

EFEKTIVITETI I TEKNIKAVE TË HIPNOTERAPISË DHE RELAKSIMIT PROGRESIV NË REDUKTIMIN E ANKTHIT NË NJË KAMPION JO-KLINIK SHQIPTAR

Fleura Shkëmbi

Dorëzuar
Universitetit European të Tiranës
Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në
Shkencat Sociale, me profil Psikologji, për marrjen e gradës shkencore
“Doktor”

Udhëheqës shkencor: Erika Melonashi, PhD
Charles Caruana, Hipnoterapist,

Numri i fjalëve: 51.970

Tiranë, Tetor, 2015

DEKLARATA E AUTORËSISË

Ky studim është një kontribut imi origjinal.

Më këtë rast kam pasur parasysh që të mos shkel mbi të drejtat e autorësisë së ideve dhe të dhënave të tjera.

Në këtë mënyrë kam arritur të kem lejen e autorëve të pyetësorit të përdorur si instrumente matës në këtë studim – GAD-7.

Në të njëjtën kohë kam shmangur mundësinë e mosvënies së referencave/citimeve të qarta të cilat i kam shfrytëzuar në studim.

ABSTRAKTI

Hipnoza dhe përdorimi i saj është i shoqëruar me shumë sfida në historinë e psikologjisë dhe mjekësisë. Sot, hipnoterapia përfshihet në trajtimet standarde psikologjike, mjekësore ose dentare. Çrregullimet e ankthit janë të pranishme pothuajse në të gjitha kulturat dhe ato e reduktojnë cilësinë e jetës, ku me prevalencë mjaft të shprehur është ankthi i përgjithësuar. Ankthi ndërmjet studentëve të universitetit është krejt i zakonshëm. Qëllimi i studimit ishte njohja me efektet e përdorimit të teknikave të hipnoterapisë klinike, në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës. Për nga dizenjimi, përdorëm një studim gjysmë eksperimental, në të cilin u aplikuan tre teknika terapeutike: Forcimi i Egos, Metafora dhe Relaksimi Progresiv, me qëllim reduktimin e ankthit të përgjithësuar në rastet e studentëve të grupmoshës 20-30 vjeç. Kampioni përbëhej nga 214 studentë të përzgjedhur rastësisht. Si instrument vlerësues u përdor Pyetësi i ankthit të përgjithësuar GAD-7 (alfa=.843). Rezultuan me nivel të lehtë të GAD (N=81; 38 %), me nivel të moderuar të GAD (N=34; 16 %). Në fazën e dytë të studimit u përzgjedhën 20 femra dhe 20 meshkuj nga kampioni i mësipërm. Këta u ndanë në katër grupe (3 grupe morën trajtim: Metafora, Forcimi i Egos dhe Relaksimi Progresiv) dhe grupi i katërt u përdor për kontroll. Në fazën e tretë, pasi u ritestuan me GAD-7, pjesëmarrësve iu dërgua një intervistë e shkurtër në lidhje me trajtimin dhe efikasitetin e teknikave. Gjithashtu, janë marrë dhe analizuar intervista të shkurtra nga dy ekspertë të fushës, dy historianë, një antropolog, një shkrimtar shqiptar dhe një biolog mjekësor. Nga rezultatet sasiore dhe cilësore, del se teknikat e hipnoterapisë janë më efikase sesa teknika e relaksimit dhe po ashtu, se teknika e sugjerimeve direkte/autoritare e Forcimit të Egos është më efikase, se teknika e sugjerimeve indirekte/tolerante e Metaforës në reduktimin e ankthit të përgjithësuar

dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës. Duhet të merren në konsideratë aplikime të teknikave të hipnoterapisë dhe të relaksimit progresiv në rastet me ankth në popullatën joklinike.

ABSTRACT

Hypnotism has faced many challenges in the history of psychology and medicine. Nevertheless, today hypnotherapy is included in standard psychological, medical or dental treatments. Anxiety disorders are present in almost all cultures and they reduce the quality of life. One prevalent disorder is generalized anxiety. Anxiety among college students is quite common. This study aimed at gaining knowledge on the effects of using hypnotherapy clinical techniques in reducing generalized anxiety and improving the quality of life. As part of the methodology, the study applied half-experimental methods, which included three therapeutic techniques: metaphor, ego strengthening and progressive relaxation with the purpose of reducing generalized anxiety in a case study on students of 20-30 years old. The sample consisted of 214 randomly selected students; The generalized anxiety questionnaire GAD-7 ($\alpha = .843$) was used as evaluation instrument. It resulted in low level of GAD ($n = 81$; 38 %), and a moderate level of GAD ($n = 34$; 16 %). In the second phase of the study 20 women and 20 men were selected from the sample above. These were divided into four groups (3 groups received the treatment: metaphor, ego strengthening and progressive relaxation) and the fourth group was used for control. In the third phase, after completing the treatment and retesting with GAD-7, participants received a brief questionnaire to gather information about the effectiveness of treatment and techniques. In addition, brief interviews with two experts of the mental health, two historians, an anthropologist, an Albanian writer, a medical biologist, a psychiatrist and a clinical hypnotherapist were analyzed. The qualitative and quantitative findings show that hypnotherapy techniques are more efficient than relaxation techniques, and it also appears that the technique of directly suggestions/authoritarian ego strengthening is more efficient than the technique

indirect suggestions/metaphor tolerant in reducing generalized anxiety and improve the quality of life. Moreover, the results suggest that clinical hypnotherapy techniques and progressive relaxation techniques are effective in improving the quality of life. Due to cultural specificities, further studies are necessary to elaborate further the effectiveness of these techniques in our environment.

FALENDERIME

Falenderoj të gjithë pjesëmarrësit e studimit, dy udhëheqësit e mi Erika Melonashi dhe Charles Caruana si edhe të gjithë miqtë dhe kolegët për mbështetjen që më kanë dhënë gjatë gjithë kësaj periudhe.

PËRMBAJTJA E LËNDËS

KAPITULLI I. HYRJA.....	1
-------------------------	---

KAPITULLI II. BAZAT TEORIKE TË PSIKOANALIZËS, BIHEJVORIZMIT DHE HIPNOZËS	4
--	---

2.1 Shkolla psikoanalitike.....	4
2.1.1. Qasja Frojdiane.....	4
2.1.2. Qasja Jungiane	12
2.1.3. Terapia Psikoanalitike	14
2.2 Qasja bihejvioriste	16
2.2.1. Relaksimi progresiv i muskujve	21
2.3 Vështrim i përgjithshëm mbi hipnozën	23
2.3.1. Një vështrim historik i hipnozës	26
2.3.2. Teoritë mbi hipnozën	28
2.3.3. Kushtet e aplikimit të hipnozës	34
2.3.4. Sugjestibiliteti	37
2.3.5. Treguesit fiziologjikë dhe perceptualë të fazave të gjendjes hipnotike	44
2.3.6. Disa teknika dhe metoda të hipnoterapisë	52
2.3.7. Përdorimi i hipnozës për qëllime terapeutike	59
2.3.8. Hipnoza, baza shkencore dhe e ardhmja	60

KAPITULLI III. PËRSHKRIMI I METODAVE TERAPEUTIKE TË PËRDORURA	62
---	----

3.1. Hipnoterapia	62
3.1.1. Metoda e Forcimit të Egos	64
3.1.2. Metafora	70
3.1.3. Forcimi i Egos dhe Metafora	75
3.1.4. Efekti Placebo	76
3.2. Relaksimi progresiv i muskujve	77
3.2.1. Dallimet në mes relaksimit progresiv të muskujve dhe hipnozës	82

KAPITULLI IV. VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM MBI ANKTHIN DHE CILËSINË JETËS	83
4.1. Ankthi	83
4.2. Çrregullimi i ankthit të përgjithësuar	84
4.3. Ankthi dhe cilësia e jetës	91
4.4. Ankthi në mjediset studentore	94
4.5. Trajtimi i ankthit me anë të relaksimit progresiv të muskujve	94
4.6. Përdorimi i hipnozës të ankthi	103
KAPITULLI V. METODOLOGJIA	111
5.1. Qëllimi dhe objektivat studimit	111
5.2. Hipotezat	113
5.3. Dizajni i studimit dhe procedura	113
5.4. Instrumentat matës	145
KAPITULLI VI. REZULTATET	147
6.1. Analiza sasiore	147
6.1.1. Analiza sasiore për efektivitetin e teknikave në reduktimin e ankthit	147
6.1.2. Analiza sasiore për efektivitetin e teknikave mbi cilësinë e jetës	154
6.2. Analiza cilësore	161
6.2.1. Të dhënat e marra nga intervistat e pjesëmarrësve	161
6.2.2. Të dhënat e marra nga ekspertët e fushës	176
KAPITULLI VII. DISKUTIMI	186
KAPITULLI VIII. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME	209
REFERENCAT	214
SHTOJCË	247
1. Instrumenti i GAD me shtesat	247
2. Letër autorizimi	248

3. Pyetjet e intervistave të ekspertëve	250
4. Intervistat e ekspertëve	251
5. Pyetësorët e pjesëmarrësve pas trajtimit	263
6. Skriptet	264

LISTA E ILUSTRIMEVE

Figura 1. Paraqitja skematike e fazave të studimit	118
Figura 2. Paraqitja skematike e fazave të studimit	159
Figura 3. Paraqitja grafike e nivelit të vështirësive në kujdesin në shtëpi para dhe pas trajtimit	160
Figura 4. Paraqitja grafike e nivelit të vështirësive në obligimet e punës para dhe pas trajtimit	160

LISTA E TABELAVE OSE DIAGRAMAVE

Tabela 1. Kriteret diagnostike sipas DSM-IV dhe DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)	89
Tabela 2. Numri dhe përqindja e kampionit sipas gjinisë.....	114
Tabela 3. Rezultatet e GAD për pjesëmarrësit në fazën I	115
Tabela 4. Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve që kanë qenë në seanca hipnotike më parë	116
Tabela 5. A. Vlera mesatare dhe shmangia standarde në nivelin e ankthit para trajtimit mes grupeve	119
Tabela 5. B. Paraqitja e ANOVA testit për dallimet mes grupeve	120
Tabela 6. Të dhënat mbi moshën dhe gjininë sipas grupit të trajtimit	121
Tabela 7. Paraqitje tabelare e shpërndarjes së seancave	122
Tabela 8. A. Vlera mesatare dhe shmangia standarde në nivelin e ankthit para dhe pas trajtimit	148
Tabela 8. B. T-test i kampionit të çiftëzuar	149
Tabela 9. Krahasimi i vlerave mesatare të GAD të pjesëmarrësve para dhe pas trajtimit (N = 42)	149
Tabela 10. Statistika e çifteve të kampionit për llojet e trajtimit	151
Tabela 11. Përmbledhje e ANOVA-s duke krahasuar grupet sipas ndërhyrjeve në vlerat e GAD para dhe pas trajtimit	152
Tabela 12. Krahasimet post-hoc me teknikën Gones-Howell të GAD pas trajtimit	153
Tabela 13. Statistika e çifteve të kampionit për ndikimin në cilësinë e jetës	155
Tabela 14. Statistika e çifteve të kampionit në ndikimin e tipeve të terapisë në cilësinë e jetës	157
Tabela 15. Të dhënat nga pjesëmarrësit për hipnozën dhe relaksimin	162
Tabela 16. Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve për teknikën e Forcimit të Egos	167
Tabela 17. Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve për teknikën e Metaforës	170
Tabela 18. Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve për teknikën e Relaksimit Progresiv.....	173
Tabela 19. Intervista me Dr. Fanaj mbi teknikat	176
Tabela 20. Intervista me Hipnoterapistin Klinik Charuana mbi teknikat	179

Tabela 21. Intervista me Prof. Duka mbi kushtet historike	181
Tabela 22. Intervista me Prof. Gurakuqi mbi kushtet historike	182
Tabela 23. Intervista me Prof. Dhima mbi kushtet antropologjike	183
Tabela 24. Intervista me shkrimtarin Ylljet Aliçka mbi metaforën	184
Tabela 25. Intervista me Dr. Roko mbi ankthin dhe relaksimin fizik.....	185

KAPITULLI I: HYRJE

Hipnoza është një gjendje ose rrethanë, në të cilën personi mund të hyjë nga sugjestionet e përshtatshme dhe të arrijë ndryshim të perceptimeve, memories ose humorit. Hipnoterapia është përdorimi i hipnozës në trajtimin e një çrregullimi ose shqetësimi psikologjik. Hipnoza edhe në ditët e sotme ka vështirësitë e saj për ta përcaktuar dhe po ashtu, ka shumë elemente të cilat ende sot e kësaj dite mbeten të debatueshme në aspektin e evidencave të natyrës shkencore. Hipnoza dhe disa teknika të hipnoterapisë (forcimi i egos dhe metaforat) janë huazuar nga psikoanaliza dhe janë parë si të dobishme në trajtimin e çrregullimeve të ankthit. Hipnoterapia ka potencial të konsiderueshëm për t'u përdorur në shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe është pranuar si një mjet ndihmës për shumë gjendje ose rrethana shëndetësore (Rankin-Box & Williamson, 2006). Sot, hipnoterapia përfshihet në trajtimet standarde psikologjike, mjekësore ose dentare (Jonas & Levin, 1999; Pintar & Lynn, 2008). Nga teknikat e hipnoterapisë janë zgjedhur ato të forcimit të egos dhe metaforat. Metaforat janë tregimi i një historie gjatë hipnozës klinike. Metaforat, konsiderohen si një nga mënyrat më të fuqishme dhe të qeta për të komunikuar një informacion të rëndësishëm tek pacientët, për të arritur qëllime të caktuara në jetë (Yapko, 2003). Metaforat mund t'i përdorim për arsye relaksi (induktim të transit) ose si proces të terapisë. Metoda e forcimit të egos arrihet përmes sugjerimeve të drejtpërdrejta. Pra, në rastin e metaforave sugjerimet janë indirekte, ndërsa tek forcimi i egos, direkte. Përveç teknikave të hipnozës, teknikat bihejviorale si relaksimi progresiv i muskujve kanë treguar efikasitet të lartë në trajtimin e ankthit. Procedurat e relaksimit progresiv të muskujve, janë aplikuar në një variacion problemesh klinike, si një teknikë e vetme ose në bashkëpunim me metoda të tjera.

Përdorimi më i zakonshëm, ka qenë lidhur me stresin dhe ankthin, të cilët manifestohen shpesh me simptoma psikosomatike.

Çrregullimet e ankthit janë të pranishme pothuajse në të gjitha kulturat (Demyttenaere, 2004) dhe të dhënat tregojnë, që do të përjetohej nga afër 18% e të rriturve çdo vit dhe nga afër 32% e njerëzve gjatë gjithë jetës së tyre (Kessler, 2005). Ankthi e redukton cilësinë e jetës (Cramer, 2005; Rappaport et al, 2005; Saarni, 2007) dhe kontribuon në paaftësi (Bloom, 2011), duke shkaktuar dëmtim të rëndë profesional dhe humbje të produktivitetit (Greenberg et al., 1999; Ormel, 1994). Episodet e GAD ndikojnë gjithashtu mbi cilësinë e jetës, duke e dëmtuar funksionimin (arritjet akademike ose mungesat me javë në punë) si dhe ndërveprimet sociale dhe cilësinë e jetës në përgjithësi (Mendlowicz & Stein, 2000). Te studentët e universitetit, ankthi është krejt i zakonshëm dhe studimet tregojnë se rreth 75% e të gjithë individëve me çrregullime të ankthit do ta përjetojnë atë gjatë periudhës së studimeve (Bolden, 2008; Margarita, 2008).

Qëllimi i këtij studimi ishte njohja me efektet e përdorimit të teknikave të hipnoterapisë klinike, në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës. Studimi kishte natyrë gjysmë-eksperimental, në të cilin u aplikuan tre teknika terapeutike: Metafora, Forcimi i Egos dhe Relaksimi Progresiv me qëllim reduktimin e ankthit të përgjithësuar në rastet e studentëve të grupmoshës 20-30 vjeç. Hipotezat e studimit janë ndërtuar si më poshtë:

- Teknikat e hipnoterapisë klinike dhe teknika e Relaksimit Progresiv, janë efikase në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.
- Teknikat e hipnoterapisë klinike janë me efikase, se teknika e Relaksimit Progresiv në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

-Teknika e sugjerimeve direkte/autoritare e Forcimit të Egos, është më efi­kase se teknika e sugjerimeve indirekte/tolerante e Metaforës në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

-Ka dallime në efikasitetin e teknikave mes gjinive në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

KAPITULLI II: BAZAT TEORIKE TË PSIKOANALIZËS, BIHEJVORIZMIT DHE TË HIPNOZËS

2.1 Shkolla Psikoanalitike

2.1.1 Qasja sipas Frojdit:

Psikoanaliza është një familje me teoritë psikologjike dhe metodat e bazuara në punën e filluar nga Sigmund Frojd. Psikoanaliza ishte shkolla e fundit, e cila ndikoi fuqishëm në zhvillimin e psikologjisë, në atë kohë kur terapia e sjelljes ishte në zhvillim e sipër. Mjeku i ri austriak zbuloi nga seancat e hipnozës që aplikonte te pacientët, se ata ishin të aftë të kujtonin ndjenja dhe emocione të fshehta për të tjerët. Ajo që solli të re Frojdi ishte determinizmi psikik që do të thotë se sjellja, mendimet, ndjenjat dhe simptomat janë shteg i përbashkët final i proceseve të pavetëdijshme (Meissner, 2009).

Frojdi, ishte ai, i cili konceptoi për herë të parë termin e së pavetëdijshmes, seksualitetin të fëmijët (deri atëherë ishte menduar se fëmijët nuk kishin seksualitet) represionin e ndjenjave dhe të emocioneve. Ai propozoi tre instancat e strukturës psikike. Mbi të gjitha këto ishin koncepte të reja për të kuptuar dhe trajtuar qenien njerëzore në një këndvështrim të ri.

Përsa i përket konceptit të së pavetëdijshmes, ky zbulim çon në përfundimin, se mendja njerëzore ka një formë të censorit, që mendon se memoriet e caktuara, mendimet dhe ndjenjat janë të pakonceptueshme dhe se ky material është i represuar (Meissner, 2009).

Rreth vitit 1892, Frojdi braktisi hipnozën për të vazhduar me asosacionet e lira. Këtë herë, ndryshe nga praktikat e hipnozës, pacienti shtrihet në një kolltuk, flet për ato që i vijnë në mend dhe nuk i duhet të përdorë hipnozën për të rikujtuar ngjarjet, ndërsa

psikoanalisti qëndron ulur prapa tij, pa u vënë re, përgjithësisht duke e dëgjuar dhe duke shtuar ndonjë fjalë (Fromm, 1980). Pacienti shpreh gjithçka që mendon dhe fantazon lirshëm, duke qenë ai i pari, që merr iniciativën për të folur dhe e bën terapistin të jetë pasiv, ndryshe nga hipnoza që varet nga miratimi i pacientit, autoriteti dhe aftësia e terapistit.

Në psikoanalizë, pacienti nuk kërkon të marrë këshilla, por qëllimi është që të hyjë thellë nëpërmjet saj dhe të kuptojë veten (Sorr, 1989).

Ideja se emocionet tona të fshehura, në mënyrë të pavetëdijshme dalin në sipërfaqe nëpërmjet ëndrrës, është një nga gjetjet më të vlefshme të psikoanalizës.

Modeli topografik i mendjes: Puna e thellë dhe këmbëngulëse e Frojdit përkufizoi mendjen në tre instance topografike:

Vetëdija - e cila shihet si një fenomen subjektiv, përmbajtja e së cilës mund të komunikohet vetëm me anë të gjuhës dhe sjelljes. Frojdi supozon, se vetëdija përdor një formë të energjisë psikike të neutralizuar, që ai i referohet si një kateksë e vëmendjes (Meissner, 2009). Me fjalë të tjera, dikush është i vetëdijshëm për një ide ose ndjenjë të veçantë, si rezultat i investimit të një sasive diskrete të energjisë psikike, në atë ide ose ndjenjë (Meissner, 2009).

Paravetëdija - Këtu futen përmbajtjet që mund të sillen në vetëdije përmes fokusimit të vëmendjes. Konceptualisht, e paravetëdijshmja ndërvepron me të dyjat, regionin e vetëdijshëm dhe të pavetëdijshëm. Që të arrijë vetëdijen e vëmendshme, përmbajtja e së pavetëdijshmes duhet të lidhet me fjalët dhe kjo bëhet e paravetëdijshme (Meissner, 2009).

Pavetëdijs - Sipas mësimave të psikoanalizës, kjo është një dinamikë dhe përmbajtjet mendore, po ashtu dhe proceset e vetëdijes, janë të mbajtura jashtë vetëdijes, përmes forcave të censorit ose të represionit, të cilat manifestohen si rezistenca për të kujtuar (Meissner, 2009).

Struktura e aparatit psikik: Sipas psikoanalizës aparati psikik ka një strukturë të përbërë prej tri instancash: Idi, Ego dhe Super Ego.

Idi - konceptohet si pjesa e errët e personalitetit tonë dhe, ai nuk duhet vështruar si sinonim me pavetëdijen, sepse edhe ego dhe superego, kanë komponentë të pavetëdijshëm. (Meissner, 2009).

Ego - është instancë tjetër, e cila e ka origjinën nga Idi dhe që ka për funksion: kontrollin dhe rregullimin e instikteve; gjykimin apo aftësinë për t'i paraprirë pasojave të një veprimi; relacionin me realitetin si kuptimi, testimi dhe adaptimi i realitetit; funksionet mbrojtëse të ego-s psh: represioni i cili shikohet si mbret i mbrojtjeve.

Superego - Superego vendos dhe përmban vetëdijen morale të personit, në bazë të sistemit kompleks të idealeve dhe vlerave të internalizuara prej një prindi (Meissner, 2009). Kjo kryen një shqyrtim të vazhdueshëm të sjelljeve, mendimeve dhe ndjenjave të një personi; kryen krahasimet me standardet e pritura dhe ofron miratim ose jomiratim (Meissner, 2009). Këto aktivitete në pjesën më të madhe janë të pavetëdijshme.

Bazuar në këto, konceptimi i personalitetit sipas Frojdit është si një ajsberg, ku e pavetëdijshmja zë pjesën më të madhe e drejtuar nga forca primitive dhe të vjetra, të cilat përbëjnë Idi-n. Frojdi bëri ndarjen e dy rrethave të funksioneve mendore, duke i quajtur proces parësor dhe dytësor, ku Idi përdor proceset parësore, duke shpërfillur

kohën dhe hapësirën, duke i trajtuar të kundërtat si errësirë/dritë ose lart/poshtë si të ishin të njëjta (Sorr, 1989). Idi punon që të kënaqë principet e kënaqësisë, të cilat mund të kuptohen si kërkesa për të treguar rëndësi dhe plotësim të nevojave imediate/të menjëhershme: e dua tani.

Ego-ja, është ajo pjesë e mendjes e cila përfaqëson vetëdijen dhe përdor proceset dytësore. Funkzioni i parë i saj është vetëruajtja. Ego-ja, si pjesë e personalitetit, është e vetëdijshme për realitetin dhe është në kontakt me botën jashtë; duke konsideruar rrethanat, ajo vendos balancën e kërkesave të bëra nga Idi dhe Superego-ja. Meqenëse ajo është në kontakt me realitetin, në të kundërt me Idi-n, i plotëson nevojat atëherë kur gjendet objekti i përshtatshëm: duhet të bëjë plan për të marrë diçka.

Ndërsa koncepti i tretë, Superego-ja, mund të shihet si figura prindërore e formuar nga urdhrat dhe kritikët. Superego-ja përmban të vetëdijshmen tonë sociale dhe përmes ndjenjave të fajit dhe ankthit, kur bëjmë diçka gabim, ajo na drejton drejt sjelljeve të pranueshme nga shoqëria. Superego-ja nuk përfundon deri në moshën shtatëvjeçare dhe ka dy aspekte: koshiençën, e cila brendëson ndëshkimet, ego-n ideale, që formohet nga shpërblimet dhe modelet pozitive të prindërve të fëmijës. Koshienca dhe ego-ja ideale ia komunikojnë kërkesat e tyre ego-s nëpërmjet ndjenjave të krenarisë, turpësorisë dhe fajit: ti nuk mund ta kesh, sepse nuk është e drejtë (Sorr, 1989).

Mekanizmat mbrojtës: Mekanizmat mbrojtës janë një proces i pavetëdijshëm i psikikës, që i ofrojnë Ego-s çlirim prej konfliktit ndërmjet Idi-t intruziv, Superego-s kërcënuese dhe ndikimit të fuqishëm që vjen nga realiteti i jashtëm. Funkzioni kryesor i këtyre mekanizmave psikologjikë është të ndalojnë përjetimin e ndjenjave/emocioneve që shkaktojnë dhimbje. Funkzioni i dytë është shtrembërimi i aftësive tona për të

perceptuar realitetin ashtu siç është në të vërtetë. Mbrojtjet krijohen si refleksione të përpjekjeve të Egos, për të ndërmjetësuar mes shtypjeve të Idit, në një anë dhe kërkesave të realitetit të jashtëm, në anën tjetër. Këto përbëjnë një element domethënës të karakterit të personit. Mbrojtjet mund të jenë adaptive, të shëndetshme dhe patologjike (Meissner, 2009).

Mekanizmat kryesorë mbrojtës janë: Represioni, Formimi i Reagimeve, Projeksioni, Regresioni, Racionalizimi, Mohimi, Zhvendosja, Introjeksioni, Sublimimi, Shuarja, Izolimi etj.

Është me interes të përmendim dy mekanizma mbrojtës: regresionin dhe represionin, për arsyen se gjatë procesit të hipnozës punohet me të pavetëdijshmen dhe pacientët mund të kalojnë në regres ose të nxjerrin kujtime të represuara.

Regresioni - Sipas psikoanalizës është një mekanizëm mbrojtës i matur, që karakterizohet me përpjekjet për kthimin në një fazë më të hershme libidinale, të të funksionuarit, me qëllim të shmangies së tensioneve dhe konflikteve të evoluara në nivelin prezent të zhvillimit. Ky reflektim e ka tendencën bazike të fitimit të kënaqjes instinktuale në një periudhë më pak të zhvilluar. Regresioni është një fenomen normal, gjithashtu një shkallë e caktuar e tij është thelbësore për relaksim, gjumë dhe orgazmë. Po ashtu, konsiderohet edhe si një shoqërim thelbësor i procesit kreativ (Meissner, 2009).

Represioni - Sipas psikoanalizës, është një mekanizëm mbrojtës neurotik, që karakterizohet me dëbimin ose mbajtjen jashtë vetëdijes të një ndjenje ose ideje. Represioni primar i referohet frenimit të ideve ose ndjenjave para se ato të kenë arritur vetëdijen; sekondari përjashton ato që kanë arritur vetëdijen. Represioni nuk është

harruar realisht, sjellja simbolike mund të jetë e pranishme. Ky dallon prej supresionit prej ndikimit të inhibimit të vetëdijshëm të impulsit deri në pikën e humbjes dhe jo vetëm deri në shtyrjen e qëllimit të mbajtur gjallë. Perceptimi i vetëdijshëm i ndjenjave dhe impulseve është bllokuar në represion (Meissner, 2009).

Stadeti e zhvillimit psiko-seksual: Frojdi vuri re se, në periudha të caktuara të jetës, pjesë të ndryshme të lëkurës na japin kënaqësi të madhe, të cilat më vonë do t'i quanim zona erogjene. Atij iu shfaq imazhi i bebes së vogël që e gjen kënaqësinë nga thithja, veçanërisht nga thithja e gjoksit të nënës; por, në fakt, bebet kanë një instikt që t'i afrojnë të gjitha gjërat në kontakt me gojën. Pak më vonë gjatë jetës, ai e kalon kënaqësinë në pjesën anale. Kur arrijnë rreth 3-4 vjeç, ai mund të ketë zbuluar kënaqësinë nga prekja, duke fërkuar gjenitalet e veta dhe vetëm në periudhën e maturisë seksuale mund ta gjejë kënaqësinë nga interkursi seksual.

Stadi oral - fillon nga momenti i lindjes deri 18 muajsh dhe fokusi i kënaqësisë është te goja. Thithja dhe kafshimi janë aktivitetet kryesore.

Stadi anal - fillon nga 18 muajsh deri 3 vjeç. Fokusi i kënaqësisë është anusi, kur mbajtja dhe nxjerrja e feçes është kënaqësia e tij më e madhe.

Stadi falik - nga 3,4-5,6 vjeç, kur fokusi është te gjenitalet dhe masturbimi është i zakonshëm.

Stadi latent - fillon nga 5,6-deri në pubertet, rreth 12 vjeç. Gjatë këtij stadi, Frojdi besonte se impulsi seksual shtypet në shërbim të të mësuarit.

