelin teorik, rezultatet tregojnë se ndërgjegjshmëria ishte e lidhur në mënyrë të konsiderueshme me distancimin social së bashku me stabilitetin emocional, i cili gjithashtu kishte një korrelacion signifikant me distancimin social, ndërsa pajtueshmëria ishte e lidhur negativisht. Sidoqoftë, një studim nga Clark dhe kolegët analizoi modelin e pesëshes të madhe të personalitetit me ndjekjen e masave shëndetësore dhe zbuloi se asnjë nga 5 tiparet nuk parashikonte ndjekjen e rregullave. Për më tepër, pikët më të larta në pajtueshmëri dhe ndërgjegjshmëri parashikuan marrjen e masave paraprake shëndetësore (duke mos respektuar rreptësisht masat shëndetësore, siç sugjeron modeli kur bëhet fjalë për ndërgjegjshmërinë); ndërsa pajtueshmëria, ndërgjegjshmëria dhe hapja ndaj eksperiencave parashikuan gjasa më të larta për t'u dhënë rekomandime shëndetësore njerëzve përreth tyre (miqëve, familjes, kolegëve). Është interesante se stabiliteti emocional nuk ka lidhje me rezultatet e sjelljes së shëndetshme.

Një studim tjetër i kryer nga Carvalho, Pianowski, & Gonçalves lidhi dy nga pesë tiparet e mëdha të personalitetit (ekstraversionin dhe ndërgjegjshmërinë) me dy masa kontrolli (distancimin social dhe larjen e duarve). Ata zbuluan se ekstrovertët kanë një korrelacion negativ me respektimin e masave shëndetësore, në kontrast me njerëzit e ndërgjegjshëm që shfaqin një marrëdhënie pozitive. Gjithashtu, pajtueshmëria është studiuar me masat shëndetësore. Në kontrast me ekstrovertët, njerëzit me rezultate të larta në pajtueshmëri demonstuan më pak lëvizshmëri dhe distancim më të madh social. Për më tepër, tipari i pajtueshmërisë tek gratë, në pyetësorë vetë-raportues u shoqërua me një gjasë më të lartë për të qëndruar në shtëpi në të kaluarën dhe të ardhmen; që do të thotë se ato nuk mendojnë të lëvizin shumë dhe nuk kanë lëvizur në të kaluarën pasi lëvizshmëria më e lartë mund të rrisë numrin e infeksioneve. Sidoqoftë, sipas modelit dhe studimeve që e mbështesin atë, individët e pajtueshëm kanë më shumë gjasa të sillen në një mënyrë të dëshirueshme shoqërore. Për më tepër, individët e pajtueshëm kanë nivele më të larta të empatisë së vetë-

raportuar dhe kanë më shumë gjasa të respektojnë masat shëndetësore për të mbrojtur të tjerët që mund të rrezikohen seriozisht nga pandemia. Për sa i përket hapjes ndaj eksperiencave, në ngjashmëri me neuroticizmin ose stabilitetin emocional, gjetjet janë kontradiktore. Chan dhe kolegët gjetën se individët me hapje të lartë kanë më shumë gjasa të qëndrojnë në shtëpi, siç rekomandohet nga qeveria. Megjithatë, kur u pyetën nëse planifikojnë të angazhohen në lëvizje të ardhshme (edhe pse kjo shkel rregullat e përcaktuara nga autoritetet), ata raportojnë se do të largohen nga shtëpia e tyre në pesë ditët e ardhshme. Në të kundërt, Abdelrahman, nuk gjeti asnjë lidhje midis hapjes ndaj përvojës dhe pajtueshmërisë me masat shëndetësore. Sipas modelit të paraqitur nga McCrae dhe Costa, hapja ndaj përvojës karakterizohet si kërkim i përvojave të reja dhe ideve jokonvencionale dhe prirjet të jetë një stil jetese më fleksibël, kurioz dhe kreativ, duke sugjeruar se kurioziteti më i lartë mund t'i bëjë këta individë më pak të prirur të jenë në përputhje me masat shëndetësore. Për më tepër, studimet tregojnë se individët me hapje të lartë janë më të vetëdijshëm për perceptimin e rrezikut akut, i cili mund të lehtësojë angazhimin në masat shëndetësore.

Edhe pse studimet e lartëpërmendura japin një kontribut të rëndësishëm në literaturën ekzistuese në kuptimin e dallimeve individuale gjatë pandemisë Covid-19, ato nuk janë të mjaftueshme për të kuptuar marrëdhënien e plotë të këtyre konstrukteve. Studimet e kryera deri më tani, kanë ndërtuar korrelacione midis strukturës së personalitetit dhe pleancës së masave parandaluese me qëllim të shmangies së rrezikut ose ndjenjës së përgjegjësisë. Struktura e personalitetit e përdorur ishte modeli klasik pesë-faktorësh i postular nga McCrae dhe Costa. Në studimin aktual, ne u përpoqëm të ndërtonim një model të ndërveprimit midis strukturës së personalitetit dhe ndjekjes së masave shëndetësore me frikën si ndërmjësues, duke përdorur një model të përshtatur të personalitetit, ku neuroticizmi matet si stabilitet emocional dhe hapja ndaj përvojës si intelekt. Pas shumë konsideratave, ne konkludim se ky model mund të ishte më i përshtatshëm për situatën aktuale. Përfundimisht, ne donim të shihnim nëse ndërveprimi midis strukturës së personalitetit dhe respektimit të masave të shëndetshme ndërmjetësohet nga emocioni i frikës dhe cilët faktorë të personalitetit ushtrojnë më shumë ndikim në respektimin e masave të shëndetshme.

Diskutimi

Në përputhje me studimet e mëparshme, ne zbuluam se faktorët e personalitetit lidhen me respektimin e masave parandaluese. Intelekti si një korrelator i lartë i sjelljes prosociale parashikoi të tre masat e ndjekjes së masave shëndetësore, distancimit social, kontrollit dhe higjienës. Për më tepër, lidhja e ngushtë e inteligjencës me kuriozitetin abstrakt dhe thithjen e ideve të reja, na çon në supozimin se individët me nivel të lartë intelekti arrijnë të zhvillojnë një kuptim sistematik të situatave të reja dhe arrijnë të përshtaten më mirë me to. Eysenck raportoi se intelekti parashikon përshtatje ndaj ndryshimeve mjedisore. Nofal në një mostër japoneze, gjeti gjithashtu një lidhje të ngushtë midis inteligjencës dhe kompleancës së masave parandaluese.

Intelekti është faktori më i ndërlidhur. Teoria e aktivizimit të tipareve.

Ndërgjegjshmëria nuk ishte parashikues signifikant i përputhshmërisë me masat kufizuese në path model të këtij punimi, megjithatë, ishte e lidhur ngushtë me tre masat që kemi përdorur për të vlerësuar respektimin e masave. Në modelin original me pesë faktorë të personalitetit, ndërgjegjshmëria portretizohet si e kundërta e sjelljes së pakujdesshme, ndërsa studime të tjera e lidhin atë me vetëdisiplinën dhe respektimin e rregullave. Duke qenë se respektimi i masave parandaluese u promovua shumë nga institucionet shtetërore dhe organet mjekësore, njerëzit me pikë të larta në ndërgjegjshmëri mund të kishin gjetur shtysën e brendshme për vetëkontroll dhe respektim të rregullave për të ndjekur rekomandimet. Një lidhje e lartë midis ndërgjegjshmërisë dhe respektimit të masave kufizuese u gjet gjithashtu nga Carvalho dhe Nofal

. Pajtueshmëria, edhe pse e lidhur me përmbajtjen dhe higjienën si masa kufizuese, nuk ishte një parashikues domethënës në path model. Lidhja e saj me respektimin e masave kufizuese është në përputhje me studimet e tjera që gjejnë efekte të ngjashme dhe zakonisht shpjegohet me faktin se pajtueshmëria mund të manifestohet si sjellje prosociale. Duke marrë parasysh që përgjatë pandemisë, opinioni mjekësor ishte se populllata më e rrezikuar nga Covid-19 janë të moshuarit dhe që mostra ynë ishin kryesisht të rinj, shqetësimi i tyre për të moshuarit në familje vërteton korrelacionet me pajtueshmërinë.

