

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Punëve të Brendshme
Ministarstvo Unutrašnjih Poslova / Ministry of Internal Affairs

Departamenti për Riintegrimin e Personave të Riatdhesuar dhe Integrimin e të Huajve
Departament za Reintegraciju Repatriranih Lica i Integraciju Stranaca
Department for Reintegration of Repatriated Persons and Integration of Foreigners

Udhëzues i Mirëqenies Mendore

Për Riintegrimimin e Qëndrueshëm të Personave të Riatdhesuar
në Republikën e Kosovës

Nëntor, 2021

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Tabela e Përmbajtjes

Lista e Shkurtesave	2
1. Hyrje	3
Migrimi nga Kosova, një histori e shkurtër	3
2. Qëllimi.....	4
3. Fusheveprimi.....	5
4. Arsyeshmëria për identifikimin e çështjeve të mirëqenies mendor tek personat e riatdhesuar...	6
5. Metodologjia, Përkufizimet dhe Karakteristikat e të Riatdhesuarve	7
5.1 Metodologjia dhe burimet e të dhënave.....	7
5.2. Përkufizimi i një të riatdhesuari	7
5.3 Përkufizime sekondare.....	8
5.4 Të qenurit i riatdhesuar	8
6. Traumat dhe faktorët mbrojtës.....	10
6.1 Trauma Historike.....	10
6.2. Rëndësia e Traumës Historike në mjedisin e shërbimit social.....	11
6.3 Traumat e të riatdhesuarve.....	11
7. Faktorët Mbrojtës.....	14
7.1 Qëndrueshmëria.....	14
7.2 Këshilla si t'i ndihmoni klientit tuaj të fitojë qëndrueshmëri.....	14
7.3 Përkrahja Sociale.....	15
8. Teknika të intervistimit dhe vetëdijësimi për paragjykimet.....	16
8.1 Përse intervistojmë?.....	16
Respektoni Klientin.....	16
Keni kujdes paragjykimet.....	17
Paragjykimet e Klientit.....	17
Paragjykimet e Ofruesit	18
8.2 Llojet e pyetjeve, njifni ndryshimin.....	19
Para se të filloni.....	21
Të flisni.....	21
të ndëgjoni.....	21

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Të ndëgjuarit aktiv.....	22
8.3 Teknikat e Intervistave të suksesshme.....	22
Karakteristikat mbështetëse.....	24
Intervistimi Profesional: çfarë duhet të bëni.....	26
Përgatitja	27
Hyrja dhe Përshëndetja.....	26
Shpjegoni qëllimin e intervistës.....	26
Sqarimet	28
Jepni informacion.....	27
Pyetje kontrolluese për çrregullime specifike.....	28
9. Problemet e zakonshme të shëndetit mendor tek të riatdhesuarit.....	28
9.1 1.0 Depresioni.....	33
Çfarë është Depresioni?.....	33
Simptomat e Depresionit	34
Depresioni tek fëmijët dhe adoleshentët.....	36
Simptomat e Depresionit të fëmijët dhe adoleshentët	36
Faktorët e rrezikut për Depresionin	36
Si trajtohet Depresioni?.....	38
Lista e kontrollit për Depresion.....	40
Notimi i Depresioni.....	41
Numra të rëndësishëm.....	42
9.2 2.0 Çrregullimi i stresit post-traumatik.....	37
Çfarë është çrregullimi i stresit posttraumatik?.....	43
Simptomat e Çrregullimit të Stresit Posttraumatik.....	45
Çrregullimi i stresit posttraumatik tek fëmijët dhe adoleshentët.....	46
Faktorët e rrezikut për çrregullimin e stresit posttraumatik.....	47
Si trajtohet çrregullimi i stresit post traumatik?.....	48
Lista kontrolluese e çrregullimit të stresit post traumatik.....	51
Notimi i Çrregullimit të Stresit Posttraumatik.....	51
Numra të rëndësishëm.....	52
9.3 3.0 Çrregullimi i Ankthit Social.....	54

Çfarë është çrregullimi i ankthit Social?.....	54
Simptomat e Çrregullimit të Ankthit Social	55
Çrregullimi i Ankthit Social te Fëmijët dhe Adoleshentët	56
Faktorët e rrezikut për çrregullimin e ankthit social	57
Si trajtohet çrregullimi i ankthit social?.....	57
Lista e Çrregullimeve të Ankthit Social.....	59
Notimi Çrregullimit të Ankthit Social.....	59
Numra të rëndësishëm.....	61
9.4 4.0 Çrregullimi i Ankthit të Përgjithshëm.....	62
Çfarë është çrregullimi i ankthit të përgjithshëm?.....	62
Simptomat e Çrregullimit të Ankthit të Përgjithshëm.....	63
Çrregullimi i ankthit të përgjithshëm tek fëmijët dhe adoleshentët.....	664
Faktorët e rrezikut për çrregullimin e ankthit të përgjithshëm	664
Si trajtohet çrregullimi i ankthit të përgjithshëm?.....	65
Lista e Kontrollit të Çrregullimit të Ankthit të Përgjithshëm	67
Notimi Çrregullimit të Ankthit të Përgjithshëm.....	67
Numra të rëndësishëm.....	68
9.5 5.0 Çrregullimi i Panikut.....	69
Çfarë është çrregullimi i panikut?.....	69
Simptomat e çrregullimit të panikut.....	70
Çrregullimi i panikut tek fëmijët dhe adoleshentët.....	71
Faktorët e rrezikut për çrregullimin e panikut.....	71
Si trajtohet çrregullimi i panikut?	72
Lista kontrolluese e çrregullimit të panikut.....	74
Notimi çrregullimit të panikut.....	74
Numrat e Rëndësishëm.....	75
9.6 6.0 Çrregullimi Obsesivo-Kompulsiv	76
Çfarë është Çrregullimi Obsesivo-Kompulsiv?	76
Simptomat e Çrregullimit Obsesivo-Kompulsiv.....	78
Çrregullimi Obsesivo-Kompulsiv tek Fëmijët dhe Adoleshentët.....	79
Faktorët e rrezikut për çrregullimin obsesiv-kompulsiv.....	80

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Si trajtohet çrregullimi obsesiv-kompulsiv?.....	80
Lista e Kontrollit Obsesiv-Kompulsiv.....	83
Notimi Obsesiv-Kompulsiv.....	83
Numra të rëndësishëm.....	84
9.7 7.0 Çrregullim i përdorimit i të substancave.....	86
Çfarë është Varësia?.....	86
Simptomat e Çrregullimit nga Përdorimi i Substancave.....	87
Çrregullimi i përdorimit të substancave tek fëmijët dhe adoleshentët.....	87
Faktorët e rrezikut për çrregullimin e përdorimit të i substancave	88
Si trajtohet çrregullimi i përdorimit të substancave?	88
Lista kontrolluese e çrregullimit të përdorimit të substancave.....	89
Notimi i çrregullimit të përdorimit të substancave.....	89
Numra të rëndësishëm.....	90

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Parathënie

Ky udhëzues është një rezultat konkret i bashkëpunimit ndërmjet Ministrisë së Punëve të Brendshme, Departamentit për Ri-integrimin e Qëndrueshëm të Personave të Riatdhesuar dhe Integrimit të Huajve dhe GIZ/DIMAK

Ndërkombëtarisht, migrantët e parregullt nuk janë një grup homogjen, ata vijnë nga një gamë e gjerë e prejardhjeve dhe udhëhiqen nga motivime individuale. Disa kërkojnë mundësi kryesisht financiare, dhe të tjerë vijnë nga grupe të ndjeshme të identifikuara, (p.sh. fëmijë të pashoqëruar, viktimë të trafikimit njerëzor dhe nga zonat e konfliktit) të cilët kanë nevojë për një vend të sigurt. Në kontekstin e Kosovës, për shkak të historisë së saj të konfliktit, diskriminimit dhe varfërisë, nuk ka ndonjë lloj dominues të migrimit. Përkundrazi, në varësi të periudhës kohore migrimi është motivuar nga siguria financiare, vendi i sigurt, lirisë politike ose nga një kombinim i këtyre nevojave. Qytetarët e Kosovës për një periudhë kohe kanë mundur të aplikojnë për azil brenda Bashkimit Evropian, por që nga viti 2015 Kosova është konsideruar një vend me origjinë të sigurt, që do të thotë se kërkesa për azil mund të refuzohet pa marrë parasysh meritat e tyre dhe aplikanti mund të rikthehet në shtëpi.

Për qytetarët që kthehen, procesi i riintegritimit mund të jetë i vështirë pasi ata që janë refuzuar kanë ende probleme themelore që e motivuan daljen e tyre nga Kosova në radhë të parë. Ky udhëzues trajton një ndër aspektet më kritike të personave të riatdhesuar, siç është mirëqenia mendore e tyre, pasi shpesh si kategori e grupeve të cënueshme gjatë vlerësimit të nevojave kanë çështje të shëndetit mendor të padiagnostikuara dhe të patrajtuara që kërkojnë ndihmë të menjëhershme.

GIZ/DIMAK Falënderon te gjithë kontribuesit qe kanë ndihmuar ne përgatitjen e këtij udhëzuesi për bashkëpunimin e tyre ne vazhdimësi.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Shkurtesat

U.E.	Unioni Evropian
E.P.	Parlamenti Evropian
M.S.A	Marrëveshja e Stabilizim Asociimit
DRPRHI	Departamenti për Riintegrimin e Personave të Riatdhesuar dhe Integrimin e të Huajve
SSHRQPR	Strategjia Shtetërore për Riintegrimin e Qëndrueshëm të Personave të Riatdhesuar 2018-2022
RRRQPR	Rregullorja e QRK-së 22/2020 për Riintegrimin e Personave të Riatdhesuar
DSM-5	Manuali Diagnostikues dhe Statistikor i Çrregullimeve Mendore
OHCHR	Zyra e Komisionerit të Lartë të Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Njeriut
UNHCR	Komisioneri i Lartë i Kombeve të Bashkuara për Refugjatët
IOM	Organizata Ndërkombëtare për Migrim
EUROSTAT	Zyra evropiane e statistikave
IDPs	Personat e zhvendosur brenda vendit
ÇMD	Çrregullimi i madh depresiv
ÇSPT	Çrregullimi i stresit posttraumatik
ÇAS	Çrregullimi i ankthit social
ÇAP	Çrregullimi i ankthit të përgjithësuar
ÇP	Çrregullimi i Panikut
ÇOK	Çrregullimi Obsesivo-Kompulsiv
ÇPS	Çrregullimi i përdorimit të substancave
TSNj	Terapitë e sjelljes njohëse
TPNj	Terapia e Përpunimit Njohës
EZ	Ekspozimi i zgjatur
TIS	Terapia e inokulimit të stresit
TL	Terapia me lojë
NPP	Ndihma e Parë Psikologjike
TG	Terapi grupi
TF	Terapia familjare
SHSKUK	Shërbimi Spitalor Kryesor Universitar i Kosovës
QKMF	Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare
QSHM	Qendrat e Shëndetit Mendor
QPS	Qendra për Pune Sociale

1 Hyrje

Migrimi nga Kosova, një histori e shkurtër

Popullsia kosovare, përgjatë historisë njihet si popullsi emigruese si pasojë e ndikimit të rrethanave dhe zhvillimeve të ndryshme politiko-ekonomike në të kaluarën. Për shkak se procesi i emigrimit është proces i vazhdueshëm, analizat kryesore në Kosovë janë bërë kryesisht për emigracionin e ri duke filluar nga vitet e 60-të apo siç quhet Migracioni i ri. Migracioni i ri, varësisht prej faktorëve të ndryshëm që kanë ndikuar në emigrim janë ndarë në tri faza kryesore të emigrimit: 1) Emigracioni politik i viteve 1969-1989; 2) Emigracioni politik-ekonomik 1990-1999 dhe 3) Emigracioni socio-ekonomik pas vitit 2001.

Emigracioni politik (1969-1989), përfshinte personat (familjet e tyre) që ishin të përndjekur për shkak të bindjeve politike, ata ishin të diskriminuar, kishin të kufizuar lirinë e të shprehurit apo ishin kundër sistemit të pranishëm shtetëror në atë kohë.

Emigracioni politik-ekonomik (1990-1999) është pasojë e masave politike që ishin ndërmarrë në Kosovë gjatë viteve 90-të, pas humbjes së vendeve të punës një pjese e madhe e kosovarëve e cila u detyrua të emigrojë. Në fund të viteve 1998-1999, për shkak të luftës, mijëra kosovarë u larguan drejt vendeve të rajonit (Shqipëri dhe Maqedoni) dhe një pjesë e tyre emigroi kryesisht në vendet perëndimore. Numri më i madh i personave që kishin emigruar nga Kosova ishte gjatë viteve 90-të, kishte arritur kulmin gjatë luftës së viteve 1998-99. Kushtet socio-ekonomike ishin si faktorë shtytës përcaktues për Emigracionin socio-ekonomik (pas vitit 2001), një emigrim të shprehur si: sigurimi i një vendi të punës, sigurimi i një të ardhme më të mirë ekonomike apo standard më të lartë të jetesës. Një fluks migrimi u shënua edhe në periudhën 2014/15, ku afërsisht 110,000 persona, vlerësohet se kanë kaluar ilegalisht kufijtë e BE-së. Këtu ka ndikuar ndër të tjera edhe fakti se Kosova ende mbetet i vetmi shtet i rajonit që mbetet i izoluar, pa të drejtë të lëvizjes së lirë pa viza.

Migrimi ndërkombëtar - sipas të dhënave të disponueshme vlerësohet se janë më shumë se 550.000 banorë kosovarë që kanë emigruar nga Kosova prej vitit 1969. Popullsia me prejardhje kosovare, përfshirë të lindurit jashtë Kosovës, është vlerësuar të jetë 703,978 banorë deri me 01 prill 2011¹. Në vitin 2016 llogaritet se jetojnë jashtë vendit më shumë se 870 mijë persona me prejardhje kosovare apo mbi 49% e popullsisë rezidente në Kosovë².

¹ Agjencia e Statistikës së Kosovës: <http://ask.rks-gov.net/sq/agjencia-e-statistikave-te-kosoves/sociale/demografia-dhe-migracioni>

² Ministria e Punëve të Brendshme, PROFILI I MIGRIMIT 2016

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Migrimi neto- gjatë periudhës 2012-2016, vlerësohet se Kosova ka humbur 122,657 banorë apo rreth 6.9 % të popullsisë së Kosovës³. Numri i emigranteve kosovarë gjatë vitit 2016 ishte gjithsej 22,012 persona, apo 1.2% e popullsisë rezidente⁴. Në këtë numër janë përfshirë të gjithë emigrantët pa marrë parasysh arsyen e migrimit dhe statusin e tyre (legal dhe ilegal).

Kthimi (2012-2016) – kosovarëve që u i ishte refuzuar kërkesa për azil dhe ata që nuk kishin leje për qëndrim të përhershëm u prekën nga zbatimi i rregulloreve për riatdhesim. Kështu, gjatë viteve 2012-2016, një numër i konsiderueshëm i popullsisë janë kthyer në Kosovë me një mesatare vjetore prej 9,614 personave, apo 0, 53% e popullsisë brenda një viti⁵.

2. Qëllimi

Qëllimi i këtij udhëzuesi është ofrimi i njohurive dhe ngritja e kapaciteteve të institucioneve dhe zyrtarëve përkatës që merren me riintegrimin e qëndrueshëm të personave të riatdhesuar në shoqërinë kosovare me fokus në ofrimin e shërbimeve për mirëqenien e shëndetit mendor të tyre. Për më tepër, ky dokument konkret është një përpjekje brenda një sërë shërbimesh të ofruara për të mbështetur zhvillimin e politikave dhe ngritjen e kapaciteteve për akterët përkatës në nivelin qendror dhe lokal si dhe organizata të ndryshme partnere në fushën e riintegrit.

Ky udhëzues është zhvilluar si një mjet për përdorim dhe referencë gjatë vlerësimit të mirëqenies mendore të personave të riatdhesuar. Ndërsa ky udhëzues në asnjë mënyrë nuk është një zëvendësim i diagnozës nga një profesionist i shëndetit mendor, ai synon t'ju ofrojë përdoruesve një pasqyrë të drejtpërdrejtë të çështjeve më të zakonshme të shëndetit mendor me të cilat do të përballen. Duke pasur qasje në këtë informacion elementar lidhur me mirëqenien mendore, identifikimin, shenjat dalluese dhe referimet tek institucionet dhe zyrtarët përkatës, përdoruesit do të jenë në gjendje të kërkojnë ndihmë të mirëfilltë për ata që kanë nevojë për kujdes gjatë riintegrit të tyre në shoqërinë kosovare.

³ 7 Po aty

⁴ Vlerësim, Popullsia e Kosovës 2016, faqe 9 tabela 2: Prishtinë, qershor 2017: <http://ask.rks-gov.net/media/3385/vleresimi-i-popullise-sekosoves-2016.pdf>

⁵ Po aty

3. Fushëveprimi

Ky udhëzues është hartuar duke u bazuar në Politikat e Riintegritit dhe Korniza Ligjore si Strategjia Shtetërore për Riintegrim të Qëndrueshëm të Personave të Riatdhesuar në Kosovë dhe Rregullorja e QRK-së për Riintegrimin e Qëndrueshëm të Personave të Riatdhesuar në Kosovë.

Politikat e Qeverisë së Republikës së Kosovës në fushën e migracionit dhe riintegritit të personave të riatdhesuar përfaqësojnë një aspekt të rëndësishëm në marrëdhëniet e Republikës së Kosovës me Shtetet Anëtare të BE-së brenda angazhimit të Qeverisë së Republikës së Kosovës (në tekstin e mëtejshëm Qeveria) për zbatimin e Marrëveshjes së Stabilizim-Asociimit (MSA) dhe pranimin në Bashkimin Evropian.

Kjo strategji ka përcaktuar pesë objektiva strategjike për riintegrimin e qëndrueshëm të personave të riatdhesuar gjatë periudhës 2018-2022. Avancimi i masave për riintegrimin e qëndrueshëm socio-ekonomik të personave të riatdhesuar duke aplikuar një qasje gjithëpërfshirëse të bazuar në nevoja dhe adresimin e nevojave të veçanta të grupeve në nevojë përbëjnë thelbin e kësaj strategjie. Avancimi në bashkëpunimin rajonal, ndërkombëtar dhe ndërinstitutional si dhe zhvillimi i vazhdueshëm i ekspertizës lokale mbetet një përparësi e institucioneve përkatëse të përfshira në riintegrim në mënyrë që të avancojë më tej këtë proces. Strategjia përmban një objektiv të përgjithshëm strategjik kushtuar monitorimit sistematik dhe vlerësimit të ndikimit të masave të ndërmarra për qëndrueshmërinë e riintegritit të personave të riatdhesuar.

- Objektiva 1: Avancimi i sistemit të riintegritit për personat e riatdhesuar duke aplikuar qasjen e orientuar nga nevojat;
- Objektiva 2: Riintegrimi i qëndrueshëm socio-ekonomik i personave të riintegruar;
- Objektiva 3: Avancimi i bashkëpunimit gjithëpërfshirës në fushën e riintegritit;
- Objektiva 4: Forcimi i kapaciteteve për të ofruar një qasje të integruar të sistemit të riintegritit;
- Objektiva 5: Avancimi i monitorimit dhe vlerësimit

Rregullorja e QRK-se 22/2020 Për Riintegrimin e Qëndrueshëm të Personave të Riatdhesuar, parasheh masat për riintegrimin e qëndrueshëm të personave të riatdhesuar në shoqërinë kosovare. Mbështetjen psiko-sociale për personat e riatdhesuar të cilët vuajnë nga pasojat e përjetimeve traumatike, çrregullimet e shëndetit mendor, si dhe personat që shfaqin probleme të adaptimit dhe

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

përshtatjes pas kthimit. Referimin të institucionet përkatëse shëndetësore dhe organizatat e specializuara për mbështetje psiko sociale.

4. Arsyeshmëria për identifikimin e çështjeve të mirëqenies mendor tek personat e riatdhesuar

Kosova ka krijuar një sistem të qëndrueshëm të riintegrit të personave të riatdhesuar, të qeverisur nga korniza ligjore dhe institucionale, politikat adekuate, ka ndërtuar kapacitetet në nivel lokal dhe qendror dhe ka vendosur mekanizmat e zbatimit në praktikë. Ky sistem synon të rrisë fokusin në nevojat individuale specifike të personave të riatdhesuar. Kjo do të ketë një ndikim pozitiv në shkallën e kënaqshmërisë së klientit me shërbimet e ofruara dhe riintegrimin e tyre të qëndrueshëm. Prandaj, për të përmbushur nevojat specifike dhe avancimin e vazhdueshëm të shërbimeve në vitet e ardhshme, është planifikuar zbatimi i nevojave të bazuara në individ dhe qasje të përshtatur.

Ri-integrimi i qëndrueshëm social dhe ekonomik i personave të riatdhesuar do të mbetet në fokusin e masave që do të merren gjatë pesë viteve të ardhshme. Avancimi i sistemit të menaxhimit të çështjeve, forcimi i masave që do të ndërmerren në nivelin komunal, koordinimi ndër-institucional, vlerësimi i nevojave dhe aplikimi i qasjes specifike bazuar në nevojat për grupet e veçanta, si dhe monitorimi dhe vlerësimi i procesit të riintegrit do të jenë shtyllat kryesore të kësaj strategjie.

Vëmendje e veçantë do t'i kushtohet riintegrit dhe shërbimeve specifike për grupet e cënueshme të ndryshme duke zbatuar një qasje të bazuar në nevojat. Zbatimi i kësaj strategjie synon avancimin e shërbimeve dhe plotësimin e nevojave të fëmijëve të riatdhesuar, fëmijëve të pashoqëruar, viktimave të trafikimit të qenieve njerëzore, personave që kthehen nga zonat e konfliktit, individëve të varur nga substancat subtropikale/narkotike, personave me të kaluar kriminale si dhe personave në gjendje të rëndë shëndetësore dhe persona me nevojat të veçanta psikologjike.

Kujdes

Ky udhëzues është hartuar për t'u përdorur për identifikimin e mundshëm dhe nuk është zëvendësues për diagnozën dhe trajtimin profesional.

5. Metodologjia, definicionet dhe karakteristikat e të riatdhesuarve

5.1 Metodologjia dhe Burimet e të Dhënave

Ky udhëzues ka për qëllim t'iu sigurojë zyrtareve përkatës që merren me personat e riatdhesuar, me identifikimin dhe referimin e rasteve që kanë nevojë për shërbimet e mirëqenies mendore dhe ofruesve të shërbimeve sociale, që merren me personat e riatdhesuar një mjet për të vlerësuar mirëqenien mendore. Udhëzuesi nuk është një dokument hulumtimi dhe si i tillë nuk merret me hulumtime primare. Në vend të kësaj, udhëzuesi sjellë materiale nga një gamë e gjerë burimesh, përfshirë Manualin Diagnostikues dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore (DSM-5), Parlamentin Evropian, Qeverinë e Kosovës, SHSKUK, QSHM, QKMF, QPS, OHCHR, UNHCR, informacioni publik (gazeta, internet), botime akademike dhe raporte të tjera, statistikën qeveritare dhe informacionet nga OJQ-të dhe organizatat e tjera (p.sh. IOM, Eurostat). Materiali i përdorur në të gjithë manualin është kombinuar për të krijuar një burim të azhurnuar të materialit referues të dizajnuar për lehtësinë e qasjes dhe zbatimit gjatë punës në terren.

5.2. Përkufizimi i të riatdhesuarit

Përderisa nuk ka një përkufizim të pranuar botërisht për migrimin e kthimin, Organizata Ndërkombëtare për Migracionin (IOM) ofron përkufizimin e përdorur më shpesh brenda zonës gjeografike Evropiane dhe si i tillë do të përdoret për këtë manual.

IOM shprehet “në një kuptim të përgjithshëm, akti ose procesi i kthimit ose i kthimit në pikën e nisjes. Kjo mund të jetë brenda kufijve territorialë të një vendi, si në rastin e kthimit të personave të zhvendosur brenda vendit (IDP) dhe luftëtarëve të demobilizuar; ose midis një vendi destinacioni ose tranziti dhe një vendi të origjinës, si në rastin e punëtorëve migrantë, refugjatëve ose azilkërkuesve” (Fjalori i IOM mbi Migracionin, 2019).

Strategjia Shtetërore për Riintegrim të Qëndrueshëm të Personave të Riatdhesuar në Kosovë përkufizon:

Riatdhesimi - është veprimi i kthimit në Kosovë, i realizuar nga një qytetar i Kosovës apo një qytetar me origjinë nga Kosova dhe aplikohet në të gjitha llojet e kthimit në rastin kur hyrja në territorin e Kosovës bëhet përmes një pike zyrtare të kalimit kufitar;

Personi i riatdhesuar –nënkupton një kosovar i cili në mungesë të bazës ligjore për qëndrim në vend të huaj është ripranuar në Kosovë.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Dy llojet mbizotëruese e të riatdhesuarve janë (Commission, 2007; Council of Europe, 2005):

- (1) **Kthimi vullnetar:** nënkupton pajtueshmërinë me detyrimin për kthim në afatin e caktuar;
- (2) **Kthimi i detyruar:** nënkupton ekzekutimin e detyrimit për kthim, përkatësisht transportimin fizik nga shteti kërkues në Republikën e Kosovës

Përkufizime dytësore

Vendi i Kthimit: Kryesisht i referohet vendit të origjinës, por mund të jetë gjithashtu një vend tranzit ose një vend tjetër.

Largimi: Veprimi i kthimit të detyruar.

Vendimi i kthimit: Akti juridik i refuzimit të së drejtës së një personi për të qëndruar në një vend pritës dhe cilësimi zyrtarisht si i paligjshëm dhe gati për largim.

Urdhër largimi: Akti juridik i urdhërimit të largimit të personit.

Ndalimi i rihyrjes: Vendimi ligjor i ndalimit të ardhjes së personit përsëri në vendin ose shtetet anëtare.

5.3 Të qenurit i riatdhesuar

Para se të lëvizni më tutje, është e rëndësishme të ceket se nuk ka diçka të tillë si një përvojë universale e të riatdhesuarve (Commission, 2007; Council of Europe, 2005). Gjithmonë duhet të keni parasysh se ekzistojnë një mori faktorësh që ndikojnë në historinë e secilit person, për shembull, arsyet e largimit nga Kosova (financiare, shëndetësore, dhuna ose diskriminimi, etj.), arsyet e kthimit (vullnetar ose të detyruar), kohëzgjatja e qëndrimit në vendin pritës dhe vendosjen gjatë qëndrimit (në komunitet ose paraburgim). Gjithashtu, mbani në mend se temperamenti i një individi do të formojë më tej përvojën e tij si përvojat e kaluara të një personi, formimi kulturor dhe mënyra se si ata janë rritur do të ndikojnë në mënyrën se si ata trajtojnë traumën. Këta janë vetëm disa nga faktorët që do të luajnë një rol në përvojën e një të riatdhesuari që mund të ndikojë

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

në dëshirën e tyre për t'u riatdhesuar dhe gjendjen e tyre mendore (Toscani et al., 2006; Tsutsumi et al., 2005; von Lersner et al., 2008).

Shumica e të riatdhesuarve janë të moshës 25 deri 40 vjeç dhe janë kryesisht meshkuj. Për të inkurajuar kthimet vullnetare vendet anëtare të BE janë përqendruar në krijimin e stimuljeve për kthim që konsistojnë në mbështetje materiale që siguron para për zhvendosjen dhe riintegrimin në vendin e lindjes. Një aspekt tjetër është puna me vendet e origjinës për të krijuar legjislacion të lokalizuar që mbështet të riatdhesuarit, p.sh. strehimi, punësimi dhe këshillimi.