Stadi gjenital - fillon me pubertetin dhe paraqet rigjallërimin e drejtimit seksual në adoleshencë dhe fokusimi më i madh lidhet me interkursin seksual (Meissner, 2009).

Kompleksi i Edipit

Çdo stad ka disa detyra të vështira, të cilat asociohen se ku mund të shfaqen problemet e veta. Në stadin falik na shfaqet kriza e Edipit. Gjatë kësaj faze, djemtë e vegjël venë re ndryshimin ndërmjet vajzave dhe djemve, sepse ata kanë penis ndërsa vajzat jo, ndoshta sepse atyre iu është këputur dhe ndoshta kjo mund t'i ndodhë edhe atij. Këtu është edhe fillimi i ankthit të kastrimit. Vajzat e vogla, të cilat nuk kanë penis, do të dëshironin të kishin dhe gjithë fuqia lidhet me të, duke zhvilluar zilinë e penisit (Meissner, 2009).

Nga psikoanaliza kemi zbuluar se fantazia më e zakonshme e fëmijës është kompleksi i Edipit: ku fati i tij është vrasja e babait dhe martesë me nënën. Por termi kompleks i Edipit nuk përjetohet te fëmija në formën e të rriturit, por në një formë të përshtatshme për të.

Nevoja për dashuri e fëmijës është e drejtuar, ose nga nëna, ose nga babai dhe mund të flasim për një kompleks, kur kjo nevojë për dashuri arrin atë shkallë, sa që objekti i zgjedhjes mbrohet me xheloz: burri i vogël do ta ketë nënën të gjithën për vete, duke hequr qafe babanë dhe shpesh këto dëshira janë evidente në jetën reale, sepse fëmijët janë krijesa të vogla, ende primitive, me mendime të rrezikshme (të vrasin konkurrentin), por të padëmshme në realitet, sepse kjo vlen edhe për qëllimet e tij ndaj nënës (Meissner, 2009).

Teoria e ankthit: Frojdi ka theksuar tri lloje të ankthit:

1. **Ankthi realist** - që ne mund ta quajmë frikë; është përvojë emocionale që formohet kur personi vë re rrezikun nga objekti; ose situata e jashtme, e cila e rrezikon egzistencën dhe funksionimin e organizmit; ose kur në botën e jashtme s'ka afër stimulues mbrojtës dhe siguries (mungesa e nënës shkakton frikë).
2. **Ankthi moral** - kur kërcënimi nuk vjen nga jashtë (pra nga bota fizike), por prej brendësisë së botës së jashtme të superego-s. Në fakt, është një mënyrë tjetër përshkrimi e ndjenjave, si turpi dhe frika nga ndëshkimi; apo ndjenja e fajit është përvojë emocionale e mundimshme, që krijohet nën ndikimin e superegos e sidomos, të asaj pjese, që quhet vetëdije. Superegoja, është përfaqësuese e brendshme e autoritetit të prindërve dhe shoqërisë, e cila i kërcënohet egos, se do ta dënojë nëse bën diçka, që kundërshtohet nga ego-ideali. Këtë frikë nga ego-ideali, Frojdi e lidhi me gjendjet anksozo-depresive dhe depresionin në përgjithësi.
3. **Ankthi neurotik** - është frika e kërcënimit të impulsive të Idi-t, pra frika nga humbja e kontrollit, racionalitetit apo edhe e mendjes. Është përvojë emocionale e pakëndshme, që krijohet me aktualizimin e rreziqeve jologjike, që vijnë nga e pavetëdijshmja dhe nga bota e instikteve të Idi-t, të cilat egoja me mekanizmat e vet mbrojtës s'mund t'i neutralizojë apo largojë.

Teoria psikoanalitike e sheh ankthin si një sinjal. Frojdi ka identifikuar dy tipe të situatave ankth-provokuese: stimulimin e tepruar instinktual, që prodhon një gjendje të mungesës së ndihmës dhe të traumës; si dhe kërcënimin e rrezikut, ky paralajmërim i

njohur si *anxiety signal* operon si i pavetëdijshëm dhe shërben për t'i mobilizuar burimet e egos, për ta larguar rrezikun (Meissner, 2009).

Megjithatë Frojdi është fajësuar shpesh për thjeshtësinë e mendimit në lidhje me hipnozën dhe për lënien në hije të saj gjatë dhjetëvjeçarëve të parë të shekullit të kaluar, shkrimet e tij shfaqin një teori të pasur mbi hipnozën dhe një pranim të sinqertë mbi borxhin që teoria psikoanalitike dhe praktikimi i saj i detyrohen hipnozës. Edhe pse ai, e braktisi përdorimin e hipnozës si një mjet klinik, Frojdi mbajti një interes teorik të këtij subjekti dhe në shumë çështje të nderuara në kërkimet e atëhershme. Ndërkohë, që theksi i tij në aftësitë e hipnotistit ndoshta është tepruar, reflektimet në lidhje me vëmendjen, pritshmëritë sociale, dinamikën e grupit, testimin e realitetit dhe lidhjen midis hipnozës dhe gjumit kanë dalë nga investigimet empirike (Bachner-Melman & Lichtenberg, 2001).

2.1.2. Qasja sipas Jungut

Jung ka një qasje totalisht ndryshe për psikologjinë njerëzore, duke theksuar se të kuptosh psikikën njerëzore duhet të eksplorosh botën e ëndrrave, artin, mitologjinë, mistikën, botën fetare, spiritualitetin dhe filozofinë. Ai njihet për të rejtat që solli me të pavetëdijshmen kolektive, arketipet, konceptet introvert/ekstrovert. Jungu ka ndikuar në psikiatri, para së gjithash, me studimet e tij në aspektin fetar dhe mund të themi me bindje, që analiza jungiane ka më tepër funksion spiritual (Stevens, 2001).

Mes të kuptuarit të strukturës psikike, ndërgjegja e përcaktuar nga ai është pjesë e procesit evolucionar. Egoja është qendra e personalitetit të vetëdijshëm.

Në hirearkinë strukturore të mendjes, sipas Jung-ut fusha e së pandërgjegjshmes qëndron poshtë së ndërgjegjshmes, e pandërgjegjshmja është konsideruar si matricë, nga e cila e vetëdijshmja del në çdo brez dhe këtu është ndarja domethënëse e tij nga teoria e Frojdit, por në të njëjtën kohë edhe krijesa e tij e re për psikologjinë (Stevens, 2001).

Teoria e Jungut e ndan psikikën në tri pjesë: E para është Ego, të cilën ai e identifikon me mendjen e vetëdijshme. E dyta është e pavetëdijshmja personale, e cila përfshin çdo gjë që nuk është e vetëdijshme, por që mund të arrihet të bëhet. E pavetëdijshmja personale përfshin kujtimet, që dalin lehtë në të vetëdijshme si edhe ato, të cilat kanë qenë shtypur për arsye të ndryshme. E treta është e pavetëdijshmja kolektive, është rezervuari i eksperiencave tona si specie, një lloj njohurie me të cilën ne të gjithë lindim dhe nuk mund të bëhemi të vetëdijshëm për të. Eksperiencat e dashurisë me shikim të parë, déja vu-ja dhe njohja e menjëhershme e disa simboleve dhe kuptimit të miteve, mund të jenë njohje e menjëhershme e lidhjes së realitetit jashtë me realitetin tonë të brendshëm të pavetëdijshes kolektive (Stevens, 2001).

Thellë në psikikën e fshehur nën shtresat e së pavetëdijshmes personale janë shtresat e tjera, të cilat janë formuar gjatë mijëvjeçarëve dhe tejçohen në çdo evoluim të species sonë. Imazhet e perceptuara ruhen në psikikën e njeriut dhe tejçohen pa humbur asnjëherë gjithë luftërat dhe përpjekjet gjatë evolucionit. Këtë, ai e quan e pavetëdijshme kolektive, në të cilën gjenden gjurmë të imazheve, origjina e të cilave nuk mund të jetë nga përvojat e tyre personale. Ngjashmëria e këtyre ideve të dhëna përmes ëndrrave, fantazive e çoi atë t'i emërtonte si imazhe promidale ose arketipe.

2.1.3. Terapia Psikoanalitike

Teoria psikoanalitike solli zhvillimin edhe të psikoterapisë psikoanalitike e cila për një periudhë kohore ka qenë dominuese. Janë shumë të rëndësishme për punimin, të diskutohen disa fenomene, të cilat i konstruktoi psikoanaliza dhe psikoterapia psikoanalitike.

Transferenca - Është një proces psikik që ndodh gjatë terapisë, është një proces tërësisht i pandërgjegjshëm, i cili përkufizohet fillimisht si procesi gjatë të cilit, pacienti i vesh terapistit qëndrime dhe ide që vijnë nga figura të mëparshme që ka pasur gjatë fëmijërisë, apo më vonë gjatë jetës dhe që kanë qenë përfshirëse, sidomos ato prindërore. Gjatë asosacioneve të lira, pacientët do të flasin për gjithçka që ka lidhje me frikërat, dëshirat, shqetësimet, simptomat e tyre neurotike, inatet, zemërimet, dashuritë, të cilat mund të kenë lidhje ose jo me terapistin e tyre (Meissner, 2009).

Nëse terapisti dhe pacienti i përkasin gjinive të ndryshme, këtë proces mund ta përshkruajmë lehtë si i rënies në dashuri, të këtij pacienti me psikoanalistin e tij, i cili bëhet objekti i dashurisë, admirimit, varësisë dhe xhelozisë, duke u sjellë me psikoanalistin ashtu si mund të sillet njeriu kur ka rënë në dashuri me dikë (Fromm, 1980). Megjithatë transferenca ndodh tek të gjithë mjekët dhe terapistët, ishte Frojdi i cili e formuloi këtë koncept të afeksionit të pacientit ndaj mjekut, duke e shpjeguar atë si dukuri të lidhjes dashurore (ose armiqësore) të figurës së terapistit, si afeksion të hershëm të fëmijërisë ndaj njërit prej prindërve, pra këto ndjenja transferohen tashmë diku tjetër.

Sipas Çajllendit (Chiland,1999) transferencën mund ta studiojmë në katër grupe kryesore:

1. **Transferenca pozitive** - Gjatë kësaj lloj transference, pacienti e zhvendos marrëdhënien dashurore për një të afërm të fëmijërisë, tek terapeuti por edhe kjo lloj transference, nëse është e tepërt, bëhet e dëmshme.
2. **Transferenca negative** - Mbështetet në të gjitha format e urrejtjes: armiqësi, inat, shpirt kritik sistematik, frikë nga gjykime negative, nga refuzimi, madje edhe nga persekutimi. Kjo transferencë është tërësisht e dëmshme kur nuk shprehet dhe nuk kapërcehet; ajo pengon çdo vërtetësi në marrëdhënie; komunikimi dhe vetë marrëdhënia mbeten të pamundura. (Chiland, 1999, f. 77).
3. **Rezistenca nëpërmjet transferencës** –

“Pacienti mund të kërkojë kënaqësi pulsionale në marrëdhënien e bisedës klinike. Kështu ai mund të zhytet në pasivitet dhe në varësi, nëse psikologu nuk ndërhyr dhe e lë atë në pasivitet; aq më tepër kur ai sillet ndaj tij ashtu siç sillemi me një fëmijë, duke i dhënë vazhdimisht këshilla” (Chiland, 1999, f. 80).
4. **Çarja** - Dukuria e transferencës ndodh gjatë gjithë kohës në jetën e përditshme, e zhvendosur te figurat autoritare, te liderat e fortë dhe udhëheqësit karizmatikë, që janë jashtë dhomës së terapisë freudiane.

2.2 Qasja Bihejvioriste

Behaviourism është përkufizuar si studimi i sjelljes njerëzore nga analiza e stimulit dhe përgjigjes (Oxford English Dictionary, 1998). Reber & Reber (2001, f. 84) konstatojnë se sjellja është një term i përgjithshëm, i përdorur për të përshkruar përgjigjet e matshme të organizmave si: veprimi, aktiviteti, reagimi, përgjigjja, lëvizjet, proceset dhe operon në përgjigje të një stimuli të caktuar. Bihejviorizmi ishte bazamenti teorik i zhvillimit të terapisë së sjelljes.

Terapia e sjelljes është një lloj terapie, e cila synon të ndryshojë sjelljet e keqpërshtatura dhe anormale, kurse fokusi është i drejtuar tek sjellja në vetvete, se sa tek analizat analitike dhe dinamike të konflikteve të mbuluara apo të burimeve të konfliktit (Dictionary of Psychology, 1995, f. 89).

Teoria e sjelljeve është e interesuar të studiojë sjelljet e vëzhgueshme, duke injoruar çfarë ndodh në mendje, duke e parë sjelljen të kushtëzuar nga ngjarjet që ndodhin në mjedis. Duke studiuar ngjarjet, mund të jetë efikase që të drejtojnë individin të sillet në mënyrë të parashikueshme. Në rastin e kushtëzimit klasik, sjelljet janë të rregulluara nga bashkëveprimi; për shembull qeni i Pavlovit mësoi të sekretonte pështymë kur binte zilja e kambanës, sepse kambana ishte e lidhur me erën e ushqimit. Në rastin e kushtëzimit operant/veprues, sjelljet rregullohen nga një sistem përforcimi. Përforcimi pozitiv referohet për veprime, që rrisin mundësinë e një veprimi tjetër të caktuar, për shembull, t'i japësh një qeni një copë mish çdo herë që ai risjell një top të hedhur. Përforcimi negativ referohet në tërheqje të një veprimi të caktuar, në mënyrë që të shuajë këtë sjellje, për shembull, pa sjellje të topit nuk ka copa mishi. Këto dy koncepte së bashku, mund të përdoren për t'u dhënë formë sjelljeve. Që nga koha kur këto teori u

parashtruan, teoria e sjelljeve është zhvilluar në shumë mënyra, të cilat e largojnë nga modelet origjinale reduktuese.

Sidoqoftë, parimi themelor qëndron në faktin se, sjelljet e vëzhgueshme janë më të vlefshme sesa sjelljet, të cilat mendohen se kanë shkaktuar këto sjellje.

Të gjitha funksionet e sistemit nervor edhe ato më komplekset konsistojnë në sekuencën: *Stimul – Reagim*.

Reagimi – është, ose aktivizimi i një seti të caktuar, ose sistemi neuronesh, ose pasojat e shkatuara nga këto si imazhet e perceptuara, ose kontraktimi muskular.

Stimuli - është ngjarja para reagimit, pra që shkakton këtë reagim. Qëndrueshmëria e marrëdhënies stimul – reagim është ajo që ne e quajmë zakon (habit). Zakonet janë të të gjitha niveleve, që nga lëvizjet e thjeshta, natyrale (të dëgjosh, të vështrosh, të zgjidhësh problem), deri tek ato më komplekse që kërkojnë një set aftësish (të luash basketboll, të bësh operacione kirurgjikale apo të luash në piano) (Wolpe, 1990).

Autorët kryesorë:

Pavlov (1890), njihet si personi i parë, i cili vuri re dhe ekzaminoi sjelljen. Ai njihet si psikolog rus dhe emërtohet si babai i kushtëzimit klasik. Nëpërmjet eksperimentit të vet me reagimin e sjelljes së qenëve ndaj ushqimit, (sekretimi i pështymës) u vu re se ky reagim ndodh edhe kur nuk u ofrohej më ky stimul (ushqimi), por vetëm shoqëruesi i tij (zilja). Ai na mësoi edhe procesin e shuarjes, që ndodh në rastet kur përgjigjja e kushtëzuar ulet dhe rifitimi spontan ndodh kur ai rishfaqet më vonë.

Thorndike (1898), formuloi teorinë e “*law of effect*” i cili shpjegoi se sjellja mësohet nëpërmjet provës dhe gabimit kështu që, sjellja do të kushtëzohet më lehtësisht, në qoftë

se pasojat e stimulit janë të kënaqshme. Kjo metodë është përdorur me efikasitet më vonë në trajtimin e sjelljeve të varura. Ai ka dhënë kontributet e veta edhe në zgjidhjen e problemeve në industri si: testimi dhe ekzaminimi i punonjësve.

Watson (1913), ishte i pari, i cili avancoi qasjen bihejvioriste dhe tregoi fuqinë e kushtëzimit klasik me rastin e Albertit të vogël, që kishte frikë nga miu i bardhë. Ai e arriti këtë nëpërmjet zhurmës sa herë që fëmija shikonte miun e bardhë dhe kushtëzimi ishte aq i fortë, saqë fëmija e gjeneralizoi frikën e tij tek të gjithë objektet e bardha të mbuluara me qime.

Skinner (1938), e ngriti kushtëzimin shumë hapa më lart, nëpërmjet procesit të cilin e quajti kushtëzimi operant. Skinner demonstroi, se si ndodh procesi i të mësuarit dhe më pas hodhi idenë se të gjithë llojet e të mësuarit duhet të shpjegohen nëpërmjet përvetësimit të kushtëzimit operant.

Wolpe (1950), është shumë i njohur për punën e tij me disensibilizimin sistematik. Ai zhvilloi metodën e tij për trajtimin e atyre që vuajnë nga ankthi ekstrem në lidhje me një ngjarje specifike apo situatë. Kjo metodë përfshinë burimin e hirearkisë së ankthit, në hirearkinë e ankthit të shkaktuar nga situata (SUD – Subjective Anxiety Scale). Wolpe investoi arritjen e tij në trajtimin e viktimave të Luftës II Botërore (PSTD).

Bandura (1977), është ai i cili krijoi teorinë e të mësuarit duke hedhur idenë se qenia njerëzore mëson nëpërmjet observimit/vëzhgimit dhe imitimit të të tjerëve. Dhe arriti në konkluzionin, se sjellja e mësuar arrihet nëpërmjet ndërveprimit të mendimeve, vlerave, pritshmërive dhe emocioneve të individit në reagimet ndaj të tjerëve.

Konceptet kryesore:

Kushtëzimi klasik - Përshkruhet se si ne mësojmë përmes asocimit/lidhjes të dy gjërave: njëra e vjetër dhe tjetra e re të cilat ndodhin në të njëjtën kohë, domethënë që stimuli i ri zë vendin e stimulit të vjetër. Stimuli i vjetër si për shembull era e limonit që shkakton refleksin e pështymës, nuk mund të kontrollohet sepse ndodh në mënyrë automatike, ndërsa stimuli i ri ndodh në të njëjtën kohë me të vjetrin disa herë resht, më pas mjafton vetëm ai që të shkaktojë të njëjtin efekt, sepse formohet një asosacion ndërmjet të dyve. Kur krijohet ky asosacion, mjafton që të përmendim fjalën limon dhe sekretimi i pështymës do të ndodhë (stimuli i pakushtëzuar). Stimuli neutral tani bëhet i kushtëzuar (sekretimi i pështymës).

Kushtëzimi operant/veprues - Na tregon se si ne mësojmë përmes rforcimit, kështu që çdo sjellje e përsëritur, përforcohet ose ulët përmes eksperiencës, por përsëri ky ndryshim i sjelljes është i pakontrolluar. Një sjellje e caktuar nëse shpërblehet do të rritet dhe e kundërta. P.sh, nëse ne hamë diçka e cila është e shijshme dhe na ul urinë, atëherë jemi të prirur që ta hamë përsëri; ndërsa e kundërta ndodh me një ushqim i cili nuk na pëlqen, do të ulim mundësinë e përsëritjes. Përmes shpërblimit dhe ndëshkimit sjelljet mësohen ose çmësohen (hiqen). Skinneri e përshkruajti këtë si sjelljen ABC;

Antecedent – Behaviour – Consequence

Shpërblimi, quhet ndryshe edhe rforcimi. Përforcimi pozitiv ndodh, kur shpërblimi është i kënaqshëm dhe përforcimi negativ, kur nuk të jepet shpërblim ose kur të hiqet diçka që ti e dëshiron/të kënaq.

Shuarja, kur largojmë diçka me qëllim që të pakësojmë një sjellje të caktuar, procesi quhet shuarje, pra ti largon diçka me qëllim që përgjigjja të ulët. Kjo teknikë bazohet në

kushtëzimin veprues. Nëse një sjellje, një emocion ose mendim nuk shpërblehet do të ndalojë gradualisht dhe do të shuhet, prandaj është më efikase nëse duam të kemi sukses; është më mirë të mos e përfillim, sesa ta dënojmë atë si sjellje. Shuarja dhe ndëshkimi të drejtojnë në të njëjtin përfundim: të ndalojmë sjelljen. Përforcimi pozitiv është më efikas nga ai negativ, i cili duhet të përdoret menjëherë dhe jo në mënyrë të vazhdueshme. Ndëshkimi mund të shkaktojë edhe reagime të tjera si zemërim dhe fyerje.

Frenimi reciprok, Wolpe parashikonte se frika dhe të ngrënit janë në raport dinamik reciprok. Nëse frika e madhe ka aftësi ta inhiboj aktin e ngrënies, ushqimi që do t'u jepej shtazëve neurotike në situatat që shkaktojnë frikëra të vogla, sigurisht që do të mund të inhibonte frikën.

Nëse në prani të ngacmimeve që shkaktojnë frikë, i nxisim reaksionet që janë të papërputhshme me frikën, frika zbehet ose zhduket (Wolpe, 1990).

Desensibilizimi, është një procedurë trajtimi, e cila prish lidhjen ndërmjet stimulit neutral dhe reagimit të papërshtatshëm emocional, që zëvendëson frikën ndaj situatës me një reagim më të fortë relaksimi, ndryshe mund të quhet edhe kundërkushtëzimi. Frika zëvendësohet me relaksim, sepse pacienti nuk mund të ndiejë edhe frikë edhe relaks në të njëjtën kohë. Ky proces fillon me momentin e nivelit të ulët të relaksit, në mënyrë që reagimi i relaksimit ta kalojë përgjigjen e ankthit të dobët. Ata ose janë në një situatë konkrete, ose imagjinojnë të jenë aty në skenën që i shqetëson/ngjall ankth, ndërsa vazhdojnë të qëndrojnë të relaksuar. Duke e bërë këtë veprim disa herë rresht ndodh shpëputja nga frika. Më pas vazhdohet me një situatë akoma dhe më të frikshme,

ndërsa vazhdojnë të jenë të relaksuar. Ky proces do të vazhdojë derisa subjekti nuk do të përjetojë ankth.

Kjo metodë përdoret për arsyet:

- Të largojmë/heqim frikërat dhe kujtimet e panevojshme, të tepërta dhe të paarsyeshme.
- Të prishet lidhja ndërmjet një situatë që përballemi dhe reagimit emocional të padëshiruar.

Të mësuarit - Mund të përshkruhet si proces që na drejton drejt ndryshimit të një sjelljeje. Pra ndërsa ne mësojmë, të jemi vigjilent në mënyrën se si perceptojmë mjedisin ku jetojmë, mënyrën se si interpretojmë stimulën me të cilin përballemi, si veprojmë e bashkëveprojmë. Baza e idesë së bihejviorizmit është se vetëm sjelljet e dukshme ja vlejné të studiohen, ndërsa gjendja emocionale dhe mendimet janë subjektive (Bandura, 1986).

2.2.1. Relaksimi progresiv i muskujve

Relaksimi progresiv i muskujve është një metodë, e cila u implementua nga Jacobson më 1938 dhe më pas ka vazhduar në variante nga më të ndryshmet, derisa sot mund të themi që kjo teknikë e teorisë së sjelljes është përshtatur në shumë fusha të tjera të terapisë, mjekësisë, në sport, në edukim; sepse relaksimi redukton stresin, ankthin, ul nivelin e frikërave dhe fuqizon pacientët në nivel fizik, psikologjik dhe emocional.

Teknika e relaksimit progresiv të muskujve fillon me relaksimin e grupeve të caktuara të muskujve të trupit. Zakonisht fillohet, ose nga koka dhe zbrësim përgjatë gjithë trupit,

ose e anasjellta, fillojmë nga këmbët dhe vazhdojmë deri te muskujt e kokës dhe të skalpit të kokës.

Kjo teknikë merr mjaftueshëm kohë, por zakonisht më shumë në seancën e parë, sepse sa më shumë të ushtrohet/ përdoret, aq më të lehtë e ka pacienti. Pas një periudhe ushtrimi të kësaj metode, relaksi arrihet shumë më shpejt (Yapko, 2003). Pas një periudhe praktikimi, më pas, mjafton që të përmendim vetëm atë pjesë të trupit dhe arrihet relaksi (Yapko, 2003).

Kjo teknikë konsiston në realizimin e tendosjes të një grupi të caktuar muskujsh dhe më pas në shtendosjen e tyre, me qëllim që të arrihet relaksimi. Kjo teknikë, mund të përdoret si pjesë e terapisë ose si detyrë shtëpie, ku pacienti mund të arrijë ta përjetojë këtë relaksim, pasi është trajnuar nga terapisti.

Efektet psikologjike të relaksimit progresiv të muskujve janë:

Pakësim i ankthit dhe i depresionit, dhe rritja e dëshirës së klientëve për t'u marrë me aktivitete të ndryshme (Pango, 2004).

Efektet fiziologjike të relaksimit progresiv të muskujve janë:

Normalitet i ritmit të zemrës dhe i sistemit të qarkullimit të gjakut, normalizim i tensionit muskular si edhe normalizim i kohës së gjumit (Pango, 2004).

Në ditët e sotme relaksimi progresiv përdoret në fushën klinike për të ulur tensionin mendor. Në bazë të të dhënave, mendja qetësohet kur relaksohen muskujt. Sipas Jacobson (1938) kjo arrihet duke mësuar kontraktime minimale të muskujve, ndryshe nga kontraktimet e forta dhe të përsëritura, një qasje që mbështetet nga Lehrer (1988). Ka studime tregojnë pak ose aspak lidhje të nivelit të ankthit dhe tensionit muskular.

Me sa duket, çdo influencë e aktivitetit muskular apo mendor është pjesë e një procesi i cili nuk është kuptuar ende (Lichstein, 1988, Kerr, 2000).

Për të matur tensionin muskular, Jacobson përdori EMG. Në këtë mënyrë ai mundi të tregonte se, relaksimi progresiv i muskujve kishte efekt të drejtpërdrejtë mbi muskulaturën skeletike. Sa më shumë që përdoret kjo teknikë, aq më i madh është efekti i saj. Ai tregoi se relaksimi progresiv ka efekt indirekt tek niveli i ankthit, sepse ndikon në ngritjen e nivelit të sistemit nervor parasimpatik (Jacobson, 1938).

Jacobson është profesionisti i parë, i cili eci në një rrugë të paeksploruar më parë; megjithatë tregoi kujdes në metodat e përdorura, në punën e tij ka mangësi, ku një prej të cilave është, që në studim përfshiu bashkëpunëtorët e vet dhe nuk bëri përzgjedhje të rastësishme.

2.3 Hipnoza

Fjala hipnozë rrjedh nga greqishtja, dhe do të thotë “gjumë”. Ky nocion është marrë nga mitologjia e lashtë greke, me të cilin personifikohej zoti i gjumit, Hypnos (Pintar & Lynn, 2008). Në Fjalorin e Gjuhës së Sotme Shqipe (2010), hipnoza pranohet si degë shkencore dhe përkufizohet si:

“gjendje e afërt me gjumin, në të cilën mund të vihen njerëzit ose kafshët e larta me anë të sugjestionit, për t’i mjekuar nga ndonjë sëmundje ose për t’i bërë, që të sillen sipas vullnetit të dikujt (Fjalori i Gjuhës së Sotme Shqipe, 2010, f. 530).

Përgjithësisht mund të themi se është një gjendje ose rrethanë, në të cilën personi është në gjendje që nga sugjestionet e përshtatshme të arrijë ndryshim të perceptimeve, memories ose humorit. Përkufizimi i hipnozës nuk është diçka e lehtë, sepse kemi po aq përkufizime të hipnozës, sa edhe persona që kanë tentuar t’i japin një përkufizim asaj (Kroger, & Fezler, 1976).

Sipas Shoqatës Psikologjike Amerikane; APA Division 30, 2013 (Elkins, Barabasz, Council & Spiegel, 2015), hipnoza cilësohet si:

"Një gjendje e ndërgjegjes, që përfshin vëmendje të përqendruar dhe të vetëdijes e karakterizuar nga një kapacitet i zgjeruar, për përgjigje ndaj sugjerimit" (Elkins, Barabasz, Council & Spiegel, 2015, f. 1-9).

Po ashtu, këtu konstatohet se induksioni hipnotik konsiderohet si një procedurë e projektuar për të arritur gjendjen e hipnozës dhe hipnoterapia është përdorimi i hipnozës në trajtimin e një çrregullimi ose shqetësimi psikologjik (Axelrad, Brown, & Wain, 2009). Ndërsa British Medical Association -1955, 1982- e përkufizon si

"Një gjendje të përkohshme të perceptimit të ndryshuar në një subjekt e induktuar nga një person tjetër, gjatë së cilës mund të shfaqen spontanisht ose në përgjigje të stimujve verbalë dhe të tjerë, një llojshmëri fenomenesh" (Burrows, Stanley & Bloom, 2001, f. 4).