Stabiliteti emocional ishte një parashikues signifikant i përmbajtjes dhe distancimit social si masa kufizuese në përballjen me pandeminë. Për më tepër, korrelacionet që rezultuan ishin negative, do me thënë sa më i ultë është stabiliteti emocional aq më e lartë do të jetë respektimi i masave kufizuese. Individët me një stabilitet emocional të ulët (neuroticizëm të lartë në modelin origjinal) përjetojnë një nivel më të lartë shqetësimi emocional, prandaj respektimi i masave kufizuese mund t'u shërbejë atyre si një mjet për të ulur një shqetësim të tillë në lidhje me kontraktimin e virusit.

Në analizimin e marrëdhënies së faktorëve të personalitetit me kompleancën lidhur me masat kufizuese, veçanërisht përmbajtjen e Covid19, ekstraversioni tregoi rezultate befasuse në krahasim me gjetjet e studimeve të kaluara. Megjithatë, shumica e studimeve gjetën një korrelacion negativ midis të dyjave nën shpjegimin se ekstraversioni parashikon pozitivisht përfshirjen në sjellje të rrezikshme, në gjetëm një korrelacion pozitiv midis ekstrersionit dhe respektimit të masave shëndetësore. Duke pasur parasysh se ekstrovertët janë më të shoqërueshëm dhe ata kanë një rreth më të gjerë marrëdhëniesh shoqërore, ata kishin më shumë arsye të shqetësoheshin për shëndetin e të tjerëve. Në anën tjetër introvertët kanë më pak njerëz në rrethin e tyre, që do të thotë respektim më i ulët i masave kufizuese.

Për sa i përket marrëdhënies ndërmjet faktorëve të personalitetit dhe frikës, përveç stabilitetit emocional për të cilin korrelacioni ishte negativ, me gjithë të tjerët, korrelacioni ishte pozitiv, por signifikant vetëm për pajtueshmërinë. Duke qenë se rreziku i infektimit me virus perceptohej të ishte më i lartë për të moshuarit dhe mjaft i ulët për të rinjtë, korrelacioni midis frikës dhe pajtueshmërisë mund t'i atribuohet shqetësimit të pjesëmarrësve për shëndetin e njerëzve të tyre të afërt.

Pjesa më e madhe e studimeve që lidhin strukturën e personalitetit me kompleancën e sjelljeve të pranushme, ia atribuojnë tendencës për sjellje pro-sociale, shmangies ndaj rrezikut dhe sjelljes altruiste. Megjithatë, të dhënat nga studimi aktual tregojnë se frika është motivuesi më i madh i sjelljes së shëndetshme, ndërsa pajtueshmëria si një nga pesë tiparet e mëdha të personalitetit, lidhet me përvojën e frikës në kontekstin e pandemisë Covid19. Lidhja pozitive midis pajtueshmërisë dhe frikës së perceptuar thekson natyrën pro-sociale të tiparit dhe faktin se situata në fjalë paraqet një rrezik më të lartë për të afërmit e moshuar të të anketuarve sesa vetë të anketuarit.

Frika, nga ana tjetër, ishte parashikuesi më i fortë i respektimit të masave. Harper raportoi

se frika është parashikues më i madh i sjelljes së shëndetshme sesa orientimet morale ose politike, ndërsa gjeti se nivelet shumë të ulëta të frikës së perceptuar lidhen me nivele të larta të marrjes së rrezikut në situata sociale dhe rekreative.

Gjetjet e studimit aktual tregojnë një skenar ku frika ka një funksion adaptues. Për më tepër, gjetjet tona shkojnë paralelisht me studime të cilat kanë gjetur se frika është parashikuesi më i mirë i respektimit të masave kufizuese në përballjen me pandeminë Covid19.

Konkluzioni

Ne zhvilluam këtë studim, duke u përpjekur të hartojmë një marrëdhënie midis strukturës së personalitetit dhe respektimit të masave kufizuese kundër përhapjes së pandemisë Covid19 të ndërmjetësuar nga frika. Ekstraversioni, intelekti dhe stabiliteti emocional parashikuan nivelin e kompleancës, frika në kontekstin e pandemisë u lidh vetëm me pajtueshmërinë. Frika si faktor i vetëm, nga ana tjetër, ishte parashikuesi më i mirë i respektimit të masave.



TEKNOLOGJIA DHE SHËNDETI MENDOR

Teknologjia tashmë po transformon plotësisht mënyrën se si ne e studiojmë shëndetin mendor.

Në pamje të parë, e ardhmja e shëndetit mendor mund të duket jo edhe aq e mirë pasi sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë pritet që deri në vitin 2030 depresioni do të bëhet barra më e madhe e vetme e kujdesit shëndetësor, duke kushtuar rreth 6 trilionë dollarë globalisht. Mirëpo, teknologjia ka hapur kufij të ri në mbështetjen e shëndetit mendor dhe mbledhjen e të dhënave. Pajisjet teknologjike si telefonat celularë, telefonat inteligjentë dhe tabletët po i japin njerëzve mënyra të reja për të kërkuar ndihmë ndërsa mjekëve dhe studiuesve, për të monitoruar progresin dhe për të rritur të kuptuarit e mirëqenies mendore në përgjithësi.

Mbështetja teknologjike e shëndetit mendor mund të jetë shumë e thjeshtë, por mjaft efektive. Për shembull, kushdo që ka aftësinë për të dërguar një mesazh me tekst mund të kontaktojë një qendër krize. Teknologjia e re gjithashtu mund të realizoj një aplikacion jashtëzakonisht të sofistikuar për smartphone ose tablet ku aplikacione të tilla mund të përdorin sensorët e integruar të pajisjes për të mbledhur informacione mbi modelet apo ndryshimet e sjelljes së një përdoruesi pra duke pasur qasje të personalizuar për secilin individ. Nëse aplikacioni zbulon një ndryshim në sjellje, ai mund të japë një sinjal se nevojitet ndihma përpara se të ndodhë një krizë. Disa aplikacione janë programe të pavarura që premtajnë të përmirësojnë kujtesën ose aftësitë e të menduarit. Të tjerë e ndihmojnë përdoruesin të lidhet me një këshillues ose me një profesionist të kujdesit shëndetësor.

Megjithatë, e ardhmja e shëndetit mendor është e ndritshme. Fatmirësisht, ne po largohemi nga pikëpamjet e vjetra të sëmundjeve mendore, të cilat fajësojnë njerëzit për mënyrën se si funksionon truri i tyre. Shumë prej nesh tani e pranojnë se, si çdo organ, truri mund të sëmurët pa fajin e tij (personit).

Largimi i stigmës do të thotë që njerëzit po marrin një rol më aktiv në kujdesin e tyre mendor. Shëndeti mendor nuk konsiderohet më thjeshtë si mungesë e sëmundjes mendore, tani i është vendosur më shumë theks në ndërtimin e aftësive psikologjike për të na ndihmuar të përballemi me sfidat e pashmangshme të jetës.

Gjeneratat e reja fatmirësisht po e udhëheqin këtë rrugë të re duke u kthyer gjithnjë e më shumë nga teknologjia si sfera e ardhshme e kujdesit për shëndetin në përgjithësi por sidomos atë mendor, duke shfrytëzuar "makinat" për të ndihmuar në menaxhimin e mirëqenies së tyre psikologjike.