Për të riatdhesuarit vullnetarë ekzistojnë një numër faktorësh që dominojnë vendimin e tyre për të shkuar në shtëpi. Ndërsa, 'një situatë e përmirësuar politike / financiare në shtëpi' është pozitive, motivet e tjera dominuese janë më kohezive:

- Mungesa e mundësive financiare në vendin pritës
- Mungesa e sigurisë në statusin e qëndrimit
- Kohëzgjatja e procesit të qëndrimit duke shkaktuar shumë stres
- Racizmi dhe diskriminimi

Ndërsa këto përgjigje tregojnë se ata që po vijnë në shtëpi "vullnetarisht" nuk janë domosdoshmërisht më mirë nga pikëpamja e shëndetit mendor sesa ata që janë kthyer me detyrim. Prandaj ekziston nevoja për të kujtuar vetes vazhdimisht se nuk ka përvojë të përbashkët të të riatdhesuarve dhe secili rast duhet të trajtohet individualisht. Ndër pikat më të rëndësishme që duhet të merren parasysh është se procesi i migrimit është lidhur edhe me predispozitat për të zhvilluar çrregullim të shëndetit mendor (Calliess & Machleidt, 2011; Hocking et al., 2015; José et al., 2004; Kirmayer et al., 2011; Lindert et al., 2009; Rodolico et al., 2020; Turrini et al., 2017). E cila nga ana tjetër ndodh edhe me kthimin (Siriwardhana, 2015; Toscani et al., 2006; Tsutsumi et al., 2005; von Lersner et al., 2008; Zevulun et al., 2021).

Arsyet që një person mund të mos dëshirojë të kthehet në vendin e tij të lindjes variojnë nga të moderuara në të rënda, dhe në rastet më të vështira mund të rezultojë me vdekje. Kryesisht ata nga Kosova që përballen me largim shpesh do të përmendin mungesën e stabilitetit ekonomik dhe/ose politik, por brenda grupit të të rikthyerve potencialë ose aktualë janë gjithashtu njerëz që kanë jetuar për periudha të gjata kohore në vendet e migrimit, madje edhe duke pasur fëmijë që kanë lindur dhe janë rritur atje. Këta njerëz përballen me vështirësinë e shtuar për t'u kthyer në një vend që ata nuk mund ta konsiderojnë më si shtëpi dhe që fëmijët e tyre e shohin të huaj.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Pas refuzimit (vendimit të kthimit) të riatdhesuarve në përgjithësi do iu komentohet zyrtarisht se janë refuzuar dhe se ata duhet të largohen. Kjo do të pasohet nga një urdhër largimi që përcakton se sa kohë kanë, dhe çfarë do ndodhë nëse ata nuk largohen dhe më këtë rast bëhet regjistrimi në ndalesën e ri-hyrjes në vendin nga i cili po largohet, dhe në rastin e BE-së, në të gjitha shtetet anëtare të BE-së. Normalisht, periudha kohore ndërmjet urdhrit të largimit dhe largimit aktual është e shkurtër dhe ata që nuk largohen në disa raste do të mbahen në paraburgim. Megjithatë, vendet anëtare të BE-së përpiqen të minimizojnë paraburgimin para kthimit të detyruar, kjo do të ndodhë nëse personi dyshohet se është një kërcënim për vendin pritës, nuk mund ta deshmojë se kush është ose është konsideruar si rrezik për të fluturuar me aeroplan. Brenda BE-së largimi është një proces i standardizuar ligjor, me shumicën e vendeve anëtare që së pari i ofrojnë personit të refuzuar mundësinë për t'u larguar vullnetarisht brenda një periudhe të caktuar kohe, nëse personi nuk arrin ta bëjë këtë atëherë konsiderohet i kthyer i detyruar.

Pavarësisht mënyrës se kthimit vullnetarisht apo me detyrim personat e riatdhesuar mund të aplikojnë dhe të përfitojnë mbështetje nga skemat e riintegrit për riintegrimin e qëndrueshëm socio-ekonomik të personave të riatdhesuar.

Konkretisht, në rastin e Kosovës, në kuadër të Ministrisë së Punëve të Brendshme është themeluar Departamenti për Riintegrimin e Personave të Riatdhesuar dhe Integrimin e të Huajve, që me pas janë zhvilluar korniza ligjore dhe dokumentet politik, si “Rregullorja 22/2020 e QRK-se për Riintegrimin e Qëndrueshëm të personave të Riatdhesuar „Strategjia Shtetërore për Riintegrimin e Qëndrueshëm të Personave të Riatdhesuar në Kosovë“ që janë forca lëvizëse e këtij udhëzuesi.

6. Trauma dhe faktorët mbrojtës

6.1 Trauma historike

E përjetuar nga grupe etnike, kulturore dhe racore, trauma historike është trauma mes brezave që është rezultat i ngjarjeve të tmerrshme që i drejtohen një populli në tërësi. për shembull, brenda kontekstit të Kosovës, kolonizim i përsëritur i dhunshëm (p.sh. Otoman), gjenocid, shpërthime masive, shtypje e të drejtave kulturore/njerëzore dhe luftë (Brandell & Ringel, 2019; Derezotes, 2014; Gobodo-Madikizela, 2016).

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Grupet që përjetojnë trauma historike do të përgjigjen në mënyra të ndryshme, madje edhe anëtarët e grupit të synuar do të kenë një larmi përgjigjesh ndaj traumës. Thënë këtë, ju mund ta merrni si të dhënë që do të ketë një numër të konsiderueshëm të njerëzve të prekur negativisht që do të përjetojnë probleme shëndetësore gjatë jetës së tyre, probleme të tilla si (Fanaj & Melonashi, 2017; Fanaj et al., 2015; Kashdan et al., 2009; Morina et al., 2011; Toscani et al., 2006; Tsutsumi et al., 2005; von Lersner et al., 2008):

- Depresioni i madh
- Çrregullimi i stresit post-traumatik
- Çrregullimi i ankthit social
- Çrregullimi i ankthit të përgjithshëm
- Çrregullimi i panikut
- Çrregullimi obsesivo-kompulsiv
- Çrregullimi i përdorimit të substancave (varësia)

Lidhur me këto sëmundje ekziston një nivel i konsiderueshëm i komorbiditetit (kombinim i sëmundjeve) që çon në një probabilitet më të madh të rrezikut fizik (p.sh. sëmundje kardiovaskulare, vetëvrasje) dhe prishje të jetës familjare.

Historikisht, anëtarët e grupit të traumatizuar shpesh janë të padiagnostikuar dhe janë pa trajtim, që do të thotë se ata kryesisht po përpiqen të merren me problemet e tyre vetë, në mos fare. Shpesh kjo mund të çojë në vetë-mjekim i cili rrit rrezikun e çrregullimit të përdorimit të substancave ose paqëndrueshmërisë emocionale. Këto rezultate negative kanë efekt të drejtpërdrejtë në rritjen e fëmijëve, potencialisht kontribuojnë në lidhjet dhe çështjet e sjelljes tek fëmijët. Ky është cikli i traumës historike; është trauma që në vend që të shpërndalet, përbëhet nga çështje të brezit të shëndetit dhe trauma të freskëta gjatë secilit cikël.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Në mënyrë të veçantë, është zbuluar se fëmijët dhe nipërit e mbesat e atyre që kanë përjetuar personalisht një ngjarje masive traumatike (luftë, shpërthim, vrasje masive) ka të ngjarë të izolojnë nga prindërit e tyre, trauma e të cilëve bëri që ata të shkëputeshin nga fëmijët e tyre. Shkëputja e prindërve është një komponent kyç i teorisë së atashimit, e cila thotë se në mënyrë që fëmijët të zhvillojnë sjellje të shëndetshme shoqërore dhe emocionale (sociale, përballuese, aftësi për zgjidhjen e problemeve, etj.) ata duhet të lidhen pozitivisht me një prind, dështimi për ta bërë këtë mund të ketë pasoja negative gjatë rrjedhës së jetës së tyre (Brandell & Ringel, 2019; Gobodo-Madikizela, 2016).

6.2 Rëndësia e Traumës Historike në një mjedis të Shërbimit Social

Në vendet Evropiane dhe veçanërisht vendeve anëtare të BE-së trauma historike dhe sfidat që ajo paraqet janë fokusi mbizotërues i vetëm një nënshtrimi të vogël të komuniteteve të tyre, kryesisht, emigrantëve, azilkërkuesve dhe refugjatëve. Në të kundërt, në kontekstin e Kosovës, trauma historike duhet të konsiderohet e përbashkët dhe mbizotëruese. Nuk duhet të harrohet se këta njerëz dëshironin të largoheshin për një arsye dhe pavarësisht nga lloji i të kthyerve (me detyrim, vullnetar) ata ka të ngjarë të shohin kthimin e tyre me çdo gjë nga ambivalenca e deri te frika e plotë. Mbani në mend se disa nga ata që kanë ikur kanë përjetuar vetëm institucionet e Kosovës si një shtrirje jofunksionale e komunizmit Jugosllav dhe ndoshta janë thellësisht dyshues ndaj shërbimeve qeveritare.

Të kuptuarit e kësaj si një ofrues i mirëqenies sociale do të thotë të jesh në gjendje të tregosh ndjeshmëri dhe mirëkuptim ndaj një grupi njerëzish të ndjeshëm. Përmes kësaj ju do të krijoni besim në mënyrë që të mund të ofroni ndihmën e duhur për të ndihmuar në pas riatdhesimit.

6.3 Traumën e të riatdhesuarve

Emigrantët e parregullt mund të përjetojnë stres dhe trauma në çdo fazë të procesit të migrimit ose në çdo kohë, qofshin ato para, gjatë dhe pas.

Para: Çfarë e shtyn dikë të largohet nga shtëpia? Për shumicën e emigrantëve pa dokumente nuk ka të bëjë me arritje pozitive gjatë jetës, ata janë shtyrë të lënë gjithçka që dinë, shpesh duke u dashur të lënë pas gjithçka dhe të ndahen nga rrjetet mbështetëse. Ata e bëjnë këtë sepse ata ose familja e tyre përballen me rreziqe të tilla si (Fanaj & Melonashi, 2017; Fanaj et al., 2015; Kashdan et al., 2009; Möllers et al., 2017; Morina et al., 2011):

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

- Dhuna
- Varfëria
- Shtypja politike
- Korrupsioni
- Kërcënimet
- Konflikt ndërfamiljar
- Fatkeqësitë
- Lufta
- Dëbimi i detyruar

Gjatë: Procedura e imigracionit pa dokumente është e bazuar në kriminalitet, është e paligjshme, që do të thotë se njerëzit që kalojnë nëpër proces do e shkelin ligjin edhe në vendin e tyre të orgjinës dhe vendin e migrimit. Për më tepër, ata që janë të parregullt janë të detyruar të ballafaqohen me kontrabandistë që janë kriminelë që janë më shpesh pjesë e krimit të organizuar (Toscani et al., 2006; Tsutsumi et al., 2005; von Lersner et al., 2008).

Ata do të përballen me rrezikun e mundshëm të:

- Dhunës, fizike dhe seksuale
- Rreziqeve mjedisore (mbytja, dehidrimi, etj.)
- Braktisjes
- Shantazhit
- Ndarjes nga anëtarët e familjes
- Prishjes së familjes (divorcit)
- Të qenit dëshmitar i mizorive
- Vdekjes

Pas: Nëse emigranti pa dokumenta arrinë me sukses në vendin pritës sipas zgjedhjes së tij/saj , atyre menjëherë u paraqitet një grup i ri stresues dhe traumash të mundshme të tilla si (Toscani et al., 2006; Zevulun et al., 2021):

- Mungesa e burimeve duke pasur parasysh statusin e tyre të pazgjidhur
- Rreziqet mjedisore sociale
- Ndryshimet socio-kulturore
- Problemet e komunikimit
- Konflikti

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

- Pritjet e reja shoqërore dhe kulturore
- Ndarja familjare
- Konflikt familjar
- Keqtrajtimi dhe shfrytëzimi për shkak të statusit të pazgjidhur
- Rrezik i vazhdueshëm i dëbimit

Shpesh pas mbërritjes brenda një vendi pritës emigranti i parregullt përballet me faktin se një përqindje e popullsisë së vendit nuk i dëshiron ata atje. Ky refuzim mund të shfaqet si racizëm dhe diskriminim, delikatë (i shërbyer i fundit në dyqan) ose i qartë (duke i thënë të largohet nga dyqani pa shërbim), dhe në rast më të keq situatat mund të përfundojnë në dhunë fizike. Në disa vende dhe zona rajonale, kjo mund të rezultojë në një marginalizim sistematik që çon në uljen e mundësive për punësim dhe arsimim. Dallimi fetar, veçanërisht të qenit mysliman mund të shtojë një nivel krejt tjetër të diskriminimit që mund të çojë në fshehjen e besimit të dikujt në varësi të zonës në të cilën ndodhet një person. Ky synim për të izoluar pakicat fetare është gjetur të jetë i dëmshëm për mirëqenien mendore.

Gjithashtu është raportuar se fëmijët e migrantëve pa dokumenta pavarësisht nga aftësia shpesh vendosen në klasa më të ulëta paraformuese gjatë arsimit të hershëm duke i vendosur në një disavantazh. Të njëjtët fëmijë rriten të rrethuar nga një kulturë e ndryshme nga prindërit e tyre, e cila vendos detyrime dhe pritje të ndryshme tek anëtarët e saj që mund të çojnë në konflikt ndërmjet brezave dhe fraktura në strukturën e familjes (trauma e re). Kjo përplasje e kulturës mund të çojë në izolim të familjeve dhe mbështetje të kufizuar sociale brenda komunitetit.

Emigrantët e parregullt janë me status të ulët socio-ekonomik dhe si të tillë do të jetojnë në lagje të varfra, do të ulin mundësinë e arsimit cilësor, punësimit dhe shërbimeve shëndetësore. Secila prej çështjeve të lartpërmendura janë faktorë të njohur të rrezikut për çrregullimet e shëndetit mendor. Shtimi i kësaj liste është frika e pamëshirshme e dëbimit dhe fakti që emigrantët e padokumentuar që kanë pasur ekspozim ndaj traumës së dhunshme janë në rrezik të lartë për çrregullime depresive, çrregullime të stresit post-traumatik (ÇSPT) dhe çrregullime të përdorimit të substancave (José et al., 2004; Kirmayer et al., 2011).

Jo të gjithë të riatdhësuat me të cilët do të angazhoheni do të kenë probleme të shëndetit mendor, pasi të gjithë merren ndryshe me traumën. Thënë këtë, popullata e përgjithshme e Kosovës për shkak të historisë së saj të konfliktit tashmë ka disa nga nivelet më të larta të përhapjes gjatë gjithë jetës për çrregullimet e shëndetit mendor në Evropë. Ky fakt i kombinuar me traumën që

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

është përballur nga i riatdhesuari gjatë gjithë procesit të parregullt rrit ndjeshëm rrezikun e çrregullimeve të shëndetit mendor.

7. Faktorët mbrojtës

7.1 Qëndrueshmëria

Qëndrueshmëria është një tipar që ndihmon dikë të përshtatet me rrethanat e vështira fizikisht dhe psikologjikisht. Nuk është se ata nuk ndiejnë stres, pikëllim, zemërim, etj, por është se këto emocione nuk dobësohen, që gjithashtu do të thotë të jesh në gjendje të rikuperohesh më shpejt. Megjithatë, qëndrueshmëria është më shumë sesa thjesht të merresh me gjëra vetë, pjesërisht, është të dish kur dhe si të kërlesh ndihmë kur është e nevojshme (Hornor, 2016; Isaacs, 2018; Peltonen & Kangaslampi, 2019; Richards & Dixon, 2020; Siriwardhana, 2015).

Lidhur me mirëqenien mendore, qëndrueshmëria mund të ofrojë një efekt inokulues për një gamë të gjerë çrregullimesh të tilla si, çrregullim paniku, çrregullimet e ankthit social dhe depresioni. Mund të zvogëlojë simptomat dhe mbrojtjen ndaj ngjarjeve traumatike. Është gjithashtu e dobishme për ata që kanë një çrregullim ekzistues për të përmirësuar strategjitë e përballimit.

7.2 Këshilla për të ndihmuar në krijimin e qëndrueshmërisë së klientit tuaj

Qëndrueshmëria nuk është thjesht diçka me të cilën njerëzit lindin, por është një aftësi që mund të ushqehet dhe përmirësohet.

Inkurajo klientin tuaj të:

1. Zhvillojë dhe mirëmbajë një rrjet social pozitiv, me familjen dhe bashkëmoshatarët. Të mos vet-izolohet! Këto rrjete mund të ofrojnë mbështetje gjatë kohërave të vështira.
2. Bëjë të rëndësishme çdo ditë.
duke bërë gjëra që sigurojnë një ndjenjë arritjesh. .
3. Respektojë të kaluarën e tyre dhe gjithçka që ata kanë arritur.
Inkurajojini të mendojnë për aftësitë që përdorën për të kapërcyer pengesat e së kaluarës dhe kujtojini se ato aftësi janë gjithmonë në dispozicionin e tyre.
4. Qëndrojnë pozitiv.
E kaluara është e kaluar, e ardhmja nuk është askund, ka vetëm të tashmen tani..
5. Dojë vetën në mënyrë që ata të fillojnë të kujdesen për veten e tyre. Inkurajojini ata të kujdesen për dëshirat dhe emocionet e tyre..

6. Të jetë gjithmonë proaktiv.

Të trajtojë problemet ballë për ballë.. Proaktiviteti mund të mësojë vetëbesim që gjithashtu mund të ndërtojë vetëbesim që fuqizon strategjitë pozitive të përballimit.

7.3 Përkrahja sociale

Pjesëmarrja në rrjetin social pozitiv është një përbërës kryesor për zhvillimin e rezistencës ndaj faktorit të rrezikut të zakonshëm në çrregullimet e shëndetit mendor dhe riintegrimin të qendrueshëm. Mbështetja sociale është ofrimi i ndihmës psikologjike dhe fizike të dhënë nga anëtarët e një rrjeti social (p.sh. familja) dikujt që është në nevojë. Në kontekstin e të riatdhesuarve mund të ketë shumë forma, të tilla si ndihma për të vendosur në shtëpi, dikush që dëgjon problemet e tyre apo kujdesje ndaj dikujt që është i sëmurë. Secili rrjet është i lidhur me integrimin shoqëror, se si personi përshtatet në grup. Ai përbëhet nga familjariteti dhe emocionet të tilla si dashuria dhe miqësia, disa shembuj të llojeve të rrjetit janë, familja, klubi sportiv, klubi i hobeve dhe komunitetet fetare (Hornor, 2016; Purgato et al., 2019; Te Brake et al., 2009).

Llojet e mbështetjes sociale janë si më poshtë:

- Mbështetja emocionale: Kur dikush është i dëshpëruar emocionalisht, p.sh. i vetmuar, i frikësuar ose i frustruar, një anëtar i rrjetit të tyre mbështetës do të jetë aty për të dëgjuar dhe inkurajuar.
- Mbështetja Instrumentale: Është sigurimi i ndihmës fizike kur dikush ka nevojë, të tilla si dërgimi me makinë në një intervistë për punë ose një vakt i gatuar kur ata janë në nevojë.
- Mbështetje informative: sigurimi i informacionit specifik që mund të ndihmojë personin, p.sh. si t'i qasemi një interviste pune ose vendit më të mirë për të marrë një kredi.

Shpesh është mungesa e mbështetjes sociale dhe veçanërisht ajo e familjes gjatë fëmijërisë që mund të shtojë rrezikun për zhvillimin e një çrregullimi. Në moshën e rritur, çrregullimet që hasin zakonisht të riatdhesuarit janë përkeqësuar ndjeshëm për shkak të mungesës së mbështetjes sociale. Këto çrregullime janë tinëzare në atë që krijojnë frikë, turp dhe ndryshime që i bëjnë njerëzit të ndiejnë se duhet të tërhiqen, e cila nga ana tjetër është një nga gjërat më të këqija që ata mund të bëjnë.

Një nga gjërat më të rëndësishme që mund të bëni (përveç referimit tek një profesionist i shëndetit mendor) për të ndihmuar një klient për të cilin dyshoni se mund të ketë një çrregullim është të inkurajoni pjesëmarrjen e tyre të vazhdueshme në rrjetet sociale pozitive. Shpjegoni

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

përfitimet aktuale të rrjeteve dhe arsyen për të mos u tërhequr edhe kur ata janë në proces të kërimit të ndihmës.

7. Teknikat e Intervistimit dhe vetëdijesimi ndaj paragjytimeve

Pse intervistojmë?

Komunikimi efektiv është një fushë me rëndësi të madhe brenda shërbimeve sociale pasi është mjeti juaj kryesor për mbledhjen e informacionit kryesor. Në mënyrë të veçantë, intervistat do të jenë metoda juaj numër një për të ndërvepruar me klientin tuaj kur vlerësoni mirëqenien mendore. Përmes intervistave tuaja ju do të krijoni besim dhe do të ndërtoni marrëdhënie domethënëse me klientin tuaj.

Megjithatë, intervistimi nuk është një aftësi e lindur dhe është më shumë sesa të bësh pyetje. Të jesh një komunikues efektiv ka të bëjë me dëgjimin, por edhe me të folurit. Një numër i konsiderueshëm i klientëve me të cilët po ndërveproni do të kenë pësuar një traumë të konsiderueshme dhe gjithashtu mund të ruhen.

Intervistimi gjithashtu do t'i sigurojë klientit tuaj informacion, ata do të jenë në gjendje të marrin njohuri për organizatën tuaj, shërbimet dhe ndihmën që mund të ofroni, përfshirë kërkesat që ata do të duhej të plotësojnë. Do të paraqesë mundësi për të edukuar klientin për programe të tjera që mund të jenë të dobishme, si dhe për t'ju siguruar një kuptim më të thellë të situatës së tyre, e cila shpesh nuk është e mundur nga leximi i historisë së tyre.

Duke mësuar aftësitë themelore të intervistimit efektiv në një mjedis të shërbimit social do të jeni në gjendje të ndikoni pozitivisht në rezultatet e shëndetit të klientit tuaj (Bögels, 1994; Fine & Glasser, 1996; Greeno et al., 2017; Gubrium et al., 2012; Kadushin, 1972; Pascal, 1983; Suoninen & Jokinen, 2005; Wahab, 2005).

Respektoni klientin

- Edhe komunikuesi më profesional dhe i aftë do të ketë vështirësi në punën me klientët nëse u mungon ndjeshmëria. Ju shpesh do t'u kërkon klientëve të flasin për gjëra që ata ndoshta nuk i kanë përmendur as anëtarit të tyre më të besuar të familjes ose janë të frikësuar t'i pranojnë vetë. Megjithëse tregon mirëkuptim, ndjeshmëri dhe diplomaci të mirëfilltë, ju mund ta siguron klientin për një trajtim të drejtë dhe

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

të paanshëm. E gjithë kjo lejon sigurimin e një hapësire ku ata mund të komunikojnë lirshëm. Një parim udhëzues kur keni të bëni me klientët është t'i trajtoni ata si dëshironi të trajtoheni. Ju gjithashtu duhet të mbani mend se jo të gjithë do të reagojnë njësoj kur u bëhet një pyetje personale, disa do të përgjigjen lirisht ndërsa të tjerët mund të ofendohen (Greeno et al., 2017). Nëse do të jeni efektiv, duhet të jeni në gjendje të tejkaloni pengesat, kështu që këtu janë disa pika kryesore për t'ju ndihmuar në komunikimin me klientët tuaj.

- Mësoni të identifikoni pengesat e krijuara për shkak të gjinisë, moshës ose ndryshimit racor dhe krijoni një plan mendor se si do t'i kapërceni ato.
- Perceptimet negative të autoritetit mund të ndikojnë në qëndrimin e klientit ndaj jush.
- Klientët me aftësi të kufizuara, aftësi të dobëta gjuhësore ose thjesht pleqëri do të kenë nevojë për më shumë kohë ose ndihmë gjatë intervistave.
- Jini të vetëdijshëm se turpërimi mund të bëjë që klientët të ngecin ose të jenë të vështirë.
- Respektoni aftësinë e klientit tuaj për të marrë pjesë plotësisht në proces.
- Ju nuk duhet të duroni abuzime, të tilla si gjuhë e keqe, kërcënime fizike, dhunë, etj. Kontrolloni me organizatën tuaj në mënyrë që të informoheni se si të merreni në mënyrë të përshtatshme me këtë situatë nëse një e tillë paraqitet.

Kujdes nga paragjykimi

Ne të gjithë përpiqemi të jemi të drejtë dhe kryesisht mundemi por paragjykimi personal ndikon dhe do të ndikojë në komunikimin tuaj ose të klientit. Paragjykimi bëhet problem kur shtrembëron përgjigjen, duke fshehur ndjenjën e vërtetë të klientëve e cila e zhvlerëson intervistën. Rreziku i paragjykit është i pamundur të hiqet, por mund të minimizohet duke qenë i vetëdijshëm se si dhe ku ndodh. Më e zakonshme prej të cilave në lidhje me shërbimet sociale që ndikojnë ose klientët, ofruesit e shërbimeve (ju) ose të dyja janë si më poshtë (Delgado-Rodríguez & Llorca, 2004; Dominelli, 2017; Featherston et al., 2019; Harrison & Mayo-Wilson, 2014):

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Paragjykimi i klientit

Paragjykimi i njohjes: ‘personi po’, i njohur ndonjëherë si paragjykim miqësor që do të pajtohet me gjithçka që ju propozoni. Disa klientë e bëjnë këtë sepse besojnë se jeni ekspert, kështu që supozojnë se ju duhet të dini më mirë, të tjerët e bëjnë këtë sepse është një mënyrë e thjeshtë për ta kaluar intervistën më shpejt. Ky paragjykim është problematik kur vlerëson mirëqenien pasi pengon të vërtetën e klientit, duke i bërë përgjigjet e tyre të pakuptimta. Për të shmangur këtë, mos përdorni pyetje që nënkuptojnë se ka një përgjigje të duhur, përdorni pyetje që përqendrohen në këndvështrimin e vërtetë të klientit.

Paragjykim i dëshirueshmërisë shoqërore: Klientët me këtë paragjykim do t'u përgjigjen pyetjeve në një mënyrë që besojnë se do t'i bëjë ata të pëlqehen ose të pranohen. Do të thotë që kur bëhet fjalë për t'u përgjigjur në lidhje me tema të ndjeshme, ata do të përpiqen të paraqiten në mënyrën më të mirë sesa atë që është e vërtetë. Një mjet për të shmangur këtë është të tregosh dhe përforcosh se është në rregull t'i përgjigjesh pyetjeve në një mënyrë divergjente.

Paragjykimi i zakonit: Paragjykimi i zakonit është një përgjigje biologjike që ndodh kur një klient mbingarkohet / lodhet dhe truri kalon në automatik. Klientët do të fillojnë të përgjigjen në pyetje të ngjashme në të njëjtën mënyrë, duke u ankuar për përsëritjen ose lodhjen. Për të shmangur këtë paragjykim, monitoroni klientin tuaj dhe mbajini të angazhuar.