Një dekadë më vonë pas përcaktimit të APA-s, Society of Psychological Hypnosis (Green, Barabasz, Barrett, & Montgomery, 2005) e ka përcaktuar duke e përfshirë edhe teknikën klinike të vetëhipnozës të përshkruar si "veprimi i administrimit të procedurës hipnotike tek vetja".

Por vazhdon debati për atë se "a është hipnoza gjendje diskrete e ndryshuar e vetëdijes" (Axelrad, Brown, & Wain, 2009). Për ta përmbledhur përkufizimin, mund të themi se:

"hipnoza është proces, që mund të jetë i dobishëm në interaksion psikoterapeutik, por nuk është as psikoterapi e as art mjekësor i pavarur ose psikologjik.... aplikimi i saj nuk kërkon orientim specifik psikoterapeutik." (Axelrad, Brown, & Wain, 2009, f. 2807).

Gjendja e hipnozës mund të arrihet vetvetiu, mund të inicohet nga terapeuti, pacienti ose në bashkëpunim mes të dyve. (Tamo, 1998).

Librat na mësojnë se hipnoza nuk është diçka e mbinatyrshme, misterioze apo një dhunti të cilën mund ta kenë individë të veçantë, ajo është një proces të cilin mund ta

mësojmë nga ekspertë dhe kërkon njohuri nga hipnoterapsisti dhe vullnet të lirë e fokusim nga pacienti. E vërteta është se hipnoza nuk ka asgjë mistike apo magjike, është thjesht një gjendje koncentrimi dhe fokusimi i vëmendjes. Është e rëndësishme të kuptojmë se mendimet, imagjinata dhe dialogu i brendshëm që njerëzit i flasin vetes në mënyrë kritike, ndikojnë në mos arritjen e qëllimeve dhe në çlirimin e potencialit njerëzor. Gjatë hipnozës ne ndryshojmë realitetin tonë të brendshëm, duke përdorur imagjinatën në mënyrë specifike, ne nxisim ndjenjat dhe ndryshojmë sjelljen e qëndrimet. Kur ndryshon mënyra e të menduarit, vizualizimit dhe imagjinata e gjërave; ndjenjat dhe sjellja do fillojnë të ndryshojnë.

Kërkimet mbi hipnozën, kanë kontribuar shumë në të kuptuarit e sjelljes dhe eksperiencës njerëzore, normale dhe jonormale. Autorët përmbledhin ndikimin e zhvillimit të kërkimeve mbi hipnozën gjatë shekullit të fundit; duke ilustruar vlerat investigative të hipnozës në fenomene të caktuara në fushat e të vepruarit, të ndjerit, të besuarit dhe të kujtuarit (Barnier & Mcconkey, 2003).

Një nga mitet për gjendjen *trans* është se, ajo është një formë jo natyrale e mendjes njerëzore, por kjo është shumë larg nga e vërteta, lidhur me këtë gjendje normale të trupit që njerëzit përjetojnë gjatë gjithë kohës. (Erikson & Rossi, 1970). Ne thjesht nuk arrijmë t'i kuptojmë këto përjetime si gjendje transi ose i shohim ato si diçka e pazakonshme që po na ndodhin në jetën e përditshme.

Kur ëndërrojmë më sy hapur, kur humbasim sensin e kohës, kur jemi duke përjetuar gjendjen as zgjuar dhe as në gjumë, jemi duke përjetuar gjendjen e transit. Nëse një libër na ka zhytur në rreshtat e tij, një film na ka bërë të shkëputemi nga mjedisi përreth nesh, një bisedë na ka përqendruar te tema e diskutimit, procesi është i ngjashëm me

gjendjen trans. Në këto momente, ne përjetojmë një gjendje momentale apo të shtrirë të transit, kohë kur ndjeshmëria dhe reagimet shqisore nuk janë si më parë (Rossi, 1996).

2.3.1 Një histori e shkurtër e hipnozës

Hipnoza është përdorur për shërim prej mijëra vjetësh, që në kohën e egjiptianëve dhe në Greqinë e Lashtë, por vetëm këto 50-60 vitet e fundit ka përdorim në klinikën mjekësore dhe terapeutike. (Pintar, & Lynn, 2008). Fenomenet hipnotike janë raportuar në të gjitha kulturat në botë, dhe në të gjitha periudhat njerëzore dhe në kulturat e ndryshme (Jonas & Levin, 1999). Manifestimet e sjelljes hipnotike kanë ndodhur në kontekst fetar ose shërues (Jonas & Levin, 1999). Rrënjët e saj mund të gjenden që në tempujt e Asklepit (Ellenberger, 1970; Gauld, 1992; Stam & Spanos, 1982).

Hipnoza moderne fillon me Mesimerin në 1766, doktor austriak i cili publikoi punimin “Influenca e planeteve në trupin e njeriut” dhe hodhi idenë se të gjithë objektet ndikohen nga fusha magnetike dhe influencojnë direkt te shëndeti dhe te sëmundjet e ndryshme (Pintar, & Lynn, 2008). Ka shumë pak informacion për teknikën e Mesimerit, që mund ta shpjegojë qartë punën e tij, e cila nuk u mirëprit nga qarqet shkencore, megjithëse ai trajtoi dhe pati sukses në një mori pacientësh, por ka autorë, që e shohin si paraprijës të Mesmerit, priftin katolik Johann Joseph Gassner (1729-1779) i cili kryente ekzorcizëm nëpër Europë (Peter, 2005; Kroger, 2008). Në 1843 John Elliotson, një doktor i njohur në qarqet britanike të asaj kohe botoi librin “Rastet e operacioneve pa dhembje në gjendjen mesmerike” (Pintar, & Lynn, 2008). Esdaile një kirurg skocez në Indi, raportoi me qindra operacione pa dhembje nga viti 1840 në vitin 1850 (Kroger, 2008). James Braid ishte ai, i cili prezantoi për herë të parë fjalën hipnozë të huazuar nga greqishtja që do të thotë gjumë, por vetë Braid besonte te forca e mendjes, e cila kontrollonte edhe trupin dhe u surprizua nga fakti që terapeuti nuk induktonte ndonjë

forcë magnetike (Waxman, 1989). Shpjegimi i tij vazhdon të jetë afërsisht me atë në ditët e sotme (Kihlstrom, 1992).

Më 1880, neurologu i njohur francez Jean-Martin Charcot, në spitalin Salpetriere në Paris, konsideronte gjendjen hipnotike si një fenomen neurofiziologjik dhe si shenjë e sëmundjes mendore (Waxman, 1989; Pintar, & Lynn, 2008).

Milton Erickson është ai, i cili e solli hipnozën në nivel shkencor dhe terapeutik. Erickson ishte adoleshent i paralizuar në krevat kur një moment, duke dëgjuar fëmijët që luanin jashtë, mendon se sa shumë do të kishte pasur dëshirë që të mund të ecte. Në atë moment fillon të lëvizë gishtin tregues të dorës dhe kuptoi forcën e mendjes. Më pas studioi mjekësi, i specializuar në psikiatri filloi ta përdorte hipnozën tek pacientët e vet për trajtim (Waxman, 1989; Pintar, & Lynn, 2008).

Në vitin 1955 British Medical Society dhe në vitin 1958 American Medical Association dhe American Psychiatric Association e njohën si trajtim efektiv dhe të sigurt (Pintar, & Lynn, 2008).

Hipnoza është përdorur për të trajtuar diagnozat psikologjike shumë kohë më parë se mjekësia në vendet perëndimore të pranonte ekzistencën e të ashtuquajturit *continuum* mendje/trup. Vetëm në këto dekadat e fundit ne kemi filluar të kuptojmë shkallën me të cilën proceset mendore të pandërgjegjshme ndikojnë në gjendjet psikologjike (Pert, 1997) dhe rrjedhimisht edhe efektivitetin e hipnozës në këtë fushë.

Hipnoza në Shqipëri. Hipnoza në Shqipëri ka një historik jo shumë të hershëm. Opinioni publik në përgjithësi ka njohuri të cunguara dhe për më tepër të gabuara në lidhje me gjendjen e transit. Në Shqipëri hipnoza ka një histori të varfër në trajtimin mjekësor. Mjeku dhe psikiatri shumë i njohur Dr. Ulvi Vehbiu, i trajnuar në Francë rreth viteve 70 ka qenë ndër të vetmit, i cili e ka përdorur hipnozën për trajtimin e

pacientëve në psikiatri. Ai është shprehur se gjatë periudhës së komunizmit nuk është penguar që të përdorë hipnozën, përkundrazi ka trajtuar edhe fëmijë të bllokmenëve. Në rrëfimin e tij në vitin 2009, Vehbiu u shpreh se gjatë asaj periudhe kishte dhomën e vet në QSUT ku përdorte hipnozën. Ai theksonte se dhoma ishte e errët/jo me shumë dritë, dera lihej gjithmonë gjysmë e hapur dhe se gjithmonë ndodhej brenda infermierja e turnit (këto ishin kushte për t'u mbrojtur nga abuzimet me gjendjen e hipnozës). Dr. Vehbiu e kishte përdorur hipnozën me pacientet që në atë kohë diagnostikoheshin me histerizëm, ata që vuatin nga çrregullimet e gjumit dhe çrregullimet e ankthit. Nuk e kishte përdorur për trajtimet e pacientëve të diagnostikuar me element psikotikë.

2.3.2. Teoritë për hipnozën

Përpyqjet e psikologëve, psikiatrëve, mjekëve dhe shkencëtarëve të tjerë, nuk kanë rreshtur asnjëherë, të shpjegojnë me anë të teorive të tyre fenomenet e hipnozës, për më shumë se një shekull. Teoritë kryesore të hipnozës, historike dhe aktuale, janë paraqitur në fragmentet e mëposhtme.

Teoria e sugjerimit e përshkruar nga Hyppolyte Bernheim (1884), mjek dhe neurolog francez, konstaton se hipnoza, është një gjendje, që është e shkaktuar nga një person tek tjetri; është një gjendje gjatë së cilës mund të jepen sugjestione dhe mendja i pranon më lehtësisht se sa në gjendjen zgjuar (Waxman, 1989; Lynn, & Kirsch, 2006). Fillimisht duhet të përcaktojmë dy konceptet: Sugjestionin - është procesi përmes të cilit një individ pranon një propozim të dhënë nga një tjetër, pa pasur nevojë të ketë një arsye logjike për ta bërë këtë gjë. Në një sens të ndryshëm, termi është përdorur gjithashtu për të

përshkruar një ide, e cila është prezantuar tek individit me pranimin e tij jokritik (Waxman, 1989).

Teoria e modifikuar e gjumit ishte nga Pavlov (1960) i cili besonte se hipnoza ishte pjesë e gjumit (Kroger, 2008). Ai mendoi për hipnozën si një përgjigje e kushtëzuar brenda një forme gjumi dhe urdhri: shko në gjumë/futu në gjumë/fli, vazhdon të përdoret nga shumë terapistë edhe në ditët e sotme (Waxman, 1989; Lynn, & Kirsch, 2006). Teoria e përgjigjeve të kushtëzuara, gjithashtu është e bazuar dhe shpjeguar nga puna e Pavlov . E shpjeguar sipas këtyre termave, hipnoza konsiderohet të jetë një gjendje fiziologjike, e shkaktuar nga kushtëzimi tërëjetësor në të cilën fjalë të caktuara luajnë rolin e ziles së Pavlovit (Lynn, & Kirsch, 2006). Ka disa hulumtues modernë që ende e përkrahin teorinë e Pavlov, por shumica e autoriteteve të fushës nuk besojnë se ka ngjashmëri në mes të gjumit dhe hipnozës (Kroger, 2008), për faktin se hipnoza dhe gjumi janë gjendje të përafërta; shuarja në hipnozë mund të ndodhë edhe me një fjalë, ndërsa kushtëzimi klasik kërkon kohë të gjatë dhe përsëritje të procesit; kur e konsiderojnë hipnozën si gjendje të kushtëzuar përjashtojnë faktet kur njerëzit hyjnë në hipnozë edhe me anë të disqeve rrotullues apo pasqyrave (Kroger, 2008). Në një moment, hipnoza u konsiderua të ishte simptomë e histerisë; vetëm individët që vuanin nga histeria besohej, se mund të hipnotizoheshin (Kroger, 2008). Kjo njihet si Teoria patologjike e Charcot. Por Bernheim nga ana tjetër nuk pajtohet; ai konstaton se njerëzit normalë hipnotizohen, po aq sa edhe ata histerikë (Kroger, 2008).

Për shumë vite është besuar se hipnoza është gjendje disocimi/shkëputjeje dhe e ka zanafillën nga Pierre Janet, i cili po ashtu si edhe Charcot besonte në lidhjen midis histerisë dhe hipnozës (Waxman, 1989). Ai konkludonte se, hipnoza është një çarje e mendjes në dy pjesë, dhe se i njëjti proces ndodh tek individit, i cili është në gjendjen e

hipnozës, por në këtë rast është e shkaktuar jo nga individi, por artificialisht prej një subjekti të jashtëm (Lynn, & Kirsch, 2006).

Hilgard (1974) ka paraqitur modelin e tij të neodisosacionit, ku ai thotë, se disa sisteme konjitive, edhe pse nuk janë të përfaqësuara nga e ndërgjegjshmja për momentin, vazhdojnë të regjistrojnë dhe procesojnë informacionin hyrës dhe kur një sistem i tillë lirohet nga frenimi, ajo përdor këtë informacion, sikur të kishte qenë e ndërgjegjshme gjatë gjithë kohës (Lynn, & Kirsch, 2006). Ai pohonte në teorinë e tij se ndërgjegjja mund të ndahet në disa rrjedha të mendimit, që janë pjesërisht të pavaruara nga njëra-tjetra (Waxman, 1989). Ai propozon që dukuria e hipnozës është prodhuar nëpërmjet një shkëputjeje në sistemet e kontrollit të nivelit të lartë (Lynn, & Kirsch, 2006). Vështirësia e pranimi të teorisë disociative qëndron në faktin e shpjegimit të amnezisë në këtë proces. Rikujtimi, si proces varet nga asocimi/shoqërimi i ideve dhe harresa shkaktohet nga shkëputja e këtyre ideve për të dalë tek e ndërgjegjshmja dhe, kur ndodh kjo shkëputje, kemi amnezi (humbje të kujtesës). Janet (1976) shpjegoi në këtë mënyrë se meqenëse e pavetëdijshmja është e aftë të drejtojë shumë nga funksionet e të vetëdijshmes, fenomenet si fuga dhe personaliteti i shumëfishtë, ndodhnin nga ndarja e të vetëdijshmes dhe rezulton, që e pavetëdijshmja të bëhet pjesa dominante (Waxman, 1989). Kështu ndodh shpesh edhe gjatë hipnozës, e pavetëdijshmja është ajo që dominon. Por gjatë fugës, individi, edhe kur kthehet në normalitet ka amnezi totale për ngjarjen; ndërsa gjatë hipnozës amnezia në më të shumtën e rasteve ndodh ose e sugjeruar nga hipnotisti, ose si proces i post-hipnozës. Edhe kur është e pranishme, kjo amnezi rrallë është spontane dhe më shpesh e krijuar nga sugjerimet e drejtpërdrejta. Diskutimi i teorive të disocimit të hipnozës gjithmonë është përballur me enigma mbi

përcaktimin e saktë të fjalës/termit disosacion në kontekstin e hipnozës (Woody & Sadler, 2008).

Teoria psikoanalitike e Frojdit e konsideroi ndjeshmërinë e subjektit ndaj hipnozës, si shkak i dëshirës së pandërgjegjshme për plotësimin e dëshirës së libidos së tij, dhe theksoi ngjashmërinë e hipnozës me gjendjen e rënies në dashuri (Waxman, 1989). Sipak kësaj teorie ka një marrëdhënie erotike midis hipnoterapistit dhe subjektit, i cili nuk lejohet të vazhdojë më tej. Marrëdhëniet duhet të jetë e shoqëruar nga dëshira për varësi të pakushtëzuar. Ferenczi (1909) ra dakord me këtë pikëpamje dhe e shpjegoi më tej duke kërkuar një marrëdhënie prind-fëmijë, e cila zhvillohet midis hipnoterapistit dhe subjektit duke kaluar në një regresion infantil; ndërsa Gill dhe Bernman e kanë përdorur këtë hipotezë duke pretenduar se hipnoza ishte një regres në shërbim të egos (Gill & Bernman, 1959).

Këto qëndrime do të egzistonin në të gjitha marrëdhëniet në mjekësi mes doktorit dhe pacientit, ku nëse doktori do ta pëlqente pacientin, do ta trajtonte me lehtësisht se dikë që nuk e pëlqen dhe e kundërta, nëse pacienti pëlqen doktorin e ka më të lehtë t'i mirëpresë dhe t'i besojë sugjerimet e tij, të cilat ndikojnë drejtpërsëdrejti në trajtimin e tij.

Nëse do t'i referoheshim kësaj qasjeje teorish, do të dilnim në përfundimin se ata që kanë pasur baba autoritar do të hipnotizoheshin më lehtë, fakt, i cili nuk është i vërtetuar, që të lidhet thellësia e hipnozës me marrëdhënien prind-fëmijë. Për të vazhduar më tej, do të na dilte se meshkujt do të hipnotizoheshin më lehtë se femrat, por të dhënat nuk na e vërtetojnë këtë fakt (Weitzenhoffer & Weitzenhoffer, 1958).

Teoritë sociokonjitive janë një zhvillim tjetër me rëndësi, këta i refuzojnë teoritë e disociacionit dhe shumë prej besimeve të pranura gjerësisht mbi hipnozën (Lynn, &

Kirsch, 2006). Kështu teoria e luajtjes së rolit (Coe & Sarbin, 1991; Sarbin & Coe, 1972) është e njohur në shkencat sociale si një mënyrë që subjekteve t'u tërhiqet vëmendja duke i përfshirë në rol. Shpjegimi i thjeshtë është se ne ia shpjegojmë dhe ia bejmë të qartë subjektit se çfarë presim dhe si të sillet, kështu që, ai përpiqet të përmbushë rolin që i është caktuar dhe që ka marrë përsipër të luajë (Lynn, & Kirsch, 2006). White (1941), ishte ai, i cili doli në konkluzionin se hipnoza për t'u konsideruar e plotë, është një përpjekje që individit duhet të sillet si i hipnotizuar, kjo gjendje e drejtuar dhe e përcaktuar nga hipnotizuesi.

Kjo teori thekson, se hipnoza ndodh për shkak të përpjekjeve dhe qëllimit në nivel të pavetëdijshëm (West, 1960). Ka studime, të cilat tregojnë për vërtetësinë e kësaj teorie siç ishte eksperimenti, ku u morën subjekte, të cilat duhet të bënin sikur ishin të hipnotizuar dhe të qëndronin së bashku me subjektet të cilët ishin të hipnotizuar. Më pas, kur u pyetën ekspertë të hipnozës që të bënin dallimin, subjektet të cilët po luanin rolin e sjelljes nën hipnozë ishin shumë bindës, aq sa bënë konfuzë edhe ekspertët. (Yapko, 2003).

Th. X. Barber (1969) konstatoi se shfaqja e hipnozës varet mbi qëndrimet, motivimet dhe pritjet e subjektit në mbajtjen jashtë rolit të personit të hipnotizuar, i cili po mendon dhe imagjiron me sugjerimet (Woody & Sadler, 1998). Spanos (1986) në teorinë e tij e cila njihet si konjitive-bihejviorale besonte se qëndrimet, besimet, imagjinata, atributet dhe pritshmëritë ishin të gjitha në formën e hipnozës (Lynn, & Kirsch, 2006). Shor (1962) gjithashtu tregoi nevojën për motivim për t'u përfshirë në rolet e hipnozës bashkë me përpjekjen për t'u sjellë si një person i hipnotizuar. Ai shpjegoi ndryshimet e gjendjes psikologjike të hipnozës, si përgjithësimi i realitetit të orientuar në rënien e një gjendje relativiteti ndërgjegjësimi jofunksional ose gjendja e ekstazës.

Ai propozoi, që sjelljet e hipnozës mund të shpjegohen nga të njëjtat procese normale shoqërore-psikologjike, që shpjegojnë sjelljet johipnotike (Woody & Sadler, 1998). Gruzelier paraqiti një model neurofiziologjik të hipnozës, i cili karakterizohet nga ndryshime në funksionimin e trurit. Kjo teori e hipnozës propozon, që personat që hipnotizohen më shpejt kanë funksion të mirë ekzekutiv. Sipas teorisë së përgjigjeve të pritjeve (Kirsch, 1985), pritshmëritë mund të ndryshojnë direkt përvojën tonë subjektive të gjendjes së brendshme (Woody & Sadler, 1998). Teoria e kontrollit të ftohtë (Dienes, 2008) sugjeron se ne jemi të vetëdijshëm për gjendjet mendore, duke pasur mendime për ato gjendje. Kjo teori thekson, se një përgjigje të suksesshme për sugjerimet e hipnozës mund të arrihen duke formuar një qëllim për të kryer veprime ose veprimtari njohëse të nevojshme (Nash & Barnier, 2008). Teoritë e roleve nuk e mohojnë, por theksojnë se më e rëndësishmja është motivimi dhe imagjinata e drejtuar (Barber, Spanos & Chaves, 1974).

Kroger (2008) arrin në këtë përmbledhje për teoritë e hipnozës:

”...s’mund të shpjegohet prej ndonjërit prej faktorëve të veçuar (psh. Inhibimit kortikal, hipersugjestibilitetit, atavizmit, regresionit, disociimit, përpjekjeve kah qëllimit, luajtjes së roleve ose transferencës) sepse sikur çdo proces i sjelljes, ndërthuret me shumë fusha të menduarit njerëzor. Një teori complete e hipnozës që do kishte pranim të gjerë nuk ekziston” (Kroger, 2008, f. 32).

2.3.3 Kushtet e Hipnozës

Variablat të cilët mund të ndikojnë në punën e hipnozës mund t'i kategorizojmë në:

variablat mjedisorë dhe fizikë.

Variablat Mjedisore

Shumë prej klinikistëve dhe studiuesve e theksojnë rëndësinë e ambientit terapeutik, duke krijuar një marrëdhënie të ngrohtë, me qëllim që ta bëjë pacientin dhe marrëdhënien mes të dyve më të rehatshme, e cila do të ndikojë në efikasitetin e terapisë. Çdo gjë tjetër, duke përfshirë edhe mjedisin në të cilin realizohet hipnoza është dytësore, por jo e parëndësishme. Nuk ka pasur ndonjë studim të tregojë që një kusht mjedisor (p.sh. rregullimi i mobiljeve, ndriçimi) ka më shumë mundësi të prodhojë fenomen hipnotik më të shpejtë/të thellë sesa një tjetër. Në fakt, ka shumë pak autorë të fushës që i janë adresuar kësaj çështjeje. Në botën reale, klinikistët që përdorin hipnozën, e realizojnë atë në të gjitha llojet e mjediseve, që nga laboratorë sterilë me karrige dhe ndriçim, në spitale apo klinika ku mjeku vepron, ndërsa pacientët e tjerë bëjnë zhurmë dhe dikush në një dhomë tjetër, ankohet nga dhimbja, në klasa apo salla leksionesh, në zyra që duken më shumë si dhoma ndenjeje, me oxhaqe, kolltukë, ndriçim i dobët dhe muzikë të lehtë relaksi në sfond. Mund të thuhet se seanca hipnoterapie të suksesshme janë arritur në të gjitha këto mjedise. Ekzistojnë disa kushte mjedisore të dëshirueshme për të ushtruar hipnozën, por ato nuk janë thelbësore:

Një atmosferë e qetë - Një atmosferë e lirë nga bezdisjet, zhurmat e padurueshme është më ndihmuese për pacientin/subjektin e hipnozës, duke i lejuar atij të përqendrohet më shumë në eksperiencat e brendshme, se sa në shpërqendrimet e jashtme. Çelësi për të ndihmuar pacientin/subjektin e hipnozës që të fokusohet së brendshmi pa u

shpërqendruar së tepërmi (edhe pse i pavetëdijshëm për to) nga ngjarje të jashtme, qëndron në aftësinë e hipnoterapistit për t'i lidhur ngjarjet me procesin e hipnozës. Në fillim të procesit të hipnozës, për të ndihmuar pacientët të zvogëlojnë ndërgjegjësimet e jashtme, jepen sugjerime të përgjithshme si "Çfarë do lloj zhurme që mund të dëgjosh në mjedisin përreth teje ... ti mund ta dëgjosh dhe injorosh në mënyrën tënde ... ndërkohë që ti zhytesh më thellë ... janë rutinë zhurmat përreth teje ... zhurma të jetës së përditshme ... dhe ti mund t'i largosh prej mendjes tënde aq shpejt sa hyjnë ... zhurmat e mjedisit janë aq rutinë sa ti duhet t'i lësh të dalin jashtë dhe të largohen prej teje ...".

Kurdo që hipnoterapisti të jetë duke punuar, do të ketë shpërqendrimet e momentit. Ndërkohë që pacienti i mban sytë mbyllur, ai mund të jetë veçanërisht i ndjeshëm ndaj tingujve, sidomos gjatë pjesës së parë të seancës. Është thelbësore që pacienti të përgatitet për të tilla shpërqendrimet edhe nëse ato ndodhin, hipnoterapisti duhet të bashkëveprojë me shpërqendruesin, duke e bërë atë pjesë të transit, sepse çdo gjë që shqetëson atë, do të bezdisë edhe pacientin (Campbell, 2005).

Jamieson & Sheehan (2002) japin skriptin ndaj shpërqendrimeve të jashtme i cili mund të përdoret në çdo situatë:

"... dua që ti të dish ... se mund të jesh i vëmendshëm ndaj çdo tingulli rreth teje ... brenda dhomës ... (përmend tinguj të mundshëm) ... dhe jashtë saj ... (përmend tinguj të mundshëm) ... dua që ti të dish se këto tinguj nuk kanë rëndësi ... dhe se mund t'i anashkalosh në mënyrën tënde ... madje mund edhe të ndodhë ... që këto tinguj ... çuditërisht ... të të ndihmojnë të kalosh ... në një gjendje edhe më të relaksuar ... thellësisht të relaksuar ... thellësisht të relaksuar ..." (Jamieson & Sheehan, 2002, f. 62-74).

Është mirë që të sugjerohen tinguj shpërqendruar të mundshëm. Ato mund të përfshijnë:

- Të folurit, të kënduarit, të ulëriturit, etj.
- Përplasje dyersh, zhvendosje mobiljesh, etj.
- Punime ndërtimi, makina etj.

Ndriçim i butë - Përdorimi i ndriçimit të butë e qetësues mund të jetë i dobishëm në arritjen e gjendjes së relaksit e më pas, të hyrjes në gjendjen e hipnozës. Ndriçimi ndihmon në krijimin e atmosferës qetësuese, e cila do të ndikojë në gjendjen e pacientit për të qenë sa më rehat dhe rrjedhimisht e ka më të lehtë për t'u lëshuar në gjendjen e transit.

Mobilje te rehatshme - Kolltuku duhet të jetë i rehatshëm dhe më e rëndësishmja është të mbështetet koka dhe trupi i pacientit/subjektit të hipnozës në mënyrë që të mos shkaktojë parehati/diskomfort gjatë gjendjes së transit. Krevati ose kolltukët për t'u shtrirë mund ta vendosin pacientin në gjumë, gjë që normalisht nuk duam të ndodhë, por nuk mund t'i përjashtojmë edhe rastet kur pacientët/subjektet e hipnozës mund të bien spontanisht në gjumë kur rehatohen pas një dite të lodhshme. Në raste të tilla, zgjimi bëhet si në seancat normale të hipnozës formale.

Variablat fizike

Rrethanat fizike gjithashtu kanë një konsideratë me vlerë në kryerjen e hipnozës. Këtu hyjnë:

Rehatia fizike - Për pacientët të cilët kanë ardhur në terapi me vullnetin e tyre të lirë nuk është e vështirë që të induktosh një nivel të caktuar të transit/hipnozës dhe kjo arrihet kur terapisti është i sigurt dhe kofident në punën që bën. Hyrja në gjendjen e hipnozës gjatë terapisë kërkon disa kushte të caktuara si:

- Një kolltuk i rehatshëm
- Një vend i qetë, jo me shumë dritë
- Pacienti duhet të jetë fizikisht i relaksuar
- Të mos ketë çamçakëz në gojë
- Të heqi syzet në rastet kur mban
- Disa përdorin muzikë në sfond
- Toni i zërit të terapistit duhet të jetë në përputhje me teknikën që terapisti është duke përdorur (autoritare ose tolerante)
- Alternim i volumit të zërit
- Ndryshimi i nivelit gjatë dhënies së sugjestionëve
- Theksimi i fjalëve të veçanta
- Ndryshime në frekuencë dhe tonalitetin e zërit
- Futja e pauzave ndërmjet ideve

2.3.4 Sugjestibiliteti

Sjellja hipnotike mund të kuptohet si një përzierje komplekse e katër dimensioneve konceptuale (dhe empirike) e të pavarura: pritshmëritë, të ngjashme me impulsin Placebo brenda teknikës klinike; sugjestionin, një përbërës i njohjes duke përfshirë dhe pushimin, i dukshëm në të gjithë mënyrat; logjika e transit (trance); shkëputja, e cila shihet si elementi kyç i hipnozës së thellë dhe, nga e cila mund të përfshijë dallime individuale në elasticitetin e kontrollit të eksperiencës (Evans, 2000).