Një ndër këta të rinj, bëjë pjesë edhe unë si një mjekë e re ku më është ofruar mundësia të hulumtoj dhe njëkohësisht të bashkëpunoj në zhvillimin e një produkti digjital për shëndetin

mendor përkatësisht për sulmet e panikut, në bashkëpunim me mendje të ndritura të lëmive të ndryshme.

Një sfidë të cilën e kemi hasur gjatë këtij rrugëtimi është ruajtja e cilësisë së kujdesit ndaj pacientit gjersa eksplorojmë kryqëzimin midis shkencës shëndetësore/klinike dhe industrisë teknologjike.

Një tjetër sfidë është se disa njerëz - madje edhe disa profesionistë - janë të shqetësuar se shëndeti digjital parashikon zëvendësimin e mjekëve. Megjithatë, në vend që të zëvendësojë mjekët, teknologjia duhet të bëhet një partner në kujdesin modern të shëndetit mendor, duke u ofruar klinicistëve dhe njerëzve mjete të duhura për të rritur mirëqenien e shëndetit në përgjithësi.

Pavarësisht këtyre sfidave, hulumtimet sugjerojnë se njeriu dhe makina do të takohen krah për krah në një të ardhme të afërt. Ndërsa studiuesit e shëndetit mendor eksplorojnë se si teknologjia mund të përmirësojë shëndetin mendor, pyetjet hulumtuuese vazhdojnë të shfaqen dita-ditës.

Si përfundim, ndikimi i teknologjisë tashmë është shtrirë në fushën e kujdesit shëndetësor dhe është e qartë se teknologjia po bën ndryshime pozitive edhe në drejtim të kujdesit për shëndetin mendor.

Referencat:

1. Global Action Plan on Physical Activity 2018 - 2030: More Active People for a Healthier World, WHO, Jan 21, 2019 - Health & Fitness - 101 pages
2. Gravenhorst, Franz & Muaremi, Amir & Bardram, Jakob & Grünerbl, Agnes & Mayora, Oscar & Wurzer, Gabriel & Frost, Mads & Osmani, Venet & Arnrich, Bert & Lukowicz, Paul & Tröster, Gerhard. (2014). Mobile phones as medical devices in mental disorder treatment: an overview. Personal and Ubiquitous Computing.
3. Weisel, Kiona & Fuhrmann, Lukas M. & Berking, Matthias & Baumeister, Harald & Cuijpers, Pim & Ebert, David. (2019). Standalone smartphone apps for mental health – a systematic review and meta-analysis. npj Digital Medicine.
4. McColl, Logan & Rideout, Pamela & Parmar, Tasha & Abba-Aji, Adam. (2014). Peer Support Intervention Through Mobile Application: An Integrative Literature Review and Future Directions. Canadian Psychology.
5. Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. Evolving definitions of mental illness and wellness. Prev Chronic Dis. 2010 Jan;7(1):A19. Epub 2009 Dec 15.
6. Jenn Roth, Global Industry Product Marketing Director-Health - - "Learn how technology and mental

Drianë Krasniqi

Doktor i Mjekësisë

Konsulente Mjekësore
(Medical Advisor) në
SPRIGS R&D - Agjenci për
Hulumtim dhe Zhvillim me
qendër në Prishtinë, Am-
sterdam dhe Kongsberg

Korrespondenca:
driane@sprigs.eu

PAMJA E JASHTME DHE SHËNDETI MENDOR

Pamja e jashtme - Shëndeti Mendor

Pamja e jashtme dhe vlerësimi ndaj vetvetes fillojnë në mendje dhe jo në pasqyrë.

Të dyja nga këto mund të ndryshojnë mënyrën se ju e vlerësoni vetën dhe vlerat e tuaja si individ. Pamja e jashtme dhe vlerësimi ndaj vetvetes janë një pjesë shumë e rëndësishme e të qenurit i shëndetshëm.

Pamja e jashtme - Definicioni

Pamja e jashtme nënkupton mënyrën se si një person e percepton trupin mentalisht dhe vizualisht, është një imazh mendor që ka rol perceptues dhe afektiv dhe ndikon në mënyrën se si ndërveprojmë me veten dhe se si ajo pamje prezantohet publikisht. Pamja e jashtme është imazhi mental që e ke për trupin tënd dhe mënyra se si ndihesh me trupin tënd kur e shihni veten në pasqyrë. Një imazh negativ i pamjes së jashtme mund të shty individin në depresion, çrregullime të ankthit, çrregullime të të ngrënit dhe dismorfia trupore, ndërsa e kundërta një imazh pozitiv për pamjen e jashtme mund të rrisë nivelin e konfidencës dhe ka ndikim në mënyrën si ne bashkëveprojmë në lidhje me të tjerët.

Një person nuk e ka një pamje të saktë ose korrekte për vetën e vet dhe predispozitat janë të mëdha që këta persona kanë një pamje të jashtme të shtrembëruar. Janë nivele të ndryshme të shtrembërimit që bazohen në disperancin mes realitetit dhe perceptimit.

Kjo gjendje quhet Body Dismorphic disorder dhe futet në grupin DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Cili është ndikimi i pamjes së jashtme në shëndetin mental

Pamja e jashtme është shpesh mënyra në të cilën ne vlerësohemi fillimisht nga të tjerët. Ideali aktual në Amerikë është një trup femëror ultra i hollë dhe trup mashkullor shumë i tonifikuar dhe i dobët. Shumica nuk mund të transformojnë trupat e tyre të trashëguar gjenetiksht për të përmbushur këto ideale ekstreme, pavarësisht përpjekjeve të mëdha të bëra për të ndryshuar një trup që ata e perceptojnë si inferior. Kur trupi realist i një personi dhe imazhet e tij ideale të trupit nuk përputhen, kjo shpesh mund të çojë në probleme të shëndetit mendor si çrregullime të të ngrënit, çrregullime të humorit dhe çrregullime ankthi. Disa çrregullime serioze të të ngrënit janë të përqendruara rreth shqetësimeve të imazhit të trupit. Ata që luftojnë me anoreksinë dhe buliminën përfshihen në sjellje të rrezikshme si vetë-uria, të vjellat e shkaktuara nga vetja, mbi-stërvitja dhe abuzimi me laksativët si një mënyrë për të pasur kontroll. Shpesh, imazhi dhe pesha e tyre janë të vetmet gjëra mbi të cilat ata kanë kontroll pasi janë të ndrydhur vazhdimisht nga depresioni ose ankthi themelor.

Historikisht i kemi konsideruar çështjet që lidhen me imazhin e trupit dhe çrregullimet e të ngrënit si një shqetësim femëror, megjithatë vitet e fundit gjithnjë e më shumë meshkuj po përballen me pakënaqësi trupore. Dismorfia e muskujve është më shumë shqetësuese tek meshkujt sesa tek femrat dhe përfshin ushtrimin e tepërt dhe ushqimin kufizues me qëllim të përmirësimit të fizikut të tyre. Ndërsa këtu çrregullimet e të ngrënit janë lidhja e dukshme midis çështjeve të shëndetit mendor dhe imazhit të trupit. Ata me çrregullime të imazhit të trupit janë gjithashtu në rrezik për çrregullime ankthi, çrregullime të përdorimit të substancave, çrregullime të humorit dhe ulje të vetëbesimit. Stigma e peshës është dokumentuar si një rrezik për depresion, ankth dhe pakënaqësi trupore. Është e vështirë ndonjëherë për të përcaktuar nëse depresioni dhe ankthi ishin të parat apo nëse ishin çështjet e imazhit të trupit. Pavarësisht, ekziston një cikël vicioz i sëmundjeve mendore dhe çrregullimeve të të ngrënit, dhe të dyja duhet të trajtohen njëkohësisht në mënyrë që individi të shërohet plotësisht. Kur një individ është i pakënaqur me peshën ose pamjen e tij, ai shpesh ndihet i mbingarkuar, i dëshpëruar dhe i shqetësuar në situata sociale. Kjo mund të çojë në izolim social, biseda negative me veten dhe mbingrënie për rehati. Të gjitha këto sjellje përjetësojnë një perceptim negativ të vetvetes. Për adoleshentët, fillimi i pubertetit mund të krijojë shqetësime të humorit për shkak të ndryshimit të trupit të tyre. Kjo është një kohë e zakonshme për të përjetuar imazh negativ të trupit së bashku me ankth dhe depresionin. Më vonë në jetë ka edhe raste rreziku. Për femrat, shtatzënia dhe periudha pas lindjes është shpesh një kohë që mund të krijojë një pamje negative për trupin e dikujt. Mediat e përforcjnë këtë me imazhet e të famshmëve që pozojnë me foshnjat e tyre me trupa të tonifikuar, në dukje të përsosur. Me kalimin e moshës, trupat tanë ndryshojnë duke krijuar mundësi për trishtim dhe depresion për shkak të shfaqjes së flokëve gri, rrudhave dhe të kuptuarit se trupat tanë janë të aftë për më pak se sa dikur.