Paragjykimi i ofruesit

Paragjykimi i konfirmimit: Kjo është forma më e njohur dhe e shpeshtë e paragjykimit që ndikon negativisht në intervista, kjo ndodh kur intervista formon ide të paramenduara në lidhje me klientin dhe duhet të udhëheqësh klientin ose të interpretosh përgjigjet e tij në një mënyrë që konfirmon atë që ke menduar.

Ky paragjykim zhvillohet si gjatë intervistës ashtu edhe pas analizimit të përgjigjeve. Në të dy situatat, informacioni i kaluar që mbështet besimin tuaj është përparësia mbi atë që është në kundërshtim. Kjo është problematike, pasi shumë çështje të shëndetit paraqiten në një mënyrë të ngjashme, dhe kur nuk janë të shpeshta janë sjellje normale. Për të zvogëluar ndikimin e këtij paragjykimi, është e rëndësishme të dëgjoni klientin tuaj dhe të sfidoni vazhdimisht supozimet dhe bindjet tuaja në lidhje me gjendjen e një klienti.

Paragjykimi i kulturës: Gjykimi i të tjerëve bazuar në perceptimin kulturor mbi situatën e tyre ose ata. Ky paragjykim historikisht ka qenë një sfidë në lidhje me shëndetin mendor, duke

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

besuar se dikush me një varësi është thjesht i dobët nga karakteri. Gjithashtu, brenda një shoqërie multi-etnike po vendos vlerat tuaja kulturore mbi ato të pakicave të tjera. Edhe pse asnjëherë nuk është e arritshme 100%, njëanshmëria kulturore mund të minimizohet duke qenë i vetëdijshëm për konstruktet tuaja kulturore dhe duke marrë kohë për të mësuar dhe vlerësuar kulturën e të tjerëve.

Paragjykimi i renditjes së pyetjeve: Pyetjet mund të ndikojnë në përgjigjet që pasojnë, për shembull ju mund t'i kërkonit një klienti t'iu tregojë se si ndiheshin në detaje për një ngjarje traumatike, atëherë të gjitha pyetjet pasuese do të jenë të ngjyrosura nga disponimi që do të ketë tani klienti. Megjithatë ky paragjykim ndonjëherë është i pashmangshëm, sigurohuni që të bëni pyetje të përgjithshme para atyre specifike, pozitive përpara negative dhe të pa ndihmuara para se të ndihmohen.

Pyetjet sugjestive dhe paragjykimet e formulimit: Ky paragjykim është kryekëput sikur më ia vendos fjalët në gojën e klientit; bëhet për shkak të zgjerimit të përgjigjeve të tyre ose drejtimin të tyre në një drejtim që përputhet me disa perceptime që keni për to. Ju mund ta bëni këtë sepse jeni duke u përpjekur t'i tregoni klientit që ju e kuptoni, dhe kështu të lidheni me ta, por gjithmonë duhet ta lini klientin të përgjigjet me fjalët e tij. Mos përmbliidhni ato që klienti ka thënë me fjalët tuaja dhe mos i shtoni asgjë.

Paragjykimi i efektit halo: Ky paragjykim është kur për shkak të një atributi të vetëm pozitiv të një klienti, atëherë nuk arrini të merrni parasysh negativën, pa marrë parasysh sa domethënëse. Ky efekt halo do të thotë që situatat potencialisht të rrezikshme mund të rrëshqasin për shkak të një përshtypje të gabuar. Për shembull, një klient mund të tregojë një pasqyrim të një fushë të jetës së tij që është problematike, duke ju bërë të besoni se ata kanë të njëjtën pasqyrim edhe në fusha të tjera, gjë që nuk është e vërtetë. Për të zvogëluar efektin halo, duhet të vini në dyshim supozimet tuaja, ndjenjat tuaja pozitive ndaj përgjigjeve të caktuara.

Paragjykimi në shërbimet sociale që kanë të bëjnë me mirëqenien e klientëve është problematik në atë që shtrembëron të vërtetën e klientit, e cila nga ana tjetër parandalon trajtimin ose ndihmën e duhur. Paragjykimi nuk mund të hiqet 100% por duke mësuar për llojet dhe duke e kujtuar veten shkurtimisht para se të intervistoni klientët ato mund të zvogëlohen.

8.2 Llojet e pyetjeve, njihni ndryshimin

Ju do të përdorni dy lloje kryesore të teknikave të pyetjeve, pyetje të hapura dhe të mbyllura për të marrë informacion nga klientët tuaj. Për shembull, ju mund të mendoni se një

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

klient ka një depresion të madh, kështu që parashtroni një pyetje të hapur “Si jeni ndjerë?”. Një pyetje e mbyllur mund të përdoret për sqarim, “Ju jeni ndjerë në këtë mënyrë për 6 muajt e fundit, a është e saktë?” e cila mund të përgjigjet si po ose jo. Pyetjet e mbyllura janë gjithashtu ato që ofrojnë informacione specifike si data e lindjes, mosha, adresa, etj.

Pyetje të hapura: Inkurajoni komunikimin e mendimeve dhe ndjenjave, ato gjithashtu lejojnë përgjigje të plota dhe të pasygeruara.

Atributet pozitive

- Lejon një kontribut më të madh të klientit.
- Lejon ndërlikime në përgjigje.
- Mblidhni më shumë informacion.
- Klientët i zotërojnë fjalët e veta (të vërtetën)

Atributet Negative

- Kohë e gjatë.
- Të pa drejtuar, klientët mund të gjurmohen anash.
- Mund të sigurojë informacion të tepruar dhe të panevojshëm.

Shembuj

- Më tregoni si jeni ndjerë?
- Më tregoni se çfarë i shkakton këto episode?
- Më tregoni për sistemin tuaj të mbështetjes?
- Më tregoni se çfarë po ju bën të ndiheni në këtë mënyrë?

Pyetje të mbyllura: Përgjigjja e drejtpërdrejtë e drejtuar që lejon intervista më të shkurtër, përgjigje po ose jo që mund të sqarojnë një pikë ose të japin informacion përmbledhës.

Atributet pozitive

- Kohëzgjatja e shkurtër e intervistës.
- Konfirmimi i pikave specifike
- Informacione përmbledhëse.

Atributet Negative

- Mund të paraqitet si një marrje në pyetje, duke e bërë klientin mbrojtës.
- Pjesëmarrja minimale e klientit.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

- Të dhëna minimale për shkak të mungesës së informacionit nga klienti.
- Të prirur për tu nxitur nga paragjykimet

Shembuj:

- Si e ke emrin?
- Cila është adresa juaj?
- Jeni ndërë kështu 6 muajt e fundit, a është e saktë?

Para se të filloni

Të folurit

Të flasësh si aftësi është një komunikim efektiv që do të lejojë një intervistë të suksesshme, është më shumë sesa thjesht fjalë. Është gjithashtu vëllimi në të cilin flisni, fjalët që zgjidhni, sa shpejt flisni dhe mënyra e lëvizjes së trupit. Secili klient që takoni do të ketë nivelin e tij të arsimimit, frikës dhe hapjes pasi i tillë në madhësi nuk i përshtatet të gjithëve, do t'iu duhet të përdorni gjuhë që është e përshtatshme për klientin me të cilin po flisni. Zhargoni dhe termat teknike duhet të shmangen dhe të përdorin fjalë që janë përshkruese dhe vëzhguese sesa udhëheqëse ose përfundimtare, qëllimi është që klienti t'iu tregojë të vërtetën. Mënyra se si e përdorni zërin tuaj, fjalët që përdorni dhe shkalla që flisni do t'i tregojnë klientit se sa të interesuar jeni në situatën e tyre, për shembull; përgjigjet e shkurtra dhe me zë të lartë mund të vijnë si agresive dhe akuzuese. Ju duhet të angazhoheni me klientin duke përdorur një zë aktiv që tregon interes për atë që thuhet, dhe përgjigjet tuaja duhet të jenë të kufizuara dhe të thjeshtësuara në mënyrë që të kuptohen (Greeno et al., 2017; Kadushin, 1972; Roulston et al., 2003).

Të ndëgjuarit

Të dëgjuarit nuk është vetëm dëgjim pasiv; është akti i përqendrimit në atë që thuhet përmes fjalëve dhe tingujve të një klienti, lëreni ata të flasin. Kjo ju lejon të dëgjoni të vërtetën e tyre sesa të ndërtoni tuajën për situatën që ndodh për shkak të gjykimit ose vlerësimit ndërsa ata flasin. Kjo lejon që klienti të flasë lirshëm dhe ju të merrni historinë e plotë përpara se të ecni përpara. Lidhur drejtpërdrejt me dëgjimin është vëzhgimi që mund të mendohet se dëgjon me sy. Pjesa më e madhe e asaj që komunikohet shpesh është pa fjalë, të kuptuarit e gjuhës së trupit mund t'iu ndihmojë të drejtoni një intervistë (Colcord, 1929; Fine & Glasser, 1996; Gallagher et al., 2017; Roulston et al., 2003).

Të ndëgjuarit aktiv

Është një kombinim i aftësive e të folurit dhe të dëgjuarit që krijon një mjedis ku klienti ndihet që po kuptohet, ky vend i besimit dhe sigurisë i lejon ata të trajtojnë potencialisht tema më të vështira. Dëgjimi aktiv i tregon klientit që ju keni kuptuar se çfarë po thonë dhe atëherë kur nuk keni kuptuar do ta provoni derisa ta kuptoni. Angazhimi juaj, përmes dëgjimit dhe bisedës ndihmon për të ndërtuar lidhjen tuaj duke treguar një kuptim të qartë dhe konkret që nuk do të mund të arrihej vetëm përmes dëgjimit ose bisedës. Dëgjimi aktiv tregon se ju interesoni dhe do ta ndihmoni klientin tuaj të jetë i sigurt, gjë që nga ana tjetër do t'iu lejojë t'iu ndihmoni ata në një mënyrë kuptimplote (Weger et al., 2014).

8.3. Teknikat e intervistimit të suksesshëm

Për të përfituar sa më shumë nga një intervistë, përgatitja është thelbësore. Dhjetë teknikat specifike të mëposhtme të intervistimit përdoren ndërkombëtarisht në të gjithë sektorët e shërbimeve sociale. Ju duhet të synoni të zotëroni secilën nga teknikat që do t'iu ndihmojnë të ndihmoni klientët të flasin të vërtetën (Alonso et al., 2004; Greeno et al., 2017; Gubrium et al., 2012; Heilbrun et al., 2002; Kadushin, 1972; Pascal, 1983; Roulston et al., 2003; Stenson, 1993; Suoninen & Jokinen, 2005; Wahab, 2005).

Eksplorimi: Filloni me pyetje të thjeshta të mbyllura së pari, si p.sh., cili është emri juaj? dhe prej andej kaloni në pyetje intime progresive më të hapura. Eksplorimi përdoret për të thelluar hetimin se çfarë do të thotë një klient dhe pse tema është e rëndësishme për ta. Mund të sigurojë

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

mundësi të reja për klientin për të rivlerësuar ose përballur një çështje dhe për ju si ofrues i shërbimit mund të gjenerojë të dhëna më kuptimplota për diagnozën.

- Ju lutem a mund të shpjegoni ...?
- Ju lutem më tregoni më shumë për këtë...?
- A mund të më jepni disa shembuj...?
- Kur e thoni atë, çfarë kuptoni me...?

Ventilimi: Ndhmon një klient të flasë për ndjenjën e tij që ata mund ta kenë të vështirë të shprehin, për shembull, të zënë ngushtë, frikë nga gjykimi juaj ose thjesht nuk di si të flasë për të. Duke bërë që klienti të flasë për ndjenjat e tij ju mund t'i ndihmoni ata të kuptojnë gjendjen e tyre emocionale, e cila nga ana tjetër mund t'i ndihmojë ata të ndahen nga emocionet e lidhura për ta parë problemin në një mënyrë të re.

- A doni të flisni për...?
- A po thoni se ndjeni se ...?
- Kjo temë duket se ju bën të jeni të shqetësuar.

Ndërrimi i temave: Ju e ndryshoni temën, e cila mund të bëhet për një numër arsyesh, për shembull; klienti është larguar nga tema, tema është ajo e paraqitur si një mjet mbrojtje nga klienti për të shmangur një çështje, klienti emocionalisht nuk është i gatshëm të merret me temën.

- Kjo është e rëndësishme, por tani le t'i kthehemi...
- Para se të vazhdojmë, të mendojmë për...
- Tani për tani, le të ndalemi këtu dhe t'i kthehemi më vonë.

Arsyetimi logjik: Ju e bëni klientin tuaj të marrë pjesë në përdorimin e analizave sistematike dhe racionale të çështjes me të cilën përballen, duke i inkurajuar ata të shohin problemin nga këndvështrime të ndryshme dhe të vlerësojnë se cila përgjigje ka rezultatin më të dëshirueshëm.

- Nëse do ta bënit në këtë mënyrë, çfarë do të ndodhte?
- Çfarë mendoni se e shkaktoi atë rezultat?

Inkurajimi: Jini pozitiv në lidhje me sukseset e klientit, shprehni besim në aftësitë e tij kur është e përshtatshme. Kjo teknikë është e dobishme kur kemi të bëjmë me fëmijë dhe të rritur

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

të demoralizuar. Por mos harroni se duhet të jetë e sigurtë, pasi inkurajimi i rremë mund të ketë efekt të kundërt dhe të bëjë që një klient të mbyllet edhe më shumë në vetvete.

Informimi: Kjo teknikë ka të bëjë me sigurimin e klientit me informacion që do të ndihmojë në lehtësimin e tyre. Mund të jetë informacion në lidhje me organizatën me të cilën jeni, procesin që ata po kalojnë, pritje për pjesëmarrjen e tyre ose vëzhgime për mirëqenien e tyre. Është natyrë njerëzore të ndjesh stres ose nervozizëm kur përballesh me një situatë të re, duke marrë kohë për të informuar klientin tënd mund të zvogëloni pasigurinë dhe frikën nga e panjohura.

Gjeneralizimi: Përdoret për të siguruar një klient, duke theksuar të përbashkëtën e çështjes dhe duke ndihmuar në uljen e ankthit. Më pak fjalë, i tregon klientit se ai/ajo nuk është i/e izoluar në mënyrën që po ndjehet dhe kjo gjendje është në rregull, për shembull; me këtë teknikë e siguron një klient i cili ka çrregullim paniku se frika se po çmendesh është një simptomë e shpeshtë, por në të vërtetë nuk është kështu.

Nën-ndarja: Kur një çështje duket se po na merr shumë energji, është shumë e rëndësishme të merremi me vetëm një problem të një aspekti në kohë të caktuar.. Duke zgjedhur një aspekt të problemit që ka më shumë rëndësi për klientin dhe që mund të zgjidhet më shpejt, kjo teknikë mundëson ndërtimin e besimit duke treguar se duke punuar së bashku jemi në gjendje të zgjidhim edhe situatat të cilat mund të çojnë në trajtimin e çështjeve më të rëndësishme.

Shpjegimi: Është specifike për një ngjarje/situatë, ju siguron informacion që e lejon klientin të kuptojë se çfarë po ndodh në një ngjarje dhe i tregoni për rezultatin e tyre të mundshëm. Duke i siguruar një rezultat të hollësishëm dhe të kuptueshëm të asaj që do të ndodhë, ju ndihmoni klientin tuaj që të jetë në gjendje të marrë vendime domethënëse që nuk janë të bazuara në keqkuptim dhe frikë.

Siguria: Është përdorur për t'iu kundërvënë ndjenjave dhe perceptimit negativ të pajustificuar të klientit. Sa më e mirë të jetë marrëdhënia që mund të keni me klientin, aq më efektive do të jetë kjo teknikë. Ju nuk duhet të siguron një klient në lidhje me situatat që janë të paparashikueshme, për shembull, duhet t'i tregoni klientit që ka një problem të shëndetit mendor

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

dhe se trajtimi mund t'i ndihmojë dhe nuk duhet asesi t'i thoni se ai/ajo ka një problem dhe mund të shërohet.

Karakteristikat mbështetëse

Empatia: Shpesh e ngatërruar me simpatinë, empatia është kur bashkëndjeni me një person. Kur një klient flet për një ngjarje traumatike ju pasqyroni ndjenjat e tyre duke i përjetuar ato në vend që të ndjeheni të trishtuar për atë që e kanë përjetuar ata. Empatia krijon lidhje midis jush dhe klientit, dhe bazohet në një kuptim emocional të klientit duke lejuar kështu të ndjeni bashkë me klientin kur merreni me çështjen e tij/saj.

Respekti: Respekti është thelbësor për procesin e shërbimit social, një klient ka të drejtë të marrë vendimet e tij pavarësisht nga gjinia, seksualiteti, etnia, etj.

Autenticiteti: Të jesh real ose autentik do të thotë të lidhesh me të tjerët duke qenë vetvetja, të kesh lidhje me njerëzit në një nivel personal që është i sinqertë, spontan dhe jo-mbrojtës. Kjo krijon një mjedis ku biseda është më e natyrshme se sa e provuar, por brenda këtij konteksti duhet të mbetet gjithmonë profesionale.

Vetëkuptimi: Ju duhet të dini se çfarë ju shtyn të ndihmoni, kush jeni si një person, dëshirat dhe të gjitha. Vetëm përmes vetëkuptimit do të jeni në gjendje të paraqisni veten si një shembull.

Vetëkontrolla: Ju do të gjendeni në situata të vështira që mund të shkaktojnë emocione të forta brenda jush, por vetëkontrolli duhet të praktikohet gjithmonë, pasi puna juaj është të udhëhiqni në vend që të ndiqni, klienti varet nga ju. Vetëkontrolli do t'iu mbajë të mbështetur në vlerat dhe etikën e organizatës suaj.

Kuptimi i vlerave dhe etikës: Ju gjithmonë duhet të udhëhiqeni nga etika dhe vlerat e organizatës suaj, si të tillë duhet të dini se cilat janë këto, përfshirë ligjin dhe kërkesat ligjore për fushën tuaj.

Njohuria profesionale: Njihni gjërat tuaja, ata që janë injorantë ndaj kërkesave të fushës së tyre dhe praktikat më të fundit më të mira do të shkaktojnë dëm. Profesionit juaj kërkohet që ju të

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

ndihmoni njerëzit që shpesh vuajnë nga një sërë çështjesh shëndetësore, me të cilat do të jeni në gjendje të ndihmoni vetëm përmes njohurive.

Pohueshmëria e përgjegjshme: Është mënyra se si shpreheni profesionalisht, si i përdorni njohuritë dhe fuqinë tuaj profesionale në një mënyrë që respekton veten, si dhe klientin.

Intervistimi profesional; Çfarë duhet të bëni

Përgatitja

- Njihni gjërat tuaja dhe çfarë mund të ofroni.
- Përgatitni hapësirën tuaj, sigurohuni që keni hequr çdo informacion që është privat, gjithashtu vendosni mobiljet dhe keni në dorë gjithçka që ju nevojitet.
- Dini pse jeni aty, sqaroni cili është qëllimi i intervistës.
- Rilexoni pyetjet tuaja të përgatitura.
- Relaksohuni dhe pastroni mendjen tuaj, në mënyrë që t'i jepni klientit të gjithë vëmendjen tuaj. Jini në disponim ashtu si është edhe ambienti ku punoni , nëse ju jeni të relaksuar, kjo do ta ndihmojë edhe klientin tuaj të jetë i relaksuar.
- Sigurohuni që çdo intervistë paraprake ose shënim i çështjes që e keni marrë më herët të jetë aty afër. Mos u përpiqni të veproni me instinkt ose të mbështeteni në kujtesë, sa më profesionist të jeni aq më shumë ka gjasa të zhvillimit të besimit.

Hyrje dhe Përshëndetje

- Jini në kohë, klienti juaj ndoshta mund të jetë tashmë i shqetësuar, dhe duke e bërë atë të presë, nuk do të ndihmojnë.
- Përshëndetni klientin tuaj siç dëshironi të përshëndeteni ju, respekti ndërton besimin.
- Buzëqesh, merr kohë shumë të madhe deri sa arrini të qetësoni klientët.
- Pasi të prezantoheni, pyesni klientin se si preferojnë të adresohen (me Znj. Z., etj.) dhe vazhdoni të përdorni të njëjtin adresim edhe gjatë intervistave dhe takimeve pasuese.
- Uroni mirëseardhje klientin në hapësirën e intervistës dhe tregojini vendin e tyre.

Shpjegoni Qëllimin e Intervistës

- Flisni me klientin për çdo shqetësim që mund të ketë, siguroni informacion që do t'i ndihmojë ata të relaksohen.
- Përshkruani procesin e intervistimit dhe si do të shkojë intervista për klientin .
- Tregojini klientit për sa do të zgjasë intervista.
- Shpjegojini klientit atë që kërkohet saktësisht prej tij dhe çfarë është konfidenciale dhe çfarë do të ndahet me tjerët, mos vazhdoni derisa të jeni të sigurt se ata e kuptojnë.
- Bëni të ditur klientin që, kur është e përshtatshme, do t'i përgjigjeni pyetjeve të tij në lidhje me procesin në fjalë.

Sqarimet

- Sigurohuni që e kuptoni klientin dhe klienti ju kupton, *mbani mend 'dëgjimin' tuaj aktiv.*
- Paraqisni informacione klientit në një mënyrë të qartë dhe koncize që është e përshtatshme për nivelin e të kuptuarit të tij, *mbani mend 'të folurit' tuaj.*
- Duke përdorur llojin e duhur të pyetjes për informacionin e nevojshëm, një pyetje e hapur do t'iu lejojë të ndihmoni klientin të ketë qasje në të vërtetën e tij, *të mbani mend 'llojet e pyetjeve' tuaja.*
- Dëgjoni përgjigjen e klientit, jo vetëm me veshët por edhe me sytë tuaj (vëzhgoni), *mbani mend 'dëgjimin' tuaj.*
- Mos supozoni, lini që klienti të flasë vetë dhe nëse nuk jeni i sigurt bëni pyetje që mund të sqarojnë, *mbani mend 'paragjykimin' tuaj.*

Jepni Informacion

Ndani, qëllimi juaj duhet të jetë krijimi dhe ndërtimi i një marrëdhënieje besimi nëse shpresoni të ndihmoni klientin në ndjekjen e tij të mirëqenies. Ju mund ta arrini këtë duke shpërndarë informacione kur është e përshtatshme.

Pyetje kontrolluese për çrregullime specifike

Ekzaminimi i shëndetit mendor përfshin një vlerësim për të përcaktuar praninë e simptomave të çdo lloji çrregullimi të shëndetit mendor. Të dhënat e mbledhura nga ekzaminimi fillestar mund të përdoren nga ju për të bërë një vlerësim preliminar, të prioritetizoni kujdesin bazuar në nevojën dhe rrezikun (Bögels, 1994; Fine & Glasser, 1996; Gallagher et al., 2017; Greeno et al., 2017; Gubrium et al., 2012; Kadushin, 1972; Pascal, 1983; Schumacher & Madson, 2015; Suoninen & Jokinen, 2005; Wahab, 2005).

Pyetjet kontrolluese për ekzaminim duhet të jenë:

- lidhur me problemin/problemet specifike me të cilat paraqitet pacienti atë ditë
- mjaft e qartë, në mënyrë që një përgjigje pozitive do të ishte mjaft domethënëse dhe duhet të hulumtohet.
 - Seksioni në vijim jep shembuj të pyetjeve kontrolluese për çrregullime të ndryshme psikiatrike.

Depresioni

- A keni pasur ndonjëherë një periudhë ku jeni ndjerë të mërzhitur? Jo vetëm për një ose dy javë, por për shumë javë ose, ndoshta, muaj?
- A keni vërejtur se nuk keni energji, nuk keni interes për gjërat dhe në përgjithësi keni pasur vështirësi të mëdha në funksionim?
- A ju ka ndodhur kjo juve ndonjëherë më parë?

Hypomania/mania

- Në të kaluarën, a keni pasur ndonjëherë një periudhë ku jeni ndjerë jo vetëm mirë, por më mirë se mirë?
- A vazhdoi kjo ndjenjë e energjisë jashtëzakonisht të lartë dhe një nevojë e zvogëluar për gjumë jo për orë ose mbrëmje, por për ditë e ditë në të njëjtën kohë?

Çrregullimi distimik

- A jeni ndjerë i dobët apo me disponim të ulët, por në gjendje të funksiononi gjatë viteve të fundit?

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar

- A do ta përshkruanit veten si një person i shqetësuar kronik? A do të thonin të tjerët që jeni person që shqetësohet gjithmonë për gjërat?
- A shqetësoheni për asgjë dhe gjithçka në krahasim me vetëm një ose dy gjëra?
- Nëse po, sa kohë ka që po ndodh kjo?
- Disa njerëz më thonë se kanë shqetësime, por zakonisht mund t'ia dalin mbanë. Njerëz të tjerë më thonë se ata kanë shqetësime aq të rëndë saqë vërejnë se ky shqetësim pengon jetën e tyre ose i paralizon. A është ky rasti juaj?

Çrregullimi obsesiv-kompulsiv

- A keni ndonjë mendim të pazakontë ose të përsëritur për të cilin e dini se është budallëk, por thjesht nuk mund të ndaloni së menduari (për shembull, të qenit i kontaminuar nga mikrobet)?
- A mendoni se ka disa rituale që duhet të bëni, të tilla si të prekni dorën në një mënyrë të caktuar ose të bëni gjëra në grupe tresh, gjë që kërkon shumë kohë gjatë ditës?

Deluzione dhe halucinacione

- A keni përvoja të pazakonta, të tilla si dëgjimi i zërave që njerëzit e tjerë nuk mund t'i dëgjojnë? Apo shihni gjëra që njerëzit e tjerë nuk mund t'i shohin?
- A keni ide të pazakonta, të tilla si ndjenja se TV ose radio ka mesazhe të veçanta për ju?
- A keni ide të pazakonta që njerëzit që as nuk i njihni po komplotojnë për t'ju dëmtuar ose vrarë?
- A keni ide të pazakonta, të tilla si ndjenja se keni fuqi të veçanta që askush tjetër nuk i ka?

Sulme Paniku

- A keni sulme paniku apo sulme ankthi? Me këtë nënkuptoj një sulm ankthi që vjen mjaft papritur, është mjaft i pakëndshëm dhe përfshin ndjenjën e një numri të caktuar ndjesish fizike të tilla si palpitacione të zemrës, gulçim ose marramendje.

Agorafobia

- A shmangni shkuarjen në vende të caktuara sepse keni frikë se do të keni një sulm paniku? A ju ka kufizuar kjo ndjenjë aktivitetet tuaja?

Çrregullimi i stresit post-traumatik

- A e keni të vështirë të ndaloni së menduari për një ngjarje shumë të vështirë që ju ka ndodhur?
- A mendoni se keni makth në lidhje me ngjarjen?
- A gjeni se keni flashbacks? Me këtë dua të them ëndrra shumë të gjalla apo "makth" në lidhje me ngjarjen?
- Kur ndodh diçka që ju kujton ngjarjen, a shkakton kjo një reagim/përgjigje shumë të madhe tek ju?
- A mendoni se i shmangni gjërat që ju kujtojnë ngjarjen?
- Në përgjithësi, a ndiheni të shqetësuar që nga ngjarja dhe keni probleme me gjumin ose trembeni lehtë?
- A mendoni se kjo ngjarje, dhe mënyra sesi ju ka lënë të ndiheni, ende ju pengon në jetën tuaj?

Fobia Sociale

- A jeni në gjendje të shkoni në situata shoqërore ku duhet të ndërveproni me njerëz që nuk i njihni mirë, apo kjo është shumë e frikshme për ju?
- A mund të hani në restorante para të tjerëve?
- A ishit në gjendje të jepnit prezantime para të tjerëve kur ishit në shkollë, apo a mund ta bëni tani?
- A ju pengojnë frika juaj sociale në jetën tuaj?