Kur u jepen sugjerime subjekteve, disa përgjigjen ndaj tyre mirë, disa jo dhe shumica ndërmjet këtyre të dyjave (Heap & Aravind, 2002). Studimet e mëparshme për këtë

çështje, nëse ka disa dallime gjinore në aftësinë e hipnotizimit dhanë disa të dhëna për të mbështetur besimin se në përgjithësi, femrat mund të hipnotizohen më lehtësisht se meshkujt (Hilgard, 1965).

Pavarësisht mungesës së dallimit në aftësinë e hipnotizimit bazuar në gjininë, në kuptimin e përgjithshëm, ekziston sigurisht një arsye e mirë për ta marrë gjininë parasysh, duke dhënë të dhëna të rëndësishme për të treguar nivele të ndryshme të dobësisë, përgjigje diferenciale ndaj trajtimeve në një shumëllojshmeri kushtesh (Waalén, 1997). Në vitet e fundit, ka pasur një theks të veçantë ndaj pranimi dhe inkorporimit të dallimit gjinor në procedurat hipnotike. De Pascalis, Russo, & Maruçi, (2000), përshkruan faktin se femrat priren, të jenë më të sugjestionueshme. Çështja e femrave në veçanti, ka marrë një vëmendje në rritje brenda fushës (Hornyak, 1999; Linden, 1997). Edhe disa studime tregojnë se sugjestibiliteti është pak më i lartë tek femrat sesa te meshkujt (Hilgard etj, 1958; Weitzenhoffer, 1950; Weitzenhoffer & Weitzenhoffer, 1958). Të dhëna të tjera tregojnë se gjinia e hipnotizuesit nuk tregon dallime apo ndryshime të ndjeshme.

Weitzenhoffer përmbledhi rezultatet e tij për këtë temë në këtë mënyrë :

“Dallimi midis meshkujve dhe femrave ka qenë i dykuptimtë. Kjo sepse, në përgjithësi ka pasur një dallim të qëndrueshëm të vogël që favorizonte femrat mbi meshkujt, por kurrë as në 5% të rëndësisë. Kjo i ka udhëhequr hulumtuesit e mëparshëm ta refuzojnë ekzistencën e dallimit. Dallimi është shumë i vogël për të pasur rëndësi praktike ose që të shfaqë diçka që do të ishte teorikisht e rëndësishme” (Weitzenhoffer, 2000, fq, 281).

Kjo veçori e sugjestibilitetit ngelet konstante për një periudhë të kohës (Piçione, Hilgard, & Zimbardo, 1989). Janë zhvilluar edhe shkallë për të matur këtë veçori. Më shumë janë përdorur shkallët si Stanford Scales of Hypnotic Susceptibility (SSHS)

(Weitzenhoffer & Hilgard 1959, 1962), më pas, Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (Shor & Orne, 1962).

Ka fakte të qarta që aftësia për t'u hipnotizuar varion ndërmjet individëve, por është relativisht e qëndrueshme me kalimin e kohës te një individ. Morgan, Johnson dhe Hilgard (1974) siguruan një korrelacion test-ritest 0.60 me një interval 10 vjeçar ndërmjet administrimit të Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS), Form A- pavarësisht ndryshimeve madhore në rrethanat jetësore të subjekteve. Më së fundmi, Piçioni et al. (1989) studioi ish studentë të Stanford njëzet e pesë vite pasi ishin testuar në SHSS. Kërkuesit zbuluan një korelacion të rëndësishëm 0.7 test-ritest në këtë interval. Një tipar i tillë relativisht i qëndrueshëm, me ndryshim të qartë individual duhet të lidhet, me siguri, me tipare të tjera.

Një punë madhore në fushën e aftësive hipnotizuese dhe përfshirjes imagjinare është Josephine Hilgard's Personality and Hypnosis: A Study of Imaginative Involvement (1970). Hilgard ishte e interesuar në eksperiencat në fillimet e jetës, që më vonë lidhen me aftësinë për t'u hipnotizuar. Ajo përdorte intervistat intensive që më vonë u lidhën me rezultatet e SHSS. Ajo gjeti se kapaciteti për t'u përfshirë në menyrë imagjinare është veçanërisht i rëndësishëm:

"Ne zbuluam se personi i aftë për t'u hipnotizuar ishte i aftë për t'u përfshirë thellë dhe gati totalisht në një aktivitet, në një ose më shumë eksperiencë imagjinare-leximi i një romani, dëgjimi i muzikës, pasja e një përvoje në natyrë ose angazhimi në aventurat tërheqëse të mendjes dhe trupit" (Hilgard, 1970, f. 4).

Nga literatura gjendet se janë disa faktorë që korrelojnë me sugjestibilitetin, p.sh. moshë 9-13 vjeç merret si më e sugjestionueshmja (Gardner & Olness, 1981). Dy elemente të tjera janë – qëndrimi pozitiv ndaj hipnozës si dhe besimi se dikush është i përgjegjshëm

ndaj saj (Kirsch & Braffman, 1999; Spanos, 1991) dhe personat me prirje disociative (Spanos & Burgess 1994). Ndërsa (Evans, 1991) përmend fleksibilitetin konjitiv (aftësia për të kaluar prej një gjendjeje mendore në tjetrën) dhe po Evans (1991) përfshin personat me çrregullime të ankthit si p.sh. fobi, te ata me sugjestibilitet të lartë.

Besohet se neurotikët janë më të ndikueshëm, sesa personat e shëndetshëm emocionalisht (Vanderhoof, & Clancy, 1962). Hipnotizibiliteti nuk është i lidhur me inteligjencën. Kjo shpesh varet më shumë me mënyrën në të cilën subjektet shfrytëzojnë hapësirën e vëmendjes, (Graham, 1973; Krippner, & Bindler, 1974), aftësia e tyre për t'iu përgjigjur figurave të gjalla (Sheehan, 1972) dhe kreativiteti i tyre (Bowers, & Bowers, 1972).

Faktorët kulturorë shpesh përcaktojnë thellësinë edhe sensibilitetin ndaj hipnozës (Kline, 1953; Selter, 1957).

Këta ndikojnë në sensibilitetin ndaj hipnozës më shumë se çdo faktor tjetër (Hilgard, 1974). Diamond (1974) nuk beson se faktorët e sjelljes-situatës ose procedurat vëzhguese të mësuara rrisin ndjeshmërinë ndaj hipnozës. Kjo nuk ka qenë përvoja e tij, megjithatë, ai pranon se disa teknika të caktuara rrisin ndjeshmërinë ndaj sugjerimeve të caktuara si kushte që ndryshojnë nga subjekti në subjekt. Kjo është në përputhje me studiues të tjerë, të cilët nuk ishin në gjendje të lidhnin hipnotizibilitetin me seksin, moshën, diagnozën psikiatrike, gjininë dhe tipare të ndryshme të personalitetit. Ndjeshmëria është rritur pa dyshim nga motivimi (Meares, 1955). Konkluzioni është se edhe pse pjesa më e madhe e njerëzve mund të përjetojnë hipnozë në njëfarë mase, jo të gjithë janë të përgjegjshëm ndaj hipnozës në mënyrë të barabartë. (Hilgard, 1965; Weitzenhoffer, 2000).

Nga ana tjetër, dy studime, duke përdorur teknika të ndryshme të vlerësimit, kanë dështuar të gjejnë sensibilitet më të madh të hipnozës në pacientët fobikë (Gerschman, Burrows & Reade, 1987; Owens, Bliss, Koester & Jepps, 1989). Hipnotizibilitet të lartë paraqesin 8% deri në 10% të popullsisë së përgjithshme, të moderuar paraqesin nga 84% - 88%. Rreth 4% - 6% të popullsisë së përgjithshme janë më pak të hipnotizueshëm.

Parimi kryesor që siguron një kuptim më të thellë të hipnozës dhe fenomenit të hipnozës është se të gjitha subjektet hipnotike janë prekur, megjithëse në rrugë të ndryshme për lloje të ndryshme subjektesh, nga katër faktorë të fuqishëm përcaktues të sjelljes që mund të rriten potencialisht në situatat hipnotike (Barber, 2000). Këta faktorë janë: (a) faktorët socialë që detyrojnë subjektet e socializuara të bashkëpunojnë dhe të provojnë të realizojnë pritshmëritë e hipnotistit dhe sugjerimet e qarta; (b) aftësitë unike dhe karakteristikat personale të hipnotistit (duke përfshirë idetë kreative, aftësitë komunikuese dhe efikasiteti ndërpersonale) dhe natyra e marrëdhënies ndërpersonale hipnotizues-subjekt; (c) efikasiteti i procedurës së induktuar drejt udhëheqjes së subjektit në të menduarit nëpërmes sugjestioneve; (d) thellësia e kuptimit, kreativiteti dhe forca ose fuqia e ideve të sugjestionuara.

Personaliteti i subjektit. Kjo gjë duhet të merret gjithmonë parasysh. Individi i pavarur, i cili po kërkon një figurë autoritare tek e cila mund të mbështetet, do të presë dhe do t'i përgjigjet më shumë një qasjeje pozitive. Në këtë rast, sugjerimet duhet të jenë më autoritare, të prera dhe me bindje, por përsëri nuk duhet të duken si komanda. Pacientë të tillë në mënyrë të pasaktë mund t'i interpretojnë përpjekjet dhe mund të rezultojnë në ndjenja të forta negative. Si pasojë vështirësitë e konsiderueshme mund të ngrihen në përpjekje të tjera për të arritur rezultat në terapi.

Pacientë të tjerë nuk do ta durojnë dhe pranojnë dominancën dhe do të kenë frikë mos humbasin kontrollin. Ata do të kërkojnë siguri dhe, si pasojë, fjala e hipnoterapistit duhet t'i ngjajë pothuaj një ninulle, e ngadaltë dhe e paramenduar, monotone, por sërish ritmike. Siguria duhet të jepet edhe njëherë, që objekti i trajtimit mos të marrë kontrollin, por të rifitojë kontrollin që është humbur.

Pranimi i Ego-s është një tjetër konstrukt i lidhur me personalitetin dhe gjithashtu i lidhur me aftësinë për t'u hipnotizuar. Pranimi i Egos është i lidhur me përvetësimin dhe bashkë me të shkaktojnë ndryshime të konsiderueshme në aftësinë për t'u hipnotizuar (Goodman & Holroyd, 1992). Gjithsesi pranimi, është një konstrukt ndryshe nga vetëmonitorimi, i cili përfshin hapësirën, në të cilën njerëzit monitorojnë imazhin e tyre për veten gjatë ndërveprimeve sociale (Synder, 1995). Është hipotetizuar, që nëse shpjegimi i hipnozës me anë të pranimi të rolit social është i vërtetë (Kirsch 1991; Kirsch etj. 1995), vetë monitorimi duhet të asociohet me aftësi të lartë për t'u hipnotizuar. Gjithsesi kjo nuk është gjetur të jetë çështja, të dy konceptet nuk lidhen me njëra-tjetrën (Bachner-Melman and Ebstein, 2002). Herbert, McNeal and Frederick (1993) për shembull vërejmë, se përfitimet e forcimit të egos, shpesh shihen si lidhje e zhvilluar terapeutike, rritje e qartësisë së mendimit nga ana e pacientit dhe vetëvlerësim i përmirësuar.

Pritshmëritë. Një nga faktorët kryesorë që ka kontribuar në vlefshmërinë e hipnozës si një mjet përmirësues është përkufizuar si *pritshmëri* (Coe, 1993; Kirsch, 2000). Pritshmëria i referohet asaj cilësie të sistemit të besimit të pacientit, që e udhëheq atë të besojë, që procedura e ndërmarë nga klinikisti do të ketë një rezultat terapeutik. Pritshmëria pozitive për trajtimin përfshin disa lloj përceptimesh: Klinikisti shikohet si i besueshëm dhe dashamirës; procedura duket se ka një arsyetim bindës, madje edhe

ndoshta imponues; dhe konteksti i terapisë në vetvete duket se e mbështet aplikimin e tij.

Kështu, duke qenë se pacienti është njohur me vlerat dhe metodat e hipnozës, qoftë në mënyrë të drejtpërdrejtë ose jo, arrihet një pritshmëri, që procedurat e ndërlidhura do të kenë disa përfitime terapeutike potenciale, duke rritur gjasat që të ndodhë në këtë mënyrë (Barber, 1991; Zeig, 1980).

Shumë probleme psikologjike janë mbajtur, pjesërisht, nga pritshmëritë përgjegjëse jofunksionale dhe ndryshimi i këtyre pritshmërive është pjesa thelbësore e trajtimit. Induksionet hipnotike ndryshojnë pritshmëritë përgjegjëse dhe kanë treguar në mënyrë empirike se rrit ndjeshëm efektet e psikoterapisë. Prandaj, hipnoza mund të përdoret terapeutikisht si një *placebo* jo zhgënjyese. Pritshmëria luan një rol të madh në induksionet hipnotike dhe efektet e tyre.

Rezultatet (Johnson & Hauck, 1999) tregojnë që edhe pse target-grupe të ndryshme kishin informacion mbi hipnozën nga burime të ndryshme, besimet e tyre rreth hipnozës janë dukshëm të qëndrueshme. Ndërkohë rezultatet tregojnë një përzierje interesante të ideve rreth hipnozës. Disa rezultate tregojnë që shumica e njerëzve kanë një këndvështrim pozitiv për përfitimet terapeutike të hipnozës, ku, në një shumicë dërrmuese të reaguesëve, rezulton se ajo redukton kohën që zakonisht nevojitet për të zbuluar shkaqet e problemeve të një individi dhe që personat e hipnotizuar mund t'i nënshtrohen procedurave mjeksore dhe dentare pa dhembje. Kërkime të tjera tregojnë se një përqindje mjaft e lartë e publikut të gjerë e shikojnë hipnozën si një mjet të fuqishëm për të risjellë në mënyrë të saktë kujtimet, nën një larmishmëri kushtesh duke përfshirë kujtimet e sakta që në lindje, madje edhe të jetëve të kaluara (Johnson &

Hauck, 1999). Hipnoterapistët nuk zotërojnë ndonjë fuqi magjike. Është pacienti që zotëron magjinë; hipnoterapisti thjesht e hap këtë fuqi (Wong & Burrows, 1995).

2.3.5 Treguesit fiziologjikë dhe perceptual të fazave të gjendjes hipnotike

Truri gjatë hipnozës

Hipnoza përfshin një përforsim të një vëmendjeje të përkushtuar ndaj një ngjarjeje të jashtme apo të brendshme dhe personat që i reagojnë hipnozës raportojnë një relaksim fizik të thellë (Banyai & Hilgard, 1976) dhe ndryshim në perceptim pas një induktimi të hipnozës (Lynn, & Kirsch, 2006). Në kundërshtim të nocioneve të zakonshme në literaturën klinike dhe eksperimentale, studimet e kohës së fundit, EEG dhe të metabolizmit mbështesin faktin që hipnoza mund të marrë përpjekje mendore që kërkojnë shpërndarje të mëtejshme të vëmendjes dhe mosvëmendjes (Lynn, & Kirsch, 2006). Nuk pranohet më se hipnoza është detyrë e hemisferës së djathtë si në 1970-ën. Sot kemi evidenca në rritje, si p.sh. Crawford & Gruzelier, (1992) se fenomenet hipnotike selektivisht i përfshijnë proceset kortikale dhe subkortikale të trurit, varësisht nga natyra e detyrës që jepet si edhe ndryshimi në proceset e vëmendjes dhe mosvëmendjes (Burrows, Stanley, & Bloom, 2001). Edhe metodat e reja të imazherisë si PET (Positron Emission Tomography) edhe pse më të sofistikuara sesa p.sh. EEG, ndonëse jo ideale, nuk kanë zbuluar shumë për trurin në gjendjen e hipnozës (Brann, Owens, & Williamson, 2012). De Pascalis dhe Penna, (1990) zbuluan se personat që hipnotizohen më lehtë treguan më shumë 40 Hz në hemisferën e djathtë të trurit gjatë hipnozës, ndërsa ata që hipnotizohen më vështirë treguan aktivitet të reduktuar në të dyja hemisferat e trurit.

Hipnoza duket të përfshijë aktivizimin, që mund të ndërmjetësohet nga shtigjet dopaminergjike dhe po ashtu kontrollin mbi të funksionuarin, duke ndryshuar vëmendjen dhe perceptimin dhe ndoshta, duke induktuar disocimin/shkëputjen, në qendrat si anterior cingulate gyrus dhe një pjesë të lobeve frontale (Nash & Barnier, 2008).

Teori të tjera psikofiziologjike të përmendura nga Kroger (2008) përfshijnë formacionin retikular, hipokampusin, strukturat subkortikale të cilat ndërmjetësojnë komunikimin, inhibimin e qelizave ganglionare të trurit, inhibimin dhe eksitimin e neuroneve, një fokus të eksitimit qendror me fushat e tjera përreth që nuk eksitohen. Por këto teori kanë ngelur vetëm me karakter historik.

Në studimin e trurit, hipnoza është një gjendje që ende nuk ka qenë e mundur që të identifikohet biologjikisht. Weitzenhoffer (2000) shkroi:

“I vetmi argument me peshë që është ofruar kundër pranimin të realitetit të hipnozës është pamundësia për të gjetur në përputhje dhe me kuptim, lidhjet e saj me gjendjen fiziologjike” (Weitzenhoffer, 2000, f. 224).

Supozohet që edhe teknologjitë e ditëve të sotme, të sofistikuar, nuk janë aq të avancuara të arrijnë qëllimin deri në fund.

Këtu padyshim duhet të vendosim rekomandimin e Spiegel (2005):

“shpjegimet shumë-nivelëshe janë një domosdoshmëri absolute në të kuptuarin e fenomeneve njerëzore mendje/tru/trup për shkak se ne jemi qenie edhe me bazë neurale, por edhe sociale që përjetojmë botën në terma mendore-fenomenale” (Spiegel, 2005, f. 32).

Nivelet e gjendjes hipnotike

Nuk ka nivele të përcaktuara në mënyrë fikse të gjendjes së hipnozës ku mund të themi se puna me pacientët është me efikase, por mund të themi se kemi këto nivele të thellësisë së kësaj gjendje (James, 2005).

Hipnoza e lehtë: Kjo është faza e parë e hyrjes në gjendjen e transit, e cila fillon kur pacienti sapo ka mbyllur sytë, por ka raste të caktuara kur ai/ajo është me sytë e hapura, por ka hyrë në hipnozë (ndodh tek fëmijët të cilët mund të qëndrojnë gjatë gjithë kohës me sytë hapur, tek të rriturit kur janë në gjendje disociative apo fokusimi diku tjetër). Pacientët mund të jenë në gjendje të lehtë të hipnozës, edhe nëse janë duke biseduar me terapistin i cili ka përdorur zërin e qetë dhe fjalë të caktuara gjatë bisedës, kur ndriçimi/drita nuk është shumë e lartë në ambientin përkatës, kur është vendosur raporti terapist-pacient dhe kur pacienti ndihet i sigurt dhe është duke biseduar për gjendjen e tij. Kuptohet që është në të tillë gjendje, kur jep përgjigje të ngadalta dhe toni i zërit është më i qetë dhe jo i lartë. Sugjerimet në këtë fazë janë më pak pozitive dhe më tolerante se në fazat e tjera më të thella (Waxman, 1989). Ngjarjet e më poshtme mund të vihen re (James, 2005):

- Mbyllja e syve
- Lëvizjet reduktohen
- Refleksi i gëlltitjes bëhet më i theksuar
- Qëndrimi dhe shprehja e fytyrës fillon të relaksohet
- Frymëmarrja thellohet
- Indikatorë të jashtëm të tensionit fillojnë të ulen.

Hipnoza e mesme: Hipnoza e mesme është faza e dytë gjatë së cilës kalon pacienti. Gjatë hipnozës së mesme, fokusi i individit kalon nga mjedisi jashtë në përqendrim të ndodhive brenda vetes. Gjatë kësaj faze ka perceptime të përgjithëshme tek të gjithë pacientët, por ka dhe veçanti sipas çdo individi, i cili është unik. Pacientët ndiejnë proceset e tyre të brendshme si pulsën apo zhurmën në bark. Gjithsesi vihen re disa nga simptomat e mëposhtme:

- Që trupi lëshohet më shumë në kolltuk/karrige
- Frymëmarrja vazhdon të ngadalësohet
- Goja mund të hapet pak, nofullat mund të lëshohen
- Fytyra bëhet më e relaksuar
- Mund të ketë përpëlitje të qepallave të syve
- Ulet ndjeshmëria ndaj zhurmave përreth
- Nëse bëjmë pyetje, përgjigjet janë shumë më të ngadalësuara, por ka raste kur nuk duan të flasin
- Koka lëviz nga pozicioni vertikal më tepër përpara ose prapa se zakonisht
- Qëndrimi shtrirë/lëshuar
- Goja mund të hapet
- Pigmenti i lëkurës theksohet
- Ndjenja letargjie
- Ndjenja lodhjeje
- Karkateristika të hipnozës së lehtë theksohen më tepër
- Bie ndërgjegjësimi mbi gjërat përreth në atë moment
- Vonesa në përgjigjet e bëra nga hipnoterapisti
- Rritje të relaksimit fizik
- Lëvizje të frymëmarrjes në abdomen
- Hapje goje

Hipnoza e thellë: Në këtë nivel, jo të gjithë pacientët mund të hyjnë. Ka pacientë, të cilët mund të shkojnë vetë kaq thellë, por ka raste që kjo ndodh pasi kanë bërë disa seanca dhe janë mësuar me gjendjen e hipnozës, kanë fituar besim dhe e lëshojnë veten te terapeuti ose në rastet kur terapeuti përdor teknikat e caktuara për t'i përgatitur për

gjendje amnezie (gjatë operacionit kur nuk përdoret anestezi, por hipnoza). Në këtë fazë, sugjerimet priten më mirë dhe pacienti bën më pak rezistencë. Ata duken që janë në gjendje relaksi të plotë dhe iu duhet shumë kohë për t'u përgjigjur dhe zëri është aq i ulët, saqë terapistit i duhet të afrohet ose të kërkojë përgjigjen sepse nuk kuptohet/dëgjohet. Nëse terapisti kërkon që t'i fusë më thellë, ata tërhiqen. Gjatë kësaj gjendje mund të vëmë re:

- Karakteristikat e hipnozës së lehtë dhe të thellë rriten
- Frymëmarrje e thellë abdominale
- Humbet kontakti me gjendjen jashtë
- Amnezi e plotë ose e pjesshme e sugjerimeve të bëra gjatë hipnozës
- Rritet aftësia për të përjetuar analgjezi ose anestezi
- Depersonalizim
- Amnezi e plotë ose e pjesshme e të gjithë përjetimit
- Rrënkime

Në hipnozën e thellë sugjerimet mund të jepen me pozitivitet dhe forcë, por kurrë deri në atë pikë që të duken si urdhra për subjektin. Kjo mënyrë, jo vetëm që nuk do të pëlqehet, por shpesh do të ndiqet nga një refuzim për t'u bindur. Nuk është e vështirë të thuash sugjerime direkte dhe pozitive në atë mënyrë që subjekti nuk do të ndihet i dominuar dhe përsëri në të njëjtën kohë të sigurosh te ai besimin se do të pranohet.

Gjithashtu, duhet të mbahet parasysh se çdo sugjerim ka më shumë gjasa të ketë sukses kur subjekti bindet se terapeuti ka një besim të fortë në idenë e avancuar që po përdor. Atëherë kjo ide jo vetëm duhet të jetë logjike, por duhet të shoqërohet sa herë që është e mundur me arsye të shëndosha për pranimin e tyre.

Somnambulizmi: Somnambulizmi është gjendja më e thellë e hipnozës dhe konsiderohet si diçka e rrallë në terapi. Shumë pak individë mund ta arrijnë këtë gjendje. Shumica e këtyre individëve janë somnambulist natyralë të cilët përjetojnë fenomene të hipnozës pa kaluar përmes induksioneve formale hipnotike. Këta persona përjetojnë spontanisht analgjezi, anestezi, disosacion/shkëputje dhe depersonalizim (Kroger, 2008).

Somnambulizmi është ndodhi e rrallë dhe ndodh tek ata individë, të cilët e kanë përjetuar edhe gjatë gjumit. Në këtë fazë mund të jepen sugjerime dhe pacientët të veprojnë më pas, kur të jenë zgjuar pa e ditur arsyen përse po veprojnë në këtë mënyrë. Meqenëse ndodh amnezia nuk sugjerohet si gjendje terapeutike, sepse i ndalon pacientët të kujtojnë sugjerimet e dhëna (James, 2005).

Mund të vihen re:

- Pacienti mund të flasë gjatë gjithë kohës ose të ngrihet të ecë në dhomën e terapisë
- Të hapë sytë dhe të qëndrojë ashtu, edhe pse është në gjendje hipnotike
- Përjeton amnezi (edhe pas hipnozës) analgjezi, disosacion, depersonalizim
- Nuk iu përgjigjet pyetjeve

- Ka tension në trup dhe në fytyrë

Abragimet: Pacienti mund të përjetojë një gjendje të tillë, nëse nuk e ka përjetuar një gjendje të mëparshme emocionale ashtu siç duhet, ose kur nuk ka qenë gati për ta pranuar plotësisht atë që i ka ndodhur. Gjatë një gjendje të tillë pacientët pësojnë pastrim dhe ndihen më të lehtësuar më vonë, por terapeuti duhet të lejojë pacientin të përjetojë emocionin dhe ta bëjë të ndihet i sigurtë. Abragimi mund të jetë në formën e lotëve ose të së qeshurës.

Pasi pacientët zgjohen, terapeuti duhet t'u japë kohë që të qetësohen dhe nëse nuk duan të flasin, të repsektohet vendimi i tyre. Ngjarjet e më poshtme mund të vihen re:

- Të qeshura ose lot
- Dridhje
- Rritje të lëvizjeve
- Tension në shprehinë e fytyrës
- Verbalizimi i emocioneve
- Ndryshime në pigmentin e lëkurës
- Ndryshime në qëndrim

Asnjëherë nuk dihet nëse do të ndodhë një abragim gjatë seancave të hipnoterapisë, për këtë arsye gjatë seancës së parë induktohen teknika, ku më të rëndësishmet në raste të tilla janë:

- Teknika e thellimit Taniiii
- Vendi i preferuar i relaksimit
- Induktimi i sinjaleve ideomotore Po-Jo
- Futja më thellë në gjendjen e hipnozës

Nëse ndodh abragimi, terapeuti menjëherë fillon me Taniii! dhe e zhvendos pacientin në vendin e sigurt të relaksimit ku ai ndihet i qetë, i relaksuar dhe i sigurt. Terapisti duhet t'i tregojë pacientit, se ai e ka kuptuar gjendjen dhe është aty për suport dhe se kjo gjendje, është një mënyrë katharsi/pastrami për të cilën ata kanë nevojë. Terapisti mund ta pyesë pacientin për të dhënë përgjigje me anë të sinjaleve ideomotore, nëse gjendja mund të agravohet më tepër. Kur abragimet duken më keq se janë, si rregull i përgjithshëm, është më mirë ta lejosh pacientin ta përjetojë në një ambient të sigurt sesa të vazhdojë të ketë efekt mbi ta. Mund të thuhet se abragimet ndodhin kur pacienti ndihet i sigurt me praktikuesin dhe ato kanë një efekt kathartik, edhe pse mund të duken të pakëndshme në moment (James, 2005).

Abragimet nuk janë një element i domosdoshëm në efikasitetin e rezultatit të hipnoterapisë, pikërisht për këtë arsye praktikuesi nuk e shpjegon mundësinë e ndodhjes përpara induktimit: mund të induktojë ankth dhe të veprojë si një profeci vetëpërmbushjeje.