A ndikon pamja e jashtme në shëndetin fizik?

Mënyra se si një person ndihet në trupin e tij dhe e percepton pamjen e tij mund të ketë gjithashtu një ndikim të drejtpërdrejtë në shëndetin e tij fizik. Ka më pak gjasa që një person që ndihet keq për pamjen e tij ose që ka përjetuar reagime negative për pamjen e tij, të ndihet rehat duke ushtruar në publik, duke kërkuar kujdes mjekësor ose duke u angazhuar në aktivitete shoqërore. Ata me nivele më të ulëta të kënaqësisë trupore gjejnë nivele më të ulëta kënaqësie gjatë ushtrimeve në përgjithësi. Të gjitha këto mund të çojnë në pasojë negative fizike për individin, shërbejnë vetëm për të përkeqësuar vetë-konceptin e tyre. Kur një individ ndihet aq keq për veten dhe pamjen e tij, saqë ka frikë të kërkojë kujdes mjekësor, ndikimi në shëndetin e



Mirlinda Berisha
Doktor i Mjekësisë
Facial Aesthetics AM

tij mund të jetë mjaft i dëmshëm.

Këta pacientë humbasin ekzaminimet shëndetësore për kancerin, diabetin dhe presionin e lartë të gjakut nga frika se si mund të trajtohen për mbipeshën. Disa madje vazhdojnë sjelljet e dëmshme nga frika e shtimit në peshë nëse ndalojnë, si p.sh. pirja e duhanit ose marrja e stimuluesve.

Një pamje e jashtme pozitive

Një imazh pozitiv i trupit vjen nga aftësia për të pranuar atributet pozitive të dikujt së bashku me ato zona që nuk i pëlqejnë domosdoshmërisht. Kur një person mëson të vlerësojë veten bazuar në një kombinim elementësh kundrejt vetëm pamjes së jashtme, ai do të ketë më shumë gjasa të ketë një imazh pozitiv të trupit. Një person me një imazh pozitiv të trupit e pranon veten dhe e kupton se pamja e tyre është vetëm një aspekt i asaj që ata janë. Shmangia e krahasimit dhe perfeksionizmit janë fillimet e mira për të zhvilluar një imazh të shëndetshëm të trupit. Nëse po e krahasojmë veten me të tjerët dhe presim që të jemi të përsosur, nuk do të jemi kurrë të kënaqur me atë që shohim në pasqyrë.

Një vlerësim i asaj që trupi ynë mund të bëjë është po aq i rëndësishëm nëse jo më shumë sesa të pëlqejmë atë që dukemi. Një nënë që vlerëson se trupi i saj mund të mbajë dhe të japë një jetë të re, një burrë që vlerëson se është në gjendje të

luajë bejsboll me djalin e tij janë të gjitha shembuj të kësaj.

Pse është i rëndësishëm një imazh pozitiv i trupit?

Një imazh pozitiv i trupit është i rëndësishëm sepse ndikon në mënyrën se si ndihemi për veten. Ajo ndikon në nivelin tonë të besimit dhe mënyrën se si ndërveprojmë në marrëdhëniet tona. Kur një person i bën faktorë të tjerë përcaktues të vetëvlerësimit dhe vetë pranimit, pamja e dikujt bëhet më pak një pikë qendrore.

Kjo nuk do të thotë se dëshira për t'u dukur mirë është në thelb e keqe. Kjo do të thotë se ne jemi shumë më tepër se pamja jonë dhe se si ajo përputhet me standardin e bukurisë së shoqërisë. Kur ndihemi më të sigurt, ai vetëbesim shfaqet dhe bëhet pjesë e asaj që jemi dhe çfarë bëjmë. Kjo na ndihmon në marrëdhëniet tona personale, ose në sipërmarrjet profesionale, madje edhe në ndjekjen e hobeve tona. E gjithë kjo çon në të qenit një person më i kënaqur dhe më i shëndetshëm.

Një imazh negativ i trupit

Të gjithë kemi takuar dikë që ka një imazh negativ të trupit. Ky person përipiqet të fshihet pas rrobave të gjera, ata kritikojnë pamjen e tyre dhe shmangin aktivitetet të tilla si noti, fotot familjare ose çdo gjë tjetër që përfshin të tjerët të vërejnë trupin e tyre. Ky individ humbet marrëdhëniet dhe përvojat për shkak të mënyrës se si e shohin veten në krahasim me të tjerët.

Kur diçka nuk shkon mirë në jetën e dikujt me një imazh negativ të trupit, ata zakonisht ia atribuojnë atë pamjes së tyre dhe jo ndonjë arsyeje tjetër. Kjo përforcon besimin e tyre se duhet të ndryshojnë pamjen e tyre për të qenë më të lumtur dhe më të suksesshëm.

Imazhi negativ i trupit është:

•Një preokupim me peshën dhe format e trupit

•Pakënaqësi trupore

•Të kesh emocione negative për trupin tënd si vetëdija, turpi, faji ose ankthi

•Duke bërë vazhdimisht komente negative për madhësinë dhe formën tuaj

•Ndjeheni të pakënaqur ose të shqetësuar edhe për rritjen më të vogël të peshës trupore

•Angazhimi në sjellje të pashëndetshme për të modifikuar trupin tuaj si agjërimi ose dieta, të vjellat e shkaktuara nga vetë, përdorimi laksativ, pirja e duhanit ose përdorimi i drogës

Çrregullimet e shëndetit mendor që lidhen me imazhin e trupit

Ndikimi i imazhit negativ të trupit shtrihet përtej thjesht të mos pëlqyerit sesi duket me rroba banje ose me prerjen e re të flokëve. Këto shqetësime në mënyrën se si një person e sheh veten në raport me të tjerët dhe krahasuar me standardet shoqërore të atraktivitetit mund të çojnë në çrregullime të shëndetit mendor gjithashtu.