Çrregullimi i personalitetit Borderline

- A mendoni se jeni ende duke kërkuar për ndjenjën se kush jeni (vetë-identiteti)?
- Me "ndjenjën se kush jeni", dua të them a keni një grup vlerash (çfarë është e rëndësishme për ju) që qëndrojnë konstante me kalimin e kohës?
- A keni ndjenja trishtimi afatgjata?
- A keni ndjenja zemërimi afatgjatë?

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

- A mendoni se marrëdhëniet tuaja zakonisht bëhen shumë të vështira dhe përfundojnë papritur?
- A keni pasur mendime për të vrarë veten përgjatë viteve?
- A keni provuar të vrisni veten në të kaluarën?
- A keni pasur episode në të kaluarën ku jeni përpjekur të lëndoni veten, jo për të vrarë veten, por thjesht për t'i shkaktuar dhimbje vetes ose për të tërhequr vëmendjen nga diçka?
- Si ndiheni pas këtyre episodeve? (Pacientët shpesh përgjigjen se ndiejnë një ndjenjë lirimi ose lehtësimi.)
- A ndiheni shpesh bosh brenda?
- A mendoni se mund të jeni duke u ndjerë mirë pastaj papritmas zemëroheni, ose mund të ndiheni mirë dhe papritmas të ndiheni të trishtuar? A ndodh kjo shumë shpesh gjatë një dite?
- A mendoni se i bëni gjërat në mënyrë impulsive dhe pastaj pendoheni më vonë?

9. Problemet e zakonshme të shëndetit mendor tek të riathesuarit

9.1 1.0 Depresioni

Çfarë është depresioni?

Çrregullimi i madh depresiv (ÇMD), i njohur në gjuhën e folur si depresion, është një gjendje mjekësore e shërueshme që është edhe serioze edhe e zakonshme. Ata që vuajnë nga ÇMD kanë cilësinë të zvogëluar të jetesës për shkak të aftësisë të saj për të ndikuar në mendime, ndjenja dhe veprime në një mënyrë negative (Andreas et al., 2017; Calliess & Machleidt, 2011; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013; Foo et al., 2018; Hocking et al., 2015; Lindert et al., 2009; Nock et al., 2010).

Një keqkuptim i shpeshtë i ÇMD është për shkak të nënkuptimit social kulturor të depresionit, që është sinonim i trishtimit, një gabim i zakonshëm pasi trishtimi është një simptomë e zakonshme e ÇMD-së. Problemi qëndron në atë se trishtimi duke qenë një përvojë e shkurtër, e zakonshme dhe e përbashkët, e bënë të lehtë hedhjen poshtë të diagnostifikimit të depresionit. Ky keqkuptim është i dëmshëm për personin që përjeton ÇMD duke krijuar potencialisht një mjedis turpi, mohimi dhe trajtimi dekurajues profesional, një domosdoshmëri në varësi të ashpërsisë së episodit.

Ndërsa një episod i madh depresiv mund të përshkruhet nga ndjenja të tilla si trishtimi ose të qenit i dëshpëruar, ai mund dhe do të paraqitet në mënyra të tjera. Do të ketë klientë që mohojnë trishtimin për arsye që mund të mos i kuptojnë (dobësia e perceptuar, humbja e kontrollit, etj.), prandaj nevoja për intervista personale ku vëzhgimi do të lejojë vlerësimin duke parë kontradikta të paraqitura, të tilla si në rastet kur një klienti i janë mbushur sytë me lot por prapë pretendon se nuk ndjehet i trishtuar. Të tjerët mund të raportojnë dhimbje fizike (somatike) sesa emocionale, ose nervozizëm që shfaqen si zemërim.

Ajo që është e qëndrueshme për shumicën e vuajtjeve përmes një episodi të madh depresiv është një humbje e kënaqësisë ose interesit për aktivitetet e shijuara më parë, që mund të rezultojë në tërheqje. Rezultati përfundimtar mund të jetë një sërë problemesh fizike dhe emocionale që kontribojnë drejtpërdrejt në aftësinë e personit për të funksionuar në një mënyrë të shëndetshme.

Në të gjithë BE-në, depresioni prek rreth një në 15 të rritur (6.9%) çdo vit, në Kosovë numri kalon në rreth 1 në 4 (28.6%). Në çdo moshë depresioni mund të bëhet problem, megjithëse në të gjithë BE-në normalisht fillon rreth adoleshencës së vonë, deri në mes të viteve të 20-ta. Ndërsa

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

në Kosovë për shkak të statusit të saj të konfliktit post dhe gjysmë të ngrirë, si dhe nivelet ekstreme të depresionit të papunësisë janë në fluks më të madh dhe janë ndër më të lartat në Evropë.

BE-ja mesatarisht sheh një numër shumë më të madh të grave që përjetojnë depresion në krahasim me burrat, gjë që ndodh edhe në Kosovë.

Depresioni i madh ka një nivel të lartë të komorditetit me çrregullime të tjera, me më shumë se 50% e atyre me çrregullim gjithashtu kanë një çrregullim ankthi, rreth 30% me çrregullim të abuzimit të substancave dhe 20% ÇSPT, nga tërësia e njerëzve me ÇMD vetëm 25% kanë ÇMD më vete. Komorditeti e ÇMD janë problematike sepse ashpërsia e depresionit dhe çrregullimet e tjera do të jenë më të mëdha sesa secila prej çrregullimeve të ishte e veçantë. Komorditeti gjithashtu rrit shumë rrezikun e vetëvrasjes dhe paraqet një rezultat më të vështirë për trajtimin.

Mos harroni: Çdo përmendje e vetëvrasjes duhet të merret jashtëzakonisht seriozisht, 24/7 Urgjencë: 038 500 600.

Të rikthyerit që janë riatdhësuar në Kosovë në të vërtetë raportojnë nivele më të larta depresioni (31.9%), që do të thotë se ndërkohë mirëqenia e tyre mendore është përkeqësuar. Kjo nuk është unike vetëm për Kosovarët pasi vendet si Mbretëria e Bashkuar dhe Gjermania kanë raportuar për këtë fenomen. Gjetja e faktorëve të tillë si pasiguria, mungesa e kontrollit, frika nga e ardhmja e fëmijëve dhe izolimi luajnë një rol të rëndësishëm. Disa faktorë lehtësues që është zbuluar se ulin ndjeshmërinë e një personi në lidhje me ÇMD janë arsimi, statusi financiar dhe nëse janë apo jo nga një komunitet pakicë (Alonso et al., 2004; Andreas et al., 2017; Ayuso-Mateos et al., 2001; Calliess & Machleidt, 2011; Fanaj & Melonashi, 2017; Fanaj et al., 2015; Foo et al., 2018; Hocking et al., 2015; Lindert et al., 2009; Nock et al., 2010).

Siç tregon ky informacion, klientët tuaj mund të kenë një gjasë dukshëm më të madhe për të shfaqur tipare depresive, që rriten vetëm në varësi të gjinisë, nivelit të arsimit dhe statusit financiar.

KUJDES: "Ky udhëzues nuk është zëvendësues për diagnozën profesionale dhe duhet të përdoret vetëm si një mjet paraprak për të ndihmuar klientit tuaj në marrjen e ndihmës së nevojshme."

Simptomat e Depresionit

Dikush me ÇMD do të ketë 5 ose më shumë nga sistemet e mëposhtme, brenda atyre simptomave të identifikuara duhet të ketë njërën; humori i dëshpëruar ose humbja e interesit. Gjithashtu, simptomat duhet të kenë qenë të pranishme gjatë dy javësh dhe përfaqësojnë një ndryshim nga

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

sjellja e zakonshme e klientit (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5, 2013*).

Këshillë: kini kujdes për gjendjet e tjera ose substancat që mund të jenë përgjegjëse për simptomat, nëse pyesni në dyshim.

Simptomat e ÇMD variojnë nga të lehta në të rënda dhe mund të përmbajnë sa vijon:

- Gjendje e depresionuar; duhet të jetë për pjesën më të madhe të ditës pothuajse çdo ditë dhe kur vetë-raportohen nga klienti ata mund të përdorin terma të tilla si trishtim, pashpresë, poshtë ose e kaltër, gjatë vëzhgimit ata mund të jenë të përlotur, etj.
- Ose vetë-identifikimi ose mungesa e vëzhguar e interesit ose kënaqësisë në aktivitetet e shijuara dikur, duhet të jetë për pjesën më të madhe të ditës në shumicën e kohës.
- Ndryshime të dukshme në peshë si fitimi ashtu edhe humbja dhe që nuk janë të lidhura me dietën. Përfjethet një rritje ose ulje e oreksit në pjesën më të madhe të kohës.
- Pagjumësia ose gjumi i tepërt çdo ditë.
- Nxitja psikomotorike (lëvizja e paqëllimtë p.sh. ritmi) ose prapambetja (ngadalësimi i lëvizjes, p.sh. të folurit) që nuk raportohet nga vetvetja.
- Rritja e lodhjes ose zvogëlimi i energjisë në shumicën e kohës.
- Ndjenja e fajit të papërshtatshëm ose pa vlerë në shumicën e kohës.
- Zvogëlimi i aftësisë për të menduar, përqendruar dhe / ose marrë vendime shumicën e kohës.
- Mendime, plane ose përpjekje të vazhdueshme të vdekjes ose mendimeve vetëvrasëse..

KUJDES: shfaqja e simptomave nuk është e vetmja gjë; ato duhet të jenë prezente për të paktën dy javë për një diagnozë të depresionit. Gjithashtu, kushtet mjekësore duhet të përjashtohen pasi disa të tilla si mungesa e vitaminave dhe tumoret e trurit mund të imitojnë gjendjen.

SHENIM: Depresioni nuk është pikëllim apo trishtim. Një person i cili po përjeton humbje të mëdha (p.sh. divorci, humbja e punës, sëmundja ose vdekja e një të dashurit) mund të paraqesë simptoma të ngjashme me ato të listuara më sipër. Edhe pse normale, kohëzgjatja e episodeve duhet të jetë e ndryshme; simptomat e pikëllimit dhe trishtimit vijnë si valë-valë, ndërsa për depresionin ato janë konstante.

Depresioni tek fëmijët dhe adoleshentët

Simptomat e ÇMD në Fëmijëri dhe adoleshencë ndryshojnë nga ato të të rriturve, duke qënë se koha e pubertetit është mbizotëruese e fillimit të simptomave, pasi është kështu edhe fëmijët më të vegjël mund të kenë ÇMD. Fëmijët dhe adoleshentët ndryshojnë në atë që ndryshe nga të rriturit që tërhiqen nga njerëzit përreth tyre, ata priren të tërhiqen vetëm nga të rriturit në jetën e tyre duke ruajtur miqësitë e bashkëmoshatarëve.

Ndërsa të rriturit mund të shfaqin simptoma të ÇMD përmes shfaqjes së trishtimit dhe izolimit, ka shumë më tepër të ngjarë të shprehin ÇMD përmes zemërimit dhe acarimit. Një simptomë e zakonshme e ÇMD në të rriturit është gjumi i prishur, të rriturit do ta kenë gjumin të vështirë, në të kundërtën adoleshentët do të flenë edhe pse ndoshta kjo mund të ndodhë në orë të pazakonshme.

Këshillë: Dëgjoni prindin! Shumica e prindërve i njohin fëmijët e tyre, ata e njohin karakterin dhe temperamentin e tyre, por kini kujdes që fëmija të jetë i sigurt para se të bëjë pyetje.

Simptomat e Depresionit tek fëmijët dhe adoleshentët

Simptomat e ÇMD mund dhe do të ndryshojnë për secilin fëmijë, por që të jetë ÇMD, fëmija do të ketë dy nga simptomat e mëposhtme, shumicën e kohës, për një periudhë dy-javore.

- Ndjenjë e vazhdueshme trishtimi ose nervozizmi
- Reduktimi ose humbja e plotë e interesit / kënaqësisë në aktivitetet e shijuara më parë.

Duhet të keni kujdes për simptomat e mëposhtme që mund të jenë të pranishme:

- Ndjenja e pashpresës ose jo fuqisë
- Ndjenja e pa vlerës
- Vështirësi në marrëdhëniet ose tërheqjen shoqërore
- Ndryshime të pajustificuara fizike p.sh. shtim në peshë
- Ndryshime në suksesin e arritur në shkollë p.sh. notat e ulta
- Probleme me gjumin
- Faji i pajustificuar
- Letargji
- Pavendosmëria
- Vetëvlerësim i ulët

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

- Mendime ose përpjekje vetëvrasëse

Prindërit dhe punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të qëndrojnë me fëmijët dhe të marrin simptoma të ÇMD dhe çdo mendimi vetëvrasjeje me seriozitetin më të lartë. Duhet të merren masa për të gjetur menjëherë ndihmë. Duke identifikuar ÇMD tek fëmijët dhe adoleshentët, mund të organizohet një program trajtimi që do të ndihmojë në shërim (Baams et al., 2015; Fanaj & Melonashi, 2017; Felitti et al., 1998; Kelliher-Rabon et al., 2021; Leenarts et al., 2013; Nock et al., 2010).

Këshillë: inkurajoni klientin tuaj të mbajë marrëdhënie shoqërore. Miqtë dhe familja janë ata që mund të ofrojnë mbështetje kur fëmijët ndjehen të dëshpëruar dhe socializimi me ta mund të përmirësojë gjendjen shpirtërore.

Faktorët e rrezikut për Depresionin

Janë disa që luajnë rol në depresion:

- **Biokimia:** Përbërja kimike e trurit në individë të caktuar mund t'i bëjë individë të caktuar më të ndjeshëm.

- **Gjenetika:** Në familjen ku një anëtar i afërt ka depresion, ka të ngjarë që edhe anëtarët e tjerë të jenë të ndjeshëm ndaj çrregullimit në krahasim me popullatën e përgjithshme.

- **Personaliteti:** Neurotik, vetëvlerësim i ulët dhe përvoja e botës si stresuese, kërcënuese dhe e pasigurt janë më të prirura për depresion.

- **Faktorët e mjedisit:** Përjetimi i dhunës, neglizhenca, abuzimi dhe / ose varfëria. Ekspozimi i zgjatur ndaj stresit të lartë dhe abuzimit në fëmijëri.

Edhe pse depresioni mund të prekë këdo në çdo kohë, përhapja e tij në të riatdhesuarit në Kosovë (rreth 1 në 3) duhet të jetë një shqetësim. Siç tregojnë pikat e mësipërme, ka një numër faktorësh që rrisin rrezikun, por me interes të veçantë në lidhje me të të riatdhesuarit janë faktorët e mjedisit. Të riatdhesuarit mund të kenë përjetuar një varg faktorësh mjedisorë brenda Kosovës dhe mund ta kenë parë migracionin si një mjet rikuperimi vetëm për t'u mohuar zhvendosjen që i ballafaqon ata me një grup të ndryshëm të faktorëve mjedisorë që tani i shtohen të vjetrit.

Këshillë: inkurajoni klientin tuaj të ushtrojë. Ushtrimi është treguar i efektshëm në luftimin e humorit të errët dhe ofron një mbrojtje nga depresioni.

Si trajtohet Depresioni?

Ndërsa shumica e njerëzve përfitojnë nga trajtimi, rreth 90% që raportojnë rezultate pozitive, kjo e bën depresionin shumë të shërueshëm midis çrregullimeve dhe thekson rëndësinë e diagnozës dhe trajtimit të hershëm. Hapi tjetër pas këtij vlerësimi themelor është referimi tek një profesionist mjekësor që do të kryejë një ekzaminim të hollësishëm do të ulë çdo gjendje tjetër të mundshme që mund të shkaktojë simptomat.

Profesionistët e shëndetit mendor do të përdorin individualisht ose së bashku psikoterapi (terapi bisedash) dhe ilaçe në varësi të ashpërsisë së rastit të personave. Psikoterapia më e përdorur shpesh do të vijë nga terapitë e sjelljes njohëse (TSNj) (Craske, 2017; Lee & Edget, 2012; Leenarts et al., 2013; Purgato et al., 2019).

Terapitë e sjelljes njohëse

Terapia e përpunimit të njohjes: TPNj synon të mësojë njerëzit se si të përshtaten dhe kapërcejnë besimet shkatërruese në lidhje me traumën duke ndryshuar emocione negative, p.sh. fajin dhe turpin.

Ekspozimi i zgjatur: EZ krijon një mjedis të sigurt ku personi mund të ekspozohet ndaj shkaktarëve në lidhje me ngjarjen e tyre që i ndihmon ata të ndërtojnë rezistencë dhe të kapërcejnë frikën.

Terapia e inokulimit të stresit: TIS i ekspozon njerëzit ndaj niveleve në rritje të stresit që lidhen me traumën, pas së cilës ata u mësohen strategjive të ndryshme të përballimit që i ‘inokulojnë’ ata në shkaktarë specifik.

Terapia në grup: TG krijon një mjedis ku njerëzit me një çrregullim që ka ndodhur nga ngjarje të ngjashme traumatike (luftë) mund të vijnë për të marrë dhe shkëmbyer përvoja dhe për të siguruar mbështetje përmes të kuptuarit dhe reagimeve pozitive në një zonë pa gjykim. Lidhur me këtë, është terapia familjare që pranon që ÇM ndikon në të gjithë familjen dhe synon një rezultat të ngjashëm.

Medikamentet

Mund të ndihmojë në trajtimin e ÇMD duke zvogëluar simptomat dhe mund të ndihmojë më tej duke i dhënë personit që përjeton çrregullimin lehtësim të mjaftueshëm që të mund të marrë

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

pjesë në psikoterapi, duke rritur efektivitetin e trajtimit. Medikamentet e përdorura do të vijnë nga familja e gjerë e Antidepressantëve që do të përshkruhen nga një profesionist.

Skenar

Erjona është një grua 35-vjeçare e cila është sjellë në urgjencë nga bashkëshorti i saj. Ajo tha: “Më vjen të vras veten”. Ajo kishte humbur interesin për jetën rreth katër muaj para se të kthehej në Kosovë. Gjatë asaj kohe, ajo raportoi depresion çdo ditë për pjesën më të madhe të ditës. Simptomat ishin përkeqësuar për muaj të tërë. Ajo kishte humbur 14 kilogramë pa mbajtur dietë, sepse nuk kishte dëshirë të hante. Ajo kishte probleme të binte në gjumë pothuajse çdo natë dhe zgjohej në orën 3:00 të mëngjesit disa herë në javë (zakonisht zgjohej në 6:30 të mëngjesit), kishte energji të ulët, vështirësi për të u përqendruar.

PYEJTE REFLEKTUESE:

1. A ishte e lehtë të identifikonit simptomatologjinë e rastit?
2. A kishit parasysh elementin “kohë” për të përcaktuar nëse rasti kishte çrregullim apo jo?
3. Cilat ishin vështirësitë e juaja si profesionist në leximin e rastit?
4. Si ju ndihmuan listat e kontrollit (i gjeni më poshtë) për të vlerësuar rastin?
5. Reflektoni rreth qasjes suaj si profesionist kur na vie ndonjë rast i tillë, si do të i ndihmonit?
6. A do e referonit rastin e tillë tek ndonjë profesionist tjetër, a keni bashkëpunim me
7. profesionistë të tillë aktualisht?

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Lista kontrolluese për depresionin

Emri:		Data:			
Udhëzime: Ju lutemi shënoni me 'x' për të treguar se sa keni përjetuar secilën simptomë gjatë javës së kaluar, përfshirë edhe sot. Ju lutemi përgjigjuni të 25 artikujve	Aspak 0	Disi 1	Mesatarishtë 2	Shumë 3	Jashtëzakonishtë 4
Mendimet dhe Ndjenjat					
1 Ndihehi i trishtuar apo poshtë në deponi?					
2 Ndihehi të pakënaqur apo blu?					
3 Të qarë apo lot?					
4 Ndihehi i dekurajuar?					
5 Ndihehi të pashpresë?					
6 Vetëvlerësim i ulët?					
7 Ndihehi të pavlefshëm apo të papërshtatshëm?					
8 Faji apo turpi?					
9 Kritikoni veten ose fajësoni të tjerët?					
10 Vështirësia për të marrë vendime?					
Aktivitetet dhe marrëdhëniet personale					
11 Humbja e interesit për familjen, miqtë apo kolegët?					
12 Vetmia?					
13 Po kaloni më pak kohë me familjen apo miqtë?					
14 Humbja e motivimit?					
15 Humbja e interesit për punë ose veprimtari të tjera?					
16 Shmangia e punës ose aktiviteteve të tjera?					
17 Humbje kënaqësie apo kënaqësie në jetë?					
Simptome fizike					
18 Ndihehi të lodhur?					
19 Vështirësi për të fjetur apo të fjeturit e shumtë?					
20 Ulje apo rritje e oreksit?					
21 Humbje interesi për seksin?					
22 Shqetësoheni për shëndetin tuaj?					
Nxitjet vetëvrasëse					
23 A keni ndonjë mendim vetëvrasjeje?					
24 A do të dëshironit t'i jepnit fund jetës tuaj?					
25 A keni ndonjë plan për të dëmtuar veten?					

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Notimi për depresionin

Rezultati i përgjithshëm	
Çdo simptomë që ndodh për më shumë se një muaj që shkakton shqetësim duhet të çojë në një referim tek një profesionist i kujdesit shëndetësor mendor	
6-11 = Jo ÇM por i pakënaqur	
12-25 = ÇM i butë	
26-50 = ÇM i moderuar	
51-75 = ÇM i Rëndë	
76-100 = ÇM Ekstrem	
Asnjë provë e vetme nuk është plotësisht e saktë. Ky test nuk është zëvendësues për diagnozën nga një profesionist i kujdesit shëndetësor.	

Këshillë: jini të vetëdijshëm për gjendjet e tjera ose substancën që mund të jetë përgjegjëse për simptomat, kur dyshoni, pyesni.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT
KOSOVAR

Numra të rëndësishëm

Qendrat Shtetërore për Shëndetin Mendor

Lokacioni	Telefoni
Prishtinë	038 542 195 038 542 199 038 542 168
Mitrovicë	028 530 834 028 532 502
Gjilan	0280 323 801
Prizren	029 623 760
Pejë	039 433 291
Gjakovë	039 322 456
Ferizaj	0290 321 836
Podujevë	038 570 380

Klinikat Shtetërore Psikiatrike

Lokacioni	Telefoni
Në të gjithë Kosovën	Emergjencia 24/7 038 500 600
Prishtinë	038 512 656 Emergjencia 24/7 038 500 600
Gjilan	0280 321 111 Emergjencia 0280 320 190
Prizren	029 222 222 029 222 434 029 222 321
Pejë	044 502 357
Gjakovë	0390 390 328 0390 390 305 0390 390 313

9.2 2.0 Çrregullimi i stresit post traumatik

Çfarë është Çrregullimi i stresit post traumatik?

Çrregullimi i stresit post traumatik (ÇSPT) është një sëmundje mendore që vëzhgohet shpesh tek njerëzit që kanë përjetuar direkt ose indirekt një ngjarje traumatike të tillë si, sëmundje serioze mjekësore, sulm terrorist, dhunë seksuale, përvojë e afërt vdekjeje dhe luftë. Ekziston një mbivendosje e qartë midis ngjarjeve traumatike dhe në rastin e luftës ekziston aftësia për të përjetuar të gjitha format e traumës serioze (Alonso et al., 2004; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013; Hocking et al., 2015; Kashdan et al., 2009; Lindert et al., 2009; Morina et al., 2011; Nock et al., 2010; Rodolico et al., 2020; Silove et al., 1997; Toscani et al., 2006; Turrini et al., 2017).

Megjithëse ekziston dokumentim i gjendjes që shkon mbrapa me shekuj deri në kohërat antike (Epika e Gilgameshit, Sumer 1800 para Krishtit), për 100 vitet e fundit ÇSPT kishte qenë e njohur si 'e tronditur nga guaska, e lodhur nga lufta ose neuroza e luftës'. Tema e qartë është që ÇSPT ishte një nënprodukt i luftës që përjetohej nga ushtarët dhe zakonisht shihej si një karakter i dështuar. Kjo pamje e ngushtë dhe stigmatizimi bëri që shumë njerëz që përjetuan çrregullimin, ta vuanin gjendjen në heshtje dhe të mos kërkonin ndihmë. Vetëm gjatë viteve 1980 gjendja u emërua zyrtarisht çrregullim i stresit post traumatik dhe iu shtua manualit diagnostik të çrregullimeve mendore të Shoqatës Amerikane të Psikiatrisë, e cila nga ana tjetër ka lejuar një farë zvogëlimi të stigmës së bashkangjitur dhe njohjen se çrregullimi është gjithashtu i zakonshëm në popullatën e përgjithshme edhe pse me norma më të larta të raportuara janë grupe të caktuara siç janë të riatdhësuarit.

ÇSPT manifestohet me mendime / ndjenja ekstreme shqetësuese që janë të lidhura drejtpërdrejt me ngjarje traumatike të përjetuara nga e kaluara. Mund të jetë përmes ëndrrave të këqija dhe shpesh raportohet si kthim prapa, si dhe një përvojë e shkëputur ku personi ndihet i shkëputur nga vetja ose nga rrethina e tij. Kthimi mbrapa mund ta bëjë dikë të ndjehet sikur po përjeton përsëri një ngjarje traumatike, ose pjesërisht, me një ndjenjë të së tashmes (p.sh. aroma e djegies së shtëpive) ose duke u transportuar plotësisht përsëri në ngjarje. Kjo mund të çojë në ndjenja zemërimi, trishtimi dhe frike që shpesh çojnë në një formë shkëputjeje të njerëzve dhe situatave që mund të 'shkaktojnë' episode. Shkas janë dukuritë që mund të jetë: një mendim, një erë, një ndjenjë, një pamje ose një përvojë që lidh një person me ngjarjen e tij të kaluar traumatike.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Shkaku mund të jetë i qartë si lajmet që mbulojnë një ngjarje të ngjashme ose më i fshehtë siç është një ditë me re që është e njëjtë me atë kur ka ndodhë përvoja e një personi.

Shkalla evropiane e përhapjes së ÇSPT gjatë jetës është pak më pak se 2 persona në 100 (1.9%), në Kosovë ky numër është aq i lartë sa 1 në 4 (25%). Meqenëse ÇSPT është e lidhur drejtpërdrejt me ngjarjet që mund të ndodhin në çdo moshë, edhe pse kryesisht në të gjithë BE-në është rreth 43 vjeç me gratë që raportojnë dukuri më të larta (Alonso et al., 2004; Andreas et al., 2017). Ndërsa në Kosovë për shkak të statusit të saj pas konfliktit dhe niveleve të dhunës që është kryer (nivelet më të larta të ÇSPT janë në veteranë, të mbijetuar të përdhunimeve dhe dhunë të motivuar politikisht / etnikisht), normat e ÇSPT ndryshojnë shumë në varësi të lokalitetit dhe mizorive specifike që u përjetuan , p.sh. ndërsa Kosova në përgjithësi raporton një përhapje 1 në 4 të ÇSPT në popullatat e përgjithshme ka vendas që tejkalojnë 50%.Ashtu si me depresionin, nivelet e ÇSPT në Kosovë janë ndër më të lartat në Evropë, dhe kjo është veçanërisht e vërtetë për të riatdhësuarit që mund të kenë përjetuar ngjarje traumatike të shtuara gjatë kalimeve të paligjshme të kufirit dhe ndërsa janë vendosur në izolim (Fanaj & Melonashi, 2017; Hocking et al., 2015; Kashdan et al., 2009; Morina et al., 2011; Teodorescu et al., 2012; von Lersner et al., 2008).