Zgjimi: Zgjimi është procesi i fundit i protokollit të hipnoterapisë formale. Qëllimi është rikthimi i pacientit në gjendjen e mëparshme të fokusimit të vëmendjes, të fillojë lëvizjet. Hipnoterapisti është ai, që drejton seancën dhe është po ai, që vendos se kur duhet të bëjë zgjimin e pacientit dhe mënyrën se si do të bëhet. Nëse pacienti ka hyrë në hipnozë në formën formale, atëherë edhe zgjimi do të bëhet po ashtu, nëse pacienti ka hyrë në hipnozë në mënyrë informale edhe zgjimi (nëse e shikon terapeuti të arsyeshme) do të bëhet i tillë. Zgjimi është një metodë aturitariane e numërimit nga poshtë-lart (1-10).

2.3.6 Disa teknika dhe metoda të hipnoterapisë

Qasjet Eriksoniane në psikoterapi dhe hipnozë kanë pasur një ndikim domethënës në një sërë praktikash klinike në dy dekadat e fundit. Çelësi i hamendësimeve Eriksoniane i: (a) besimit në një gjendje ndërgjegjeje të ndryshuar dhe në qenësinë e treguesëve specifikë tregojnë një gjendje të ndryshuar; (b) superioriteti i sugjestioneve jo të drejtpërdrejta ndaj atyre të drejtpërdrejta; dhe (c) hipnozueshmëria e pacientit është një funksion në varësi të aftësive të hipnotisit. Literatura e deritanishme nuk siguron mbështetje empirike as për efikasitetin e as për këto hamendësime kyçe (Matthews, 2000).

Dy supozimet kryesore në përdorimin e hipnozës janë: Së pari, e pandërgjegjshmja ushtron një ndikim të fuqishëm në çdo aspekt të funksionimit jetësor të pacientit dhe së dyti, ne përpiqemi ta shfrytëzojmë këtë potencial për qëllime terapeutike. Në nivele të thella të drejtimit të organizmit, në ruajtjen e kujtesës dhe ndrydhjen e saj, shumë prej funksioneve jetësore veprojnë përtej vetedijes të ndërgjegjshme (Yapko, 2003).

Ashtu si dhe fenomenet e tjera hipnotike, sjellja ideomotore është shprehje e natyrshme e proceseve të pandërgjegjshme nëpërmjet shenjave të dukshme fiziologjike (skuqja, tundjet e kokës, etj) (Yapko, 2003). Termi ideomotor nënkupton thjesht atë që ndodh, kur trupi i njeriut nxjerr në pah diçka, që ai nuk e thotë me fjalë (Erickson etj. 1981; Yapko, 1995).

Fenomenet hipnotike janë ato aspekte të së pandërgjegjshmes që janë të dukshme në jetën e përditëshme, por që shpesh shfaqen më të ekzagjeruara në gjendjen e transit. Shumica e hipnoterapistëve i përdorin këto fenomene për induktimin dhe thellimin e gjendjes së transit, madje edhe për përmirësimin e terapisë. Ekspertë të fushës së

hipnozës (Erickson, Rossi, & Rossi, 1976; Gilligan, 1987; Geary, 2001), po ashtu besojnë se duke diagnostikuar pacientët në bazë të fenomeneve hipnotike të cilat janë të qenësishme në sjelljen e tyre, terapistët e çdo fushe tjetër mund të hyjnë në atë thellësi të simptomat, rezistencat dhe mënyrat e funksionimit të pacientëve, që me metodat e tjera trajtimit nuk mund t'i arrinin këto rezultate.

Metoda tolerante e dhënies së sugjerimeve

Sugjerimet e dhëna nëpërmjet kësaj metode janë në formë diskrete, me një ton zëri të qetë dhe në të njëjtën kohë shumë bindës dhe jo intruziv. Kjo metodë i jep mundësi pacientit të marrë kohën e vet për të hyrë në trans, ose për të bërë ndryshimet e duhura gjatë terapisë. Kjo metodë është më e ngadaltë, por më e sigurtë, sepse pacienti është duke bërë hapa të ngadaltë, por të sigurt. Sugjerimet e dhëna në këtë formë, jo vetëm që nuk e humbasin forcën e tyre, por edhe fitojnë epërsi kundrejt formave të tjera nëpërmjet përsëritjes. Ne mund t'i përsërisim këto sugjerime deri në tri herë dhe përsëri pacienti nuk ndihet i lodhur apo i bezdisur. Meqënëse këto sugjerime bëhen më shumë si mënyrë të menduari sesa si dhënie komandash, shkaktjnë më pak rezistencë te pacientët.

Gjithmonë është theksuar se pacientët nuk kanë dëshirë të nënshtrohen dhe kanë dëshirë të ruajnë kontrollin, prandaj nëse duam të evitojmë pasigurinë për të punuar me pacientët në hipnoterapi, kjo është metoda më e mirë për t'u përdorur. Përpara se të vendoset zgjedhja e teknikave për pacientin, duhet të mbahet parasysh personaliteti i tij në përputhje me këto teknika.

Metoda autoritare e dhënies së sugjerimeve

Gjatë përdorimit të kësaj metode toni i zërit është më urdhërues, pak më i lartë se metoda tolerante, por më e sigurtë si komandë. Kjo teknikë ka momentet e veta, që duhet të përdoret dhe është më efikase se çdo teknikë tjetër (rastet e emergjencave në spitale, në aksidente rrugore apo në raste kur terapisti mendon se është teknika e duhur në atë situatë). Kjo teknikë e jep rezultatin në moment nëse funksionon ose jo.

Ligjet dhe rregullat e përgjithshme të sugjerimit

1. Ligji i vëmendjes së përqëndruar. Kurdoherë që vëmendja përqendrohet mbi një ide, ajo ide në mënyrë spontane tenton të realizohet. Në gjendjen e hipnozës, është vëmendja e pjesës së pandërgjegjshme që duam të tërheqim, dhe kjo është më e lehtë për t'u arrirë, kur pjesa e së ndërgjegjshmes është në qetësi. Sugjerimet që jepen me shumë forcë ose si komanda tentojnë ta hedhin poshtë këtë objekt (Kroger, 2008).

2. Ligji i efektit të kundërt. Kurdoherë që gjendja e mendjes është e atillë që subjekti mendon: do të më pëlqente ta bëja këtë, por nuk mundem. Pavarësisht faktit se ai dëshiron shumë të realizojë diçka, sa më shumë përpiqet, aq më pak do të jetë i aftë. Shpesh e hasim këtë në jetën e përditshme. Pacientët që vuajnë nga pagjumësia shkojnë në shtrat të bindur se nuk mund të flenë, kështu sado përpiqen aq më tepër qëndrojnë zgjuar. E njëjta vështirësi shpesh pengon dhe induktimin e transit. Sa më shumë përpiqet subjekti të bashkëpunojë me frikën, se nuk do të hyjë në trans, aq më pak mund të arrijë, por sa më pasiv të jetë, aq më e lehtë do të jetë për të hyrë në këtë gjendje. Ky ligj mund të përdoret si një avantazh në marrjen e sugjerimeve gjatë procesit të induktimit dhe të thellimit në hipnozën formale (Kroger, 2008).

3. Ligji i efektit dominant. Ky ligj bazohet mbi faktin, se një emocion i fortë gjithmonë tenton të zëvendësojë një më të dobët. Lidhja e një emocioni të fortë me një sugjerim do ta bëjë sugjerimin më efektiv. Vërejmë se si kërcenimi i një rreziku do të shtypë çdo ndjenjë kënaqësie ose rehatie. Emocioni i induktuar i neverisë, mund të shtypë kënaqësinë që ndjen një fëmijë nga përtypja e thonjve të tij (Kroger, 2008). Mund të përmendim faktin kur lidhim/asociojmë për shembull aromën më të keqe që mund të mendojmë me duhanin. Lidhja imagjinare/mendore do të jetë kaq e fortë sa pacienti mund edhe të nxjerrë ushqimin. Sa herë që pacienti të kujtojë duhanin, do të kujtojë edhe aromën e keqe, duke hequr dorë nga kënaqësia e të pirit të duhanit.

Vendi i preferuar i relaksimit: Teknika e vendit të preferuar të relaksimit afron sugjestionë lejuesë/tolerante në mënyrë që pacienti të ndihet i sigurtë, pa ankth, me një mirëqenie fizike dhe mendore të vetes dhe i relaksuar. Fillimisht pacienti pyetet, nëse ka një vend të tillë ose mund të krijojë në imagjinatën e vetë një vend të sigurt, ku mund të shkojë të relaksohet dhe të shkëputet nga shqetësimet e ditës dhe të ndihet rehat me veten.

- Kjo teknikë mund të përdoret thjesht për efekt relaksi për pacientin
- Të shërbejë si një vend për disosacion
- Ka rolin e suportit në rastet e abragimit

Vendi i preferuar përzgjidhet nga pacienti dhe nëse ai dëshiron, që të përgjigjet, pyetet vendi në të cilin ndodhet, dhe më pas për të gjitha ndjesitë (çfarë shikon, dëgjon, ndjen, percepton, nuhat) në mënyrë që përjetimi të jetë sa më real, pacienti të ndihet më i relaksuar dhe ofron një gjendje më të thellë të hipnozës.

Teknika e fiksimit të syve: Kjo teknikë realizohet kur pacienti është i relaksuar në kolltuk ose i shtrirë dhe e ka kokën të mbështetur mirë. Atij i kërkohet që të vështrojë në një drejtim dhe t'i fiksojë sytë në një pikë të vetme. Është një nga teknikat më të vjetra të induktimit të hipnozës, por është edhe një teknikë shumë permissive/tolerante dhe e bën pacientin të ndihet me i qetë dhe të mos friksohet sidomos në seancën e parë. Ndërsa pacienti është i fiksuar në atë pikë i jepet sugjestion i që qepallat fillojnë të rëndohen derisa të duan të mbyllen. Kjo bazohet në pjesën fiziologjike të reagimit të njeriut, sepse sytë lodhen nga përqendrimi dhe duan të mbyllen. Ky përqendrim në një pikë bën, që të ulët ndjeshmëria dhe interesi ndaj stimulëve të jashtëm. Vazhdohet me sugjestion lejuese, të qeta që kur pacienti të jetë gati mund t'i lëvizë qepallat, të mbyllen për t'i lënë të kuptojë se është ai në kontroll të gjithë situatës dhe të ndihet i sigurt.

Ka hipnoterapistë të cilët përdorin teknikën e mbylljes së thjeshtë të syve (Yapko, 2003) sepse mund të marrë më shumë kohë që pacienti t'i mbyllë vetë, ose mund të ndodhë, që të mos i mbyllë dhe pastaj do të duhet të përdorim teknikën urdhëruese të mbylljes së thjeshtë të syve ose ndonjë teknikë tjetër.

Në studim u vendos të përdoret si teknikë të induktimit të hipnozës, mbyllje e thjeshtë e syve, sepse nga eksperiencia ime, pacientët në Shqipëri nuk janë shumë të njohur me procesin e hipnozës dhe kjo i lejon ata të marrin kohën e duhur që të vendosin se kur do t'i mbyllin sytë. Ndërkohë që ka raste të tjera, kur pacientët sapo shtrihen i mbyllin vetë sytë, ose pyesin nëse duhet t'i mbyllin. Në të tilla raste vazhdohet menjëherë me teknikat e thellimit të hipnozës.

Metoda e numërimit: Metoda e numërimit përfshin numërimin nga lart-poshtë (nga 10-1) dhe ndërmjet numrave ofron sugjestione për relaks dhe konfort (Erickson, Rosi, & Rossi, 1976). Sa më ngadalë që të numërohet dhe të jepen sugjerimet aq më thellë do të hyjë pacienti në trans. Ashtu si edhe metoda e relaksimit progresiv të muskujve sa më shumë që të përdoret si teknikë, më pas mjafton vetëm numërimi dhe relaksi arrihet më shpejt dhe më lehtë. Disa terapistë përdorin numërimin nga 100 dhe vazhdojnë më poshtë derisa pacienti të lodhet dhe të lëshohet në trans.

Në studim u përdor teknika e numërimit nga 10-1 sepse është më e thjeshtë në përdorim, merr më pak kohë. Në rastet e pacientëve më të vështirë përdoret teknika: *as if* (Bandler & Grinder 1979). Sugjerime të tilla si: *sikur je i relaksuar, i rehatuar*, bën që këta pacientë t'iu përgjigjen sugjestioneve jo në mënyrë urdhëruese.

Shkallët (ashensori) që shkojnë poshtë: Kjo është një teknikë e thellimit të hipnozës, e cila përdoret pasi është arritur një nivel i lehtë i hipnozës, ku pacientëve iu kërkohet që të imagjinojnë veten e tyre në krye të shkallëve speciale dhe, në çdo hap që të hedhin, ndihen gjithmonë e më të relaksuar dhe akoma më thellë në hipnozë.

Kjo teknikë ka kufizimet e veta për ata pacientë të cilët mund të kenë problem lartësitë, shkallët (shkallët lëvizëse) ose kujtime jo të këndshme me ashensorin. Për këtë arsye, nëse do të përdoret kjo teknikë, pacienti do të pyetet, nëse ka shqetësime të tilla.

Hipnoanestezia. Si një fenomen hipnotik, anestezia është aftësia për të bllokuar përjetimin e dhembjeve fizike apo emocionale. Ndërkohë që kjo mund të shërbejë nganjëherë si pikë fillestare për të rishtënë tek klientët ndjeshmërinë e përshtatshme, duhet të konsiderohet patjetër edhe si aftësi, që mund të përdoret për menaxhimin e shqetësimeve aktuale apo kronike. Gjatë ndërhyrjeve kirurgjikale apo procedurave

dentare, hipnoanestezia ndonjëherë, është e vetmja ndërhyrje qetësuese e përdorur nga klientët. Literatura përkatëse sugjeron se, më së shumti, vetëm një e pesta e popullsisë së përgjithshme është e aftë të krijojë një anestezi të mjaftueshme, që të shërbejë si i vetmi mjet anestezik gjatë procedurave mjekësore (Hammond, 1990).

Kundërrindikacionet

Dy prej kufizimeve më të rëndësishme të përdorimit të hipnozës janë personat e pastabilizuar emocionalisht dhe psikotikët (Kroger, 2008).

Ka shumë keqkonceptime për hipnozën, prandaj të gjithë pacientët duhet të marrin sqarimet e nevojshme përpara se të fillojnë trajtimin.

- Individët të cilët janë të diagnostikuar si psikotikë
- Ata që kanë dëmtime/degjenrim të trurit
- Individët të cilët vuajnë nga epilepsia

Njësoj si çdo ndërhyrje e efektshme, trajtimi hipnotik, mund të shkaktojë në mënyrë rastësore si efekte të dëmshme, ashtu dhe efekte të dobishme (Barber, 1998). Megjithatë, duke rishikuar literaturën, tregohen shpërqendrimet afatgjata që rezultojnë për ndërhyrjet hipnotike, potencialisht të dëmshme, duke përmendur reagime të papritura të pacientëve që çojnë drejt ndërlikimeve klinike, amnezi, katarsis, paralizë, çorientim, përgjigje të pafiltruara, përshpejtim të transferencës dhe mjegullim i memories (Barber, 1998). Në vijim të këtyre reagimeve të papritura nga pacientët, ndërlikime të tjera mund të rrjedhin dhe nga nevoja për pushtet, nga ana e praktikuesit, dhe nga përqendrimi i ngushtë e i papërshtatshëm mbi procesin e vetë hipnozës, të cilat çojnë drejt shpërqendrimit nga procesi themelor klinik (Barber, 1998).

2.3.7 Përdorimi i hipnozës me qëllim trajtimi

Sot në SHBA njihen se ekzistojnë mbi 400 lloje të psikoterapive (Brann, Owens, & Williamson, 2012). Në dallim prej tyre, hipnoterapia ka potencial të konsiderueshëm për t'u përdorur në shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe është pranuar si një mjet në rritje të ndihmës për shumë gjendje ose rrethana shëndetësore (Rankin-Box, & Williamson, 2006). Sot hipnoterapia përfshihet në trajtimet standarde psikologjike, mjekësore ose dentare (Jonas & Levine, 1999; Pintar, & Lynn, 2008). Po ashtu, ka evidenca empirike për shtimin e hipnozës te format e tjera psikoterapeutike, si terapia konjitive dhe bihejviorale, ku këto mund ta shtojnë efikasitetin klinik në sëmundje si obeziteti (Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995) dhe po ashtu, edhe tek psikoterapia psikodinamike (Jonas & Levine, 1999). Aplikimet potenciale të hipnoterapisë, të cilat kanë evidenca empirike sot janë: menaxhimi i dhembjes, kontrolli i temperaturës së lëkurës, fobitë, shërimi i djegieve, zvogëlimi i tensionit të lartë të gjakut, ndalimi i pirjes së duhanit, astma bronkiale, shërimi i plagëve, sindroma e zorrës së irrituar, pagjumësia, ankthi dhe format e ankthit të lidhura me dentistët, mjekimi simptomatologjik i pacientëve që mjekohen nga kanceri (Cawthorn & Mackereth, 2010).

2.3.8 Hipnoza, baza shkencore dhe e ardhmja

Hipnoza ka një histori mbi 220 vjeçare të qasjes shkencore dhe të praktikës klinike (Nash & Barnier, 2008). Edhe pse interesimet për të janë shtuar ose zvogëluar, në dekadën e parë të shekullit të 21-të, këto mbeten të fuqishme (Nash & Barnier, 2008). Hipnoza është parë si e vështirë për t'u studiuar, por edhe si joshkencore (Nash & Barnier, 2008), përkundër asaj se 14 ndër 100 psikologët më të spikatur të historisë së

psikologjisë kanë shkruar për hipnozën, kanë bërë studime ose i kanë ndikuar studimet për hipnozën (Haggbloom etj., 2002). Hipnoza përkundër interesimeve dhe mundësive të shumta ka shumë sfida me të cilat duhet të përballlet (Nash & Barnier, 2008). Kirsch dhe Lynn (1995) në një artikull shumë me rëndësi kanë thënë se:

“... kemi mjaft sfera të pajtimit mes të gjithë hulumtuesve dhe teoricienëve seriozë të hipnozës, se mitet e popullarizuara për hipnozën janë zbehur nga observimet dhe studimet klinike ...” (Kirsch & Luin, 1995, f. 856).

Teoritë e kontrollit të ftohtë dhe ato të atribuimit-diskret për hipnozën ofrojnë dy perspektiva të reja, sepse reflektojnë bashkëpunimin në mes të shkencëtarëve konjitiv të të mësuarit dhe të vetëdijes si dhe të psikologëve të zhvillimit (Perner & Dienes, 2008). Studimet e hipnozës vazhdojnë të zgjerohen dhe të përfshijnë zhvillimet e reja teknologjike, si dhe ndikimet teorike prej sferave të tjera jashtë hipnozës (Oakley, 2006). Përkundrejt zhvillimeve të mëdha në vitet e fundit, kemi një rënie të dukshme të studimeve të hipnozës në revistat e mëdha shkencore (Nash & Barnier, 2008). Të bërit e hipnozës më vendosmërisht si një teknikë studimi, mundëson më tepër studime, të cilat do kryhen duke shfrytëzuar neuroimazherinë, për të eksploruar natyrën e hipnozës, si dhe mekanizmat e fshehur të efekteve sugjестive brenda dhe jashtë hipnozës. Kjo në kthim do ketë implikime të qarta për përdorimin e hipnozës dhe sugjestionëve në praktikën klinike (Nash & Barnier, 2008).

KAPITULLI III: PËRSHKRIMI I METODAVE TERAPEUTIKE TË PËRDORURA

3.1. Hipnoterapia

Hipnoza tipikisht përfshin prezantimin e një procedure gjatë së cilës subjektit i thuhet, se do të sugjestionohet për një eksperiencë imagjinare. Pjesa hyrëse e hipnozës është një sugjerim i zgjeruar për të përdorur imagjinatën dhe mund të përmbajë detaje të tjera të prezantimit. Kur përdorim hipnozën, një person (subjekti) udhëhiqet nga një tjetër (hipnotisti) për t'iu përgjigjur sugjerimeve për ndryshimin e eksperiencave subjektive, modifikime në perceptim, ndjesi, emocione, mendime dhe sjellje. Njerëzit gjithashtu mund të mësojnë vetë - hipnozën, e cila është një proces gjatë të cilit personi e administron vetë procedurën e hipnozës. Shumë besojnë se përgjigjet gjatë hipnozës dhe eksperiencat janë karakteristike e një gjendje hipnotike, ndërsa disa të tjerë mendojnë, se nuk është e domosdoshme të përdoret fjala hipnozë si pjesë e induksionit hipnotik, e të tjerë, e shohin si diçka esensiale.

Detaje të procedurës hipnotike dhe sugjerimeve variojnë në varësi të synimeve të pjesëmarrësit dhe qëllimeve klinike ose përpjekjeve kërkimore. Procedurat tradicionale përfshijnë sugjerime për të relaksuar subjektin edhe pse relaksimi nuk është i domosdoshëm për hipnozën dhe se varieteti i gjerë i sugjerimeve mund të përdoren për ta bërë subjektin më të vetëdijshëm.

Është vënë re se disa praktikues të hipnozës (p.sh. Rossi, 1996) supozojnë se pacienti ka burime të brëndshme për ndryshim dhe se hipnoza duhet pikërisht që këto burime të nënndërgjegjes (kreativiteti, potenciali, shërimi) ti aksesojë në mënyrë të vazhdueshme. Detyra e një terapisti është të lehtësojë këtë proces të shërimit të subkoshienës tek

pacienti, duke përdorur gjuhën e të pandërgjegjshmes, për shëmbull duke përdorur metafora, histori të shkurtra, sugjerime të nënkuptuara dhe pyetjet bazike të aksesimit, ashtu si edhe disa afrime më të qarta.

Metoda më e përhapur e hipnoterapisë, për të menaxhuar probleme të lidhura me stresin janë: relaksimi, forcimi i egos, sugjerime të drejtpërdrejta ose jo, ristrukturimi kognitiv dhe hipnoanaliza.

3.1.1 Metoda e Forcimit të Egos

Përforcimit të egos i është kushtuar shumë rëndësi në psikoterapi. Frojdi këtë e shihte si ndër qëllimet kryesore të psikoanalizës. Edhe në terapinë kognitive bihejviorale kjo është e lidhur me shtimin e vetë-efikasitetit. Është popullarizuar nga John Hartland (1966) si një mënyrë për të ndihmuar njerëzit që të shtojnë vetëbesimin dhe vetëvlerësimin (Heap & Aravind, 2002). Kjo teknikë mund të përfshihet në shumë aplikime të hipnozës (Heap & Aravind, 2002).

Hartland (1971) fillimisht vuri re potencialin e aplikimit të hipnozës për të rritur vetëbesimin dhe ishte i pari, që emërtoi teknikën e Forcimit të Egos. Metodën e tij e përfshiu Havens dhe Walters (1989), dhe në nivelin e tretë të efektivitetit hipnoterapeutik, duke bërë sugjerime të drejtpërdrejta të tilla si:

"ju nuk do të jetoni më aq shumë afër me veten tuaj dhe vështirësitë tuaja. . . nervat tuaja do të bëhen më të forta dhe të qëndrueshme . . ." (Havens & Walters, 1989, f. 149).

Terapistë të tjerë si From (1965) dhe Gardner (1976) përdorën trajtimin e nivelit të dytë duke iu sugjeruar subjekteve të hipnotizuar imazhet pozitive e vizuale, si përfundim të

një detyrë shumë të vështirë. Kjo qasje kishte për qëllim që të instalojë vetë-efikasitetin duke iu ofruar subjekteve një ndjesi të arritjes. Van Dyck dhe Spinhoven (1994) arriti në dy konkluzione në lidhje me këto trajtime:

(a) procedurat e hipnozës së forcimit të egos, synojnë arritjen e ndryshimeve njohëse në mënyrë, që pacienti të ndihet më pak i demoralizuar dhe mund të gjejë zgjidhje më të mira për vete dhe për problemet e tij; dhe

(b) proceset themelore njohëse ndërmjet forcimit të egos dhe procedurat e krahasueshme jo-hipnotike janë ndoshta jo identike.

Pak a shumë si Havens dhe Walters (1989), ata arrijnë në gjykimin se kjo dispozitë e fundit është për shkak se, një kontekst i hipnozës dhe pranimit të lartë të hipnotizimit, mund të çojë në një rritje të reagimeve të përgjigjes ndaj sugjerimeve nga ana e pacientit dhe pastaj komunikimet mes terapistit mund të merren më pak kritike.

Forcimi i Egos mund të jetë i dobishëm dhe i mjaftueshëm për të ndihmuar pacientin për t'u përballur me problemet e tij/të saj. Hartland njohu se shumica e pacienteve në terapi nuk kanë vullnet për të çliruar simptomat e tyre derisa të ndihen të fuqishëm mjaftueshëm, për të bërë pa to (Hammond, 1990). Prandaj ka kuptim ti përkushtosh kohë të konsiderueshme përdorimit të trajtimit të Forcimit të Egos me pacientët. Veçanërisht në fillim të terapisë dhe në fillimin dhe fundin e çdo sesi.

Wade & Wade (2003) gjejnë se:

(1) Organizimi i personalitetit është disociativ po aq sa edhe asociativ, që ka të bëjë me gjendjet e egos, dhe ecuria përgjatë gjendjeve të zhvillimit psikosocial;

- (2) gjendjet e papërshtatshme të aktivizuara të egos shkaktojnë mosfunksionim, i cili është i zakonshëm ose shkak intensiv gjatë shkëputjes në procesin e zhvillimit, ose hidhërim, ose traumë e pazgjidhur;
- (3) mosfunksionimi i plotë kërkon terapi me gjendjet e egos individuale dhe sistemit të personalitetit;
- (4) hipnoza klinike ofron teknika për të rritur aksesin mbi gjendjet e egos.

Janë 3 trajtimet e përgjithshme të Forcimit të Egos:

- Sugjerimi i drejtpërdrejtë i lehtësuar nga heterohipnoza ose vetë hipnoza
- Forcimi i Egos evokues
- Trajtimi Eriksonian

Hartland përdori "Forcimin e Egos" me pacientët, që ishin në listën e pritjes për trajtimin hipoanalitik. Sugjerimet e tij ishin autoritare, indikatore, të orientuara nga e ardhmja dhe gjerësisht mbështetëse. Qëllimi parësor i Hartland ishte të rriste vetëbesimin e pacientëve dhe vetëvlerësimin e tyre ashtu si edhe, aftësitë e tyre të përballimit dhe të minimizonte ankthin dhe shqetësimet.

Phillips & Frederick (1992) deklarojnë:

“Drejtimi dhe sugjerimet drejtuese mund të krijojnë një mjedis familjar për pacientë të tillë në mënyrë që të fillojë të kërkojë për rritje dhe autonomi” (Phillips & Frederick, 1992, f. 91).

Sugjerimi i drejtpërdrejtë në Forcimin e Egos është modifikuar, duke i shtuar vizualizimin dhe imazhet. Gjithashtu është zbuluar, se eksperiencia e zotërimit ka rezultate të shkëlqyera për Forcimin e Egos. Teknikat që synojnë eliminimin e

mendimeve dhe ndjenjave që sjellin ankth, ashtu si edhe ato që potencojnë pozitiven përmes aksesimit të eksperiencave dhe sukseseve të së shkuarës, gjithashtu mund të përdoren. Si psh të vizualizosh në mënyrë hipnotike ankthet dhe problemet e ditës, duke i kthyer ato në një kontenier të madh mbeturinash, duke vizualizuar ankthin si mbeturina që i djeg apo largon në hapësirë.

Metodat e forcimit të egos janë krijuar për të evokuar materiale të rëndësishme, por të pandërgjegjshme në problemet e pacientit, që në këtë mënyrë të aktivizojë burime të brëndshme të rëndësishme.

Forcimi i egos është një matës i efektivitetit, me të cilin egoja kryen detyrën e saj të përshtatjes me kërkesat e realitetit (Hartmann, 1958). Me fjalë të tjera, është detyra e egos të përcaktojë kërkesat e realitetit dhe të shohë që nevojat vetjake janë përmbushur brenda kësaj kornize. Forcimi i egos i referohet virtyteve nëpërmes së cilave qëniet njerëzore orientojnë veten e tyre dhe të tjerët në jetë (Erikson, 1964).

Përtej kërkimeve, një tjetër motiv për të testuar efektet e forcimit të egos, është aspekti i tij i veçantë hipnotik. Havens dhe Walters (1989) pohojnë se hipnoza përmirëson të gjithë format e psikoterapisë në tre nivele: (a) të gjëndja relaksuese e transit, njerëzit mësojnë, pavarësisht se çfarë afrojnë mëndja e pavetëdijshme; (b) përmes aspektit përvetësues së hipnozës, pacientët mund të fokusohen te problemet, ndërsa burimet e tyre të brendshme theksohen nga terapisti si mekanizma terapeutike; dhe (c) sugjerimet direkte hipnotike nga terapisti, të cilat Havens dhe Walters besojnë se kanë më shumë gjasa të pranohen nga subjekti në gjendje transi.