Imazhi negativ i trupit mund të çojë në kushtet e mëposhtme të shëndetit mendor:

•Anoreksi

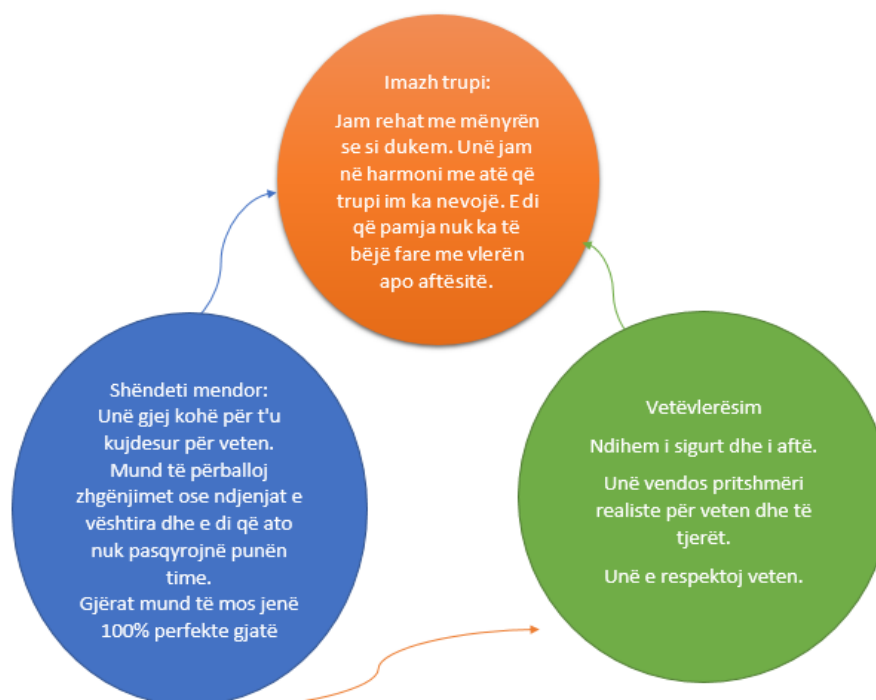
•Bulimia

•Diabulimia (diabetitët e tipit I manipulojnë marrjen e insulinës për humbje peshe)

•Dismorfia e muskujve ose e trupit

•Ankthi

Si imazh i mirë i trupit dhe vetë - vlerësimi ndikon pozitivisht në shëndetin mendor:



•Depresioni

Si të merrni ndihmë për çështjet e imazhit të trupit

Njerëzit me imazh negativ të trupit kanë një shans më të lartë për të zhvilluar çrregullime të të ngrënit dhe kushte të lidhura me to. Për këtë arsye është e rëndësishme të kërkonti ndihmë profesionale nëse ju ose një person i dashur po luftoni me një imazh të shtrembëruar ose negativ të trupit.

Gjërat që mund të bëni për të ndihmuar dikë me imazh të dobët të trupit:

- Flisni për trupin tuaj në një dritë pozitive dhe praktikoni vetë-pranimin
- Diskutoni aspektet pozitive të personit që

vlerësoni që nuk kanë lidhje me pamjen

•Ndaloni së ndjekuri faqet e mediave sociale që përforcojnë besimet e pashëndetshme për idealet e bukurisë dhe ndiqni faqet që promovojnë pozitivitetin e trupit dhe vetë-pranimin, si për shembull të shëndetshëm në çdo madhësi (HAES)

•Inkurajoni mikun ose të dashurin tuaj që të kërkojë ndihmë profesionale



Tik Tok

Snapchat

Youtube

Instagram

Comments

Social Media

Likes

Referencat:

1.A. Baghdadli et al. Impact of autism in adolescents on parental quality of life. *Qual. Life Res.* 2014; 23 (6): 1859-1868

Al-Kandari S et al. Brief report: social support and coping strategies of mothers of children suffering from ASD in Kuwait. *J. Autism Dev. Disord.* 2017;47, 3311-3319.

Charman T, Baird G. Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *Child Psychology Psychiatry.* 2002;43(3):289-305.

Cox A et al. Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: stability of clinical and ADI-R diagnosis. *Child Psychology Psychiatry.* 1999;40(5):719-732.

Davis, NO, Carter, AS. Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers With Autism Spectrum Disorders: Associations With Child Characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2008;38.7:1278-91.

Gray, D. E., Holden, W. Psychosocial well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities,* 1992; 18(2), 83-93.

Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism.* 2005;125-137

Ilias K et al. Parenting Stress and Resilience in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder (ASD) in Southeast Asia: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2018; 9,9:280

Meltzer, L. J. Factors associated with depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorders. *Res. Autism Spectr. Disord.* 2011; 5 (1). 361-367

Mistry R, Elenbaas L. It's All in the Family: Parents' Economic Worries and Youth's Perceptions of Financial Stress and Educational Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence.* 2021; 50: 724-738

Osborne, L. A, Reed, P. Parents perceptions of communication with professionals during the diagnosis of autism. *Autism.* 2008; 12: 259-

TRAJTIM DHE PËRKRAHJE PËR PERSONAT E VARUR NGA DROGA



Safet Blakaj
Drejtor ekzekutiv i Qendrës
"Labyrinth"

Çka është Qendra "Labyrinth" dhe cili është roli i saj në shoqërinë tonë?

Qendra për Këshillim dhe Trajtim të Varësisë "Labyrinth" është koncepti i ofrimit të shërbimeve direkte psikiatrike, psiko-sociale dhe parandalimit të përdorimit të drogave ku edhe përfshihet programi i zvogëlimit të dëmit.

Në Kosovë janë gjithsej 3 pika të Labyrinth-it, një në Prishtinë, që është më e madhe si qendër dhe dy të tjerat në Gjilan dhe në Prizren. Labyrinth është i licencuar nga Ministria e Shëndetësisë për shërbimet psikiatrike dhe të psikologjisë klinike me emrin "Ambulanca Specialistike e Psikiatrisë dhe Psikologjisë Klinike", ka licencën për operim narkotikë nga Agjencia e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale si dhe licencën nga Ministria e Punës për Mirëqenies Sociale.

Kur është themeluar Qendra Labyrinth dhe cila ka qenë arsyeja e themelimit të saj?

Labyrinth ka filluar aktivitetet në vitin 2002. E nevojshme ka qenë edhe para luftës, por numri i përdoruesve të lëndëve narkotike ka qenë në rritje të shpejtë, veçanërisht mbas luftës në Kosovë.

Me çfarë raste merret kjo qendër, çfarë trajton?

Kjo qendër merret në mënyrë specifike me përdoruesit e drogave, duke ofruar shërbime psiko-terapeutike.

Sa psikologë ka qendra, a është i mjaftueshëm stafi aktual?

Në Labyrinth janë të punësuar gjithsej 5 psikologë, 3 prej tyre në Prishtinë, një në Gjilan dhe një në Prizren. Kjo edhe mund të shihet si problematikë, por është mungesa e ofrimit të kushteve financiare për vendin e punës që e bënë të jetë ky numër i të punësuarve.

Me cilat institucione keni bashkëpunime?

Ne si Labyrinth kemi bashkëpunim me institucione të rëndësishme të Republikës së Kosovës, si Ministria e Shëndetësisë, Klinika e Psikiatrisë (QKUK), Klinika Infektive (QKUK), Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës, Policinë e Kosovës, Universitetin "Hasan Prishtina", Ministrinë e Punës dhe Mirëqenies Sociale, Komunën e Prishtinës, etj.

Sa hezitojnë njerëzit të vijnë tek ju dhe sa janë të lirë të diskutojnë për problemet e tyre personale?

Ne si Labyrinth në këtë aspekt kemi kontrata ku nënshkruhen nga të punësuarit dhe studentët-praktikantë, për ruajtjen e konfidencialitetit, kjo përkon me ruajtjen e imazhit të pacientit.

Tek rastet e rënda, familjarët nuk hezitojnë të vijnë të kërkojnë ndihmë për anëtarët e familjes së tyre, sepse edhe kanë nevojë për këtë ndihmë, por grada më e lehtë e përdoruesve të lëndëve narkotike janë ata që hezitojnë

kryesisht. Personat që përdorin substanca narkotike, që konsiderohen më të lehta, siç është shembull marihuana, konsiderojnë se mund ta menaxhojnë vet situatën e tyre, prandaj edhe nuk kërkojnë ndihmë. Ka përdorues të tjerë të drogave që mbase do të kërkonin ndihmë, por nuk dëshirojnë të identifikohen se janë përdorues të drogave dhe përkeqësojnë situatën e tyre përmes kësaj qasjeje.