Komorbiditeti me çrregullime të tjera për ata me ÇSPT është afërsisht 80% me shoqërimet më të shpeshta depresioni, çrregullimet e ankthit, dhe çrregullimi i përdorimit të substancave. Njerëzit me ÇSPT kanë një rritje prej 5 herë në gjasat që të kenë gjithashtu depresion dhe 40% ÇAP dhe afër 50% kanë çrregullim të abuzimit të substancave (varësi).

Kjo shkallë e lartë e varësisë besohet të jetë rezultat i vetë-mjekimit, njerëzit me ÇSPT tentojnë të trajtojnë këtë gjendje vetvetiu me konsumimin e drogave dhe alkoolit. Ky është një problem shumë serioz pasi që krijon në cikël shktërrues për shkak se ÇSPT-ja është një faktorë rreziku për varësinë dhe varësia një faktor rreziku për ÇSPT. Kjo nënkupton që personi që bie në këtë cikël ka të prirë të shoh një rritje të ashpërsimit të simptomave për të dy çrregullimet. Bashkëveprimi i ÇSPT-së dhe varësia është zbuluar se rrit shumë rrezikun e vetëvrasjes.

Mos harroni: Çdo përmendje e vetëvrasjes duhet të merret jashtëzakonisht seriozisht, 24/7 Urgjencë: 038 500 600.

Simptomat e Çrregullimit të Stresit Post-traumatik

Simptomat e mëposhtme lidhen me të gjitha grup moshat mbi moshën 6 vjeç, nuk është sëmundje e veçantë dhe është e pranishme dhe zgjasin për më shumë se një muaj. Rezultati i simptomave shkakton një shqetësim në jetën e përditshme me efekte të konsiderueshme negative dhe nuk ka të bëjë me konsumimin e ndonjë gjëje që ka një efekt psikologjik (psh. droga, alkooli) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013).

Simptomat grupohen në katër kategori të veçanta:

Ndërhyrje

- Kujtimet shqetësuese të ngjarjes traumatike që janë invazive, të pavullnetshme dhe të përsëritura.
- Përsëritja e ëndrrave që lidhen drejtpërdrejt përmes temave ose ndikimeve që shkaktojnë shqetësime.
- Reagimet shkëputëse si kthim prapa kur personi ndihet sikur po e rikthen përvojën (mund të jetë i butë deri në ekstrem).
- Shqetësimi psikologjik i shkaktuar nga ekspozimi ndaj stimujve që lidhen me ngjarjen traumatike që është e gjatë dhe intensive.
- Një reaksion fizik i shkaktuar nga ekspozimi ndaj stimujve që lidhet me ngjarjen traumatike. Mendime të tilla si kujtime të përsëritura, të pavullnetshme; ëndrrat shqetësuese; ose kthim prapa të ngjarjes traumatike.

Kthimet mbrapa mund të jenë aq të gjalla, saqë njerëzit ndiejnë se po e rijetojnë përvojën traumatike ose po e shohin atë para syve të tyre.

Shmangia

- Ose duke u përpjekur të shmangin ose shmangin drejtpërdrejt çdo shkaktar të brendshëm siç janë mendimet, kujtimet dhe ndjenjat në lidhje me ngjarjen traumatike.
- Ose duke u përpjekur të shmangin ose shmangin drejtpërdrejt shkaktarët fizikë si, vendet, veprimet dhe njerëzit që lidhen me ngjarjen traumatike.

Ndryshimet në njohje dhe humor

- Nuk është në gjendje të kujtojë detajet kryesore në lidhje me ngjarjen traumatike (amnezi shkëputëse)

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

- Degradimi i vazhdueshëm i tyre, të tjerëve ose mjedisit rreth tyre në një mënyrë të tepruar, p.sh. bota është e vështirë, të gjithë gënjejnë, unë jam një person i tmerrshëm.
- Kujtimet për shkakun ose rezultatet e ngjarjes traumatike janë të pasakta, duke u shtrembëruar në një mënyrë në të cilën e bën individin të fajësojë veten e tij.
- Gjendje e vazhdueshme negative emocionale (p.sh., frikë, tmerr, zemërim, faj ose turp).
- Mungesa e interesit për aktivitetet e rëndësishme.
- Ndjenjat e izolimit nga të tjerët.
- Pamundësi për të ndjerë emocione pozitive

Ndryshimet në zgjim dhe reaktivitet

- Shkeljet e paprovokuara ose të vogla shkaktojnë episode të zemëruara dhe nervoze që mund të jenë agresive fizikisht ose verbalisht.
- Sjellje vetë shkatërruese ose e pamatur.
- Ndjeshmëri ekstreme ndaj mjedisit të tyre.
- Frikësohet lehtë.
- Vështirësitë e përqendrimit.
- Probleme me gjumin

Për shumë njerëz simptomat do të shfaqen brenda tre muajve të parë të ngjarjes traumatike, megjithëse për të tjerët mund të vijë më vonë dhe të zgjasë për një kohë të gjatë.

Këshillë: kini kujdes për gjendjet e tjera ose substancat që mund të jenë përgjegjëse për simptomat, nëse dyshoni, pyesni ..

Çrregullimi i stresit post traumatik tek fëmijët dhe adoleshentët

Çdo fëmijë mund të përjetojë ndryshe ÇSPT, thënë këtë, më poshtë janë disa nga simptomat më të shpeshta:

- Probleme me gjumin
- Kthim prapa
- Brenga jo-proporcionale
- Frikësohet lehtë
- Problem të ndihen të dashur

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

- Depresioni
- Agresion i ri, nervozizëm ose dhunë
- Shmangia p.sh. njerëzit ose vendet
- Ndjenja e shkëputjes nga realiteti

Probleme në shkollë ÇSPT mund të trajtohet dhe një diagnozë e hershme mund të lejojë profesionistët mjekësorë të krijojnë një plan trajtimi që mund të përmirësojë cilësinë e jetës.

Këshillë: inkurajoni klientin tuaj për të marrë një kafshë shtëpiake. Kafshët shtëpiake janë gjetur të kenë një efekt qetësues për njerëzit me ÇSPT.

Faktorët e rrezikut për çrregullimin e stresit post-traumatik

Megjithëse nuk është e mundur të përcaktohet saktësisht se kush do ose nuk do të përjetojë ÇSPT pas ekspozimit ndaj traumës, ka faktorë rreziku. Faktorët e rrezikut ÇSPT ndahen në 3 grupe; peritraumatike, peritraumatike dhe posttraumatike që janë faktorë të thjeshtë që ndodhin para ngjarjes (peritraumatike), gjatë (peritraumatike) dhe pas (posttraumatike).

Faktorët peritraumatik

Temperament: Deri në moshën 6 vjeç që ka provuar tashmë situata traumatike, p.sh. abuzimi seksual ose fizik dhe / ose çështjet e mëparshme të shëndetit mendor të tilla si depresioni dhe ankthi.

Mjedisi: Si fëmijë dhe të rritur që kanë përjetuar dhunë në shtëpi, varfëri, arsim të ulët; të qenit pakicë / ose grup etnik i diskriminuar, dhe faktorë kulturorë të tillë si strategjitë e vetë-fajësimit të përballimit. Gjithashtu, brenda këtij konteksti mungesa e mbështetjes sociale gjatë episodit traumatik.

Gjenetike dhe fiziologjike: Për të rriturit mosha në kohën e ngjarjes traumatike, si dhe gjinia mund të jenë faktorë. Gjithashtu, ka prova që gjenotipet e caktuara (gjenet e trashëgueshme) mund të jenë mbrojtëse ndërsa gjenotipet e tjerë mund të rrisin rrezikun e ÇSPT.

Faktorët peritraumatik

Mjedisi: Ashpërsia e traumës, aq më i madh ekspozimi ndaj përvojave kërcënuese për jetën ose dëshmimi / përjetimi i dhunës si i qëllimshëm ashtu edhe aksidental rrit gjasat e ÇSPT.

Faktorët postraumatik

Temperament: Strategjitë e papërshtatshme të përballimit dhe vlerësimet negative të vetvetes.

Mjedisi: Shkaktarët që mbajnë të pranishme ngjarjen e kaluar, ekspozimi i vazhdueshëm ndaj ngjarjeve të reja traumatike, p.sh. divorci dhe papunësia dhe mungesa e mbështetjes sociale / mendore.

Këshillë: inkurajoni klientin tuaj të ushtrojë. Ushtrimi është treguar i efektshëm në rritjen e humorit që mund të sigurojë lehtësim nga kthimet prapa.

Si trajtohet çrregullimi i stresit posttraumatik?

ÇSPT është e shërueshme dhe sa më shpejt që dikush merr ndihmë, aq më mirë. Duke pasur parasysh këtë, njerëzit përjetojnë trauma ndryshe dhe disa njerëz që përjetojnë ngjarje traumatike nuk do të zhvillojnë ÇSPT dhe ka nga ata që kanë ÇSPT që nuk do të kenë nevojë për trajtim. Trauma e tyre ose do të shpërndalet me kohën ose do të zvogëlohet me mbështetjen e familjes dhe miqve. Thënë kjo, ekziston një nëngrup i njerëzve që do të kenë nevojë për ndihmë për të kapërcyer çrregullimin e tyre, jo për shkak të dobësisë, por për shkak të rezultateve dobësuese të çrregullimit që mund të çojnë në tërheqje dhe izolim të plotë.

Profesionistët e shëndetit mendor do të përdorin individualisht ose së bashku psikoterapi (terapi bisedash) dhe ilaçe. Terapitë e sjelljes njohëse (CBT) do të jenë metoda më e përdorur (Craske, 2017; Lee & Edget, 2012; Leenarts et al., 2013; Purgato et al., 2019).

Terapitë e sjelljes njohëse

Terapia e përpunimit njohës: CPT synon të mësojë njerëzit se si të përshtaten dhe kapërcejnë besimet shkatërruese në lidhje me traumën duke ndryshuar emocione negative, p.sh. fajin dhe turpin.

Ekspozimi i zgjatur: EZ krijon një mjedis të sigurt ku personi mund të ekspozohet ndaj shkaktarëve në lidhje me ngjarjen e tyre që i ndihmon ata të ndërtojnë rezistencë dhe të kapërcejnë frikën.

Terapia e inokulimit të stresit: TIS i ekspozon njerëzit ndaj niveleve në rritje të stresit që lidhen me traumën, pas së cilës ata u mësohen strategjive të ndryshme të përballimit që i ‘inokulojnë’ ata në shkaktarë specifik.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Terapia e lojës: TL mund të përdoret për të trajtuar fëmijët e vegjël me ÇSPT të cilët nuk janë në gjendje të merren me traumën në mënyrë të drejtpërdrejtë. Terapisti përdor lojëra, vizatime dhe teknika të tjera për të ndihmuar fëmijët të përpunojnë kujtimet e tyre traumatike.

Ndihma e parë psikologjike: NPP është përdorur për fëmijë dhe adoleshentë të moshës shkollore të ekspozuar ndaj katastrofave dhe dhunës në komunitet dhe mund të përdoret në shkolla dhe ambiente tradicionale. Ndihma e Parë Psikologjike përfshin sigurimin e rehatisë dhe mbështetjes, normalizimin e reagimeve të fëmijëve, ndihmën e kujdestarëve për t'u marrë me ndryshimet në emocionet dhe sjelljen e fëmijës, mësimin e aftësive qetësuese dhe zgjidhjen e problemeve dhe referimin e fëmijëve më simptomë për trajtim shtesë. Mësoni më shumë rreth Ndihmës së Parë Psikologjike.

Terapia në grup: TG krijon një mjedis ku njerëzit me ÇSPT me ngjarje të ngjashme traumatike (luftë) mund të vijnë të bashkohen dhe të ndajnë përvojat dhe të ofrojnë mbështetje përmes të kuptuarit dhe reagimeve pozitive në një zonë pa gjykim. E lidhur me këtë është terapia familjare që pranon që ÇSPT prek të gjithë familjen dhe synon një rezultat të ngjashëm.

KUJDES: "ky udhëzues nuk është zëvendësues për diagnozën profesionale dhe duhet të përdoret vetëm si një mjet paraprak për të ndihmuar klientit tuaj në marrjen e ndihmës së nevojshme."

Medikamentet

Mund të ndihmojë në trajtimin e ÇSPT duke zvogëluar simptomat dhe mund të ndihmojë më tej duke i dhënë personit që përjeton çrregullimin lehtësim të mjaftueshëm që të mund të marrë pjesë në psikoterapi, duke rritur efektivitetin e trajtimit.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Skenar

Jehona është një grua 50-vjeçare e përdhunuar gjatë luftës. Edhe pse ajo ofron pak detaje, kur pyetet ajo raporton se ka vështirësi të konsiderueshme në gjumë, se ajo "fle me një sy hapur" dhe, në rastet kur bie në një gjumë më të thellë, ajo ka makth.

Ajo miraton përjetimin e disa ngjarjeve traumatike gjatë luftës, por nuk është e gatshme të japë detaje specifike, ajo ju thotë se kurrë nuk ka folur me askënd për to dhe nuk është e sigurt që do të flasë ndonjëherë. Ajo e kalon pjesën më të madhe të kohës vetëm sepse ndihet nervoz dhe nuk dëshiron të reagon keq me njerëzit. Jehona ju raporton se e ka të vështirë kthimin në Kosovë.

Ajo tronditet lehtësisht nga zhurma dhe lëvizjet dhe përshkruan se ka kujtime të bezdisshme për përvojat e saj traumatike në baza ditore, por nuk pranon të ndanë ndonjë detaj. Ajo gjithashtu shmang takimet me miq dhe familjar nga para luftës sepse takimi me ta i kujton përvojat që ajo nuk dëshiron t'i mbajë mend.

PYEJTE REFLEKTUESE:

8. A ishte e lehtë të identifikonit simptomatologjinë e rastit?
9. A kishit parasysh elementin "kohë" për të përcaktuar nëse rasti kishte çrregullim apo jo?
10. Cilat ishin vështirësitë e juaja si profesionist në leximin e rastit?
11. Si ju ndihmuan listat e kontrollit (i gjeni më poshtë) për të vlerësuar rastin?
12. Reflektoni rreth qasjes suaj si profesionist kur na vie ndonjë rast i tillë, si do të i ndihmonit?
13. A do e referonit rastin e tillë tek ndonjë profesionist tjetër, a keni bashkëpunim me
14. profesionistë të tillë aktualisht?

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Lista kontrolluese e çrregullimit të stresit post-traumatik

Kjo listë kontrolli mund të përdoret ose nga ju gjatë intervistës së klientit ose nga klienti për të vlerësuar vetë. Është i zbatueshëm si për të rriturit ashtu edhe për fëmijët, megjithëse nuk rekomandohet që t'u jepni atyre fletën e rezultateve. Rezultati duhet të përfundojë nga ju dhe kur është e përshtatshme duhet të sigurohet lidhje me një profesionist të shëndetit mendor.

Emri	Data:				
Udhëzime: Ju lutemi shënoni me 'x' për të treguar sa keni përjetuar secilën simptomë Ju lutemi përgjigjuni të 10 artikujve	Aspak 0	Disi 1	Mesatarisht 2	Shumë 3	Jashtëzakonisht 4
1. Kujtime, mendime ose imazhe të përsëritura, shqetësuese të një përvoje stresuese nga e kaluara.					
2. Papritmas veprimi ose ndjenja sikur një përvojë stresuese po ndodhë përsëri (sikur ta jetonit përsëri).					
3. Ndiheni shumë i mërzitur kur diçka ju kujton një përvojë stresuese nga e kaluara					
4. Të kesh reagime fizike (p.sh. rrahje zemre, probleme me frymëmarrje, djersitje) kur diçka të kujton një përvojë stresuese nga e kaluara.					
5. Shmangia e aktiviteteve ose situatave sepse ato ju kujtuan një përvojë stresuese nga e kaluara.					
6. Shmangia, ankthi dhe frika janë problemet e fundit për të kujtuar pjesë të rëndësishme të një përvoje stresuese nga e kaluara.					
7. Duke menduar se nëse diçka shkon keq, vetëm rezultati më i keq është i mundur.					
8. Humbja e interesit për aktivitetet që më parë i shijonit.					
9. Të ndjehurit i/e distancuar apo i shkëputur nga të tjerët.					
10. Ndjeheni emocionalisht të mpirë apo të mos qenurit në gjendje të keni ndjenja dashurie për të afërmit tuaj.					

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Notimi për çrregullimit të stresit post-traumatik

Rezultati i përgjithshëm	
Çdo simptomë që ndodh për më shumë se një muaj që shkakton shqetësim duhet të çojë në një referim tek një profesionist i kujdesit shëndetësor mendor	
8-15 = ÇSPT i butë	
16-23 = ÇSPT i moderuar	
24-31 = ÇSPT i Rëndë	
32-40 = ÇSPT ekstrem	
Asnjë provë e vetme nuk është plotësisht e saktë. Ky test nuk është zëvendësues për diagnozën nga një profesionist i kujdesit shëndetësor.	

Këshillë: kini kujdes për gjendjet e tjera ose substancën që mund të jetë përgjegjëse për simptomat, kur dyshoni, pyesni.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT
KOSOVAR

Numra të rëndësishëm

Qendrat Shtetërore për Shëndetin Mendor

Lokacioni	Telefoni
Prishtinë	038 542 195 038 542 199 038 542 168
Mitrovicë	028 530 834 028 532 502
Gjilan	0280 323 801
Prizren	029 623 760
Pejë	039 433 291
Gjakovë	039 322 456
Ferizaj	0290 321 836
Podujevë	038 570 380

Klinikat Shtetërore Psikiatrike

Lokacioni	Telefoni
Në të gjithë Kosovën	Emergjencia 24/7 038 500 600
Prishtinë	038 512 656 Emergjencia 24/7 038 500 600
Gjilan	0280 321 111 Emergjencia 0280 320 190
Prizren	029 222 222 029 222 434 029 222 321
Pejë	044 502 357
Gjakovë	0390 390 328 0390 390 305 0390 390 313

9.3 3.0 Çrregullimi i Ankthit Social

Çfarë është Çrregullimi i Ankthit Social?

Në një larmi situatash, është tipike të ndihesh nervoz, si kur ke një intervistë për punë ose kur takon një grup njerëzish të rinj. Çrregullimi i ankthit social (ÇAS) nuk është i tillë, është dobësues, duke shkaktuar frikë dhe ankth të tepruar që parandalon që personi që përjeton të ketë një cilësi të reduktuar të jetës dhe në rastin më të keq skenarë që shkaktojnë vetë-izolim dhe tërheqje (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013).

ÇAS përcaktohet nga frika, shqetësimi dhe shmangia e kontakteve shoqërore dhe ngjarjeve me potencial për gjykim nga të tjerët. Siç nënkupton vetë emri, kjo është kritike për përvojat dhe lidhjet kulturore/shoqërore, prandaj ngjarje të tilla si festat e ditëlindjes, takimet në punë apo prezantimeve publike bëhen nga të vështira në të pamundura. Çrregullimi përjetohet nga personi si duke u gjykuar në një mënyrë negative që në mendjen e tyre krijon potencialin për t'u refuzuar, për tu turpëruar publikisht apo dhe dështim në situatën sociale.

Për t'u konsideruar ÇAS këto ndjenja (simptoma) ndikojnë në mënyrë të dukshme negativisht në jetën e përditshme të personit (shtëpi, punë, hobi dhe studime). Çfarë do të thotë kjo është se ajo ka një efekt të drejtpërdrejtë në jetën e personit, pasi kur një student që ka bërë mirë gjatë gjithë vitit nuk është në gjendje të paraqesë punën e tij përfundimtare. Ky student mund ta ketë të vështirë të gjejë një partner, të largohet nga shtëpia apo edhe të gjejë punë, të gjitha aspektet kryesore të jetës që kërkojnë kontakte shoqërore.

Për të ndihmuar në kapërcimin e ÇAS, ata mund të përdorin substanca të tilla si alkooli për t'i 'liruar ato' para se të marrin pjesë madje ose thjesht t'i shmangin ato, gjë që i vë njerëzit mbi moshën 15 vjeç në rrezik të shfaqin probleme të abuzimit të substancave(varësi). Në të gjithë Evropën bashkëveprimi i ÇAS së bashku me çështje të tjera të shëndetit mendor është i lartë dike mes 70-80% i shoqëruar me depresion të madhe dhe varësi që i bënë këto dy të fundit me të zakonshmet, duke e rritur kështu rrezikun e vet-lëndimit dhe vetëvrasjes (Andreas et al., 2017; Gustavsson et al., 2011; Lijster et al., 2017).

Në jetëgjatësinë botërore shkalla e përhapjes së ÇAS është 4%, por duke e përfshirë edhe Kosovën kjo përqindje dyfishohet në 8.6%. Për shumicën e njerëzve që zhvillojnë ÇAS kjo ndodh në moshën 10(95%), zakonisht e nxitur nga një ngjarje që është poshtëruese ose e frikshme dhe megjithëse është e rrallë të gesh ÇAS mund të fillojë gjatë moshës së rritur. Niveli i përhapjes së

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

ÇAS në Kosovë është ndër më të lartët jo vetëm në Evropë por në botë. Një rezultat i luftës dhe traumave pasuese të përjetuara në të gjithë shoqërinë (Fanaj & Melonashi, 2017; Kashdan et al., 2009). Të të riadhesuarit përballen me çështjen e shtuar të poshtërimit të mundshëm të detyrimit për t'u kthyer, si dhe izolimin që ata mund të jenë vendosur në vendimet e pritjes për statusin (Bethany et al., 2016; Hocking et al., 2015; Lindert et al., 2009; Stammel et al., 2017; Turrini et al., 2017). ÇAS mund të jetë afatgjatë, por në gjetjen e ndihmës çrregullimi mund të mësohet të trajtohet, duke përdorur aftësi pozitive të përballimit dhe teknika të tjera.

KUJDES: "ky udhëzues nuk është zëvendësues për diagnozën profesionale dhe duhet të përdoret vetëm si një mjet paraprak për të ndihmuar klientet tuaj në marrjen e ndihmës së nevojshme."

Simptomat e çrregullimit të Ankthit Social

ÇAS kryesisht fillon kur njerëzit janë të rinj dhe ndërsa nervozizmi kur përballen me aktivitete të reja është normal, ndërsa frika, ankthi dhe shmangia nuk janë. Është niveli i shqetësimit dhe kohëzgjatja e episodeve që përcaktojnë ÇAS-in (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013).

Këshillë: kini kujdes për gjendjet e tjera ose substancat që mund të jenë përgjegjëse për simptomat, nëse dyshoni, pyesni

Simptomat e ÇAS variojnë nga të lehta në të rënda dhe mund të përmbajnë sa vijon:

- Një frikë shqetësuese ose ankth i gjykitimit gjatë angazhimeve shoqërore.
- Frika e zbulimit të çrregullimit nga të tjerët për shkak të shfaqjes publike të simptomave.
- Angazhimet shoqërore kryesisht shkaktojnë frikë ose ankth.
- Angazhimet sociale shmangen kur është e mundur dhe ato që nuk mund të përcaktohen, përcaktohen nga frika ose ankthi i fuqishëm.
- Ankthi ose frika e ndjerë është jo-proporcionale me situatën në të cilën ndodhet individi.
- Shmangia, ankthi dhe frika janë afatgjata (6 muaj +) dhe konstante.
- Episodi i shmangies, ankthit dhe frikës janë të tilla që shkak i ankthit ka efekte negative domethënëse dhe objektive në jetën e përditshme.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Simptomat e ÇAS mund të ndryshojnë me kalimin e kohës në varësi të situatës në të cilën ndodhet një person, dhe ndërsa shmangia mund të duket si një strategji e vlefshme përballimi, në rastin më të mirë vonon simptomat dhe në rastin më të keq mund të çojë në izolim dhe varësi.

Çrregullimi i Ankthit Social tek fëmijët dhe adoleshentët

Fëmijët që kanë ÇAS janë të privuar nga mundësia, ata nuk janë në gjendje të marrin pjesë në një aspekt kritik të zhvillimit dhe aktiviteteve të fëmijërisë, duke filluar nga krijimi i miqve deri te pjesëmarrja në sport. Si i tillë, identifikimi i hershëm është thelbësor pasi ÇAS mund të trajtohet.

Simptomat e ÇAS ndryshojnë në varësi të grup moshës, për shembull, simptomat e hershme të ÇAS tek fëmijët ka të ngjarë të kapen, qajnë dhe hidhërime, gjithashtu fëmijët do të ankohen për sëmundje fizike të tilla si dhimbje stomaku si një mënyrë për të shmangur, (p.sh. shkolla, ushqimi publik) Ndërsa për adoleshentët ÇAS fillimisht mund të shfaqet si ankth i pajustificuar dhe i tepruar para një ngjarjeje. Meqenëse këto simptoma mund të jenë të zakonshme për fëmijët, është e rëndësishme që ju të bëni diagnozën profesionale nëse dyshohet për ÇAS. Më poshtë janë renditur simptomat më shpesh të raportuara për të cilat duhet të keni kujdes për secilën grup moshë.

Fëmijët parashkollorë:

- Qetësia
- Frika nga gjëra të reja
- Jo të gatshëm për të folur
- Nervozizëm, duke qarë ose duke ankuar

Fëmijë dhe adoleshentë të moshës shkollore

- Frika nga gjykimi
- Frika nga të qenit në qendër të vëmendjes, p.sh. duke folur / lexuar në klasë, duke biseduar me të rriturit
- Frika nga ngjarjet shoqërore p.sh. festat e ditëlindjes
- Refuzimi për të marrë pjesë në ngjarje shoqërore
- Izolim

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Përderisa të gjithë fëmijët mund të përjetojnë nervozizëm rreth një ngjarjeje, fëmijët me ÇAS përmbajnë frikë e cila jo vetëm zvogëlon cilësinë e jetës por mund të çojë në një jetë të izoluar.

Faktorët e rrezikut për çrregullimin e Akthit social

Ekzistojnë një numër faktorësh që rrisin rrezikun e ÇAS.

Temperament: Frenimi i sjelljes si ndrojtja, ndrojtja dhe frika e gjykimit negativ që krijojnë një predispozitë ndaj ndjenjave të shqetësimit në mjediset e reja të shoqëruara nga forma e tërheqjes, aktivitetet, njerëzit ose situatat.

Mjedisi: Përvojat traumatike të fëmijërisë të lidhura me emocione të tilla si poshtërimi dhe refuzimi (ngacmimi) si dhe ngjarje të tjera negative të jetës si abuzimi mund të shkaktojnë ÇAS.

Gjenetike dhe fiziologjike: Frenimi i sjelljes është një tipar i trashëgueshëm që i bën fëmijët që e trashëgojnë atë më të prekshëm ndaj rrezikut mjedisor. Gjithashtu, nëse një prind ose vëlla ose motër ka ÇAS ka një rritje të gjasave që një individ të ketë çrregullim.

Si trajtohet çrregullimi i ankthit social?

Shkalla në të cilën çrregullimi po prish jetën e personit do të diktojë se çfarë forme do të marrë trajtimi. Disa njerëz mund të përshkruhen ilaçe nga profesionistë të shëndetit mendor ndërsa të tjerët mund të marrin këshillim (psikoterapi) dhe të tjerët mund të kërkojnë të dyja metodat. Forma më e përdorur e këshillimit do të vijë nga grupi i terapive të sjelljes njohëse (TSNj) (Craske, 2017; Lee & Edget, 2012; Leenarts et al., 2013; Purgato et al., 2019).