Potenciali i sugjerimeve direkte hipnotike është ilustruar nga Mallott, Bourg and Crawford (1989), të cilët zbuluan se subjektet e hipnotizuara i bindeshin më shumë

terapistit dhe ofronin pak kundërargumente se ata, që nuk ishin të hipnotizuar. Në fakt, përgjigjet e vazhdueshme në gjendjen e transit, në dallim nga e zakonshmja, citohen si tipar kryesor i hipnozës (Barabasz & Watkins, 2005; Holroyd, 1992; Van Dyck & Spinhoven, 1994). Greene (1973) sugjeron se kjo mund të jetë e vërtetë, sepse subjekti i hipnotizuar është më i fokusuar dhe merr pjesë në argumentet e therapistit. Gjithsesi, ai ofron një përkufizim të bazuar në teorinë psikoanalitike. Për Starface (2004), forca e egos është aftësia e egos për të përballuar realitetin e jashtëm, duke e balancuar atë me kërkesat e egos dhe superegos. Me fjalë të tjera, forca e egos mban mekanizmat e mendjes të sigurt, duke minizuar konfliktin intrapsikik. Lavertue, Kumar dhe Pekala (2002) shpresin të njëjtin këndvështrim. Duke cituar Calnan (1977), ata e përshkruajnë forcën e egos si:

"aftësia për t'iu përshtatur kërkesave të jashtme dhe për t'i përshtatur me kërkesat e brendshme", të cilat "rrisin afësinë individuale për t'u përshtatur me kërkesat e vështira të mjedisit" (Calnan, 1977, f. 2).

Të tjera përkufizime të forcës së egos derivojnë nga teoria bihejviorale/kognjitive, teoria e gjendjes së egos dhe nga puna klinike e Milton Erickson's në hipnoterapi dhe përfshijnë të tillë mekanizma, si zbatues të kontrollit të personalitetit për një aspekt pozitiv të vetes, duke evokuar burimet e pavetëdijshme natyrale (McNeal & Frederick, 1993). Edhe pse ka një diversitet këndvështrimesh, filli i përbashkët, që kalon ndër to, është aftësia e rritur individuale për të përballuar stresorët e jashtëm dhe të brendshëm dhe një aftësi për të përballuar ankthin, stresin, vështirësitë emocionale dhe për të funksionuar në mënyrë të përshtatshme.

Forcimi i Egos prej shumë kohësh konsiderohet i rëndësishëm në procesin e psikoterapisë. Frojdi shkruajti, se përpjekjet e psikoanalizës kishin si qëllim të forconin egon, të zgjeronin fushën e tij të perceptimit dhe të zgjerojë organizimin e tij (Greenson,

1967). Nga një këndvështrim psikodinamik, zgjidhja e konflikteve të hershme të pavetëdijshme, zgjeron aftësinë e egos për të drejtuar individin drejt mbijetesës dhe mjeshtërisë. Kognitiv-bihejvioristët kanë operacionalizuar forcën e egos si vetë - efikasitet, i cili i referohet besimit, se një person është i aftë për të përfunduar një detyrë. Duke studiuar impaktin e vetë efikasitetin në arritjen e qëllimeve, kërkimet tregojnë, se efikasiteti i lartë rezulton në mundësi më të larta për të arritur qëllimet (Bandura, 1977). Nga një perspektivë e sistemit, shpesh e aplikuar tek familjet dhe organizatat, forcimi i qasjeve përpiqet të rrisë aksesin e pacientit në aspektet pozitive dhe të shëndetshme të sistemit dhe të zgjerojë influencën e tyre mbi aspektet e pamaturuara dhe jo konstruktive. Kjo vlen dhe për terapinë hipnotike të gjendjes së egos, e cila punon me sistemin e brëndshëm të vetes, për të rritur ndërveprimin ndërmjet aspekteve të maturuara dhe funksionale të personalitetit dhe të zgjerojë influencën e tyre mbi gjendjet e pamaturuara dhe jofunksionale. (McNeal & Frederick, 1993; Phillips & Frederick, 1995).

Hipnoza është përdorur për të fuqizuar detyrën terapeutike të forcimit të egos, në mënyra të ndryshme. John Hartland (1965, 1971) fillimisht popullarizoi fuqizimin e egos hipnotike me anë të sugjerimeve mbështetëse, për të rritur besimin te vetja dhe për të forcuar imazhin pozitiv për veten (Hammond, 1990). Spiegel dhe Lynn (1969) arritën në përfundimin se zotërimi i simptomave specifike të fituara me anë të hipnozës mund të krijojnë një "ripple effect" pozitiv të rritjes dhe zhvillimeve klinike. Stanton (1989) rriti nivelin e imagjinatës në sugjerimet hipnotike, me qëllim që të zgjeronte më shumë funksionimin e egos. Gardner (1976) dhe Dimond (1981) përdorën imagjinatën dhe hipnozën për të forcuar ndjenjën e kontrollit të brendshëm.

Milton Erickson (Rossi, 1989) kontribuoi gjërësisht në dhënien e sugjestionëve indirekte gjatë aplikimit të hipnozës, duke përfshirë metaforat dhe tregimin e historive (sidomos të fëmijët), paradokset, sugjerimet e lidhura me natyrën për të ndihmuar individët që të kenë mundësi të hyjnë dhe të përdorin burimet e tyre të brendshme. Sipas principit të përdorimit, atributet dhe eksperiencat normalisht të konsideruara si jo funksionale nga individi, mund të shihen si mundësi që përdoren për zgjidhje, gjatë procesit të terapisë. Me pacientë të vështirë, të cilët vendosin mure mbrojtëse në vënd të ndryshimeve pozitive, qasja indirekte Ericksioniane i lejon klientët të procedojnë sipas ritmit të tyre të brendshëm, kështu që ju dërgohet mesazhi i rëndësishëm, që aftësit e tyre janë të përshtatshme për transformime të rëndësishme dhe të mundshme. Hipnoanalistët (Brown & Fromm, 1986) kanë përdorur teknika hipnoprojektive si ëndrrat (lucid dreams), hyrja në ekranin e brendshëm (zhvendosje nga vetja diku tjetër), vizualizimi i vetes ideale me qëllim që pacienti të mund të thjeshtëzojë kërkimin dhe të pëmirsojë strategjitë e brendshme ndihmuese. Këto mjete inkurajojnë pacientët të përgjigjen sugjerimeve të terapistit me anë të aftësisë së tyre unike të së mundshmes, duke ju rforcuar besimin që kontributi dhe përpjekjet e tyre kanë rëndësi të madhe. Këto imazhet pozitive së bashku edhe me elementët e tjerë të eksperiencave të brendshme zbërthehen nga këto teknika dhe më pas përdoren në funksion të egos.

Disa avantazhe të hipnozës, përfshijnë përdorimin e progresionit të moshës, për të arritur mendime pozitive për të ardhmen (Frederick & Philips, 1992; Philips & Frederick, 1992); regresionin e moshës për eskeperiencat e shkuara për efekt mësimi dhe edukimit (për të pastruar të kaluarën) (Murray-Jobsis, 1990; Phillips & Frederick, 1995); aktivizmi i energjive të brendshme pozitive të njohura si "fuqia e brendshme" (McNeal & Frederick, 1993; Frederick & McNeal, 1998); përdorimi i sugjestionëve

hipnotike për të rritur dhe fuqizuar funksionimin e egos (Phillips, 1996). Për këto arye dhe përdorime të tjera, hipnoza ka shtuar forcën e egos brënda fushës së psikologjisë.

Forcimi i egos mund të kryhet në mënyrë të sukseshme edhe pa përdomin e hipnozës, sepse ka prova që dëshmojnë se përdorimi i sugjerimeve hipnotike mund të asistojë efektivisht në menaxhimin e simptomave, ose në zhdukjen e tyre në një periudhë të shkurtër dhe gjithashtu kontribuon në ndryshimet pozitive klinike (Spiegel & Lynn, 1969). Gjithashtu ka të dhëna, që sugjerimet hipnotike, mund të shtojnë dimensione të vlefshme në fushën e vetë qetësimit dhe në eksperiencat vetë menaxhuese (Frederick & McNeal, 1999).

Ky trajtim thekson se, megjithse e shkuara e një pacienti mund të përmbajë probleme të panjohura, ajo gjithashtu përmban burime të panjohura. Suksesi i ushtrimit rrotullohet rreth përdorimit të hipnozës për t'a ndihmuar pacientin të përqëndrohet dhe fokusohet në sukseset dhe arritjet në të shkuarën.

Kjo mund të përfshijë referenca në eksperiencat e së përditshmes, si psh: mësimi i ngarjes së biçikletës, leximit, shëtitjes, kalimit të provimeve e kështu me radhë.

3.1.2 Metafora

Përdorimi i metaforave në trajtimet klinike e ka fillesën nga Milton Erickson. Ai i përdori metaforat në trajtimin e pacientëve të vet, duke i përshtatur me problematikën, interesat, qëllimet, që donin të arrinin pacientët e vet. Ai përdorte tregimin e një historie, që të tërhiqte vëmendjen në mënyrë të vetëdijshme të pacientëve, ndërsa të nguliste në mendjen e pavetëdijshme një asosacion të ri, i cili do ti shërbente atij/asaj në terapi. (Rosen, 1982; Yapko, 20001; Zeig, 1980). Metaforat janë tregimi i një historie

gjatë hipnozës klinike. Metafora ka qenë një tipar thelbësor i komunikimit të njeriut, që nga kohët e lashta (Barker, 1985).

Përdorimi i historive dhe metaforave për të mësuar dhe për të shëruar është aq i vjetër, sa dhe vetë qytetërimi (Campbell, 1949). Efektiviteti i tyre i ka rrënjët të mundshme për të anashkaluar analizën e ndërgjegjshme apo logjikën, duke i zhvendosur shqetësimet e personit në një nivel të pandërgjegjshëm. Analogjitë dhe metaforat janë në qendër të mendimit shkencor (Genter & Jeziorski, 1993). Ato figurojnë në zbulime, si në analogjinë e sistemit solar për atomin të Rutherford's ose përdorimi i linjave të mbushura me hekur të magnetizuar nga Faradei, për të arsyetuar mbi fushat elektrike. Ato gjithashtu përdoren dhe në mësimdhënie: fillestarëve u thuhet të mendojnë për elektricitetin, si analog me ujën që rrjedh në tuba, ose për një proces kimik, si analog i një topi, që rrotullohet nga një kodër. Edhe pse është i dobishëm, të menduarit analogjik, asnjëherë nuk mësohet formalisht (Genter & Jeziorski, 1993). Kjo mendohet si një aftësi njerëzore natyrale, dhe përdorimin e tij në shkencë si zgjerim të drejtpërdrejtë, të përdorimit të tij në arsyetimin me anë të sensit të zakonshëm. Për shembull, William James besonte se "burrat historikisht, arsyetonin me anë të analogjive shumë herët, para se të mësonin arsyetimin me karakter abstrakt".

"E gjithë kjo shënon në një intuitë tepër tërheqëse: që aftësia për arsyetim analogjik, është një pjesë e lindur e aftësisë njohëse të njeriut" (Gentner & Jeziorski, 1993, f. 448).

Po ashtu studiuesit e trurit, vazhdimisht kanë përdorur metafora, analogji dhe shembuj në përpjekje për të kuptuar të dhënat e tyre (Pribram, 1990). Pra, mënyra e saktë e përdorimit të arsyetimit analogjik, vë në lëvizje një proces vetë reflektues, me anë të të cilit, e thënë në mënyrë metaforike, truri kupton veten e tij. (Pribram, 1990). Një

metaforë, është diçka relativisht më konkrete apo e mundshme, e cila qëndron për diçka më të pakapshme ose të pakuptueshme (Lakoff & Johnson, 1980).

Metaforat, konsiderohen si një nga mënyrat më të fuqishme dhe të qeta, për të komunikuar një informacion të rëndësishëm tek pacientët, për të arritur qëllime të caktuara në jetë (Yapko, 2003). Mënyra se si tregohet dhe i paraqitet pacientit, toni i zërit, përshtatja me problematikën personale luan një rol shumë të rëndësishëm në hipnoterapi. Metaforat janë mënyra jo direkte të dhënies së sugjerimeve tek pacienti për të arritur qëllimin, kështu që, pacienti është më pak rezistent ndaj asaj që po i jepet. Tregimi i historisë së dikujt tjetër, në një vend apo kohë tjetër, bën që pacienti të mësojë nga eksperiencat e të tjerëve, sepse jo gjithmonë duhet ti përjetojmë situatat, që të mund të mësojmë.

Metaforat mund ti përdorim për arsye relaksi (induktim të transit) ose si proces të terapisë. Ne fillojmë me një lloj metafore, dhe më pas mund të vazhdojmë me një ose më shumë metafora në bazë të problematikës/shqetësimit që ka pacienti.

Metaforat ose anekdotat mund të shërbejnë për të ilustruar një pikë ose të etiketojnë një kujtim, në mënyrë indirekte sugjerojnë ose modelojnë zgjidhje, për të nxitur vetë-reflektim dhe njohuri, për të rritur shpresën pozitive ose motivimin, të anashkalojnë rezistencën, për të rivendosur apo ripërcaktuar një problem dhe të shpërndajë sugjectionet, duke anashkaluar mbrojtjet që ka subjekti (Zeig, 1980).

Metafora natyrore që lindin në terapi janë përdorur si mjete edukative. Metaforat fillojnë për të zgjeruar kufijtë e besimeve në lidhje me të menduarit (Abbatiello, 2006).

Terapia metaforë zgjeron konceptin e njohjes duke përfshirë dhe format imagjinare dhe metaforike të njohjes (Kopp, 1995).

Jo vetëm, që mund të përdoret metafora në terapi, (si paraqitje spontane e pacientit apo zgjedhja e fjalëve të terapistit) por procesi i psikoterapisë mund të shpjegohet në mënyrë metaforike, në interes të zhvillimit të aleancës terapeutike (Blatner, 2006).

Metafora, ndoshta e parë si evazive, si e paqartë në mungesën e marrëdhënieve të lidhura drejt për së drejti mes shqetësimeve e pacientit, mund të zhvlerësohet nëse pacienti preferon një mënyrë më të drejtpërdrejtë komunikimi (Burns, 2001; Yapko, 2003).

Metaforat dhe historitë mund të prezantohen, si një mënyrë për të ndihmuar pacientin të zhvillojë vetbesimin dhe vetvlerësimin, duke ua komunikuar ato mendjes së pavetëdijshme të tij (Erikson & Rossi, 1979; Zeig, 1980; Yapko, 1990; Kopp, 1995).

Lankton and Lankton (1986) e përkufizojmë një metaforë hipnoterapeute si:

"Një histori me mjete dramatike, që tërheqin vëmendjen dhe siguron një kuadër të ndryshuar, nëpërmjet të cilës pacienti, mund të argëtohet në një eksperiencë si në roman" (Lankton & Lankton, 1986, f. 154).

Metaforat, zakonisht përmbajnë ide dhe mesazhe që shërbejnë si fara për mundësitë shëruese. Shumë hipnoterapistë kanë theksuar se, përdorimi i metaforave është fara për aftësitë, për të arritur qëllimet e lidhura me mjeshtërinë, fleksibilitetin, menaxhimin e stresit dhe përmbushjen e shërimit somatik (Lankton & Lankton, 1983, 1987; Yapko, 1990; Hammond, 1990). Historitë që reflektojnë shpresë për shërimin dhe që rezultojnë në zgjidhje pozitive të vështirësive, që janë të ngjashme me të pacientit, mund të stimulojnë një këndvështrim më optimist. Një ndër avantazhet kryesore të metaforave dhe tregimit të historive, është se ato i ofrohen pacientit në një mënyrë jokërcënuese, gjë që thjeshtëzon raportin, thellon komunikimin e brëndshëm dhe e lejon individin të përgjigjet qetësisht, privatisht, sipas ritmit të tij. Hammond (1990) thekson, se një metaforë mund të përdoret gradualisht, në mënyrë që të ndreqë një ide kërcënuese, që shoqërohet nga një "urë", që është e lidhur në mënyrë direkte me problemin e pacientit

që ofron mundësi për zgjidhje dhe forcon komunikimin direkt. Elementët në histori, mund të theksohen në mënyrë indirekte, nëpërmjet sugjerimeve të organizuara nga ndryshime në zërin e terapistit, ritmin e leximit, ritmin e frymëmarrjes, shikimin në sy, ose ndryshimet në qëndrim.

Avantazhet e përdorimit të metaforës:

- Teknikë e përshtatshme për një pjesë të mirë të pacientëve, veçanërisht tek ata që janë rezistentë ndaj ndryshimeve.
- Çdokush mund ta imagjinojë dhe interpretojë historinë sipas mënyrës së vet.
- Mund të mësohet prej eksperiencave të të tjerëve.
- Nuk është mënyrë imponuese tek pacientët.
- Mund të përdoren në shumë situata gjatë terapisë (jo vetëm në gjendjen e transit).

Disavantazhet:

- Mund të ketë pacientë, të cilët nuk mund ta kuptojnë qëllimin e përdorimit të metaforës gjatë terapisë.
- Metaforat kërkojnë, që personi të angazhohet për të gjetur rëndësinë që ka si proces proaktiv, të cilin pacientët në depresion dhe pasivë mund të mos duan ta kryejnë (Burns, 2001, Yapko, 2003).
- Ka mangësinë e vet për ata pacientë, të cilët parapëlqejnë komunikim të drejtpërdrejtë .

3.1.3 Forcimi i Egos dhe Metaforës

Nuk është bërë e mundur të gjenden shumë studime lidhur me përdorimin dhe efikasitetin e këtyre metodave të përdorura. Për të shpjeguar më mirë studimin, është shqyrtuar literatura në lidhje me disa studime, që kanë matur efektivitetin e sugjerimeve direkte dhe indirekte. Janë të njohura disa studime empirike si p.sh. për metaforat terapeutike (Parker & Wampler, 2006), induksionin e skripteve (Barabasz & Christensen, 2006) dhe rikujtimin vizual në trans (Tamalonis & Mitchell, 1997). Po ashtu, ka disa studime për përjetimin subjektiv të gjuhës hipnotike dhe efektivitetin e sugjestioneve direkte dhe indirekte (Alman & Carney, 1980). Alman dhe Carney (1980), krahasuan subjektet femra dhe meshkuj në përgjigjet e tyre në sugjestionet posthipnotike dhe gjetën se, sugjestionet indirekte ishin më të suksesshme në prodhimin e sjelljes posthipnotike, se sa sugjestionet direkte. Van Gorp, Meyer, dhe Dunbar (1985) kanë krahasuar sugjestionet direkte dhe indirekte dhe raportuan se sugjestionet direkte ishin më efektive në zvogëlimin e dhimbjes. Stone dhe Lundy (1985) studjuan efektivitetin e sugjerimeve direkte dhe indirekte në nxitjen e lëvizjeve të trupit dhe gjetën se sugjerimet indirekte ishin lehtësisht më efikase. Mosher dhe Matthews (1985) studjuan dallimin mes përdorimit të metaforave me sugjerime indirekte për amnezinë dhe, të përdorimit të metaforave pa sugjerime indirekte për amnezinë, ku gjetën përkrahje për efektin e metaforave me sugjerime indirekte gjatë amnezisë.

Nugent (1989) në shtatë studime të rasteve me probleme të ndryshme (p.sh. frika nga injeksionet, ankthi i performancës, klaustrofobia), ka përdorur gjuhën e sugjerimeve indirekte për të ndryshuar dhe tek shtatë rastet ka gjetur ndryshime pozitive.

3.1.4 Efekti Placebo

Kohët e fundit, disa autorë kanë vënë në dukje, se shpresa dhe besimi nga ana e pacientit; dhe këshillimit dhe bindjes nga ana e terapistit, përbëjnë disa nga faktorët universale operative në shërimin mendor. Rosenthal dhe Frank, të cilët kanë studiuar efektin placebo në psikoterapi, besojnë se të gjitha format e psikoterapisë, duke përfshirë hipnozën, në mënyrë uniforme të japë rezultate të suksesshme në rreth 60 përqind të rasteve (Kroger, 2008). Natyra e efektit placebo, se si ajo operon në hipnoterapi është përshkruar nga disa studiues (Kroger, 2008). Edhe, pse këshillimi dhe hipnoza janë të lidhura me efektin placebo dhe kanë shumë gjëra të përbashkëta, ato ndryshojnë nga njëra-tjetra në disa mënyra.

Bindja e terapistit në lidhje me metodën e tij/e saj therapeute, dhe sugjectionimi i pacientit se terapia do të ketë sukses, janë elemente të rëndësishme në të gjitha psikoterapitë. Jerome Frank (1991) i referohet ngritjes së moralit dhe rritjes së shpresës, si kushte të domosdoshme në ndryshimin e mënyrës së mendimit dhe zakoneve të sjelljes. Instalimi i një sensi shprese realiste tek pacientët, është përbërësi më i rëndësishëm i një terapie të sukseshme (McDermott & Snyder, 1999; Snyder & Taylor, 2000). Nëse pacientët, mund të parashikonin një mundësi për të zgjidhur problemet që shkaktohen nga stresi, ata shpesh do të ndihen më pozitivë në lidhje me problemet e tyre. Lynn & Hallquist (2004) së fundmi kanë pretenduar, se suksesi i Erikson në përdorimin e ndërhyrjeve me anë të hipnozës në psikoterapi, mund të jetë rrjedhojë e mënyrës, sesi zhvilloi përgjigjet pozitive tek pacientët e tij, gjithashtu dhe lehtësimin e mjedisit terapeutik.

Bazuar në shqyrtimin e rezultateve e kërkimeve psikoterapeute, Lambert (1992) konkludoi se 40% e përmirësimeve terapeutike, mund t'i atribuohen “extratherapeutic change” (e.g ngjarjet e rastit, suporti social, forca e egos, etj.), 30% i atribuohet faktorëve të përbashkët, që janë gjetur në të gjitha terapitë, pavarësisht orientimit teorik të terapisë, dhe 15% teknikave të specifikës psikoterapeutike (p.sh. desensitacioni sistematik, hipnoza). Edhe pse, asnjë psikoterapi nuk është superiore kundrejt një tjetre, të gjitha janë superiore ndaj asnjë trajtimi (Lambert & Bergin, 1994).

Në një studim të vetëm, që direkt e ka matur hipnotizueshmërinë dhe përgjigjen ndaj placebo (Hilgard & Hilgard, 1975) nuk është gjetur korrelacioni domethënës (Frischholz, 2015).

Hipnoza është sigurisht më tepër se një placebo.

“Përfundimi surprizues nga një gamë e gjerë e studimeve eksperimentale të mirëkontrolluara që krahasojnë përgjigjen e placebo me sugjestionin hipnotik rezultoi se nuk ka lidhje midis tyre” (Rossi, 1986, f. 19).

3.2 Relaksimi progresiv i muskujve

Trajnimi relaksues është bërë shumë i njohur si një metodë, e cila i mëson njerëzit se si të përballen me streset e përditshme. Qëllimi i kësaj teknike është të arrijë qetësim muskulator dhe mendor. Avantazhi i saj është, që mësohet shumë shpejt nga subjektet mbi të cilët aplikohet.

Jacobson (1938), është i pari në zhvillimin fillestar të procedurës së relaksimit progresiv të muskujve. Prej asaj kohe është përmirësuar dhe modifikuar, dhe procedurat relaksuese janë përdorur shpesh në kombinim me një numër teknikash mbi sjelljen.

Këto përfshijnë desensibilizim sistemik, trajnim pohimi, programe vetë-menaxhuese, regjistrime udhëzuese të procedurave relaksuese, hipnozë, meditim dhe trajnim autogjenik (të mësosh kontrollin trupor dhe imagjinat me anë të autosugjerimit).

Trajnimi relaksues përfshin disa komponentë, që tipikisht duan gjithsej nga 4 deri në 8 orë instruksion. Pacientëve i jepet një grup instruksionesh, që i mëson ata të relaksohen. Ata marrin një pozicion pasiv dhe të relaksuar në një ambient të qetë, ndërkohë që kontraktajnë dhe relaksojnë muskujt në mënyrë të alternuar. Ky qetësim progresiv i muskujve i mësohet qartësisht pacientit nga terapeuti i tij (Jacobson, 1938).

Frymëmarrja e thellë dhe e rregullt është gjithashtu e lidhur me arritjen e relaksit, por në të njëjtën kohë pacientët mësojnë që të lëshojnë mendërisht relaks, ndoshta duke u fokusuar në mendime ose imazhe të pëlqyeshme. Subjektet udhëzohen të ndjejnë dhe të përjetojnë tensione që mblidhen, të vërejnë muskujt e tyre që ngjeshen dhe ta përjetojnë këtë tension. Gjithashtu, është e dobishme për pacientët, që të përjetojnë diferencën midis një gjendje të tensionuar dhe një të relaksuar. Pacientit, më pas i mësohet sesi të relaksojë të gjithë muskujt, ndërkohë që vizualizon pjesët e ndryshme të trupit, me shprehje në muskujt e fytyrës. Muskujt e krahut janë të relaksuar në fillim, ndjekur nga koka, qafa dhe shpatullat, kurrizi, barku, krahbarori dhe më pas gjymtyrët e poshtme. Relaksimi bëhet një përgjigje e mësuar mirë, i cili mund të bëhet një model i zakonshëm, në qoftë se praktikohet çdo ditë nga 25 min.

Procedurat e relaksimit janë aplikuar në një variacion problemesh klinike, si një teknikë e vetme ose në bashkëpunim me metoda të tjera. Përdorimi më i zakonshëm ka qënë me problemin lidhur me stresin dhe ankthin, të cilët manifestohen shpesh me simptoma psikosomatike. Të tjera sëmundje, në të cilën trajnimi relaksues është i dobishëm janë

azma, dhimbjet e kokës, hipertensioni, insomnia, sindromi i zorrës së irrituar dhe kriza paniku (Jacobson, 1938).

Lichstein (1988) dallon midis metodave që krijojnë relaksim të thellë dhe atyre që krijojnë relaksim të shkurtër. Relaksimi i thellë i referohet procedurave, të cilat induktojnë një efekt të madh dhe, që bëhen në një ambient të qetë të drejtuar nga një trajnier në pozicionin shtrirë. Relaksimi i shkurtër i referohet teknikave që prodhojnë efekte të menjëhershme dhe mund të përdoren, kur baza teorike e relaksimit vjen nga teoria e sjelljeve, që është e interesuar nga sjelljet e vëzhgueshme. Kjo teori, duke injoruar çfarë ndodh në mëndje, e sheh sjelljen të kushtëzuar nga ngjarjet ambientale. Këto ngjarje janë parë, sesi e drejtojnë individin të sillet në mënyrë të parashikueshme. Në rastin e kushtëzimit klasik, sjelljet janë të rregulluara nga bashkëveprimi; shembull, qeni i Pavlov mësoi të jargëzojë, kur binte zilja e këmbanës, sepse ajo ishte e lidhur me erën e ushqimit. Në rastin e kushtëzimit operant, sjelljet rregullohen nga një sistem përforcimi. Përforcimi pozitiv referohet për aksione, të cilat rrisin mundësinë e një aksioni tjetër të caktuar. Për shembull, ti japësh një qeni një copë mish çdo herë, që ai kap dhe sjell një top të hedhur. Përforcimi negativ referohet në tërheqje të një aksioni të caktuar, në mënyrë që të shuajë një sjellje. Për shembull, pa copë mishi s'ka marrje të topit të hedhur. Këto dy koncepte së bashku mund të përdoren për t'i dhënë formë sjelljeve. Që kur këto teori u parashtruan, teoria e sjelljeve është zhvilluar në shumë mënyra, të cilat e largojnë nga modelet origjinale reduktuese. Sidoqoftë, akoma e ruajnë parimin qëndror, që sjelljet e vëzhgueshme janë më të vlefshme sesa sjelljet, të cilat nxirren si rezultat. Qasjet e sjelljeve përfshijnë dhe relaksimin muskular, ekspozimin gradual dhe trajnimin e aftësive sociale. Kur individ është përballur me ngjarje stresuese; objektivi këtu është lëshimi i shpejtë i tensionit të tepërt. Kështu, ndërkohë që

relaksimi i thellë referohet me një proces të plotë të një relaksimi të plotë trupor, relaksimi i shkurtër aplikohet në jetën e përditshme.

Jacobson (1938) përdori EMG, një teknikë të cilën ai e shpiku, që të masë tensionin muskular. Me këtë mënyrë ai tregoi, që relaksimi progresiv kishte një efekt direkt në çlirimin e tensionit në muskulaturën skeletike. Sa më shumë është praktikuar praktikanti, aq më i madh ka qënë efekti. Ai tregoi gjithashtu, që relaksimi progresiv kishte një efekt indirekt në nivelet e ankthit dhe që me anë të meditimit promovonte dominimin parasimpatik.