Cilat janë shkaqet më të shpeshta që çojnë në përdorimin e lëndëve narkotike?

Shkaqet më të mundshme të përdorimit të lëndëve narkotike janë problemet shëndetësore, psikike-fizike. Me përdorimin e drogave me rrugë intravenoze rrezikojnë shumë infektimin me HIV-AIDS, Hepatit B dhe C, amputimet e këmbëve. Nuk ka një përgjigje definitive shkencore në të gjithë botën, por në bazë të anketave dhe hulumtimeve që janë bërë deri tani, ka rezultuar se është dëshira për t'u bërë pjesë e një grupi të caktuar shoqëror dhe kureshtja.

Cilat grupe (mosha, statusi social, shkalla e edukimit, profesioni) janë më të prekura nga varësia e drogës?

Nuk janë të ndara në bazë të shkallës së edukimit, profesionit ose statusit social, por grup-mosha mesatare në vendin tonë, që fillojnë përdorimin e lëndëve narkotike është 16.2 vjeç, ndërsa lëndët narkotike më të konsumuara në 4 vjetët e fundit janë kokaina dhe marihuana. Në vendin tone, shtresa e mesme e popullatës është është përdoruesi më i madh. Në vendet evropiane, ndërkaq, shtresa e lartë është më e përfshirë në përdorimin e lëndëve narkotike.

Sa është i vështirë trajtimi i këtyre rasteve?

Është shumë i vështirë, sepse nuk ka shumë literaturë me metoda psikoterapeutike, jo vetëm tek ne, por në gjithë botën. Në Kosovë ka trajtime që kryhen, por gjithashtu ka nevojë për cilësi dhe hapësira të përshtatshme për trajtim. Për të futur programe të reja trajtimi për përdoruesit e drogave kërkohet kohë e gjatë, siç ka qenë programi mbajtës me Metadon për të cilin është dashur të punohet pothuaj 10 vjet para se të fillojë.

Me çfarë vështirësish ballafaqohet Qendra Labyrinth?

Qendra Labyrinth më së shumti ka nevojë për infrastrukturë, hapësirë të nevojshme për t'i trajtuar rastet dhe qëndrueshmëri financiare (buxhet vjetor dhe jo të jetë e varur financiarisht nga projekte të caktuara).

Një mesazh për lexuesit?

Është krijuar tendenca e izolimit dhe e diskriminimit të përdoruesve të drogave, gjë që është e gabuar. Prandaj, mesazhi im është që t'i trajtoni këta persona, jo t'i ndëshkoni!

KËSHILLA JURIDIKE LIDHUR ME KUJDESIN, TË DREJTAT E PERSONAVE ME ÇRREGULLIME MENDORE SI DHE TRAJTIMI I SHËNDETIT MENDOR

Kushtetuta e Republikës së Kosovës

<https://gzk.rks-gov.net/ActDetail.aspx?ActID=3702>

Neni 2

Fushëveprimi

Me këtë ligj përcaktohen procedurat, kushtet për mbrojtjen e shëndetit mendor nëpërmjet sigurimit të kujdesit shëndetësor, mjedisit social të përshtatshëm për personat me çrregullime mendore dhe politikave parandaluese për mbrojtjen e shëndetit mendor.

Neni 5

Parimet e përgjithshme të kujdesit në shërbimet e shëndetit mendor

1. Parimet e përgjithshme të kujdesit në shërbimet e shëndetit mendor janë:

1.1. Trajtimi i barabartë dhe pa diskriminim i personave me çrregullime mendore, në funksion të respektimit të integritetit fizik dhe dinjitetit njerëzor;

1.2. Ofrimi i kujdesit shëndetësor për personat me çrregullim mendor në një ambient sa më pak shtrëngues, kryesisht në nivel komunitar, për të shmangur në maksimum zhvendosjen nga mjedisi familjar e për të lehtësuar integrimin dhe rehabilitimin social;

1.3. Krijimi i lehtësirave përmes programeve dhe projekteve të cilat implementohen nga organet kompetente për këta persona dhe familjet e tyre me qëllim të përfshirjes së tyre në jetën shoqërore;

1.4. Ofrimi i kujdesit për personat me çrregullime mendore nga ekupe multidisciplinare që i përgjigjen në mënyrë komplekse nevojave mjekësore, psikologjike, sociale dhe të rehabilitimit;

1.5. Ushtrimi i të drejtave të personave me çrregullime mendore në përputhje me aktet ndërkombëtare të aplikuara në Kosovë;

1.6. Në të gjitha instancat ku personat janë nën moshën tetëmbëdhjete (18) vjet, duhet të merret si faktor udhëzues gjatë marrjes së vendimit, parimi në interes me të mirë të fëmijës.

Neni 6

Të drejtat e personave me çrregullime mendore

1. Personat me çrregullime mendore gëzojnë:

1.1. të drejtat dhe liritë e garantuara me Kushtetutë;

1.2. të drejtën të marrin shërbim shëndetësor të arritshëm dhe efikas në kushte të barabarta si të gjithë pacientët e tjerë;

1.3. të drejtën për trajtim dhe mbrojtje, bazuar në respekt të individualitetit dhe dinjitetit të tyre;

1.4. të drejtën për të pranuar ose jo ndërhyrjen e propozuar diagnostike e terapeutike, përveç rasteve të tjera të parashikuara në këtë ligj;

1.5. të drejtën për t'u informuar për të drejtat e tyre, si dhe për të qenë pjesë e hartimit të planit individual të trajtimit;

1.6. të drejtën për të kërkuar shpërblimin e dëmit të shkaktuar nga gabimi në trajtim ose keqtrajtimet e mundshme;

1.7. të drejtën për të kërkuar rishqyrtimin e shtrimit apo mjekimit të detyruar;

1.8. të drejtën për konfidencialitet mbi të dhënat për shkak të gjendjes së tyre shëndetësore;

1.9. të drejtën për të mos u detyruar forcërisht të ekzaminohen nga pikëpamja mjekësore me qëllim përcaktimin e një çrregullimi mendor të mundshëm, me përjashtim të rasteve sipas procedurave të parapara në këtë ligj;

1.10. të drejtën për t'u siguruar kushtet e përshtatshme jetësore, higjienike, të ushqyerjes dhe sigurisë;

1.11. të drejtën për t'u ankuar për ofrimin e shërbimeve të shëndetit mendor.

2. Ushtrimi i të drejtave të personave me çrregullime mendore mund të kufizohet vetëm në rastet e parashikuara me dispozitat ligjore në fuqi. Këto kufizime varen nga gjendja shëndetësore e klientit dhe nuk mund të cenojnë thelbin e liritë dhe të drejtave të njeriut të garantuara me Konventat ndërkombëtare të pranuar nga Kushtetuta e Republikës së Kosovës.

KREU II

SHËRBIMET E SHËNDETIT MENDOR

Neni 10

Kategoritë e shërbimeve

1. Shërbimet shëndetësore, përmes të cilave ofrohet kujdesi për shëndetin mendor janë:

1.1. Kujdesi shëndetësor parësor;

1.2. Kujdesi shëndetësor dytësor;

1.3. Kujdesi shëndetësor tretësor.

Neni 12

Shërbimi i kujdesit shëndetësor dytësor

1. Shërbimet e shëndetit mendor në nivelin dytësor të kujdesit shëndetësor janë pjesë e SHSKUK dhe përfaqësohen me:

1.1. Departamentet e Psikiatrisë në kuadër të Spitaleve të Përgjithshme;

Revista Mjeku

1.2. Qendrat e shëndetit mendor në bashkësi dhe Shtëpitë integruese;

1.3. Qendra për Integrim, rehabilitim, risocializim të të sëmurëve kronik psikiatrik në Shtime.

Neni 13

Shërbimi i kujdesit shëndetësor tretësor

1. Shërbimet e shëndetit mendor të nivelit tretësor ofrohen në SHSKUK dhe atë në:

1.1. Klinikën e psikiatrisë;

1.2. Institucionin përkatës të Psikiatrisë Forenzike;

1.3. Institucionin përkatës të Sëmundjeve të Varësisë.

Neni 14

Shërbimet e shëndetit mendor për fëmijë

1. Shërbimet e shëndetit mendor për fëmijët janë pjesë përbërëse e shërbimeve në të gjitha kategoritë e shërbimeve të shëndetit mendor siç janë parashikuar në nenin 10, nënparagrafi

1.1, nenin 12, paragrafin 1, nënparagrafi 1.1, dhe neni 13, paragrafi 1, nënparagrafi 1.1 të këtij ligji.