Terapitë e sjelljes njohëse

Terapia e përpunimit njohës: TPNj synon të mësojë njerëzit se si të përshtaten dhe kapërcejnë besimet shkatërruese në lidhje me traumën duke ndryshuar emocione negative, p.sh. fajin dhe turpërimin.

Ekspozimi i zgjatur: EZ krijon një mjedis të sigurt ku personi mund të ekspozohet ndaj shkaktarëve në lidhje me ngjarjen e tyre që i ndihmon ata të ndërtojnë rezistencë dhe të kapërcejnë frikën.

Terapia e inokulimit të stresit: TIS i ekspozon njerëzit ndaj niveleve në rritje të stresit që lidhen me traumën, pas së cilës ata u mësohen strategjive të ndryshme të përballimit që i ‘inokulojnë’ ata në shkaktarë specifik.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Terapia në grup: TG krijon një mjedis ku njerëzit me ngjarje të ngjashme traumatike (luftë) mund të bashkohen dhe të ndajnë përvojat dhe të ofrojnë mbështetje përmes të kuptuarit dhe reagimeve pozitive në një zonë pa gjykim.

Këshillimi TSNj ofron ndihmë të drejtpërdrejtë dhe mund të lehtësojë sistemet e ÇAS duke i lejuar njerëzit të bëjnë jetë më të plotë.

Medikamentet

Mund të ndihmojë në trajtimin e ÇAS duke zvogëluar simptomat dhe mund të ndihmojë më tej duke i dhënë personit që përjeton çrregullimin lehtësim të mjaftueshëm që të mund të marrë pjesë në psikoterapi, duke rritur efektivitetin e trajtimit.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Lista e Çrregullimeve të Ankthit Social

Kjo listë kontrolli mund të përdoret ose nga ju gjatë intervistës së klientit ose nga klienti për të vlerësuar vetë. Është i zbatueshëm si për të rriturit ashtu edhe për fëmijët, megjithëse nuk rekomandohet që t'u jepni atyre fletën e rezultateve. Rezultati duhet të përfundojë nga ju dhe kur është e përshtatshme duhet të sigurohet lidhje me një profesionist të shëndetit mendor.

Emri:	Data:				
Udhëzime: Ju lutemi shënoni me 'x' për të treguar sa keni përjetuar secilën simptomë Ju lutemi përgjigjuni të 10 artikujve	Aspak 0	Disi 1	Mesatarisht 2	Shumë 3	Jashtëzakonisht 4
1. Një frikë shqetësuese ose ankth i gjykit gjatë angazhimeve shoqërore.					
2. Një frikë e zbulimit të çrregullimit nga të tjerët për shkak të shfaqjes publike të simptomave.					
3. Angazhimet shoqërore kryesisht shkaktojnë frikë ose ankth.					
4. Angazhimet sociale shmangen aty ku është e mundur dhe ato që nuk mund të përcaktohen nga frika ose ankthi i fuqishëm.					
5. Ankthi ose frika e ndjerë është jo-proportionale me situatën në të cilën ndodhet individi.					
6. Shmangia, ankthi dhe frika janë afatgjata (6 muaj +) dhe konstante.					
7. Duke menduar se nëse diçka shkon keq, vetëm rezultati më i keq është i mundur.					
8. Frika nga simptomat fizike, skuqja e fytyrës etj.					
9. Duke analizuar ndërveprimin tuaj shoqëror, për të gjetur të meta.					
10. Simptomat shkaktojnë zvogëlimin e cilësisë së jetës që të tjerët kanë vërejtur.					

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Notimi për Çrregullimit të Ankthit Social

Rezultati i përgjithshëm	
Një përzierje simptomash që ndodhin shumicën e kohës për një periudhë më të madhe se 6 muaj duhet të çojë në një referim tek një profesionist i kujdesit shëndetësor mendor	
8-15 = ÇAS i butë	
16-23 = ÇAS i moderuar	
24-31 = ÇAS i rëndë	
32-40 = ÇAS ekstrem	
Asnjë provë e vetme nuk është plotësisht e saktë. Ky test nuk është zëvendësues për diagnozën nga një profesionist i kujdesit shëndetësor.	

Këshillë: kini kujdes për gjendjet e tjera ose substancën që mund të jetë përgjegjëse për simptomat, kur dyshoni, pyesni .

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT
KOSOVAR

Numra të rëndësishëm

Qendrat Shtetërore për Shëndetin Mendor

Lokacioni	Telefoni
Prishtinë	038 542 195 038 542 199 038 542 168
Mitrovicë	028 530 834 028 532 502
Gjilan	0280 323 801
Prizren	029 623 760
Pejë	039 433 291
Gjakovë	039 322 456
Ferizaj	0290 321 836
Podujevë	038 570 380

Klinikat Shtetërore Psikiatrike

Lokacioni	Telefoni
Në të gjithë Kosovën	Emergjencia 24/7 038 500 600
Prishtinë	038 512 656 Emergjencia 24/7 038 500 600
Gjilan	0280 321 111 Emergjencia 0280 320 190
Prizren	029 222 222 029 222 434 029 222 321
Pejë	044 502 357
Gjakovë	0390 390 328 0390 390 305 0390 390 313

9.4 4.0 Çrregullimi ankthit të përgjithshëm

Çfarë është çrregullimi i ankthit të përgjithshëm

Faktori përcaktues i çrregullimit të ankthit të përgjithshëm (ÇAP) konsiston në ankth dhe shqetësim disproporcional të lidhur me ngjarjet dhe aktivitetet e parashikuara të zakonshme. Ajo që e dallon ÇAP nga merakuri dhe shqetësimi i përditshëm është intensiteti, frekuenca dhe diapazoni i aktiviteteve të përditshme të prekura, e kombinuar me një paaftësi për të menaxhuar ankthin / shqetësimin, p.sh. nuk mund të heq dorë. Kjo krijon një situatë ku ankthi dhe shqetësimi i ÇAP ka një ndikim të drejtpërdrejtë në cilësinë e jetës së një personi, dhe madje shfaqet si simptoma fizike të tilla si agjitacion dhe vazhdimisht ndjehen sikur janë në skaj. ÇAP kur lihet i pa-trajtuar mund të çojë në tërheqje, vetë-izolim, mundësi të humbura dhe abuzim me substanca (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013; Lijster et al., 2017; Morina et al., 2011).

Nëse një person ka ÇAP, lloji i gjërave për të cilat mund të shqetësohen janë: mirëqenia e fëmijëve të tyre, gjendja e martesës së tyre dhe paratë. Këto nuk do të jenë mendime të herë pas herëshme, do të jetë jo-proporcionale në intensitet dhe kohëzgjatje ndaj çdo kërcënimi aktual, që do të thotë se ata vazhdimisht do të përqendrohen në skenarët e rasteve më të këqija. Ky shqetësim i vazhdueshëm dhe i tepruar kufizon cilësinë e jetës së tyre të përditshme, sepse ndërsa këto mendime luajnë, ata nuk janë në gjendje ta shkundojnë atë mendim gjë që mund të prishë jetën e përditshme, për shembull duke mos njohur çështje reale që mund të kenë nevojë për vëmendje .

ÇAP krijon shumë probleme për ata me çrregullime që variojnë nga të lehta deri te ato serioze, përfshirë; mungesa e përqendrimit për shkak të përqendrimit në ngjarje që nxisin ankthin që përdor të gjithë hapësirën mendore duke mos lënë vend për masa të tjera, ky mendim i vazhdueshëm dhe intensiv zbrast energjinë dhe çon në një rrezik të rritjes së depresionit. Stresi dhe presioni i pamëshirshëm potencialisht mund të krijojnë situata të rrezikshme për jetën deri tek problemet e zemrës dhe vetëvrasjes.

Për ata që zhvillojnë ÇAP, gratë kanë dy herë më shumë gjasa sesa burrat dhe mosha mesatare është rreth 30 vjeç, duke e bërë atë çrregullim ankthi me moshën më të lartë të zhvillimit, dhe ndërsa mesatarja është 30, mosha që çon në atë është mjaft e gjerë. Thënë këtë, ÇAP është e pazakontë të fillojë para adoleshencës së të rriturve dhe në ato raste kur ndodhë shpesh përfundon me rezultate më të ashpra (Alonso et al., 2004; Andreas et al., 2017; Gustavsson et al., 2011; Nock

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

et al., 2010). Edhe pse ÇAP është një nga çrregullimet e ankthit më pak të studiuara, niveli i përhapjes gjatë gjithë jetës në Evropë është 4.3-5.9%, ndërsa për Kosovën këto të dhëna mungojnë.

Është zbuluar se në ndërlidhje me depresion (MDD), ÇAP ka shkallën më të lartë duke filluar nga 40% në 98%, dhe se ata që kanë këtë ndërlidhje janë në një rrezik më të lartë për vetëvrasje. Ndërsa nuk ka një normë precize për ÇAP në Kosovë, rritja e dyfishtë e çrregullimit të ankthit social dhe një shkallë e përhapjes prej 255 për çrregullimin e madh depresiv tregon se ÇAP duhet të jetë një zonë me interes ekstrem kur interviston klientët të cilët si të riatdhesuar tashmë kanë shtuar rrezikun.

Mbani mend: “ky udhëzues nuk është zëvendësues për diagnozën profesionale dhe duhet të përdoret vetëm si një mjet paraprak për të ndihmuar klientin tuaj në marrjen e ndihmës që i nevojitet.”

Simptomat e çrregullimit të ankthit të përgjithshëm

ÇAP ndryshe nga çrregullimet e tjera të ankthit fillon më vonë në jetë dhe nuk mund t'i atribuohet as një gjendjeje mjekësore, çrregullimit mendor alternativ, rezultatit të ilaçeve ose abuzimit të substancave (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013). Ndërsa simptomat do të ndryshojnë midis klientëve, ato gjithmonë do të vijnë nga lista më poshtë:

- Shqetësim jo-proporcional ose ankth që ndodh në pjesën më të madhe të kohës për një periudhë më të madhe se 6 muaj, në lidhje me një mori ngjarjesh të përditshme,
- Mungesa ose kontrolli mbi ankthin ose shqetësimin (konsumues)
- Ndodhë së bashku me simptomat e mëposhtme pothuajse gjatë gjithë kohës për më shumë se 6 muaj
 1. Tensionimet
 2. Lodhja
 3. Probleme me përqendrimin
 4. Nervozizmi
 5. tensionim të muskujve
 6. Probleme me gjumin.
- Ankthi, shqetësimi ose simptomat fizike ndikojnë në një cilësi të zvogëluar të jetës që mund të vërehet.

Mund të ketë raste brenda jetës së gjithsecilit kur ata ndihen të mbingarkuar nga shqetësimi ose ankthi, ndryshimi me ÇAP është kohëzgjatja, intensiteti dhe përshtatshmëria ndaj shkaktarit

Çrregullimi ankthit të përgjithshëm tek fëmijët dhe adoleshentët

ÇAP është një çrregullim mjaft i zakonshëm midis fëmijëve dhe adoleshentëve pasi shpesh fillon gjatë fëmijërisë ose adoleshencës, gradualisht bëhet më problematik kur lihet i pa-trajtuar duke çuar në sëmundje kronike më vonë gjatë jetës. Dallimi i madh midis të rriturve dhe fëmijëve me ÇAP është se ata nuk e kuptojnë që reagimi i tyre ndaj një ngjarje që shkakton stres është jo-proporcional.

Nervozizmi është normal në të rriturit dhe fëmijët, por ÇAP është i ndryshëm, është frika dhe shqetësimi që është plotësisht dis-proporcional ndaj shkakut të perceptuar dhe është dobësues kur lihet pa u trajtuar (de Wied et al., 2010; Fanaj et al., 2015; Kien et al., 2019).

ÇAP tek fëmijët përcaktohet nga simptomat që mund të rriten gjatë stresit, më poshtë janë renditur disa nga simptomat më të zakonshme me të cilat përballen fëmijët dhe adoleshentët.

- I shqetësuar për miqtë, shkollën ose aktivitetet
- Pothuajse mendime dhe frikë të vazhdueshme në lidhje me sigurinë e fëmijës ose sigurinë e prindërve
- Refuzimi për të shkuar në shkollë
- Dhimbje të shpeshta të stomakut, dhimbje koke, ose ankesa të tjera fizike
- Prishje të gjumit
- Ankthi i shpeshtë për gjërat para se të ndodhin
- I shqetësuar për të qenë larg shtëpisë brenda natës
- I zhurmshëm
- Lodhja
- Mungesa e përqendrimit
- Lehtë I frikësuar
- Grindavec

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Simptomat e ÇAP mund dhe do të ndryshojnë midis fëmijëve dhe adoleshentëve, dhe gjithashtu mund të ndryshojnë me kalimin e kohës duke u bërë gjithnjë e më problematike me kalimin e kohës. Për shkak të gjasave të mëdha që fëmijët e riatdhesuar të kenë përjetuar një ngjarje traumatike, është e rëndësishme që të ndiqet me diagnozën profesionale nëse ÇAP dysohet pasi trajtimi i hershëm është i dobishëm.

Faktorët e rrezikut për çrregullimin e ankthit të përgjithshëm

Ekzistojnë një numër faktorësh që rrisin rrezikun e ÇAP.

Personaliteti: Frenimi i sjelljes siç është ndrojtja dhe frika e rrezikut (perceptohet ose ndryshe), duke qenë tepër i kujdesshëm.

Mjedisi: Përvojat traumatike dhe ose negative të fëmijërisë dhe të rriturve, si dhe sëmundja kronike.

Gjenetike dhe fiziologjike: Frenimi i sjelljes është një tipar i trashëgueshëm që i bën fëmijët që e trashëgojnë atë më të prekshëm ndaj rrezikut mjedisor, gjithashtu, ÇAP mund të funksionojë në familje.

Këshillë: mbani një qëndrim pozitiv. Bëni një përpjekje për të zëvendësuar mendimet negative me ato pozitive.

Si trajtohet çrregullimi i ankthit të përgjithshëm?

Në varësi të seriozitetit në efektet e ÇAP në trajtimin e cilësisë së jetës ose do të jetë psikoterapi, ilaçe ose një kombinim i të dyjave. Forma më e përdorur e psikoterapisë e përdorur për ÇAP do të vijë nga terapitë e sjelljes njohëse (TSN) (Craske, 2017; Lee & Edget, 2012; Leenarts et al., 2013; Purgato et al., 2019).

Terapitë e sjelljes njohëse

Terapia e përpunimit njohës: TPNj synon të mësojë njerëzit se si të përshtaten dhe kapërcejnë besimet shkatërruese në lidhje me traumën duke ndryshuar emocione negative, p.sh. fajin dhe turpin.

Ekspozimi i zgjatur: EZ krijon një mjedis të sigurt ku personi mund të ekspozohet ndaj shkaktarëve në lidhje me ngjarjen e tyre që i ndihmon ata të ndërtojnë rezistencë dhe të kapërcejnë frikën.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Terapia e inokulimit të stresit: TIS i ekspozon njerëzit ndaj niveleve në rritje të stresit që lidhen me traumën, pas së cilës ata u mësohen strategjive të ndryshme të përballimit që i ‘inokulojnë’ ata në shkaktarë specifik.

Terapia në grup: TG krijon një mjedis ku njerëzit me ngjarje të ngjashme traumatike (luftë) mund të bashkohen dhe të ndajnë përvojat dhe të ofrojnë mbështetje përmes të kuptuarit dhe reagimeve pozitive në një zonë pa gjykim.

Jashtë grupit të TSNj-ve që mund të përdoren për ÇAP ekziston edhe relaksimi i aplikuar. E cila është një metodë e mësuar nga e cila një person mëson të relaksojë trupat e tij kur përballet me shkaktarë që shkaktojnë ankth.

Medikamentet

Mund të ndihmojë në trajtimin e ÇAP duke zvogëluar simptomat dhe mund të ndihmojë më tej duke i dhënë personit që përjeton çrregullimin lehtësim të mjaftueshëm që të mund të marrë pjesë në psikoterapi, duke rritur efektivitetin e trajtimit.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Lista e Kontrollit të Çrregullimit të Ankthit të Përgjithshëm

Kjo listë kontrolluese mund të përdoret ose nga ju gjatë intervistës së klientit ose nga klienti për të vlerësuar vetë. Është i zbatueshëm si për të rriturit ashtu edhe për fëmijët, megjithëse nuk rekomandohet që t'u jepni atyre fletën e rezultateve. Rezultati duhet të përfundojë nga ju dhe, kur është e përshtatshme, duhet të sigurohet lidhje me një profesionist të shëndetit mendor.

Emri:	Data:				
Udhëzime: Ju lutemi shënoni me 'x' për të treguar se sa keni përjetuar secilën simptomë. Ju lutemi përgjigjuni të 10 artikujve	Aspak 0	Disi 1	Mesatarisht 2	Shumë 3	Jashtëzakonisht 4
1. Shqetësimi					
2. Një ndjenjë frike					
3. Ndjenjë vazhdimisht "në limit"					
4. Vështirësia e përqendrimit					
5. Mendjelehtësia.					
6. Probleme me gjumin					
7. Simptomat shkaktojnë zvogëlimin e cilësisë së jetës që të tjerët kanë vërejtur.					
8. Ndjenjë të shkëputjes, jashtë trupit					
9. Mungesa e kontrollit mbi ankthin ose shqetësimin.					
10. Shqetësim ose ankth jo-proporcional.					

Notimi i Çrregullimit të Ankthit të Përgjithshëm

Rezultati i përgjithshëm	
Një përzierje simptomash që ndodhin shumicën e kohës për një periudhë më të madhe se 6 muaj me ndodhi të shumta në ditë duhet të çojë në një referim tek një profesionist i kujdesit shëndetësor	
8-15 = ÇAP I butë	
16-23 = ÇAP i moderuar	
24-31 = MADH I Rëndë	
32-40 = ÇAP Ekstreme	
Asnjë provë e vetme nuk është plotësisht e saktë. Ky test nuk është zëvendësues për diagnozën nga një profesionist i kujdesit shëndetësor.	

Këshillë: kini kujdes për gjendjet e tjera ose substancën që mund të jetë përgjegjëse për simptomat, kur dyshoni, pyesni.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT
KOSOVAR

Numra të rëndësishëm

Qendrat Shtetërore për Shëndetin Mendor

Lokacioni	Telefoni
Prishtinë	038 542 195 038 542 199 038 542 168
Mitrovicë	028 530 834 028 532 502
Gjilan	0280 323 801
Prizren	029 623 760
Pejë	039 433 291
Gjakovë	039 322 456
Ferizaj	0290 321 836
Podujevë	038 570 380

Klinikat Shtetërore Psikiatrike

Lokacioni	Telefoni
Në të gjithë Kosovën	Emergjencia 24/7 038 500 600
Prishtinë	038 512 656 Emergjencia 24/7 038 500 600
Gjilan	0280 321 111 Emergjencia 0280 320 190
Prizren	029 222 222 029 222 434 029 222 321
Pejë	044 502 357
Gjakovë	0390 390 328 0390 390 305 0390 390 313

9.5 5.0 Çrregullimi i panikut

Çfarë është Çrregullimi i panikut?

Një sulm paniku përcaktohet nga pamja e papritur e një frike intensive dhe shqetësuese, një frikë që mbizotëron dhe mund të çojë një person të mendon se po vuan një krizë shëndetësore kërcënuese për jetën ose një prishje mendore. Megjithëse është e zakonshme që një person të përjetojë një sulm paniku ose dy gjatë gjithë jetës së tij, kur sulmet e panikut bëhen të përsëritura dhe nuk kanë ndonjë shkak të dukshëm, atëherë kategorizohet si çrregullim paniku (ÇP) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013).

Secili person mund dhe përjeton sulme paniku ndryshe, duke filluar nga e shpeshta deri tek ajo me kohëzgjatje të moderuar: çdo ditë për disa javë dhe pastaj një pushim për disa muaj, në mënyrë të moderuar, por të shpeshtë: javore për muaj në një kohë me pushime të kufizuara. Megjithëse, për t'u njohur si ÇP personi duhet të ketë të paktën një episod të plotë të simptomave.

Edhe pse sulmet e panikut në vetvete nuk janë kërcënuese për jetën, personi ka të ngjarë të shqetësohet se sulmi i panikut lidhet disi me një gjendje më serioze siç është sulmi në zemër, ose po 'çmenden'. Mendimet e 'çmendjes' paraqesin një frikë gjykimi nga të tjerët që dëshmojnë personin që përjeton sulmin e panikut dhe vërejnë shenjat e dukshme fizike. Kjo frikë mund të krijojë një mjedis shmangie që shkakton ndryshime në jetën e përditshme të personit, të tilla si shmangia e njerëzve, puna ose blerja me shpresën që të mos shkaktojë një sulm paniku. Këto sjellje negative të shmangies mund të përshkallëzojnë zvogëlimin e cilësisë së jetës.

Ndërsa nuk dihet saktësisht se çfarë shkakton sulme paniku dhe ÇP, ka hulumtime që sugjerojnë se është e lidhur me luftën ose reagimin e ikjes tek njerëzit (kur vendoset në një situatë të rrezikshme të papritur, rrahjet e zemrës dhe presioni i gjakut do të rrisin fillimin e individit për veprim) dhe shkaktohet në mënyrë të papërshtatshme.

Mosha mesatare në fillimin e çrregullimit të panikut në Evropë është rreth 20-24 vjeç dhe gratë kanë dy herë më shumë gjasa sesa burrat të zhvillojnë çrregullimin. Fillimi i ÇP është i rrallë në fëmijëri dhe pas moshës 45 vjeç pasi mendohet se përgjigjet emocionale të errësuar kanë një efekt mbrojtës. Përhapja 12-mujore e ÇP në të gjithë BE-në është rreth 1.7% (Alonso et al., 2004; Andreas et al., 2017; Kashdan et al., 2009). Në Kosovë në mënyrë të vazhdueshme janë raportuar nga të riatdhësuarit që kanë përjetuar sulme paniku gjatë procesit të migracionit, për shembull,

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

gjatë intervistave dhe gjatë largimit. Çrregullimi i panikut vazhdimisht është përjetuar nga të riatdhesuarit pas arritjes në shtëpi.

Me një shkallë vetëvrasjeje prej 7+% ÇP është e krahasueshme me çrregullimin e madh depresiv (ÇMD) dhe pasi ekziston një frekuencë e lartë e sëmundjes bashkërenduese me 2 çrregullimet, është e një rëndësie kritike të jesh i vetëdijshëm për rrezikun që paraqet për të riatdhesuarit.

KUJDES: "ky udhëzues nuk është zëvendësues për diagnozën profesionale dhe duhet të përdoret vetëm si një mjet paraprak për të ndihmuar klientin tuaj në marrjen e ndihmës së nevojshme."

Simptomat e çrregullimit të panikut

ÇP zakonisht fillon gjatë fillimit të viteve 20 dhe nuk mund t'i atribuohet as një gjendje mjekësore, çrregullimit mendor alternativ ose rezultatit të mjekimit / abuzimit të substancave (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5, 2013*). Karakteristika kryesore e ÇP është sulmet e panikut në vazhdim e sipër me katër ose më shumë nga sa vijon:

- Palpitacione, rrahje zemre ose rrahje të përshpejtuar të zemrës.
- Djersitje.
- Dridhje.
- Ndjenjën e prerjes së frymëmarrjes.
- Ndjenjat si mbytja.
- Dhimbje ose siklet në gjoks.
- Stomak i shqetësuar.
- Lehtësia e kokës.
- Nxehje ose të ftohtë.
- ndjesi shpimi gjilpërash ose mpirje.
- Ndjenja e të qenurit i shkëputur.
- Frika nga humbja e kontrollit.
- Frika nga vdekja.

Për shkak të intensitetit të sulmit ata që janë duke përjetuar ÇP shpesh përfundojnë në dhomat e urgjencës, frikësohen se po kalojnë një sulm në zemër ose sëmundje tjetër të rrezikshme për jetën.

Çrregullimi i panikut tek fëmijët dhe adoleshentët

Megjithëse çrregullimi i Panikut është i rrallë tek fëmijët e vegjël, është më i shpeshtë tek adoleshentët dhe brenda të dy grupeve sulmet e panikut paraqiten si më dramatike në krahasim me të rriturit, shpesh sulmet shoqërohen me lot, ulëritje dhe hiperventilim.

- Rrahjet e zemrës apo palpitacione
- Ndjesi mbytjeje
- Vështirësi në frymëmarrje
- Djersitje / ndezje të nxehtë ose të ftohtë
- Dridhje
- Marramendje
- Mpirje ose ndjesi shpimi gjilpërash në gjymtyrë
- Frika nga vdekja ose humbja e kontrollit
- Ndjenjë sikur është në ëndërr
- Frika nga çmendja
- Ndjenjë sikur ka nevojë për të "shpëtuar"

ÇP përcaktohet nga sulmet e panikut që ndodhin kryesisht pa arsye, megjithatë fëmijët dhe adoleshentët do t'i atribuojnë shkaqet e çrregullimit dhe më pas do të përpiqen të shmangin ato situata me çdo kusht. Këto sjellje shmangëse kanë potencialin të prishin thellësisht cilësinë e jetës së tyre, p.sh. duke shkaktuar tërheqjen për aktivitetet që më parë sillnin gëzim.

Këshillë: kufizoni alkoolin dhe kafeinën, e cila mund të përkeqësojë ankthin dhe të shkaktojë sulme paniku.

Faktorët e rrezikut për çrregullimin e panikut

Faktorët që rrisin rrezikun e ÇP janë si më poshtë:

Personaliteti: Neurotizmi (ndjeshmëria ndaj emocioneve dhe pikëpamjeve negative) dhe ndjeshmëria ndaj ankthit me bindjen se është më serioze sesa është në të vërtetë.

Mjedisi: Përvojat e dhunshme seksuale ose fizike kanë qenë të lidhura me ÇP, si dhe ngjarje shumë stresuese dhe pirja e duhanit mund të shkaktohet.

Gjenetike dhe fiziologjike: është gjetur një predispozitë gjenetike ndaj ÇP por gjenet e sakta janë ende të panjohura. Gjithashtu, nëse një prind ka ÇP ekziston një mundësi e shtuar që një person të zhvillojë çrregullimin.

Si trajtohet çrregullimi i panikut?

Trajtimi mund dhe përmirëson jetën, zakonisht do të marrë formën e psikoterapisë, ilaçeve ose një kombinim i të dyve në varësi të ashpërsisë së simptomave dhe preferencës së klientit. Sa i përket psikoterapisë, ajo do të vijë nga grupi i terapive të njohura si Terapia e Sjelljes Njohëse (TSNj). Kjo do të synojë t'i mësojë klientit metodat e kapërcimit të sulmeve (Craske, 2017; Lee & Edget, 2012; Leenarts et al., 2013; Purgato et al., 2019).

Terapitë e sjelljes njohëse

Terapia e përpunimit njohës: TPNj synon të mësojë njerëzit se si të përshtaten dhe kapërcejnë besimet shkatërruese në lidhje me traumën duke ndryshuar emocione negative, p.sh. fajin dhe turpin.

Ekspozimi i zgjatur: EZ krijon një mjedis të sigurt ku personi mund të ekspozohet ndaj shkaktarëve në lidhje me ngjarjen e tyre që i ndihmon ata të ndërtojnë rezistencë dhe të kapërcejnë frikën.