Jacobson (1938) ishte një pionier në një zonë të paeksploruar më parë. Ai bëri kërkime, që janë të vlefshme edhe me standartet në ditët e sotme. Sidoqoftë, pavarësisht kujdesit të madh në metodë, puna e tij me standartet e sotme vuan nga shumë mangësi. Një nga këto ishte vetë-selektimi i pjesëmarrësve. Ai mori bashkëpunëtorët dhe pacientët e tij privatë si subjekte, ndërsa në standartet moderne kërkohet një selektim i rastësishëm. Një mangësi e dytë metodologjike është mungesa relative e analizës statistikore. Jacobson rrallë testonte për domethënie, p.sh. drejtonte analiza, që të vlerësonte probabilitetin, që rezultatet që ai merrte nuk ishin një rastësi.

Freeman (2001) sugjeronte që PMR (progressive muscle relaxation) dhe llojet e tjera të relaksimit me bazë muskulaturën sjellin përmirësime në shëndet në tre mënyra :

1. Përdorimi i efekteve të PMR-së për të manipuluar reagimet automatike.
2. Rrit ose aktivizon prodhimin e opiateve.
3. Ndihmon për një funksionim më optimal.

Reagimet autonome përcaktojnë, nëse trupi ka nevojë, që të angazhohet në skenarin: fight or flight (lufto ose fluturo), ose rest and digest (pusho dhe tret), ose në një gjendje ndërmjetëse mes dy ekstremeve. Pjesa simpatike e sistemit nervor autonom (ANS), i lidhur me përgjigjet “fight or flight”, mobilizon trupin në kushte emergjence dhe stresi.

Shumë nga këto përgjigje nuk janë menjëherë të dukshme për ndërgjegjen tonë. Fizikisht, qarkullimi i gjakut shkon nga aparati tretës tek muskujt e lëmuar, rrahjet e zemrës dhe presioni i gjakut rritet, procese këto, të iniciuara nga katekolaminat qarkulluese, të cilat përfshijnë adrenalinën dhe noradrenalinën (Hucklebridge & Clow, 2002). I lidhur me reagimin ndaj stresit është çlirimi i kortizolit, i cili mobilizon rezervat energjike, rrit ndjeshmërinë e indeve ndaj neurotransmetuesve dhe frenon reagimin imun dhe inflamator.

Freeman (2001) argumenton se teknikat PMR zbehin eksitimin simpatik duke trajnuar individin për të reduktuar nevojat për oksigjen, të arritura nga çlirimi i përsëritur i tensionit muskular, i kombinuar me ngadalësimin e frymëmarrjeve. Kjo e bën atë një ndërhyrje terapeutike funksionale për panikun, fobitë dhe gjendjet e ankthit.

Metoda PMR ka të dhëna të forta, për efektivitetin klinik dhe është një strategji standarte e pranuar gjerësisht për një numër gjendjesh somatike, duke përfshirë ankthin dhe stresin, dhe shërben si pjesë e trajnimit klinik në psikologji (Pavlov & Jones, 2002, Turner et al., 1992).

3.2.1 Dallimet mes relaksimit progresiv të muskujve dhe të hipnozës

Është me rëndësi të bëjmë dallimin mes Relaksimit progresiv të muskujve dhe të hipnozës. Sipas Paul (1969) procedurat hipnotike dhe të relaksimit kanë së paku shtatë karakteristika të përbashkëta: (1) pranimin e kufizuar sensor, (2) aktivitetin trupor të kufizuar, (3) vëmendjen restriktive, (4) stimulimin e qëllimshëm monotone, (5) vëmendjen e ndryshuar të trupit, (6) sytë e mbyllur dhe (7) administrimin e udhëzimeve motivuese.

Të dyja procedurat fokusohen në vëmendjen dhe në përvojat e caktuara trupore dhe fiziologjike të pacientit. Dallimi primar mes tyre është në metodën e prodhimit të përjetimeve. Në RPM sensacionet trupore janë të prodhuara përmes shtërngimit dhe çlirimit të grupeve të muskujve të klientëve (Bernstein, Borkovec & Hazlett-Stevens, 2000). Karakteristika të tjera dalluese janë (Bernstein, Borkovec & Hazlett-Stevens, 2000): (1) Sugjestionet e relaksimit, ngrohtësitë janë indirekte dhe të përdorura për tu fokusuar në vëmendjen e pacientit, se çfarë është duke ndodhur në nivelin muskolor, (2) aftësia është arritur përmes të mësuarit të përvojës dhe mbi të cilën ai ka kontroll dhe (3) qëllimi i RPM është, që pacienti të relaksohet me vëmenje të fokusuar duke induktuar hipnozën.

KAPITULLI IV: VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM TEORIK MBI ANKTHIN DHE CILËSINË E JETËS

4.1 Ankthi

Ankthi, është një ndër emocionet që përjetohet më gjerësisht, i përkufizuar si ndjenjë e papëlqyeshme parehatie, nervozizmi, ankthi, frike, shqetësimi ose merakuri (Barlow, 2002; Karatas, Alci & Aydin, 2013; Lenka & Kant, 2012). Zakonisht ky emocion, është i lidhur me perceptimin e rrezikut dhe kërcënimit të individit dhe përfshin komponentë emocionalë, fizikë, të njohjes dhe të sjelljes (Hockenbury, 2010). Kriteri për normalitetin ose jonormalitetin e nivelit të ankthit, mund të përcaktohet nga shkaku i tij dhe intensiteti (Barker, 2009). Në të vërtetë, ankthi i moderuar mund t'i motivojë njerëzit për të menaxhuar problemet e tyre dhe të kenë një sukses në jetën e tyre (Abolghasemi, Mehrabizadeh-Honarmand, Najarian & Shokrkon, 2004). Megjithatë, ankthi mundet gjithashtu të përshkallëzohet me çrregullime. Në të vërtetë çrregullimet e ankthit, janë lloji më i përhapur i çrregullimeve psikologjike. Çrregullimet e ankthit janë të pranishme pothuajse në të gjitha kulturat (Demyttenaere, 2004). Të dhënat tregojnë, që përjetohet nga afërsisht 18% e të rriturve çdo vit dhe nga afërsisht 32% e njerzve gjatë gjithë jetës së tyre (Kessler 2005). Ankthi e redukton cilësinë e jetës (Cramer, 2005; Rappaport et al, 2005; Saarni, 2007) dhe kontribon në paaftësi (Bloom, 2011), duke shkaktuar dëmtim të rëndë profesional dhe humbje të produktivitetit (Greenberg etj. 1999, Ormel, 1994). Pavarësisht nga rëndësia dhe përhapja, pak njerëz me çrregullime të ankthit marrin trajtim profesional (Wittchen, 2002).

Çrregullimet e ankthit mund të klasifikohen në varësi, nëse gjendja e ankthit është më shumë ose më pak e vazhdueshme, siç është tek çrregullimi i ankthit të përgjithësuar

(GAD) dhe çrregullimi obsesivo-kompulsiv (OCD), ose i pavazhdueshëm apo episodik. Çrregullimet episodike të ankthit, mund të klasifikohen më tej në varësi të faktit, nëse burimi i ankthit është i jashtëm, siç është tek fobitë specifike, ose i brëndshëm, në rastin e panikut. Mendimet e padëshiruara janë gjithashtu karakteristikë e gjendjes së ankthit të vazhdueshëm, me shqetësim të tepruar për situatat reale, që janë karakteristikë e GAD dhe mosvlerësimi i rëndësisë së mendimeve të padëshiruara dhe fiksimeve të pakuptimta që janë karakteristikë e OCD.

4.2 Çrregullimi i ankthit të përgjithësuar

Termi Çrregullimi i ankthit të përgjithësuar (General Anxiety Disorder, GAD) u shfaq për herë të parë me publikimin e DSM-III (Shoqata Psikiatrike Amerikane, 1980). Tipari themelor i çrregullimit ishte ankthi i vazhdueshëm për të paktën një muaj, dhe klientëve u kërkohej gjithashtu, që të miratonin tre simptoma nga katër kategori, duke përfshirë tensionin motorik, hiperaktivitetin autonom, pritshmërinë frikësuese, dhe vigjilencën/kontrollin. Për të përmirësuar kriteret diagnostikuese me natyrë të gjerë dhe të paqartë të DSM-III për GAD, u bënë disa ndryshime të rëndësishme me DSM-III-R (Shoqata Psikiatrike Amerikane, 1987). Së pari, tipari thelbësor i çrregullimit, u zhvendos nga ankthi i vazhdueshëm, në shqetësim të tepruar ose jorealit. Kohëzgjatja minimale e kërkuar për një diagnozë u ndryshua nga një deri gjashtë muaj, e cila është më në përputhje me natyrën kronike të GAD-it. Pavarësisht nga këto përmirësime, kriteret e paqarta somatike mbetën, duke kërkuar klientët gjashtë nga tetëmbëdhjetë simptoma të ndryshme për të përcaktuar diagnozën. Me futjen e DSM-IV në vitin 1994, kriteret diagnostike për GAD u bënë mjaft eficientë. Edhe pse, u mbajt shqetësimi i

tepruar dhe ankthi, si tipar kryesor i GAD-it, termi jorealit u hoq dhe u zëvendësua me nocionin, se shqetësimi është i vështirë për tu kontrolluar. Përveç kësaj, u ruajt kërkesa e kohëzgjatjes minimale prej gjashtë muajsh. Të marra së bashku, këto dy kritere pasqyrojnë qartë natyrën thelbësore të GAD-it si një gjendje kronike. Siç u vu në dukje më parë, tipari kryesor i GAD-it në DSM-IV dhe po ashtu së fundmi edhe në DSM-V është shqetësimi dhe ankthi i tepërt dhe i pakontrollueshëm në lidhje me një numër situatash. Klientët me GAD, prirën vërtet për t'u shqetësuar për shumë gjëra të ndryshme. Shpesh, kur pyeten se përse shqetësohen, klientët me GAD përgjigjen: Për çfarë nuk shqetësohem? Në këtë kuptim, ankthi i përgjithësuar është një përcaktim i përshtatshëm, sepse përmbajtja e shqetësimeve të tyre është e përgjithësuar, pothuajse në çdo gjë në jetë. Përveç kësaj, shqetësimet e pacientëve të GAD-it mund të kërcejnë nga një temë në një tjetër. Për shembull, një pacient mund të fillojë të shqetësohet në lidhje me shëndetin e tij ("Po në qoftë se më zë kanceri?") dhe më pas shqetësohet për familjen e tij dhe financat (për shembull, "Kush do të kujdeset për fëmijët e mi, nëse vdes unë? A do të kujdesen mirë për ta? Po nëse familja ime nuk e përballon dot funeralin?"). Domethënë, ata shpesh përmendin tema të shqetësimit, që përfshijnë familjen, marrëdhëniet, punën/shkollën, shëndetin dhe financat. Së pari, duket se njerëzit me GAD vazhdimisht shqetësohen më shumë për çështje të vogla, krahasuar me individët joklinikë dhe njerëzit me çrregullime të tjera të ankthit (Brown, Moras, Zinbarg, & Barlow, 1993; Hoyer, Becker, & Roth, 2001). Në fakt, gjërat e vogla duket se janë tema e shqetësimit më specifike për GAD-in.

Pacientët me GAD prirën gjithashtu, të shqetësohen më shumë për ngjarje të së ardhmes, të pamundura apo të largëta, sesa individët e tjerë me ankth (Dugas, Freeston etj, 1998). Për shembull, ata mund të shqetësohen për përplasjen e avionit edhe pse,

gjerasat që të ndodhë kjo, janë shumë të vogla, apo shqetësohen për atë, se si do ta paguajnë arsimimin universitar të fëmijëve të tyre të palindur. Pavarësisht nga këto dallime (pra, shqetësimi për çështje të vogla dhe ngjarje të ardhshme që nuk kanë gjasë/të largëta), mund të thuhet se individët me GAD përgjithësisht shqetësohen për tema, që janë veçanërisht të ndryshme ose unike. Përkundrazi, në pjesën më të madhe, ata thjesht shqetësohen më shumë për të njëjtat gjëra si gjithë të tjerët. Individët me GAD pothuajse gjithmonë raportojnë një cilësi të dobët të jetës dhe shumica e kësaj ka të bëjë me tendencën e tyre për të jetuar në të ardhmen. Thënë ndryshe, ata kanë vështirësi të mëdha që të jetojnë në të tashmen dhe të përjetojnë momentin.

Studimet epidemiologjike kanë gjetur prevalencën tërë jetësore prej 2,5-8 %; ky është gjetur të jetë 4 herë më prevalent, se çrregullimi i panikut dhe 3 herë më prevalent, se fobitë e thjeshta. Gratë janë dy herë më të prekura se femrat (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Llogariten 9.2 milionë njerëz në mbarë SHBA që plotësisht përmbushin kriteret diagnostike për GAD (NIMH, 2002).

GAD-i, si një çrregullim i pavarur, është një problem i rëndësishëm për shëndetin publik. Studimet e kryera në disa vende kanë dhënë rezultate të ndryshme. Në një rishikim sistematik të studimeve të komunitetit (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006) mbi prevalencën dhe incidencën e çrregullimeve të ankthit në popullsinë e rritur, të kryera ndërmjet viteve 1980 dhe 2004 nëpër vende të ndryshme, autorët raportuan një vlerësim global të çrregullimeve të ankthit, të prevalencës vjetore dhe të prevalencës gjatë jetës. Prevalenca në vit e të gjitha çrregullimeve të ankthit varion midis 9.7% në një studim në Australi (Henderson, Andrews, & Hall, 2000) dhe 17.2% në Shtetet e Bashkuara (Kessler etj., 1994), me një shqyrtim nga autorët duke arritur një vlerësim të prevalencës 10.6%. Për prevalencën e jetës, rezultatet ndryshonin midis 9.2% në Kore

(Lee, 1987) dhe 24.9% në USA (Kessler etj., 1994), me një vlerësim global në shqyrtime prej 16.6%.

Për GAD-in, rezultatet ndryshonin ndërmjet 0.15% në Derry, Irlanda Veriore (Mçonnell, Bebbington, Mçlelland, Gillespie, & Houghton, 2002) dhe 12.7% në Christchurch, Zelanda e Re (Oakley-Browne, Joyce, Wells, Bushnell, & Hornblow, 1989) për prevalencën vjetore, dhe ndërmjet 1.9% në Bazel, Zvicër (Wacker, Mullejans, Klein, & Battegay, 1992) dhe 31.1% në Christchurch për prevalencën e jetës (Oakley-Browne, Joyce, Wells, Bushnell, & Hornblow, 1989). Vlerësimet globale, për prevalencën në vit dhe prevalencën e jetës në shqyrtim, kanë qenë përkatësisht 2.6% dhe 6.2%. Studimet më të fundit të kryera me një popullsi prej gjashtë vendeve Europiane (Belgjika, Franca, Spanja, Gjermania, Italia dhe Holanda) (ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators, 2004), ndërmjet viteve 2001 dhe 2003 tregojnë një prevalencë të çrregullimeve të ankthit në një moment në jetën e tyre prej 13.6%, dhe një prevalencë në vit prej 6.4%. Sa për GAD, prevalenca e jetës dhe prevalenca në vit janë përkatësisht 2.8% dhe 1.0%.

Gratë kanë një probabilitet më të lartë të vuajnë nga çrregullime të ankthit, sesa meshkujt (OR = 2.43; 95% CI: 2,06-2,86). Për sa i përket moshës, koha në të cilën është probabiliteti më i lartë për të pasur çrregullime të ankthit është midis 18 dhe 24 vjeç, me probabilitet në rënie me rritjen e moshës. Probabiliteti më i madh, për të pasur çrregullime të ankthit është në mesin e njerëzve të cilët nuk janë martuar kurrë (OR = 1.21; CI 95%: 1,01-1,46), shtëpiaket (OR = 1,26; 95% CI: 1,01-1,57), nëpunësit me leje (OR = CI 95%, 2.99: 1,68-5,34), dhe personat me aftësi të kufizuara (ose = 2.76; CI 95%: 1,87-4,07) (Bermejo-Caja, Martin-Garcia, Garcia-Laborda, Perez-Quintana, Diaz-Rodriguez, & Marques-Andres, 2013). Ata që kanë qenë të martuar, në një moment të

jetës së tyre, ose nëpunësit në çdo situatë, përveç lejes mjekësore janë në rrezik më të ulët të GAD-it.

Ankthi i përgjithësuar dhe depresioni i madh janë diagnozat kryesore, që lidhen me sëmundje psikologjike, që jepen në zyrën e mjekut të përgjithshëm, që kërkojnë ndihmë në Kujdesin Shëndetsor Parësor në Spanjë. Më shumë se gjysma e rasteve të çrregullimeve të ankthit të diagnostikuar në Kujdesin Shëndetsor Parësor në Spanjë, janë për shkak të ankthit të përgjithësuar (Bermejo-Caja, Martin-Garcia, Garcia-Laborda, Perez-Quintana, Diaz-Rodriguez, & Marques-Andres, 2013).

Në bazë të teorisë psikoanalitike, përjetimi i ankthit është rezultat i dështimit të egos që përdor mbrojtje efektive. Ankthi sinjalizues, ndodh jashtë vetëdijes, ankthi i ndjerë është përjetuar nga vetëdija dhe mund të arrijë proporcione traumatike (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Sipas teorisë kognitive-bihejviorale, ankthi është përgjigje në rrezikun e perceptuar nga shtrembërimet konsistente në procesimin e informacionit, të cilat çojnë tek keqinterpretimi i rrezikut dhe përjetimi i ankthit.

Tabela 1: *Kriteret diagnostike sipas DSM-IV dhe DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)*

-
- A. Anksiozitet dhe mërzitje e shprehur (pritje të frikshme), që ndodhin shumë ditë por jo më pak se 6 muaj, për një numër të ngjarjeve ose aktiviteteve (puna ose shkolla).
 - B. Personi e gjen të vështirë kontrollin e mërzitjes.
 - C. Ankthi dhe mërzitja janë të shoqëruara me tre ose më tepër, të 6 simptomave në vazhdim. Shënim: Vetëm një duhet tek fëmijët.
 - 1. shqetësimi ose ndjenja e të ndejturit në skaj,
 - 2. të qënurit i lodhur lehtë,
 - 3. vështirësitë e të koncentruarit ose ti shkojë mendja në të keq,
 - 4. irritabiliteti,
 - 5. tensioni muskulator,
 - 6. çrregullimet e gjumit (vështirësitë në rënien dhe mbajtjen e gjumit si dhe të fjeturit që nuk të çlodh).
 - D. Fokusi dhe mërzitja e ankthit, nuk është mbyllur në veçoritë e një çrregullimi të aksit I: atakut panikut, fobisë sociale, OCD, ankthi separativ, anoreksia nervoze, çrregullimi somatizues, hipokondriaza dhe PTSD.
 - E. Shkakton çrregullim domethënës.
 - F. Çrregullimi, nuk është gjatë efekteve direkte fiziologjike të substancës ose rrethanave mjekësore të përgjithshme ose, nuk ndodh gjatë çrregullimit afektiv, psikozës dhe PDD.
-

Mosha e fillimit mendohet të bëhet rreth të 20-tave. Vëzhgimet retrospektive konkludojnë se GAD priret të rrjedhë me fluktacione dhe kronike, me përkeqësime periodike.

Për trajtimin e GAD përdoren: Psikoterapia dinamike, Psikoterapia mbështetëse, Terapia kognitive-bihejviorale (Ristrukturimi kognitiv, psikoedukimi, relaksimi,

ritrajnimit i frymëmarrjes, ekspozimi, praktika e desensibilizimit gradual, trajnimit vetë-instruktiv etj), farmakoterapia etj.

Në rastin e GAD, ekspozimi ndaj shqetësimit adreson direkt në një rritje të mëtejshme të shqetësimit, e cila sjell eksitim të simpatik. Gjatë qasjes terapeutike, hipnoterapeutike fillimisht pacienti ndërton një listë të kategorive të preferuara të shqetësimit. Pacienti orientohet drejt shqetësimit të qëllimshëm, për diçka që është pjesë e listës së sipërpërmendur, më pas i thuhet të mendojë për diçka më shqetësuese dhe kështu me radhë. Ekspozimi ndaj shqetësimit është një terapi me ngarkesë në procesin e të menduarit. Në një moment të mëtejshëm përmbajtja e mendimeve të këtij skenari të rënduar bëhet aq ekstrem, sa çon në dështim të gjenerimit të eksitimit fiziologjik analog, duke rezultuar në thyerje të lidhjes midis shqetësimit të shtuar dhe eksitimit fiziologjik. Ekzistojnë disa lloje të qasjes hipnotike në GAD, si sugjestionet për relaksim, qetësimi i indikuar nga një stimul dhe teknikat e grushtit të mbledhur na çojnë tek eksitimi fizik, karakteristik për GAD. Sugjestionet direkte për forcimin e egos për të përjetuar një gjendje lirie nga shqetësimi dhe/ose ekspozim i shqetësimit, i asistuar nëpërmjet hipnozës, çojnë në shqetësim të shtuar karakteristikë për GAD.

4.3 Ankthi dhe cilësia e jetës

Cilësia e jetës përfshin perceptimet e individit në lidhje me pozicionimin e tyre në jetë, në kontekst të sistemit të vlerave dhe në raport me qëllimet, pritshmëritë, standardet në kontekstin përkatës social-kulturor (Szabo, 1996). Duke u bazuar mbi këtë përkufizim, është e qartë se koncepti i cilësisë së jetës përfshin një vlerësim subjektiv të individit. Përkufizimi i cilësisë së jetës është në ndryshim të vazhdueshëm, por përgjithësisht përfshin një rang të gjerë të përjetimeve njerëzore lidhur me mirëqënien e një individi, duke implikuar funksionimin subjektiv në raport me pritshmëritë personale (Szabo, 1996).

Koncepti i cilësisë së jetës, është një pikë shumë e rëndësishme në studimet mbi shëndetin mendor dhe ka pasur një rritje të numrit të studimeve shkencore mbi këtë tematikë (Schneider, MacLennan, & Freeny, 2008). Deri tani, ky koncept është matur në shumë studime, sidomos në grupin e personave me sëmundje ose gjendje të ndryshme të paaftësisë kronike (Schneider et al., 2008).

Klinicistët e shëndetit mendor kanë përdorur përkufizime të ndryshme të cilësisë së jetës, kur kanë studiuar pacientët me çrregullime të ankthit dhe depresivë. Mendlowicz and Stein propozuan, se vlerësimi i tij, duhet të përfshijë: 1) perceptimin subjektiv të pacientit për cilësinë e jetës së tij, 2) të vështrohet multidimensionaliteti dhe 3) fokusohet në aspektet e përvojave personale që janë të lidhura me shëndetin dhe kujdesin shëndetësor (Mendlowicz & Stein, 2000).

Në bazë të studimeve, çrregullimet e ankthit janë të shoqëruara me ulje të konsiderueshme të cilësisë së jetës. Spitzer dhe kolegët kanë gjetur ndryshime negative në: funksionimin social, funksionimin sipas rolit dhe shëndetin mendor (Spitzer,

Kroenke & Linzer, 1995). Në vitin 2000 Mendlowicz dhe Stein në analizën e tyre sistematike të studimeve kanë gjetur, se çrregullimet e ankthit, ulin konsiderueshëm cilësinë e jetës dhe funksionimin psikosocial (Mendlowicz & Stein, 2000).

Episodet e GAD ndikojnë, gjithashtu mbi cilësinë e jetës, duke e dëmtuar funksionimin (arritjet akademike ose mungesat me javë në punë) si dhe ndërveprimet sociale (Mendlowicz & Stein, 2000). Massion dhe kolegët (1993) kanë studiuar efektet e GAD në cilësinë e jetës në National Comorbidity Survey (NCS), ku kanë gjetur dëmtim në funksionimin e roleve, si dhe dëmtim të jetës sociale. Këto gjetje, janë replikuar dhe zgjeruar edhe nga studimi i Kessler dhe kolegëve (1999) të cilët kanë gjetur, se njerëzit me GAD, kanë ulje të cilësisë së jetës në punë dhe marrëdhëniet sociale. Gjithashtu, Wittchen (2000) dhe kolegët në një studim komunitar në Gjermani kanë gjetur se personat me GAD kanë cilësi më të dobët të jetës. Stein dhe Heimberg (2004) bazuar në të dhënat e Ontario Health Survey kanë gjetur se diagnoza e GAD rrit mundësinë e raportimit të cilësisë së varfër të jetës dhe se përfitimet afatgjata nga trajtimi i GAD janë shumë thelbësore. Bourland dhe kolegët raportojnë se individët me GAD kanë cilësi jete më të ulët. Në përgjithësi, studimet epidemiologjike dhe klinike kanë gjetur, se individët me GAD përjetojnë dëmtim domethënës në cilësinë e jetës edhe pas kontrollimit të efekteve të mundshme të komorbiditetit mjekësor dhe psikiatrik (Ritsner, & Awad, 2007).

Kohëzgjatja mesatare e GAD-it është dhjetë vjet, duke ndjekur një model kronik, edhe pse mund të ketë luhatje (Mancuso, Townsend, & Mercante, 1993). Niveli i aftësisë së kufizuar është shumë i rëndësishëm në çrregullimet e ankthit, me pasoja në nivele sociale, punës dhe të mirëqenies. 59% e pacientëve me GAD raportojnë të kenë aftësi të kufizuara fizike të moderuara ose të rënda, në krahasim me 12% të pacientëve, që nuk

kanë probleme të shëndetit mendor (Ormel, Vonkorff, Ustun, Pini, Korten, & Oldehinkel, 1994). 38% e pacientëve perceptojnë si të moderuara ose të rënda paaftësinë e tyre për rolin profesional, krahasuar me 7% të personave pa probleme të shëndetit mendor (Ormel, Vonkorff, Ustun, Pini, Korten, & Oldehinkel, 1994). Ditët mesatare të aftësisë së kufizuar për këta pacientë janë më të larta, se ato të subjekteve të shëndetshme.

Pacientët me një diagnozë GAD në Kujdesin Shëndetsor Parësor në Spanjë, në përgjithësi përdorin më shumë burime shëndetësore, se ata pacientë pa diagnozën GAD, me një mesatare prej dhjetë vizitash në vit (SD: 9.6), në krahasim me një mesatare prej 7.6 vizitash në vit (SD: 8.1) për pacientët e tjerë (Bermejo-Caja, Martin-Garcia, Garcia-Laborda, Perez-Quintana, Diaz-Rodriguez, & Marques-Andres, 2013). Këto të dhëna janë të ngjashme me ato, nga studime të tjera, që tregojnë një mesatare prej 2.9 vizitash në tre muaj, në krahasim me 1.6 vizita nga pacientët pa crregullime të ankthit (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe, 2007). Gjithashtu, pacientët me çrregullime të ankthit, marrin një numër të madh të ditëve me leje për pushim mjekësor. Lidhur me përdorimin e burimeve, kostove totale dhe atyre që lidhen me përdorimin e barnave, referime, dhe testimet shtesë ishin dukshëm më të mëdha se ato të pacientëve të tjerë.

4.4 Ankthi në mjediset studentore

Ankthi, ndërmjet studentëve të universitetit është krejt i zakonshëm. Vlerësimet tregojnë se rreth 75% e të gjithë individëve me çrregullime të ankthit do ta përjetojnë atë gjatë studimeve të tyre. (Bolden, 2008; Margarita, 2008). Yılmaz dhe Ocakçı (2010) zbuluan se 77.2% e studentëve përjetuan një nivel të qetë të ankthit dhe 19.6% një nivel mesatar. Niveli i ankthit mund të ndërhyjë dhe vështirësojë në funksionimin e përditshëm si studimet, aktivitetet e përditshme, si dhe jetën shoqërore ndërmjet studentëve. Ankthi është një parashikues i madh i performancës akademike (Mçraty, 2007; Mçraty, Dana, Mike, Pam & Stephen, 2000) dhe studime të ndryshme kanë treguar se ai ka një efekt të dëmshëm (McCraty, 2007; Luigi, Francesca, Maria, Eleonora, Valentina & Benedetto, 2007). Rezultatet në një studim mes studentëve gjimnazistë në Indi, tregojnë se ankthi ishte mbizotërues në masën e 20.1 % nga meshkujt dhe u gjet se 17.9% e vajzave vuanin nga ankthi i nivelit të lartë (Chatterjee & Walsh, 2010).

4.5 Trajtimi i ankthit me anë të relaksimit progresiv të muskujve

Teknikat relaksuese, po përdoren gjithnjë e më shumë si një ndërhyrje jo-farmakologjike nga infermierët, terapistët profesional dhe praktikantët mjekësorë në mjediset e ndryshme shëndetësore.