2. Në shërbimet spitalore të shëndetit mendor, fëmijët nuk mund të vendosen në hapësira të përbashkëta me personat e rritur.

3. Opinion i fëmijës duhet të merret parasysh në rastet e trajtimit të pavullnetshëm dhe vendosjes së pavullnetshme në përputhje me moshën dhe pjekurinë e fëmijës“.

Neni 15

Menaxhimi i shërbimeve të shëndetit mendor

1. Shërbimet e shëndetit mendor në kujdesin parësor shëndetësor menaxhohen në bazë të Statutit të Qendrave Kryesore të Mjekësisë Familjare, ndërsa shërbimet e shëndetit mendor të kujdesit dytësor dhe tretësor shëndetësor menaxhohen në bazë të Statutit të SHSKUK.

2. Në të gjitha nivelet e shërbimeve të shëndetit mendor zbatohen programe unike të trajtimit të bazuara në të dhëna shkencore dhe protokolle të propozuara nga Odat e profesionistëve shëndetësor dhe të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë.

KREU VI

MONITORIMI I SHËNDETIT MENDOR

Neni 29

Këshilli Profesional për Shëndetin Mendor

1. Këshilli Profesional për Shëndetin Mendor është organ këshillimor i Ministrit të Shëndetësisë.

Fushëveprimi, kompetencat, përbërja si dhe mandati i Këshillit Profesional për Shëndetin Mendor, përcaktohet me akt nënligjor të cilin e propozon Ministria e Shëndetësisë dhe e miraton Qeveria.

2. Këshilli profesional për Shëndetin Mendor këshillon Ministrin e Shëndetësisë për zbatimin e detyrimeve që rrjedhin nga ky ligj dhe për rishikime të rëndësishme ligjore, organizative e teknike në fushën e shëndetit mendor.

Neni 30

Monitorimi i jashtëm i shërbimit të shëndetit mendor

Avokati i Popullit, nëpërmjet mekanizmave të tij, vëzhgon rregullisht me anë të inspektimeve periodike, respektimin e të drejtave dhe të standardeve që u ofrohen personave me çrregullime mendore në mjediset e shërbimit të shëndetit mendor.

KODI NR. 06/L-074 PENAL I REPUBLIKËS SË KOSOVËS

<https://gzk.rks-gov.net/ActDetail.aspx?ActID=18413>

Neni 18

Paaftësia mendore dhe aftësia e zvogëluar mendore

1. Personi i cili ka kryer veprë penale konsiderohet i paaftë mendërisht nëse në kohën e kryerjes së veprës penale lëngonte nga një sëmundje mendore e përkohshme ose e përhershme, nëse kishte çrregullim mendor apo ngecje në zhvillimin mendor që e ka prekur funksionimin e tij/saj mendor dhe si pasojë e kësaj, nuk ka qenë në gjendje të kuptojë natyrën dhe rëndësinë apo pasojën e veprimeve ose mosveprimeve të tij/saj ose nuk ka qenë në gjendje t'i kontrollojë veprimet ose mosveprimet e tij/saj apo të kuptojë se kryen veprë penale.

2. Personi i cili ka kryer veprë penale konsiderohet se ka aftësi të zvogëluar mendore nëse në kohën e kryerjes së veprës penale aftësia e tij/saj për të kuptuar natyrën dhe rëndësinë apo pasojën e veprimeve ose mosveprimeve të tij/saj ka qenë esencialisht e zvogëluar për shkak të e cekura në paragrafin 1. të këtij neni. Personi i tillë konsiderohet penalisht përgjegjës, por këto rrethana merren parasysh nga gjykata kur vendos për kohëzgjatjen dhe llojin e sanksionit ose masës së trajtimit të detyrueshëm.

KAPITULLI V

MASAT E TRAJTIMIT TË DETYRUESHËM

Neni 83

Parimet e përgjithshme

1. Kryesi me çrregullim mendor ose personi i cili është duke u trajtuar si i tillë, do të trajtohet me humanizëm dhe me respekt për dinjitetin e qenësishëm të njeriut.

2. Standardet ndërkombëtare të zbatueshme për personat me çrregullim mendor zbatohen për kryesin me çrregullim mendor për aq sa është e mundur, me ndryshime dhe përjashtime të kufizuara vetëm për aq sa janë të nevojshme sipas rrethanave.

3. Masa e trajtimit të detyrueshëm psikiatrik nuk urdhërohet kur nuk është në proporcion me peshën e veprave të kryera, veprave që priten të kryhen nga kryesi dhe shkallën e rrezikut që paraqet kryesi.

Neni 84

Masat e zbatueshme dhe sanksionet penale

1. Masat e trajtimit të detyrueshëm të cilat mund ti shqiptohen kryesit i cili nuk është penalisht përgjegjës, ka aftësi esencialisht të zvogëluar mendore apo është i varur nga droga ose alkooli janë:

1.1. trajtimi i detyrueshëm psikiatrik me ndalim në institucionin e kujdesit shëndetësor;

1.2. trajtimi i detyrueshëm psikiatrik në liri; dhe

1.3. trajtimi me anë të rehabilitimit të detyrueshëm të personave të varur nga droga ose alkooli.

2. Sanksioni penal, në pajtim me këtë Kod, mund t'i shqiptohet edhe kryesit i cili ka kryer veprë penale në gjendje të aftësisë së zvogëluar mendore, nëse ekzistojnë shkaqe për shqiptimin e sanksionit të tillë.

Neni 85

Trajtimi i detyrueshëm psikiatrik me ndalim në institucionin e kujdesit shëndetësor

1. Gjykata mund t'i shqiptojë masën e trajtimit të detyrueshëm psikiatrik me ndalim në institucionin e kujdesit shëndetësor kryesit i cili ka kryer veprë penale në gjendje të paaftësisë mendore ose aftësisë esencialisht të zvogëluar mendore, nëse konstaton se:

1.1. kryesi ka kryer veprë penale për të cilën atij ose asaj mund ti shqiptohet dënimi me një (1) ose më shumë vite burgim;

1.2. ekziston rrezik serioz se kryesi do të kryejë veprë tjetër penale;

1.3. trajtimi i detyrueshëm psikiatrik me

ndalim është i nevojshëm për të shmangur kryerjen e veprës tjetër penale;

1.4. trajtimi i detyrueshëm psikiatrik me ndalim është i nevojshëm për të shmangur rrezikun serioz.

2. Gjykata do ta pushojë masën e trajtimit të detyrueshëm psikiatrik të paraparë në paragrafin

1. të këtij neni pasi të ketë vërtetuar se ka pushuar nevoja për trajtim në institucionin e kujdesit shëndetësor.