Terapia e inokulimit të stresit: TIS i ekspozon njerëzit ndaj niveleve në rritje të stresit që lidhen me traumën, pas së cilës ata u mësohen strategjive të ndryshme të përballimit që i 'inokulojnë' ata në shkaktarë specifik.

Terapia në grup: TG krijon një mjedis ku njerëzit me ngjarje të ngjashme traumatike (luftë) mund të bashkohen dhe të ndajnë përvojat dhe të ofrojnë mbështetje përmes të kuptuarit dhe reagimeve pozitive në një zonë pa gjykim.

Medikamentet

Mund të ndihmojë në trajtimin e ÇP duke zvogëluar simptomat dhe mund të ndihmojë më tej duke i dhënë personit që përjeton çrregullimin lehtësim të mjaftueshëm që të mund të marrë pjesë në psikoterapi, duke rritur efektivitetin e trajtimit.

Këshillë: ndihmoni klientin tuaj të kuptojë që ankthi nuk është diçka që ata po përjetojnë sepse ato kanë të meta në asnjë mënyrë.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Skenar

Jeta është një grua 21-vjeçare e cila raporton vizita të përsëritura te mjeku për probleme me frymëmarrjen që nga rikthimi i saj i detyruar në Kosovë. Mjekët nuk ishin në gjendje të gjenin një shpjegim mjekësor për simptomat e saj, gjë që e la atë të ndihej e hutuar, e stresuar dhe e zemëruar. Gjatë 6 muajve të fundit, Jeta ka pasur disa raste kur ajo ndjeu frikë të fortë që arrinte në kulm brenda pak minutash. Gjatë këtyre rasteve, ajo gjithashtu përjetonte djersitje, palpitacione të zemrës, dhimbje, siklet në gjoks dhe gulçim. Ndonjëherë si rezultat i kësaj, Jeta shqetësohej se mund të vdiste. Jeta ka shqetësime të vazhdueshme se mund të ketë një sulm tjetër.

Për më tepër, ajo ka filluar të shmangë vendet dhe njerëzit e panjohur ku mund të jetë e vështirë të marrësh ndihmë në rast të një sulmi tjetër paniku. Paniku dhe shmangia po ndikojnë ndjeshëm në jetën e saj pasi ajo ka refuzuar ftesat shoqërore, duke bërë justifikime për të qëndruar në shtëpi kurdo që të jetë e mundur.

PYEJTE REFLEKTUESE:

15. A ishte e lehtë të identifikonit simptomatologjinë e rastit?
16. A kishit parasysh elementin “kohë” për të përcaktuar nëse rasti kishte çrregullim apo jo?
17. Cilat ishin vështirësitë e juaja si profesionist në leximin e rastit?
18. Si ju ndihmuan listat e kontrollit (i gjeni më poshtë) për të vlerësuar rastin?
19. Reflektoni rreth qasjes suaj si profesionist kur na vie ndonjë rast i tillë, si do të i ndihmonit?
20. A do e referonit rastin e tillë tek ndonjë profesionist tjetër, a keni bashkëpunim me
21. profesionistë të tillë aktualisht?

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Lista e Kontrollit të Çrregullimit të Panikut

Kjo listë kontrolluese mund të përdoret ose nga ju gjatë intervistës së klientit ose nga klienti për të vlerësuar vetë. Është i zbatueshëm si për të rriturit ashtu edhe për fëmijët, megjithëse nuk rekomandohet që t'u jepni atyre fletën e rezultateve. Pikët duhet të kryhen nga ju dhe kur është e përshtatshme duhet të sigurohet lidhje me një profesionist të shëndetit mendor.

Emri:	Data				
Udhëzime: Ju lutemi shënoni me 'x' për të treguar sa keni Përjetuar secilën simptomë Ju lutemi përgjigjuni të 10 artikujve	Aspak 0	Disi 1	Mesatarisht 2	Shumë 3	Jashtëzakonisht 4
1. Palpitimet, rrahjet e zemrës ose rrahjet e përshpejtuara të zemrës.					
2. Dridhje ose dridhje.					
3. Ndjenjën e të pasurit probleme me frymëmarrjen.					
4. Dhimbje ose siklet në gjoks.					
5. Lehtësia e kokës.					
6. Ngjyrim të nxehta ose të ftohta.					
7. Dhëmbje ose mpirje.					
8. Ndjenja e shkëputur, jashtë trupit.					
9. Frika nga humbja e kontrollit, çmenduria.					
10. Frika nga vdekja.					

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Notimi i çrregullimit të panikut

Rezultati i përgjithshëm	
Sulm paniku i papritur plus 4 simptoma të pranishme duhet të çojnë në një referim tek një profesionist i kujdesit shëndetësor mendor	
8-15 = ÇP e butë	
16-23 = ÇP e moderuar	
24-31 = ÇP e Rëndë	
32-40 = ÇP ekstreme	
Asnjë provë e vetme nuk është plotësisht e saktë. Ky test nuk është zëvendësues për diagnozën nga një profesionist i kujdesit shëndetësor.	

Këshillë: kini kujdes për gjendjet e tjera ose substancën që mund të jetë përgjegjëse për simptomat, kur pyesni në dyshim.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT
KOSOVAR

Numra të rëndësishëm

Qendrat Shtetërore për Shëndetin Mendor

Lokacioni	Telefoni
Prishtinë	038 542 195 038 542 199 038 542 168
Mitrovicë	028 530 834 028 532 502
Gjilan	0280 323 801
Prizren	029 623 760
Pejë	039 433 291
Gjakovë	039 322 456
Ferizaj	0290 321 836
Podujevë	038 570 380

Klinikat Shtetërore Psikiatrike

Lokacioni	Telefoni
Në të gjithë Kosovën	Emergjencia 24/7 038 500 600
Prishtinë	038 512 656 Emergjencia 24/7 038 500 600
Gjilan	0280 321 111 Emergjencia 0280 320 190
Prizren	029 222 222 029 222 434 029 222 321
Pejë	044 502 357
Gjakovë	0390 390 328 0390 390 305 0390 390 313

9.6 6.0 Çrregullimi Obsesivo-Kompulsiv

Çfarë është Çrregullimi Obsesivo-Kompulsiv?

Organizata Botërore e Shëndetësisë vlerëson çrregullimin obsesivo-kompulsiv si një nga 20 çrregullimet kryesore më dobësues, qoftë fizike ose fiziologjike, për shkak të efektit të saj të thellë në jetën e njerëzve. Çrregullimi obsesivo-kompulsiv ka dy karakteristika përcaktuese, *fiksimet*: mendime përçarëse të padëshirueshme dhe të përsëritura, vizualizime dhe nxitje, si dhe *detyrimet*: veprime që mund të jenë mendore ose fizike të cilat nxiten si përgjigje ndaj një fiksimi ose rregulli që kërkon zbatim të saktë (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013; *Exploring the boundaries of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders : new developments and practical approaches from the fifth international OCD conference*, 2002; Hollander, 1994).

Përderisa kultura dhe normat shoqërore konsistojnë në sjellje rituale dhe fiksim (mbështetja e një ekipi lokal futbolli), si dhe në fazat e zhvillimit (gjërat e preferuara), çrregullimi obsesivo-kompulsiv (ÇOK) ndryshon në atë se cilësia e jetës së personit ndikohet, duke shkaktuar shqetësime të mëdha pasi çrregullimi kërkon kohë me ritualet dhe mendimet që marrin më shumë se një orë në ditë. Ata me këtë çrregullim janë të vetëdijshëm ose dyshojnë se fiksimet dhe detyrimet nuk janë të bazuara në ndonjë realitet, por prapë ndihen të detyruar të përfundojnë veprimin, pavarësisht nga situata ose kufizimet kohore, gjë që çon në prishjen e sjelljes shoqërore dhe jetën e punës. ÇOK-u i patrajtuar mund dhe bëhet afatgjatë dhe nivelet e përmirësimit mbeten të ulëta.

Gratë kanë më shumë gjasa për të zhvilluar ÇOK, megjithëse burrat e zhvillojnë atë më herët me 25% të atyre që diagnostikohen duke shfaqur simptoma para 10. Ndërsa fillimi më i zakonshëm për ÇOK është rreth të 20tave. Që nga viti 1984 ka pasur një rritje masive të përhapjes së ÇOK duke u rritur nga një mesatare në mbarë botën prej 0,05% në 2,5% (Alonso et al., 2004; Elscheikh, 2017; Lijster et al., 2017; Morina et al., 2016). Megjithëse jashtëzakonisht i kufizuar, ekzistojnë të dhëna që tregojnë një shembull të azilkërkuesve kosovarë në Zvicër që raportojnë një përqindje të përhapjes prej 35%, thjesht do të thotë se është një çrregullim që ia vlen të kërkohet kur merren me të riatdhësuarit. Sjelljet rituale ÇOK keqësohen nga situata të presionit të lartë dhe ndjenjat e mungesës së kontrollit, duke përcaktuar tiparet e paraburgimit ndërsa prisni për azil ose duke u kapur pas migrimit të paligjshëm. Si i tillë, një nën-seksion i atyre që janë riatdhësuar ka të

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

ngjarë ta ketë bërë këtë në mënyrë të pavullnetshme, duke shtuar një tjetër shtresë pafuqie dhe presioni të lartë. Njerëzit me ÇOK kanë një bashkërendësi të lartë me çrregullime të tjera (56%) dhe janë të ndjeshëm ndaj vetëvrasjes, me 36% që kanë menduar për vetëvrasje dhe 11% duke bërë përpjekje, pasi një rrezik i tillë i vetëvrasjes duhet të mbikëqyret nga afër tek njerëzit që kanë ÇOK.

KUJDES: "ky udhëzues nuk është zëvendësues për diagnozën profesionale dhe duhet të përdoret vetëm si një mjet paraprak për të ndihmuar klientin tuaj në marrjen e ndihmës së nevojshme."

Simptomat e Çrregullimit Obsesiv-Kompulsiv

ÇOK zakonisht përbëhet nga simptoma obsesive dhe kompulsive, por mund të jetë vetëm fiksion ose detyrim individualisht, që thotë se simptomat do të konsumojnë shumë kohë (1 orë + në ditë) dhe shqetësuese me ndikim të matshëm në jetën e përditshme. Simptomat e paraqitura nuk mund t'i atribuohen as kushteve alternative mjekësore, çrregullimeve mendore, dhe as rezultatit të ilaçeve/abuzimit të substancave (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5, 2013*).

Obsesionet përcaktohen nga mendime të padëshirueshme, vizualizime dhe nxitje të pareshtura dhe të qëndrueshme që janë invazive, duke krijuar episode të përçarjes dhe shqetësimit. Një person që i përjeton këto episode përpiqet t'i kapërcejë ato duke kryer një veprim tjetër, p.sh. një përfundim.

Edhe pse fiksionet ndryshojnë midis njerëzve, ka simptoma të ngjashme, të tilla si:

- Frika nga ndotja; frikësim ndërveprimin me gjërat që janë trajtuar nga të tjerët.
- Mendime negative për të dëmtuar veten ose të tjerët; vizualizimet e lëndimit të një shoku.
- Nevoja për rend dhe simetri; ankth i shkaktuar nga keq-vendosja e objekteve.
- Mendime të padëshiruara seksuale ose fetare; ndërhyrëse dhe të padëshiruara për inçestin, pedofilinë.

Të gjithë shembujt e lartpërmendur nuk janë të bazuara në realitet, personi me çrregullimin obsesivo-kompulsiv nuk i dëshiron këto gjëra dhe në mënyrë që të heq vëmendjen nga natyra shqetësuese e fiksimeve krijon detyrime.

Detyrimet përcaktohen nga veprime të praktikuara në mënyrë rigoroze, si mendore ashtu edhe fizike që kanë nevojë për përsëritje të vazhdueshme. Këto sjellje janë një përgjigje ndaj

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

fiksimeve dhe synojnë të zvogëlojnë ose ndalojnë shqetësimin e prodhuar prej tyre ose ndonjë ngjarje të tmerrshme imagjinare. Këto veprime në asnjë mënyrë nuk kanë të bëjnë me ndonjë situatë të botës reale, diçka që nuk ekziston nuk mund të ndalet.

Ashtu si me fiksime, detyrimet mund të kategorizohen sipas modeleve të tilla si:

- Pastrimi; pastrimi i duarve aq shumë sa ato janë të skuqura.
- Kontrollimi; në mënyrë të përsëritur duke kontrolluar që shporeti është i fikur.
- Numërimi; duke numëruar në një model të veçantë
- rregullsia; të gjitha fotografitë e varura duhet të jenë saktësisht të drejta.

Një person me ÇOK mund të kuptojë se ka çrregullim dhe se nuk është i bazuar në realitet (depërtim i mirë / i drejtë), mendon se ndoshta është (depërtim i dobët) ose beson me siguri absolute se është (mungon / depërtimi) por i patrajtuar çrregullimi do të zvogëlojë cilësinë e jetës.

Këshillë: ndihmoni klientin tuaj të kuptojë që rreziku është një pjesë përbërëse e jetës, dhe si i tillë nuk mund të shpëtohet plotësisht.

Çrregullimi Obsesivo-Kompulsiv tek fëmijët dhe adoleshentët

Ndërsa fëmijët zhvillohen është normale që ritualet dhe mendimet obsesive të ndodhin pasi ato në fakt janë një pjesë kritike e zhvillimit dhe socializimit. Pikëpamjet e botës për fëmijët parashkollorë ndihmohen duke krijuar rituale rreth banjës, vakteve dhe gjumit, kjo lejon një ndjenjë të rregullsisë dhe parashikueshmërisë. Adoleshentët luajnë lojëra, sporte, kanë hobi si dhe mbledhin gjëra, të gjitha këto ndjekin një seri rregullash precize. Sjellja dhe fiksime rituale mund të jenë të shëndetshme dhe të dëshirueshme, të tilla si loja dhe mbështetja e një ekipi futbolli.

Aty ku ÇOK ndryshon është se fiksime dhe detyrimet janë të padëshiruara, kërkojnë shumë kohë dhe prishin cilësinë e jetës. Obsesionet drejtohen nga frika, të tilla si sëmundja nga prekja e diçkaje, e cila çon në detyrime, rituale që krijohen për të menaxhuar frikën, larja e tepërt e duarve.

Çdo fëmijë do të ketë përvojat e tij unike në lidhje me ÇOK dhe gjithashtu ata do të shfaqin një larmi simptomash, thënë këtë, simptomat kryesisht të fëmijërisë janë të ngjashme me ato të moshës së rritur. Lidhur me fiksime, për shkak të aftësive të zhvillimit të gjuhës, fëmijët janë më pak të aftë të identifikojnë mani se sa të rriturit e bëjnë më të vështirë diagnozën. Gjithashtu, në kundërshtim me të rriturit, shumica e fëmijëve nuk kanë gjasa të zhvillojnë fiksime të bazuara rreth temave seksuale, megjithëse kjo rritet për moshën e rritur. Temat e fëmijërisë së fiksimeve janë

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

më shpesh fokusi i familjes, shqetësimi i tepërt për shëndetin e anëtarit të familjes, sigurinë dhe vdekshmërinë.

Faktorët e rrezikut për çrregullimin obsesiv-kompulsiv

Faktorët që mund të rrisin rrezikun e zhvillimit ose shkaktimit të çrregullimit obsesiv-kompulsiv përfshijnë:

Personaliteti: Neurotizmi (ndjeshmëria ndaj emocioneve dhe pikëpamjeve negative) dhe ndjeshmëria ndaj ndalimit të sjelljes, siç është ndrojtja tepër e kujdesshme.

Mjedisi: Përvojat e dhunshme seksuale ose fizike kanë qenë të lidhura me ÇOK, gjithashtu ngjarje shumë stresuese dhe / ose traumatike mund të shkaktojnë.

Gjenetike dhe fiziologjike: Ekziston një predispozitë gjenetike e identifikuar për ÇOK dhe funksionin e çrregulluar të trurit.

Si trajtohet çrregullimi obsesiv-kompulsiv?

Trajtimi ÇOK funksionon, megjithëse mund të mos shërojë plotësisht çrregullimin në të gjithë njerëzit që mundet dhe siguron lehtësim nga simptomat që çojnë në ulje tek shumë njerëz. Në varësi të ashpërsisë së simptomave personi do të përshkruhet piroterapi ose ndërmjetësim dhe në disa raste një kombinim i të dyjave.

Terapitë e sjelljes njohëse

Psikoterapia më e përdorur zakonisht do të vijë nga Terapitë e Sjelljes Kognitive (TSNj), duke krijuar mjedise të sigurta ku një person mund t'i nënshtrohet rekreacioneve të situatave që shkaktojnë çrregullimin e tyre. Duke vepruar kështu, ata gradualisht mësojnë strategji pozitive të përballimit që mund të zvogëlojnë simptomat dhe të çojnë në reduktim/eliminim (Craske, 2017; Lee & Edget, 2012; Leenarts et al., 2013; Purgato et al., 2019).

Terapia e përpunimit njohës: TPNj synon të mësojë njerëzit se si të përshtaten dhe kapërcejnë besimet shkatërruese në lidhje me traumën duke ndryshuar emocione negative, p.sh. fajin dhe turpin.

Ekspozimi i zgjatur: EZ krijon një mjedis të sigurt ku personi mund të ekspozohet ndaj shkaktarëve në lidhje me ngjarjen e tyre që i ndihmon ata të ndërtojnë rezistencë dhe të kapërcejnë frikën.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Terapia e inokulimit të stresit: TIS i ekspozon njerëzit ndaj niveleve në rritje të stresit që lidhen me traumën, pas së cilës ata u mësohen strategjive të ndryshme të përballimit që i ‘inokulojnë’ ata në shkaktarë specifik.

Terapia në grup: TG krijon një mjedis ku njerëzit me ÇOK që kanë përjetuar ngjarje të ngjashme traumatike (luftë) mund të vijnë për të marrë dhe shkëmbyer përvoja dhe për të siguruar mbështetje përmes të kuptuarit dhe reagimeve pozitive në një zonë pa gjykim. Lidhur me këtë është terapia familjare që pranon që ÇOK prek të gjithë familjen dhe synon një rezultat të ngjashëm.

Një trajtim efektiv është një lloj i terapisë njohëse-të sjelljes i njohur si parandalimi i ekspozimit dhe përgjigjes. Gjatë seancave të trajtimit, pacientët janë të ekspozuar ndaj situatave që krijojnë ankth dhe provokojnë sjellje të detyruar ose rituale mendore. Përmes ekspozimit, pacientët mësojnë të ulen dhe më pas të ndalojnë ritualet që konsumojnë jetën e tyre. Ata zbulojnë se ankthi që lind nga fiksime të tyre zvogëlohet pa u përfshirë në sjellje rituale. Kjo teknikë funksionon mirë për pacientët detyrimet e të cilëve përqendrohen në situata që mund të rikrijohen lehtë. Për pacientët që përfshihen në rituale detyruese, sepse kanë frikë nga ngjarje katastrofike që nuk mund të rikrijohen, terapia mbështetet në imagjinimin e ekspozimit ndaj situatave që prodhojnë ankth. Gjatë gjithë terapisë pacienti ndjek udhëzimet e ekspozimit dhe parandalimit të përgjigjes mbi të cilat bien dakord terapisti dhe pacienti.

Terapia e sjelljes njohëse mund të ndihmojë shumë pacientë me ÇOK të zvogëlojnë ndjeshëm simptomat e tyre ÇOK. Sidoqoftë, trajtimi funksionon vetëm nëse pacientët u përmbahen procedurave. Disa pacientë nuk do të pranojnë të marrin pjesë në terapinë njohëse-të sjelljes për shkak të përfshirjes së ankthit.

Medikamentet

Mund të ndihmojnë në trajtimin e ÇOK duke zvogëluar simptomat dhe mund të ndihmojë më tej duke i dhënë personit që përjeton çrregullimin lehtësim të mjaftueshëm që të mund të marrë pjesë në psikoterapi, duke rritur efektivitetin e trajtimit.

Pacientët me ÇOK që kanë marrë trajtimin e duhur kanë treguar se kanë rritur cilësinë e jetës dhe funksionimin e përmirësuar. Trajtimi i suksesshëm mund të përmirësojë aftësinë e individit për të ndjekur shkollën, për të punuar, për të zhvilluar dhe shijuar marrëdhëniet dhe për të ndjekur aktivitete të kohës së lirë.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Skenar

Bekimi është një burrë 56-vjeçar i cili u dëbua nga Holanda. Ai ju tregon se ai ishte përshkruar gjithmonë si një person i shqetësuar dhe mban mend që ishte shqetësuar për shumë gjëra gjatë gjithë jetës së tij. Për shembull, ai raportoi se kishte shumë frikë se do të infektohej me HIV duke prekur dorezat e dyerve, edhe pse ai ju thotë se e dinte që kjo ishte "joracionale".

Ai ju tregon se pas luftës, ankthi dhe mendimet e tij bezdisëse u përkeqësuan dukshëm. Ai ju tregon se filloi të lajë duart tepër dhe raporton se kishte frikë të madhe se dikush do të hynte në shtëpi dhe do të ishte faji i tij sepse ai la diçka hapur. Ai deklaron se kjo frikë e bëri atë të kontrollonte në mënyrë të përsëritur dyert dhe dritaret para gjumit në një mënyrë specifike, ku kjo situatë ishte burim grindjeje me gruan e tij. Ai thotë se frika se bën gabim gjithashtu e bën atë të jetë i ngadalshëm për të dorëzuar detyra në punën e tij, duke kontrolluar shumë herë për t'u siguruar që nuk ka gabime, për të cilat ai qortohet me raste.

Bekimi raporton se që kur u kthye në Kosovë simptomat e tij po përkeqësohen, për shembull, aktualisht ai lan duart derisa të përfundojë të gjithë sapunin, dhe duart e tij janë plasaritur sepse ato janë aq të thata. Ai thotë se vazhdon të kontrollojë dyert dhe dritaret e shtëpisë së tij shumë herë gjatë ditës, jo vetëm gjatë natës, dhe me raste është larguar nga vizita e familjes për të shkuar në shtëpi vetëm që të jetë i sigurt se gjithçka ishte mbyllur.

Nëse vëren qoftë edhe një pikë pluhuri në dysHEME, ai thotë se ka urgjencën për të pastruar të gjithë shtëpinë dhe shpesh i bindet asaj urgjence. Bekimi shpreh shqetësim të konsiderueshëm për këto simptoma, pasi ato po i marrin shumë kohë dhe po i vjedhin vetëbesimin, pasi ai është gjithnjë e më shumë i shpërqendruar.

PYEJTE REFLEKTUESE:

22. A ishte e lehtë të identifikonit simptomatologjinë e rastit?
23. A kishit parasysh elementin “kohë” për të përcaktuar nëse rasti kishte çrregullim apo jo?
24. Cilat ishin vështirësitë e juaja si profesionist në leximin e rastit?
25. Si ju ndihmuan listat e kontrollit (i gjeni më poshtë) për të vlerësuar rastin?
26. Reflektoni rreth qasjes suaj si profesionist kur na vie ndonjë rast i tillë, si do të i ndihmonit?
27. A do e referonit rastin e tillë tek ndonjë profesionist tjetër, a keni bashkëpunim me
28. profesionistë të tillë aktualisht?

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Lista kontrolluese obsesive-kompulsive

Kjo listë kontrolli mund të përdoret ose nga ju gjatë intervistës së klientit ose nga klienti për të vlerësuar vetë. Është i zbatueshëm si për të rriturit ashtu edhe për fëmijët, megjithëse nuk rekomandohet që t'u jepni atyre fletën e rezultateve. Rezultati duhet të përfundojë nga ju dhe kur është e përshtatshme duhet të sigurohet lidhje me një profesionist të shëndetit mendor.

Emri:				Data:	
Udhëzime: Ju lutemi shënoni me 'x' për të treguar sa keni përjetuar secilën simptomë Ju lutemi përgjigjuni të 10 artikujve	Aspak 0	Disi 1	Mesatarisht 2	Shumë 3	Jashtëzakonisht 4
Obsesionet: janë mendime të shpeshta, të padëshiruara dhe ndërhyrëse.					
1. Sa kohë shpenzoni për mendime obsesive në ditë?	Asnjë	0-1 orë.	1-3 orë.	3-8 orë.	8 orë+
2. Sa ndërhyjnë mendimet e tua obsesive në jetën tënde personale, shoqërore ose të punës?					
3. Sa ju shqetësojnë mendimet tuaja obsesive?					
4. Sa përpiqesh t'i rezistosh fiksimeve të tua?					
5. A është e vërtetë kjo, 'Unë nuk kam kontroll mbi mendimet obsesive'?					
Detyrimet: janë sjellje të përsëritura ose veprime mendore që keni një dëshirë të fortë për të përsëritur që kanë për qëllim zvogëlimin e ankthit tuaj ose parandalimin e ndonjë ngjarjeje të tmerrshme.					
6. Sa kohë kaloni duke kryer sjellje të detyrueshme?					
7. Sa ndërhyjnë sjellja jote e detyruar në jetën tënde personale, shoqërore ose të punës?					
8. Sa i shqetësuar do të ndiheshit nëse ju pengojnë të kryeni sjelljet tuaja detyruese?					
9. Sa përpiqesh t'i rezistosh sjelljeve të tua të detyrueshme?					
10. A është e vërtetë kjo, 'Unë nuk kam kontroll mbi sjelljet e detyrueshme'?					

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Notimi i çregullimit Obsesivo-Kompulsiv

Rezultati i përgjithshëm	
Çdo simptomë ose fiksion, detyrim ose të dyja për më shumë se një orë në ditë çdo ditë duhet të çojë në një referim tek një profesionist i kujdesit shëndetësor mendor	
8-15 = ÇOK e butë	
16-23 = ÇOK e moderuar	
24-31 = ÇOK i Rëndë	
32-40 = ÇOK ekstreme	
Asnjë provë e vetme nuk është plotësisht e saktë. Ky test nuk është zëvendësues për diagnozën nga një profesionist i kujdesit shëndetësor.	

Këshillë: kini kujdes për gjendjet e tjera ose substancën që mund të jetë përgjegjëse për simptomat, kur dyshoni, pyesni.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT
KOSOVAR

Numra të rëndësishëm

Qendrat Shtetërore për Shëndetin Mendor

Lokacioni	Telefoni
Prishtinë	038 542 195 038 542 199 038 542 168
Mitrovicë	028 530 834 028 532 502
Gjilan	0280 323 801
Prizren	029 623 760
Pejë	039 433 291
Gjakovë	039 322 456
Ferizaj	0290 321 836
Podujevë	038 570 380

Klinikat Shtetërore Psikiatrike

Lokacioni	Telefoni
Në të gjithë Kosovën	Emergjencia 24/7 038 500 600
Prishtinë	038 512 656 Emergjencia 24/7 038 500 600
Gjilan	0280 321 111 Emergjencia 0280 320 190
Prizren	029 222 222 029 222 434 029 222 321
Pejë	044 502 357
Gjakovë	0390 390 328 0390 390 305 0390 390 313

9.7 7.0 Çrregullimi i përdorimit të substancave

Çfarë është varësia?

Varësia (çrregullimi i rëndë i përdorimit të substancave) është një gjendje shumë-shtresore, që konsiston në simptoma njohëse, të sjelljes dhe fiziologjike. Në të kaluarën, varësia stigmatizohej dhe trajtohej si një shenjë e një karakteri të dobët që çonte në përjashtimin e atyre me çrregullim nga marrja e trajtimit të duhur. Tani ÇPS njihet si një sëmundje e trurit, një aspekt kryesor i së cilës është, pavarësisht nga ndikimi negativ në jetën e përditshme të një përdoruesi, përparësia ndaj mbledhjes, konsumimit dhe rimëkëmbjes nga substanca e tyre e zgjedhur (Alonso et al., 2004; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013; Hocking et al., 2015; Nock et al., 2010).

ÇPS i referohet në mënyrë specifike 10 klasave të veçanta të barnave: alkooli, kafeinë, kanabis, halucinogjenë (të tillë si LSD), thithës, opioide, qetësues, hipnotikë ose anksiolitikë, stimulues (si METH dhe kokaina), duhan, dhe të tjera. Dikush me ÇPS do të konsumojë një ose më shumë nga këto 10 klasa deri në atë pikë sa me kalimin e kohës deformon mirëqenien e tyre mendore dhe fizike. Ajo e ri-pogramon trurin e tyre që të krijojë një dëshirë të madhe për substancën dhe nganjëherë rezulton në kushte fizike që kërcënojnë jetën kur përpiqen të ndalojnë. Kjo rimbushje është një karakteristikë e rëndësishme e ÇPS pasi ata që kanë çrregullimin përjetojnë një vazhdim të simptomave edhe pasi të ndalojnë së marri substancën, shpesh çon në recidivat (rikthim të pacientit në gjendjen e mëparshme).

Ashpërsia e ÇPS është e gjerë, duke filluar nga e lehtë në të rëndë dhe përcaktohet nga numri i simptomave që diagnostikohen rast pas rasti. ÇPS i lehtë shoqërohet me dy deri në tre simptoma, ÇPS i moderuar është katër deri në pesë dhe ÇPS i rëndë është gjashtë simptoma e lart. Shpesh niveli i ashpërsisë së ÇPS është në fluks, ashpërsia e një personi të patrajtuar potencialisht do të rritet ndërsa ata që marrin trajtim mund të përjetojnë shërim të plotë.

Botërisht, ÇPS ka një perceptim gjatë gjithë jetës prej 0 deri në 14% dhe është përgjithësisht më i lartë për burrat sesa gratë. Megjithatë, tek njerëzit që u detyruan të bëhen refugjatë kalon 17 - 34% në burg dhe reduktohet në normën botërore kur refugjatët vendosen në komunitete. Kosova është raportuar si një vend me përhapje të ulët, por duke marrë parasysh bashkërendësinë e shpeshtë të ÇPS dhe ÇSPT (deri në 50%), çrregullimin e ankthit (rreth 35%) dhe depresionin e madh (rreth 15%) të cilat kanë rezultate të larta në popullatën e përgjithshme të Kosovës dhe me

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

një nivel edhe më të lartë në mesin e të riatdhësuarve, gjë që duhet ta konsideroni ÇPS-së një rrezik serioz (Fanaj & Melonashi, 2017; Fanaj et al., 2015; Kashdan et al., 2009; Morina et al., 2011; Toscani et al., 2006).

KUJDES: "ky udhëzues nuk është zëvendësues për diagnozën profesionale dhe duhet të përdoret vetëm si një mjet paraprak për të ndihmuar klientin tuaj në marrjen e ndihmës së nevojshme."

Simptomat e Çrregullimit të Përdorimit të Substancave

ÇPS është një model problematik i përdorimit të substancave që klinikisht çon në dëmtime ose shqetësime të rëndësishme, siç manifestohet nga të paktën dy nga sa vijon, që ndodhin brenda një periudhe 12-mujore (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, 2013):

- Kundër vullnetit, substanca konsumohet shpesh në sasi më të mëdha dhe për më shumë kohë.
- Një përpjekje e vazhdueshme ose dëshirë për të zvogëluar ose ndaluar marrjen e substancës.
- Koha është përparësi për grumbullimin, përdorimin dhe rikuperimin nga substanca, ose rikuperimin nga efektet e saj.
- Një dëshirë e fortë për të përdorur substancën.
- Përdorimi i substancave shkakton dështimin për të përmbushur përgjegjësitë e rëndësishme në shtëpi, punë ose shkollë
- Përdorimi i vazhdueshëm i substancave pavarësisht nga problemi që ka krijuar brenda marrëdhënieve.
- Mungon pjesëmarrja e rëndësishme ose zvogëluar në ngjarje të rëndësishme të jetës për shkak të përdorimit të substancave.
- Përdorimi i vazhdueshëm i substancës në situata dhe mjedise që janë fizikisht të rrezikshme.
- Pavarësisht nga rezultati i njohur negativ fizik dhe mendor, substanca ende merret.
- Toleranca dhe nevoja e vazhdueshme për të rritur sasinë e substancës për të fituar të njëjtin efekt ose sasinë e marrë ka një efekt të zvogëluar me kalimin e kohës.
- Tërheqja, specifike për substancën e veçantë, ose substanca merret për të parandaluar fillimin e tërheqjes.

Çrregullimi i përdorimit të substancave tek fëmijët dhe adoleshentët

Megjithëse simptomat e varësisë tek fëmijët dhe adoleshentët pasqyrojnë simptomat sikurse tek të rriturit, ata e fshehin konsumin e tyre mjaft mirë, shpesh prindërit do të vërejnë shenja të tilla si:

- Mungon në shkollë
- Bën probleme në shkollë
- ka një grup të ri shoqëror
- Ndalet nga sportet
- Lufton
- Drejton makinën nën ndikim

Fëmijët dhe adoleshentët me çrregullime para-ekzistuese dihet se janë në rrezik të ÇPS, dhe përdorimi i substancave i bën simptomat e çrregullimeve të tyre më keq.

Jini të vetëdijshëm kur merreni me klientët dhe fëmijët e tyre që shenjat e përdorimit mund të mos jenë të dukshme, por të jeni vigjilent pasi që bashkërendësia e ÇPS me çrregullime të tjera dihet se rrit rrezikun e vetëvrastjes.

Mos harroni: Çdo përmendje e vetëvrastjes duhet të merret jashtëzakonisht seriozisht, 24/7 Urgjencë: 038 500 600.

Faktorët e rrezikut për çrregullimin e përdorimit të substancave

Çdokush rrezikon të zhvillojë ÇPS por ka disa kategori që ndikojnë në shpejtësinë dhe gjasat e ndodhjes së tij:

Personaliteti: Çrregullimet themelore të diagnostikuara dhe të padiagnostikuara.

Mjedisi: Përvojat e dhunshme seksuale ose fizike kanë qenë të lidhura me ÇPS, gjithashtu ngjarje shumë stresuese dhe / ose traumatike mund të shkaktohen dhe presion nga kolegët.

Gjenetike dhe fiziologjike: Ekziston një predispozitë gjenetike e identifikuar për ÇPS dhe varësitë në familjet me ato me anëtarë të familjes së ngushtë që kanë një varësi më shumë të ngjarë të zhvillojnë ÇPS.

Si trajtohet çrregullimi i përdorimit të substancave?

ÇPS mund të trajtohet, dhe shumë njerëz shërohen plotësisht dhe të tjerët mbajnë një formë përmirësimi për pjesën tjetër të jetës së tyre. Prandaj, hapi i parë për të kapërcyer varësinë është

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

pranimi se ka një problem në radhë të parë, pasi mohimi është një pengesë për shërimin. Pasi pranohet problemi, vijon detoksifikimi. Objektivi është ndalimi i marrjes së substancës sa më shpejt që të jetë e mundur, por në një mjedis të sigurt dhe të kontrolluar, për disa kjo mund të arrihet në shtëpi, por për të tjerët do të jetë në një mjedis të mbikëqyrur siç është një spital. Ky trajtim ndryshon në varësi të substancës / substancave nga e cila personi është i varur, secila mund të prodhojë simptoma të ndryshme dhe disa kërkojnë zëvendësim të përkohshëm me ilaçe më pak të dëmshme. Nga kjo pikë e tutje përdoret një kombinim i ndërmjetësimit dhe psikoterapisë (Craske, 2017; Lee & Edget, 2012; Leenarts et al., 2013; Purgato et al., 2019).

Terapia e Sjelljes Njohëse

Terapia e përpunimit njohës: TPNj synon të mësojë njerëzit se si të përshtaten dhe kapërcejnë besimet shkatërruese në lidhje me traumën duke ndryshuar emocione negative, p.sh. fajin dhe turpin.

Ekspozimi i zgjatur: PE krijon një mjedis të sigurt ku personi mund të ekspozohet ndaj shkaktarëve në lidhje me ngjarjen e tyre që i ndihmon ata të ndërtojnë rezistencë dhe të kapërcejnë frikën.

Terapia e inokulimit të stresit: SIT i ekspozon njerëzit ndaj niveleve në rritje të stresit që lidhen me traumën, pas së cilës ata u mësohen strategjive të ndryshme të përballimit që i ‘inokulojnë’ ata në shkaktarë specifik.

Terapia në grup: TG krijon një mjedis ku njerëzit me ngjarje të ngjashme traumatike (luftë) mund të bashkohen dhe të ndajnë përvojat dhe të ofrojnë mbështetje përmes të kuptuarit dhe reagimeve pozitive në një zonë pa gjykim.

Medikamentet

Mund të ndihmojë në trajtimin e ÇPS duke zvogëluar simptomat e tërheqjes dhe mund të ndihmojë më tej duke i dhënë personit që përjeton çrregullimin lehtësim të mjaftueshëm që të mund të marrë pjesë në psikoterapi, duke rritur efektivitetin e trajtimit.

ÇPS është një problem i shumëanshëm dhe duke adresuar aspekte të ndryshme të varësisë (probleme mjekësore, psikiatrike dhe sociale, etj.) Gjasat e rikuperimit rriten shumë.

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Skenar

Agimi është një beqar 33-vjeçar, mashkull shqiptar i cili raporton se ka përjetuar një gjendje depresive të vazhdueshme pas shpërbërjes së një marrëdhënie romantike gjashtë mujore pasi u rikthye përsëri në Kosovë. Agimi përshkruan ndjenjën e të qenurit i mbingarkuar me ndjenjat e "zbrazëtisë" dhe është i bindur se do të jetë "përgjithmonë vetëm".

Përveç kësaj, ai raporton se është "brenda dhe jashtë" trajtimit psikosocial për mendimet vetëvrasëse edhe pse mohon të ketë bërë ndonjëherë ndonjë përpjekje për vetëvrasje. Ai gjithashtu mohon përfshirjen në sjellje vetë-lënduese jo-vetëvrasëse. Agimi raporton vështirësi kronike në menaxhimin e emocioneve të tij të forta dhe pranon se të tjerët do ta përshkruanin atë si "gjakë nxehtë". Ai më tej pranon se mund të eskalojë shpejt në zemërim të papërshtatshëm dhe/ose intensiv për shkeljet e vogla, të cilat më pas rezultojnë në ndjenja faji dhe sikleti. Zemërimi i tij e bën të vështirë mbajtjen e marrëdhënieve platonike dhe romantike. Për ta përballuar, ai shpesh kërkon siguri nga të tjerët (p.sh., dëshpërimisht duke thirrur për t'u siguruar që njerëzit ende kujdesen për të) dhe pi tepër (domethënë, gjashtë ose më shumë pije).

PYEJTE REFLEKTUESE:

1. A ishte e lehtë të identifikoni simptomatologjinë e rastit?
2. A kishit parasysh elementin "kohë" për të përcaktuar nëse rasti kishte çrregullim apo jo?
3. Cilat ishin vështirësitë e juaja si profesionist në leximin e rastit?
4. Si ju ndihmuan listat e kontrollit (i gjeni më poshtë) për të vlerësuar rastin?
5. Reflektoni rreth qasjes suaj si profesionist kur na vie ndonjë rast i tillë, si do të i ndihmoni?
6. A do e referoni rastin e tillë tek ndonjë profesionist tjetër, a keni bashkëpunim me
7. profesionistë të tillë aktualisht?

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

Lista e Kontrollit të Çrregullimit të Përdorimit të Substancave

Kjo listë kontrolli mund të përdoret ose nga ju gjatë intervistës së klientit ose nga klienti për të vlerësuar vetë. Është i zbatueshëm si për të rriturit ashtu edhe për fëmijët, megjithëse nuk rekomandohet që t'u jepni atyre fletën e rezultateve. Rezultati duhet të përfundojë nga ju dhe kur është e përshtatshme duhet të sigurohet lidhje me një profesionist të shëndetit mendor.

Emri:			Data:		
Udhëzime: Ju lutemi shënoni me 'x' për të treguar sa keni përjetuar secilën simptomë Ju lutemi përgjigjuni të 10 artikujve	Aspak 0	Disi 1	Mesatarisht 2	Shumë 3	Jashtëzakonisht 4
1. Substanca shpesh merret në sasi më të madhe dhe për kohë më të gjatë se sa është menduar.					
2. Tentimi ose dëshira për të zvogëluar ose ndaluar marrjen e substancës.					
3. Koha është përparësi për mbledhjen, përdorimin dhe rikuperimin e substancës					
4. Një dëshirë ose dëshirë e fortë për të përdorur substancën.					
5. Përdorimi shkakton dështimin për të përmbushur përgjegjësitë e rëndësishme në shtëpi, punë ose shkollë					
6. Sa kohë kaloni duke kryer sjellje të detyrueshme?					

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT KOSOVAR

7. Përdorimi i vazhdueshëm i substancave pavarësisht nga problemi që ka krijuar brenda marrëdhënieve.					
8. Mungon pjesëmarrja e rëndësishme ose zvogëluese në ngjarje të rëndësishme të jetës për shkak të përdorimit të substancave.					
9. Përdorimi i vazhdueshëm i substancës në situata dhe ambient që është e rrezikshme fizikisht.					
10. Pavarësisht nga rezultati i njohur negativ fizik dhe mendor, substanca ende merret.					

Notimi i Çrregullimit të Përdorimit të Substancave

Rezultati i përgjithshëm	
Çdo 2 simptoma që kanë qenë të pranishme në 12 muajt e fundit duhet të çojnë në një referim tek një profesionist i kujdesit shëndetësor mendor	
8-15 = ÇPS i butë	
16-23 = ÇPS i moderuar	
24-31 = ÇPS i Rëndë	
32-40 = ÇPS ekstreme	
Asnjë provë e vetme nuk është plotësisht e saktë. Ky test nuk është zëvendësues për diagnozën nga një profesionist i kujdesit shëndetësor.	

Numra të rëndësishëm

Qendrat Shtetërore për Shëndetin Mendor

Lokacioni	Telefoni
Prishtinë	038 542 195 038 542 199 038 542 168
Mitrovicë	028 530 834 028 532 502
Gjilan	0280 323 801
Prizren	029 623 760
Pejë	039 433 291
Gjakovë	039 322 456
Ferizaj	0290 321 836
Podujevë	038 570 380

IDENTIFIKIMI I MIRËQENIES MENDORE TEK TË RIATDHESUARIT
KOSOVAR

Klinikat Shtetërore Psikiatrike

Lokacioni	Telefoni
Në të gjithë Kosovën	Emergjenca 24/7 038 500 600
Prishtinë	038 512 656 Emergjenca24/7 038 500 600
Gjilan	0280 321 111 Emergjenca 0280 320 190
Prizren	029 222 222 029 222 434 029 222 321
Pejë	044 502 357
Gjakovë	0390 390 328 0390 390 305 0390 390 313

Referencat

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S. S., Martinez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacin, C., Romera, B., Taub, N., & Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., Wegscheider, K., Wittchen, H.-U., & Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *British journal of psychiatry*, 210(2), 125-131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., & Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British journal of psychiatry*, 179(4), 308-316. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.308>
- Baams, L., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2015). Minority Stress and Mechanisms of Risk for Depression and Suicidal Ideation Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Developmental Psychology*, 51(5), 688-696. <https://doi.org/10.1037/a0038994>

- Bethany, G. E., Jarron Saint, O., & Stefanie, M. (2016). Effects of Minority Status and Perceived Discrimination on Mental Health. *Population research and policy review*, 35(4), 445-469. <https://doi.org/10.1007/s11113-016-9391-3>
- Bögels, S. M. (1994). *Teaching and assessing diagnostic interviewing skills : an application to the mental health field*. Universitaire Pers Maastricht.
- Brandell, J., & Ringel, S. (2019). *Trauma : Contemporary Directions in Trauma Theory, Research, and Practice* (Second edition. ed.). Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/ring18886>
- Calliess, I. T., & Machleidt, W. (2011). Intercultural psychotherapy of depression in migrants of first and second generation. *European psychiatry*, 26(S2), 2139-2139. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(11\)73842-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(11)73842-1)
- Colcord, J. C. (1929). A Study of the Techniques of the Social Case Work Interview. *Social Forces*, 7(4), 519-527. <https://doi.org/10.2307/2570014>
- Commission, E. (2007). *European Migration Network Return Migration*. https://www.udi.no/globalassets/global/european-migration-network_i/studies-reports/return-migration.pdf
- Council of Europe, C. o. M. (2005). *Twenty Guidelines on Forced Return*. C. o. E. C. o. Ministers. <https://www.refworld.org/docid/42ef32984.html>
- Craske, M. G. (2017). *Cognitive-behavioral therapy* (Second edition. ed.). American Psychological Association.
- de Wied, M., Gispén-de Wied, C., & van Boxtel, A. (2010). Empathy dysfunction in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *European Journal of Pharmacology*, 626(1), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2009.10.016>
- Delgado-Rodríguez, M., & Llorca, J. (2004). Bias. *Journal of epidemiology and community health* (1979), 58(8), 635-641. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.008466>
- Derezotes, D. S. (2014). *Transforming historical trauma through dialogue*. SAGE.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. (2013). (Fifth edition. ed.). American Psychiatric Association.
- Dominelli, L. (2017). Social Work Challenges in the Second Decade of the 21st Century: Against the Bias. *Affilia*, 32(1), 105-107. <https://doi.org/10.1177/0886109916681390>
- [Record #190 is using a reference type undefined in this output style.]

Exploring the boundaries of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders : new developments and practical approaches from the fifth international OCD conference. (2002). Physicians Postgraduate Press.

Fanaj, N., & Melonashi, E. (2017). Understanding and Describing PTSD in Kosovo: A Systematic Evidence-Based Review. *SAGE Open*, 7(4), 215824401773458. <https://doi.org/10.1177/2158244017734588>

Fanaj, N., Melonashi, E., Drevinja, F., & Haxhibeqiri, S. H. (2015). Depression, Anxiety, Hopelessness and Self-esteem in a Clinical Sample of Adolescents in Kosovo. *European psychiatry*, 30, 1189-1189. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)30935-4](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)30935-4)

Featherston, R. J., Shlonsky, A., Lewis, C., Luong, M.-L., Downie, L. E., Vogel, A. P., Granger, C., Hamilton, B., & Galvin, K. (2019). Interventions to Mitigate Bias in Social Work Decision-Making: A Systematic Review. *Research on social work practice*, 29(7), 741-752. <https://doi.org/10.1177/1049731518819160>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Fine, S. F., & Glasser, P. (1996). *The First Helping Interview Engaging the Client and Building Trust*. SAGE Publications.

Foo, S. Q., Tam, W. W., Ho, C. S., Tran, B. X., Nguyen, L. H., McIntyre, R. S., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression among Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1986. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091986>

Gallagher, M., Prior, J., Needham, M., & Holmes, R. (2017). Listening differently: A pedagogy for expanded listening. *British educational research journal*, 43(6), 1246-1265. <https://doi.org/10.1002/berj.3306>

Gobodo-Madikizela, P. (2016). *Breaking intergenerational cycles of repetition : a global dialogue on historical trauma and memory*. Barbara Budrich Publishers.

- Greeno, E. J., Ting, L., Pecukonis, E., Hodorowicz, M., & Wade, K. (2017). The role of empathy in training social work students in motivational interviewing. *Social work education*, 36(7), 794-808. <https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1346071>
- Gubrium, J. F., Holstein, J. A., Marvasti, A. B., & McKinney, K. D. (2012). *The SAGE handbook of interview research : the complexity of the craft* (2nd ed.). SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781452218403>
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H.-C., Stovner, L. J., Vallat, J.-M., den Bergh, P. V., van Os, J., Vos, P., Xu, W., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., & Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
- Harrison, B. A., & Mayo-Wilson, E. (2014). Trial Registration: Understanding and Preventing Reporting Bias in Social Work Research. *Research on social work practice*, 24(3), 372-376. <https://doi.org/10.1177/1049731513512374>
- Heilbrun, K., Marczyk, G. R., & DeMatteo, D. (2002). *Forensic mental health assessment a casebook*. Oxford University Press.
- Hocking, D. C., Kennedy, G. A., & Sundram, S. (2015). Mental Disorders in Asylum Seekers: The Role of the Refugee Determination Process and Employment. *The journal of nervous and mental disease*, 203(1), 28-32. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000230>
- Hollander, E. (1994). *Current insights in obsessive compulsive disorder*. Wiley.
- Hornor, G. R. N. C. D. N. P. C. (2016). Resilience. *Journal of pediatric health care*, 31(3), 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>
- International Migration Law: Glossary on Migration*. (2019). I. O. f. Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Isaacs, D. (2018). Resilience. *Journal of paediatrics and child health*, 54(3), 219-220. <https://doi.org/10.1111/jpc.13836>

- José, M. M., Michael, A. H., & Dominic, A. (2004). *Social Psychology of Inclusion and Exclusion*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203496176>
- Kadushin, A. (1972). *The social work interview*. Columbia University Press.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 185-196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.006>
- Kelliher-Rabon, J., Sirois, F. M., Barton, A. L., & Hirsch, J. K. (2021). Self-compassion and suicidal behavior: Indirect effects of depression, anxiety, and hopelessness across increasingly vulnerable samples. *Self and identity*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/15298868.2021.1884592>
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., Jank, R., Klerings, I., Szlag, M., Kerschner, B., Brattström, P., & Gartlehner, G. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 28(10), 1295-1310. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association journal (CMAJ)*, 183(12), E959-E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Lee, S. A., & Edget, D. M. (2012). *Cognitive behavioral therapy applications, methods and outcomes*. Nova Science Publishers.
- Leenarts, L. E. W., Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 22(5), 269-283. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5>
- Lijster, J., Dierckx, B., Utens, E., Verhulst, F., Zieldorff, C., Dieleman, G., & Legerstee, J. (2017). The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. *Canadian journal of psychiatry*, 62(4), 237-246. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. v., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social*

- science & medicine* (1982), 69(2), 246-257.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032> (Social Science & Medicine)
- Möllers, J., Arapi-Gjini, A., Herzfeld, T., & Xhema, S. (2017). Exit or Voice? The Recent Drivers of Kosovar Out-migration. *International migration*, 55(3), 173-186.
<https://doi.org/10.1111/imig.12336>
- Morina, N., Reschke, K., & Hofmann, S. G. (2011). Long-Term Outcomes of War-Related Death of Family Members in Kosovar Civilian War Survivors. *Death studies*, 35(4), 365-372. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553340>
- Morina, N., Sulaj, V., Schnyder, U., Klaghofer, R., Müller, J., Martin-Sölch, C., & Rufer, M. (2016). Obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms among civilian survivors of war. *BMC psychiatry*, 16(115), 115-115. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0822-9>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(8), 868-876. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- Pascal, G. R. (1983). *The practical art of diagnostic interviewing*. Dow Jones-Irwin.
- Peltonen, K., & Kangaslampi, S. (2019). Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1558708-1558708.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558708>
- Purgato, M., Carswell, K., Acarturk, C., Au, T., Akbai, S., Anttila, M., Baumgartner, J., Bailey, D., Biondi, M., Bird, M., Churchill, R., Eskici, S., Hansen, L. J., Heron, P., Ilkkursun, Z., Kilian, R., Koesters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Papola, D., Popa, M., Sijbrandij, M., Tarsitani, L., Tedeschi, F., Turrini, G., Uygun, E., Välimäki, M. A., Wancata, J., White, R., Zanini, E., Cuijpers, P., Barbui, C., & Van Ommeren, M. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of Self-Help Plus (SH+) for preventing mental disorders in refugees and asylum seekers in Europe and Turkey: study protocols for two randomised controlled trials. *BMJ open*, 9(5), e030259-e030259.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030259>
- Richards, M., & Dixon, L. B. (2020). Resilience. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 71(8), 878-879. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.71804>

- Rodolico, A., Vaccino, N., Riso, M. C., Concerto, C., Aguglia, E., & Signorelli, M. S. (2020). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Among Asylum Seekers in Italy: A Population-Based Survey in Sicily. *Journal of immigrant and minority health*, 22(3), 634-638. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00948-9>
- Roulston, K., deMarrais, K., & Lewis, J. B. (2003). Learning to Interview in the Social Sciences. *Qualitative Inquiry*, 9(4), 643-668. <https://doi.org/10.1177/1077800403252736>
- Schumacher, J. A., & Madson, M. B. (2015). *Fundamentals of motivational interviewing : tips and strategies for addressing common clinical challenges*. Oxford University Press.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British journal of psychiatry*, 170(4), 351-357. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.4.351>
- Siriwardhana, C. (2015). Mental health of displaced and returnee populations: Insight from the Sri Lankan post-conflict experience. *Conflict and health*, 9(1), 22-22. <https://doi.org/10.1186/s13031-015-0049-2>
- Stammel, N., Knaevelsrud, C., Schock, K., Walther, L. C. S., Wenk-Ansohn, M., & Böttche, M. (2017). Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: symptom courses and predictors. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup2), 1377552-1377513. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1377552>
- Stenson, K. (1993). Social work discourse and the social work interview. *Economy and Society*, 22(1), 42-76. <https://doi.org/10.1080/03085149300000002>
- Suoninen, E., & Jokinen, A. (2005). Persuasion in Social Work Interviewing. *Qualitative social work : QSW : research and practice*, 4(4), 469-487. <https://doi.org/10.1177/1473325005058647>
- Te Brake, H., Dückers, M., De Vries, M., Van Duin, D., Rooze, M., & Spreeuwenberg, C. (2009). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism, and other shocking events: Guideline development. *Nursing & health sciences*, 11(4), 336-343. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00491.x>
- Teodorescu, D.-S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a

- refugee background in Norway. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 84-84.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-84>
- Toscani, L., DeRoo, L. A., Eytan, A., Gex-Fabry, M., Avramovski, V., Loutan, L., & Bovier, P. (2006). Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference? *Public health (London)*, 121(1), 34-44.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.06.017>
- Tsutsumi, A., Izutsu, T., Sakami, S., Miyazaki, T., Wakai, S., & Kawamura, N. (2005). Long-term influence of working abroad on returnees' mental health. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125(6), 281-286.
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International journal of mental health systems*, 11(1), 51-51.
<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>
- von Lersner, U., Wiens, U., Elbert, T., & Neuner, F. (2008). Mental health of returnees: refugees in Germany prior to their state-sponsored repatriation. *BMC international health and human rights*, 8(1), 8-8. <https://doi.org/10.1186/1472-698x-8-8>
- Wahab, S. (2005). Motivational Interviewing and Social Work Practice. *Journal of social work : JSW*, 5(1), 45-60. <https://doi.org/10.1177/1468017305051365>
- Weger, H., Castle Bell, G., Minei, E. M., & Robinson, M. C. (2014). The Relative Effectiveness of Active Listening in Initial Interactions. *International Journal of Listening*, 28(1), 13-31. <https://doi.org/10.1080/10904018.2013.813234>
- Zevulun, D., Elianne Zijlstra, A., Post, W. J., & Knorth, E. J. (2021). A qualitative study into the reintegration of vulnerable migrant children and families after return to Kosovo: Findings from a follow-up. *Children and Youth Services Review*, 125, 105991.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.105991>