3. Kryesit i cili ka kryer vepër penale në gjendje të aftësisë esencialisht të zvogëluar mendore dhe i cili është dënuar me burgim, koha e kaluar në institucionin e kujdesit shëndetësor do t'i llogaritet në kohën e dënimit të shqiptuar për trajtim të detyrueshëm psikiatrik. Nëse koha e mbajtur në ndalim për trajtim të detyrueshëm psikiatrik është më e shkurtër se dënimi me burgim, gjykata mund të urdhërojë që kryesi të dërgohet në burgim për të mbajtur pjesën e mbetur të dënimit ose gjykata mund të urdhërojë lirimin me kusht.

4. Me rastin e vendosjes për lirimin me kusht sipas paragrafit 3. të këtij neni, gjykata përveç kushteve të përcaktuara në nenin 90 të këtij Kodi, veçanërisht do të merr parasysh suksesin e trajtimit të detyrueshëm të kryesit, gjendjen e tij shëndetësore, kohën e kaluar në institucionin shëndetësor dhe kohëzgjatjen e dënimit që nuk është mbajtur.

Neni 86

Trajtimi i detyrueshëm psikiatrik në liri

1. Gjykata mund t'i shqiptojë masën e trajtimit të detyrueshëm psikiatrik në liri kryesit i cili ka kryer vepër penale në gjendje të paaftësisë mendore ose aftësisë esencialisht të zvogëluar mendore, nëse konstaton se:

1.1. ekziston rrezik serioz se kryesi do të kryejë vepër penale;

1.2. trajtimi i detyrueshëm psikiatrik në liri është i nevojshëm për të shmangur kryerjen e veprës tjetër penal; dhe

1.3. trajtimi i detyrueshëm psikiatrik në liri është i mjaftueshëm për të shmangur rrezikun serioz.

2. Masat e trajtimit të detyrueshëm psikiatrik në liri nga paragrafi 1. i këtij neni mund t'i shqiptohen kryesit ndaj të cilit është shqiptuar masa e trajtimit të detyrueshëm psikiatrik me ndalim në institucionin e kujdesit shëndetësor,

kur gjykata vërteton se ndalimi në institucionin e kujdesit shëndetësor nuk është më i nevojshëm dhe se masa e trajtimit të detyrueshëm psikiatrik në liri mjafton për të adresuar situatat e përcaktuara në nën-paragrafët 1.1. deri 1.3. të paragrafit 1. të këtij neni.

3. Varësisht nga kushtet e përcaktuara në paragrafin 1. të këtij neni, gjykata mund t'i shqiptojë trajtimin e detyrueshëm psikiatrik në liri kryesit me aftësi esencialisht të zvogëluar mendore dhe i cili është në liri me kusht, siç është paraparë në nenin 90 të këtij Kodi.

4. Trajtimi i detyrueshëm psikiatrik në liri nuk mund të tejkalojë tre (3) vjet nëse i është shqiptuar kryesit me aftësi esencialisht të zvogëluar mendore.

5. Gjykata mund të shqiptojë trajtimin e detyrueshëm psikiatrik me ndalim në institucionin e kujdesit shëndetësor:

5.1. kur kryesi nuk i nënshtrohet trajtimit të detyrueshëm psikiatrik në liri siç përcaktohet në paragrafët 1. deri 3. të këtij neni;

5.2. kur kryesi braktis trajtimin e detyrueshëm psikiatrik në liri; ose

5.3. kur përkundër trajtimit të detyrueshëm psikiatrik me ndalim në institucionin e kujdesit shëndetësor, ka rrezik serioz se kryesi prapë do të kryejë vepër penale.



Prof.Dr. Abdurrahman Ramaxhiku

Mjek, neuropsikiatër, doktor i shkencave dhe profesor. Lindi më 5 nëntor 1937 në Vushtrri. Shkollën fillore e kreu në vendlindje, kurse të mesmen në Mitrovicë. Diplomoi në Fakultetin e Mjekësisë në Shkup më 1964.

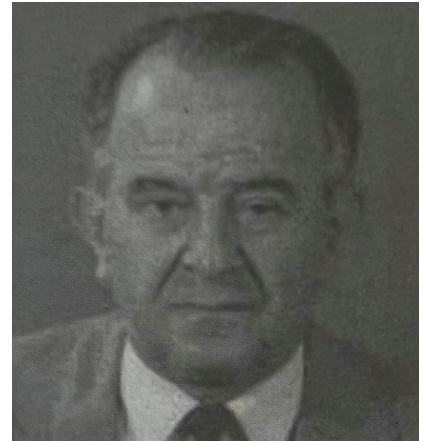
Pas diplomimit punoi katër vite mjek në Shtëpinë e Shëndetit në Vushtrri e më pas në Mitrovicë.

Gjatë kësaj periudhe ishte një prej iniciatorëve për hapjen e Shkollës së Mesme të Mjekësisë në Mitrovicë më 1963 dhe të Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë më 1969. Me 1968 fillon specializimin në lëmin e Neuropsikiatrisë dhe e përfundon më 1972 në Zagreb. Pas përfundimit të specializimit punësohet neuropsikiatër në Mitrovicë deri më 1975 kur zgjidhet kryeshef i njërit prej reparteve në Klinikën e Neuropsikiatrisë të Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë. Më 1982 në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë mbron tezën e doktoratës me titull: “Ndërlikimet neurologjike të meningjtit seroz dhe purulent në materialin klinik në periudhën 1960-1979”.

Më 1972 zgjidhet asistent, më 1985 docent dhe më 1989 profesor ordinar i lëndës së neuropsikiatrisë në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë. Për një periudhë disavjeçare ishte shef i Katedrës së Neuropsikiatrisë.

Prof.dr A. Ramaxhiku është nderuar disa herë me mirënjohje dhe çmime nga Fakulteti i Mjekësisë në Prishtinë për kontributin e dhënë në aspektin profesional, arsimor dhe shkencor.

Ka marrë pjesë në disa kongrese e simpoziume dhe ka publikuar shumë punime shkencore si autor dhe koautor.



Literatura:

Prof. Dr. Abdurrahman Ramaxhiku “Enciklopedia e doktorëve të shkencave të mjekësisë shqiptare gjithandej globit (1445-2019), dhe mjekëve që lanë gjurmë të pashlyera në historinë e mjekësisë shqiptare, OMK, Prishtinë 2019.

Kalendari i aktiviteteve për vitin 2022

Institucioni/Shoqata organizuese e aktivitetit	Tema	Koha e mbajtjes së aktivitetit
Klinika e Kardiologjisë QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Gjilan	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Klinika e Endokrinologjisë - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Klinika e Reumatologjisë - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Klinika e Pediatriisë - QKUK	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor-2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Prishtinë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Fushë Kosovë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Klinika e Hematologjisë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Rahovec	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Olive Medical Group	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Junik	Ligjërata vjetore profesionale	Janar- Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Malishevë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Vushtrri	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Gjakovë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Podujevë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Prizren	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare urgjenca Prizren	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Urgjente - Prishtinë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Ferizaj	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Prizren	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Universiteti Mjekësor i Tiranës	Health and Beauty	25 Nëntor 2022
Klinika Infektive	Ligjërata profesionale	Janar- Dhjetor 2022
Klinika e Kardiologjisë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2022
Oda e Mjekëve të Kosovës	Kongres multidisiplinar me fokus Diabeti Melit	18-19 Nëntor 2022
	Dita Botërore e Kancerit	04 Shkurt
	Dita Botërore e Dëgjimit	03 Mars
	Dita Botërore e Veshkave	09 Mars
	Dita Botërore e Shëndetit	07 Prill
	Dita Botërore e Dhurimit të Gjakut	14 Qershor
	Dita Botërore e Goditjeve Cerebrale	29 Tetor
	Dita Botërore e Shëndetit Mendor	10 Tetor
	Muaji i ndërgjegjësimit për kancerin e gjirit	Tetor
	Dita Botërore e Diabetit	14 Nëntor



Shtator, 2022

omk-ks.org/revista-mjeku