Në rishqyrtimin e teknikave të relaksit (Kerr, 2000) citohen studimet, të cilat tregojnë reduktimin e nivelit të stresit tek indikatorët fiziologjikë dhe psikologjikë, pas përdorimit të një kursi të relaksimit progresiv. Rezultatet tregojnë, që relaksimi

progresiv ka potencial të shkaktojë relaks (Kerr, 2000) Por, kur relaksimi progresiv, u krahasua me teknika të tjera relaksuese nuk u gjet ndonjë ndryshim domethënës në efikasitetin e tyre. Ndryshimet u gjetën midis gjinive, midis subjekteve normale dhe pacientëve, ndërmjet reagimeve fiziologjike dhe psikologjike.

Ngjashmërisht Crist & Richard (1993) nuk gjetën ndonjë diferencë, midis relaksimit muskular dhe imagjinar, në 100 studentë të shëndetshëm, edhe pse të dy kushtet eksperimentale treguan efekte trajnimi të konsiderueshme.

Edhe pse ankthi është parë gjerësisht, pak studime janë përqëndruar në programet e ndërhyrjes, që kanë për qëllim të ulin nivelet e ankthit ndërmjet studentëve (Vitasari, Wahab, Othman, & AWang, 2010). Teknikat e relaksimit janë konsideruar, si një terapi ndihmëse për trajtimin e stresit, ankthit dhe depresionit dhe mund t'ju sigurojnë pacientëve aftësi përballuese mbi vetë-mirëmbajtjen për të reduktuar këto simptoma (Chida, Steptoe, Hirakawa, Sudo, & Kubo, 2007).

Ndërmjet disa teknikave të relaksimit, relaksimi progresiv i muskujve (PMR) është zbuluar të jetë efektiv e në çrregullime me një komponent të fortë psikologjik. (Vickers & Zollman, 1999). Paul (1969) arriti të provonte, se një seancë e vetme rezultoi në ulje të konsiderueshme në masat fiziologjike të tilla si, norma e zemrës, tensioni i muskujve dhe norma e frymëmarrjes në krahasim me procedurat e kontrollit. Nikel et al., (2005) ka ofruar gjithashtu mbështetje për aplikim të vetëm të seancës PMR, duke provuar se një seancë reduktoi në mënyrë të konsiderueshme presionin sistolik të gjakut si dhe ndryshueshmërinë e normës së zemrës.

Në vitin 2005, Pavlov dhe Jones (2005) vërtetuan se, një seancë e vetme prej 20 minutash e PMR prodhoi ndryshime të rëndësishme në funksionin e sistemit imunitar.

Studimi i kryer nga Rausch et al., (2006) sugjeroi, që zbatimi PMR në individë që vuajnë nga nivele të larta të ankthit klinikisht mund të jetë i dobishëm. Rezultatet treguan se grupi i trajtuar me PMR vërtetoi një reduktim të ndjeshëm në nivelin e ankthit somatik. Wolf dhe Abell (2003) mbështetën këtë konstatim, duke treguar se PMR ishte efektive në uljen e nivelit të ankthit në nivele normale. Conrad & Roth (2007) ka deklaruar se PMR ka vazhduar të luajë një rol të rëndësishëm në trajtimin modern të çrregullimeve të ankthit.

Mishera (2004) realizoi një studim eksperimental në Indi dhe erdhi në përfundimin se muzika, relaksimi progresiv i muskujve (PMR), dhe muzika e kombinuar me relaksimin progresiv të muskujve ka efekt të dukshëm në uljen e ankthit, lodhjes, dhe përmirësimin e cilësisë së jetës.

Schreiber & Schreiber (1995) realizuan një studim mbi teknikat e relaksimit dhe reduktimin e stresit akademik për të përmirësuar arritjet akademike të studentëve të universitetit. Grupi i relaksimit kishte nota të konsiderueshme më të larta se grupi i kontrollit. Studimi në këtë fushë tregon, se teknika e relaksimit progresiv të muskujve përmirëson cilësinë e jetës dhe largon efektet e pakëndshme fiziologjike të tensionit. Një tjetër studim nga Dress, Ayres & Beechley (2009) ka zbuluar se mësimi i teknikave të relaksimit përmirëson funksionalitetin njohës, ekuilibrin emocional dhe të sjelljes dhe cilësinë e jetës.

Vizualizimi në trajtimin e kushteve klinike është shpesh i kombinuar me teknikat e relaksimit progresiv të muskujve. Për shembull, Cupal & Brewer (2001) kanë gjetur domethënësisht më pak dhimbje dhe ankth nga lëndimet pas relaksimit dhe imazherisë tek individët që iu janë nënshtruar rehabilitimit pas rikonstruksionit të gjurit, gjithashtu

Johnson (2000) ka treguar, se nivelet e humorit të rriturve në përballje me lëndime afatgjata mund të përmirësohen domethënësisht me relaksim dhe imazheri.

Eksperimentet nga Hammer (1996), i cili përdori imazhet e drejtuara përmes muzikës dhe teknikave të relaksimit, treguan një rënie të rëndësishme statistikore nga para-testit në post-test në gjendje ankthi. Pelletier (2004) realizoi një shqyrtim meta-analitik të artikujve kërkimore, ku muzika është përdorur për të ulur nivelet e zgjimit për shkak të stresit. Rezultatet e studimit treguan, se vetëm muzika dhe muzika e asistuar nga teknikat e relaksimit zvogëlon zgjimin në mënyrë të konsiderueshme. Kështu studimi i përgjithshëm ka treguar se, duke u angazhuar në aktivitete terapie me muzikë, veçanërisht të dëgjuarit e muzikës e kombinuar me relaksim progresiv të muskujve, mund të zvogëlojë me sukses nivelet e ankthit tek individët (Hernandez-Ruiz, 2005).

Disa studime kanë vlerësuar efektivitetin e relaksimit në çrregullime të ankthit në përgjithësi në lidhje me grupet e kontrollit që ishin në listën e pritjes, apo edhe kur krahasohet me psikoterapi të tjera. Në disa raste pakësimi i niveleve të ankthit ishte i rëndësishëm, në krahasim kur nuk ka asnjë ndërhyrje. Autorë të ndryshëm tregojnë se, kur krahasohet me psikoterapi të tjera, efektiviteti i relaksimit është e barabartë me atë të terapisë konjitive, ose të terapisë konjitive dhe të sjelljes. Nuk janë vënë re dallime të mëdha, në krahasim me terapi të tjera.

Një kërkim i bazave të të dhënave, të cilat përfshijnë Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews (Joanna Briggs Instituti i Bibliotekës për Shqyrtime Sistematike), Cochrane Database of Systematic Reviews (Baza e të dhënave të Shqyrtimeve Sistematike Cochrane), PubMed, CINAHL, Prospero dhe DARE gjetën vetëm një shqyrtim sistematik në lidhje me çështjen e propozuar të kërkimit, të botuar në vitin 2008, i cili vlerësoi efektivitetin e teknikave të relaksimit në reduktimin e ankthit

(Manzoni, Pagnini, Castelnovo, Molinari, 2008). Ky shqyrtim thekson disa kufizime: përfshirja e studimeve të kryera mbi pacientët me kushte të ndryshme, njerëz të shëndetshëm, dhe pacientët me patologji shumë të ndryshme, pa specifikuar llojin e çrregullimit të ankthit; kryer gjatë një periudhe të kufizuar kohore (vetëm ndërmjet viteve 1997 dhe 2007); dhe fillimisht bëhet pa vlerësuar cilësinë metodologjike të studimeve të përfshira (Manzoni, Pagnini, Castelnovo, Molinari, 2008). Autorët gjetën heterogjenitet të konsiderueshëm në një meta-analizë të studimeve të përfshira. Ky heterogjenitet ishte i mundur për shkak të teknikave të ndryshme të relaksimit, lëndëve dhe duke përfshirë dhe mjetet e vlerësimit (Bermejo-Caja, Martin-Garcia, Garcia-Laborda, Perez-Quintana, Diaz-Rodriguez, & Marques-Andres, 2013).

Në një studim duke krahasuar relaksimin progresiv, meditimin dhe një liste kontrolli në pritje, të dhënat fiziologjike dhe të dhënat e vetë-raportimit janë mbledhur në subjekte me ankth të cilët morën pjesë (Lehrer, Woolfolk, Rooney, Mçann, & Carrington, 1983). Në këtë studim rezultoi se ngjashmëritë mes teknikave, ishin më të mëdha se dallimet, si në masat fiziologjike ashtu edhe në vetë-raportim. Të dyja teknikat kanë gjeneruar pritshmëri pozitive dhe kanë shkaktuar ulje në një shumëllojshmëri të simptomave të vetë-raportuara. Relaksimi progresiv ka shkaktuar ulje të mëdha, paraprakisht në përgjegjshmërinë e EMG, për nxitjen e vështirë dhe një efekt përgjithësisht më të fuqishëm terapeutik sesa meditimi. Meditimi, ka nxjerrë përgjigjet më të mëdha orientuese kardiake ndaj stimujve stresues, përvetësim më të madh në detyrën dhe motivimin më të mirë në praktikë, sesa relaksim progresiv; por ajo prodhoi edhe më shumë raportime të rritjes së ankthit kalimtar (Lehrer, Woolfolk, Rooney, Mçann, & Carrington, 1983).

Leboeuf dhe Lodge (1980) vunë re se RP ishte i barabartë me metodën e elektromiografisë-biofeedbackut dhe Raskin, Bali dhe Peeke (1980) se RP ishte i barabartë me EMG-biofeedback + PR. Borkovec dhe Mathews (1988) e shtuan RP -në terapisë konjitive, terapisë jo direktive dhe desensibilizimit sistematik, respektivisht dhe kanë raportuar rezultate të ngjashme nga këto tre kushte. Së fundmi, Barlow, Rapee dhe Brown (1992) vunë re se RP, terapia konjitive dhe kombinim i këtyre të dyjave, funksionuan më mirë sesa gjendja e kontrollit të listës së pritjes. Një zhvillim nga RP i quajtur relaksim i aplikuar, (AR, Ost, 1987) është një teknikë efektive ballafaquese për çrregullimet e panikut (Ost, 1988; Ost & Westling, 1995), agorafobia (Ost, Westling & Hellstrom, 1993), fobia sociale (Ost, Jerremalm & Johansson, 1981) dhe fobi specifike (Ost, Johansson dhe Jerremalm, 1982). Në GAD ajo ka qenë testuar vetëm në dy studime deri tani. Tarrier dhe Main (1986) përdorën një trajtim shumë të shkurtër, një seancë të vetme prej 1 ore dhe ka raportuar, se tre komponentët e AR vepruan shumë mirë ashtu si dhe në trajtimin e plotë dhe, të gjithë ishin më të mirë se sa gjendja e kontrollit të listës së pritjes. Në një nga studimet më të mira metodologjike në fushën e GAD Borkovec dhe Costello (1993) duke krahasuar AR, CBT (terapia konjitive + AR) dhe terapia jo direkte, në një studim ku janë dhënë 14 seanca gjatë një periudhe 6-javore, AR dhe CBT funksionuan më mirë se terapia jo direkte.

Një studim tjetër (Öst, & Breitholtz, 2000) shqyrtoi efikasitetin e një teknike ballafaqimi, relaksimit të aplikuar (AR) dhe terapisë konjitive (CT), për trajtimin e çrregullimit të ankthit të përgjithësuar. Tridhjetë e gjashtë pacientët e jashtëm janë vlerësuar, duke përmbushur kriteret e DSM-III-R për ankthin e përgjithësuar. Pacientët kanë qenë të rastit dhe janë trajtuar individualisht për 12 seanca javore. Rezultatet treguan se të dy trajtimet dhanë përmirësime të mëdha, të cilat janë të mirëmbajtura, ose

më tej në follow-up. Nuk kishte asnjë dallim midis AR dhe CT në çdo masë. Proporcionet e pacientëve klinikisht të përmirësuar, në mënyrë të konsiderueshme ishin respektivisht 53 dhe 62% në post-trajtim për AR dhe CT. Përveçse ndikojnë në ankthin e përgjithësuar, trajtimet dhanë edhe ndryshime të dukshme dhe të qëndrueshme në klasifikimin e shqetësimit, ankthit konjitiv dhe somatik dhe depresionit. Përfundimi që mund të nxirret, është se të dyja AR dhe CT kanë potencial si trajtime për çrregullimin e ankthit të përgjithësuar, por ata duhet të zhvillohen më tej në mënyrë, që të rrisin efikasitetin në nivelin e parë në çrregullimet e panikut, zakonisht 80-85% e përmirësuar klinikisht (Öst, & Breitholtz, 2000).

Terapia Konjitive (CT) dhe relaksimi i aplikuar (AR) si trajtimet e çrregullimeve të ankthit të përgjithësuar (GAD) janë krahasuar në një target-grup prej 45 pacientëve të një qendre komunitare të shëndetit mendor, të ndara në mënyrë të rastësishme të gjendjes. Pacientët janë vlerësuar para dhe pas trajtimit të 12-seancave, dhe gjashtë muaj follow-up. Të dy plotësuesit dhe analiza e qëllimit-për-trajtim zbuloi, që të dy trajtimet ishin efektive (ESs i masave të përbëra dhe të veçanta që variojnë nga 0,53 deri 1.14) (Arntz, 2003). Në një follow-up një mujor AR ishte e prirur për të qënë më mirë se CT, me CT për t'u arrirë me AR në gjashtë muaj. Normat e përmirësimit dhe proporcionet e pacientëve, që tregojnë ndryshime të besueshme ishin të krahasueshme me studimet e tjera mbi AR dhe CT, me 55% të CT dhe 53.3% e pacientëve AR të përmirësuar me STAI-trait në një follow-up gjashtë mujor. Këto rezultate konfirmojnë, se të dy CT dhe AR janë trajtime efektive për GAD-in, dhe se ka ende vend për përmirësim. (Arntz, 2003).

AR, një qasje trajtimi i zhvilluar nga disa autorë (Bernstein & Borkovec, 1973; Öst, 1987) gjithashtu u paraqit edhe në sprova të ndryshme klinike (Barlow, Rapee, dhe

Brown, 1992; Borkovec & Costello, 1993), dhe ka qenë shpesh pjesë e programeve CBT (p.sh. Borkovec & Costello, 1993; Power, Simpson, Swanson, & Wallace, 1990). Sipas DeRubeis dhe Crits-Cristoph (1998), vetëm CBT ka provuar të jetë efektive dhe e veçantë, ndërsa AR ka qenë e provuar të jetë efektive. Vetëm tre studime kanë krahasuar drejtpërdrejt këto dy qasje. I pari nuk gjeti asnjë dallim statistikisht të rëndësishëm, kishte fuqi të ulët statistikore (Barlow, Rapee & Brown, 1992). E dyta nuk ka gjetur dallime të mëdha menjëherë pas trajtimit, por në 12-muajt e follow-up-it terapia konjitive dukej superiore ndaj AR (Borkovec & Costello, 1993). E treta ka gjetur dy qasjet efektive (Öst, & Breitholtz, 2000).

Në një vështrim të fundit të gjashtë gjykimeve të kontrolluara, Fisher dhe Durham (1999), duke përdorur STAI-T (State-Trait Anxiety Inventory State-Trait Anxiety Inventory) si masë të përbashkët, krahasuan shtatë trajtime psikologjike të GAD-it. Individët të trajtuar me AR dhe individët të trajtuar me CBT kanë treguar të jenë më efektive dhe më të qëndrueshëm në efektet e tyre pozitive, me rreth 63% të përmirësuar menjëherë pas AR, dhe 48% pas CBT. Në një follow-up të gjysmës së vitit, ishin përmirësuar 60% pacientë të AR, dhe 51% pacientë të CBT. Terapia jo-direkte, grupi CBT dhe grupi BT ishin mesatarisht efektive (31-38% shërimë në një vit e gjysmë follow-up), dhe individët BT (11%) dhe psikoterapia analitike më pak (4% shërim). Kështu, studimi aktual është i dobishëm si një test i pavarur, nëse rezultatet e mira të AR dhe CBT e arritura në qendrat e tjera mund të përsëriten, dhe si një krahasim shumë i nevojshëm i drejtpërdrejtë i CT dhe AR.

Një kërcënim për vlefshmërinë e jashtme në këto studime, është rekrutimi i subjekteve përmes komunikatave të mediave, dhe të tjera mënyra të 'pa natyrshme', siç është bërë në studimin e trajtimit tipik GAD (p.sh. kohët e fundit nga Ladouceur, Dugas, Freeston,

Leger, Gagnon, & Thibodeau, 2000; Öst, & Breitholtz, 2000). Dy nga tre studimet e mëparshme duke krahasuar direkt AR dhe CT për GAD-in përdorën reklama për të rekrutuar lëndët (Borkovec & Costello, 1993; Öst, & Breitholtz, 2000). Në të kundërt, pacientët me GAD në studim nuk ishin të rekrutuar posaçërisht për studim, por erdhi nga popullata e zakonshme, e referuar në një qendër komunitare të shëndetit mendor.

Tre studime, secila duke krahasuar Clark dhe Salkovskis CT për çrregullime paniku me paketën Ost's të AR në trajtimin e çrregullimeve të panikut, ku Clark dhe kolegët kanë zbuluar që CT të jetë superiore ndaj AR (Clark, Salkovskis, Hackman, Middleton, Anastasiades, & Gelder, 1994).

Në një studim tjetër janë krahasuar Relaksimi i aplikuar jo direkt, dhe sjellja konjitive (CBT) si terapi për çrregullimin e ankthit të përgjithësuar (GAD). Të dy gjendjet e fundit ishin në përgjithësi ekuivalente në rezultat por superiore ndaj ND në post vlerësim. Rezultatet që vijnë më pas, treguan humbjet në përmirësim në ND, duke mbajtur përmirësimet në 2 gjendje të tjera, veçanërisht CBT. Kështu AR dhe CBT përmbajnë përbërësit aktiv në trajtimin e GAD-it; Mbështetja, ekziston për zhvillimin e mëtejshëm të metodave të ekspozimit të imazheve ose terapisë konjitive, për shkak të rolit të tyre të mundshëm në promovimin e mirëmbajtjes së ndryshimit me këtë çrregullim. Pritshmëria për përmirësim ishte e lidhur edhe me rezultatin, duke sugjeruar nevojën për kërkime të mëtejshme mbi këtë konstrukt për të kuptuar natyrën e GAD-it dhe përmirësimin e tij (Borkovec & Costello, 1993).

4.6 Përdorimi i hipnozës tek ankthi

Ndryshimet e fundit në kujdesin shëndetësor, janë karakterizuar nga një rritje e kërkesës për trajtimet e mbështetura empirikisht, në mjekësi. Në kohën e tanishme ka një mbështetje të moderuar për integrimin e teknikave hipnotike, në trajtimet e një sërë problemeve mjekësore (Pinnell & Covino, 2000).

Është e mundur, që shumica e pacientëve, që janë të stresuar ndihen ankthioz. Njerëzit janë më të prirur për të përjetuar gjendje të larta ankthi ose atake paniku, kur niveli i tyre i stresit është i lartë (Hollander, Simeon & Gorman, 1994). Kjo mund të ndodhë në shumë situata, si ankthi i performancës në lidhje me punën, sjelljen seksuale dhe testimet akademike, procedurat stresuese mjekësore të tilla si: ekzaminimet gjinekologjike, kirurgjitë, injeksionet dhe lindja e fëmijës, marrëdhëniet, intervistat, situatat specifike (p.sh. fobia dentale) e kështu me rradhë. Në punën hipnoterapeutike me ankthin, një kombinim i relaksimit, forcimit të egos, arritjes së qëllimeve, menaxhimit të kohës dhe veprime të planifikuara është zakonisht e mjaftueshme. Përkundër kësaj mund të themi, se dëshmitë e marra nga kërkimet mbi efikasitetin e ndërhyrjes me hipnozë, janë të limituara, dhe përgjithësisht nuk i kënaqin kriteret e mjekësisë dhe psikoterapisë të bazuara mbi dëshmi, edhe pse dëshmitë klinike janë shpesh imponuese.

Arsyet për natyrën problematike të RTC mbi vlerësimin e hipnoterapisë janë përmbledhur nga Roberts (2005) në vijim:

“Koncepti i randomizimit, që është, ndarja e pacientëve në një terapi në bazë të hedhjes së monedhës është kritikuar për të qenit në konflikt direkt me natyrën e shumë terapive komplementare përmes së cilave vendimi i përbashkët dhe zgjedhja e besimit e pacientit janë fundamentale” (Roberts, 2005, f. 18).

Kryesisht hipnoza përdoret, për të trajtuar pacientin në relaksim të shpejtë, që do të aplikohet në situata ankthi-provokimi, si dhe duke ndihmuar në ndryshimet, në

perceptimin në lidhje me natyrën e kërcënimit të perceptuar dhe besimin e pacientit në aftësinë e tyre, për të përballuar këtë situatë. Një shqyrtim i hollësishëm i përdorimit në hipnozë shfaqet në Stanley, Judd & Burrows (1990), Stanley (1994), dhe Stanley, Norman & Burrows (1999). Kur pacientët përdorin vetë-hipnozën për reduktimin e zgjimit dhe relaksim, ajo shton besimin e tyre në përballimin dhe kuptimin e tyre të vetë-kontrollit. Ata, janë në gjendje të ndikojnë në atë, që ata e mendonin më parë të pandryshueshme. Ky ndërrim zë vend në besimet e kontrollit dhe rrit ndjenjën e tyre të vetë-efikasitetit.

Për disa pacientë, terapia hipnotike ka ndihmuar të rezultojë, se ata janë në gjendje për t'iu përgjigjur imazhit dhe fantazisë si realitet. Në mënyrë të veçantë, hipnoza mund të përforcojë një sërë ndërhyrjesh të aplikuara në trajtimin e ankthit. Ka një numër të qasjeve të hipnozës të GAD si psh. sugjerime për relaksim, sugjerim i detyruar qetësues, imazhet, dhe adresa teknike të zgjimit somatik. Metoda e forcimit të egos është përdorur, për të përjetuar pa shqetësim një gjendje dhe ekspozimin e drejtpërdrejtë si dhe, për të ndihmuar hipnotikisht mërzitinë e cila është karakteristike e tepruar e GAD (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009).

Ekzistojnë një sërë kërkimesh në rritje, që vlerësojnë përdorimin e hipnozës me teknikat konjitivo-bihejviorale në trajtimet e çregullimeve psikologjike (Schoenberger, 2000). Pyetja qendrore për kërkimin është se, kur futja e hipnozës rrit efikasitetin e trajtimeve konjitivo-bihejviorale. Mbi të gjitha studimet demostrojnë një përfitim esencial, si rezultat i futjes së hipnozës; gjithsesi numri i studimeve të publikuara është relativisht i vogël, dhe mjaft prej tyre kanë kufizime metodologjike. Për hipnoterapitë konjitivo-bihejviorale, që të njihen si trajtime të mbështetura empirikisht, një numër i mirëpërcaktuar provash klinike të rastësishme janë të nevojshme (Schoenberger, 2000).

Momentalisht, efikasiteti i hipnozës, si një trajtim mbështetës mbetet i pazgjidhur (Schoenberger, 2000).

Për sa i përket gjendjes së ankthit, protokollet e trajtimit konjitivo-bihejvioral, të bazuara në terapinë me ekspozim, kanë provuar me kalimin e kohës efikasitetin e tyre. Hipnoterapia mund të shërbejë, si një plotësues i vlefshëm i trajtimit konjitivo-bihejvioral të çrregullimeve të ankthit. Në lidhje me fobitë specifike, hipnoterapia është plotësuese me vlerën e trajtimit të desensibilizimit. Terapisti dhe pacienti, ndërtojnë një hierarki të stimuljeve nga më i dobëti, deri tek situatat me intensitet më të lartë frike. Ekspozimi ka të bëjë me realizimin e një ekspozimi imagjinar për secilën situatë në hierarki, nga më pak e frikshme, deri tek më e frikshme, fillimisht në imagjinatë, pastaj në jetën reale. Desensibilizimi hipnotik ka avantazhe në raport me ekspozimin ndaj sjelljes johipnotike, ndërkohë që trajtimi hipnotik, ka si rezultat një përqëndrim më të lartë, më pak shpërqëndrim, pasurim të imazheve afektive, një aftësi më e madhe për kontrollin e ekspozimit të imazheve, një përforsim i aftësisë së të mësuarit, kontroll me kalimin e kohës së opinioneve të shtrembëruara dhe gjasa të mëdha për të lehtësuar përballjen me jetën reale nëpërmjet suportit hipnoterapeutik.

Studimet krahasuese të rezultateve të ekspozimit johipnotik të sjelljes dhe desensibilizimit hipnotik kanë sjellë në konkluzionin, se të dyja qasjet kanë efekte të krahasueshme në trajtim, por trajtimi hipnotik është dukshëm më i shpejtë në rezultate për arsyet e lartëpërmendura. Kur kërkon, për studime të bëra, që të mbështetur përdorimin e hipnozës në trajtimin e ankthit, nuk ka shumë dhe janë më tepër të lidhura me ankthin procedural ose performancën dhe shumë pak, për gjendjen e ankthit të përgjithshëm. Megjithatë, ka shumë studime rasti, të cilat të demonstrojnë përdorimin e suksesshëm të hipnozës në simptomat e ankthit. (Ashton et al, 1997; Houghton, 1996;

Kirsch et al, 1995; O'Neill et al, 1999, Smith, 1990). Shfrytëzimi i hipnozes me CBT (cognitive behavioural therapy) tregoi disa rritje të efektit, sidomos për sa i përket shpejtësisë së përmirësimit (Kirsch et al, 1995; Schoenburger, 2000; Yu, 2005). Hammond (2010) raporton, se gjashtë studimet e vetë-hipnozës dhe ankthit demonstuan ndryshime në tiparet e ankthit.

Aplikimi i vetë-hipnozës raporton ulje të nivelin bazë të ankthit në vullnetarët e shëndetshëm (VandeVusse et al., 2010), dhe efekti i saj ishte i ngjashëm me atë të ushtrimeve të relaksimit dhe trajnimit imagjinar. Gruzelier (2002), O'Neil, Barnier dhe Mçonkey (1999) kanë cilësuar vetë-hipnozën si një trajtim më efektiv, se relaksimi bazuar në studimin mbi subjektet me ankth të lehtë. Kohen dhe kolegët e tij (1984) mbështetën të njëjtin rezultat, nëpërmjet një studimi në 505 fëmijë me probleme të ndryshme, të cilët u trajtuan me vetë-hipnozë (relaksim dhe krijim imazhesh mendore). Më tepër se 51% e fëmijëve arritën të kishin një zgjidhje të plotë të problemeve të tyre dhe një tjetër pjesë prej 32% arritën të kishin një përmirësim domethënës. Në nëngrupin e tyre, ku ankthi ishte një ankesë kryesore, rezultoi një përqindje më e lartë (përkatesisht 58% dhe 42%). Sakai (1997) ka përshkruar efektin e trajnimit autogjenik në çrregullimet e ankthit në një ambjent spitalor. 51% e pacientëve rezultuan të kuruar, ndërkohë që 76% kishin një trajtim të sukseshëm.

Nisur nga përfitimet qartësisht të demonstruara të përdorimit të hipnozës në gamën e çrregullimeve të situatave që provokojnë ankth, është e çuditshme që efektet e hipnozës në çrregullimet e gjeneralizuara të ankthit duket të jenë të studiuara pamjaftueshmërisht. Literatura e për zgjedhur është e kufizuar në për zgjedhjen e rasteve studimore, që mbështesin vlefshmërinë në trajtimin e ankthit dhe në sigurimin e ilustrimeve klinike, si artikujt e Gilbertson dhe Kemp (1992) dhe Smith (1990). Autori nuk ka mundur të

sigurojë studime me raste kontrolli, ndërkohë që vetëm artikujt e Gould dhe Krynickit (1989) përmbanin të dhëna të vlefshme. Pacientët në studimin në fjalë (Gould & Krynicki, 1989) kërkuan hipnoterapinë me qëllim moderimin e stresit, ankthit dhe depresionit. Ata shfaqën një mori simptomash, të cilat u klasifikuan me shkallën SCL-90. Pas tre seancash trajtimi, u vu re një reduktim i simptomave në të gjitha drejtimet. Somatizimi u reduktua me 49%, ankthi me 43% dhe depresioni me 38%.

Njësia e Hipnozës e Mjekësisë Chelmsford (Brann et al, 2010) ka regjistruar rregullisht rezultatet e ankthit Spitalor dhe shkallës së Depresionit (HADs) për të gjithë pacientët e referuar pavarësisht nga natyra e problemit. Duke kërkuar më afër në 217 pacientët me ankth klinik, pas intervenimit hipnotik 160 (74%) nuk ishin më të shqetësuar klinikisht, 51 pacientë (23.5%) ishin përmirësuar, por kishin mbetur në rangun jofunksional, dhe vetëm 6 pacientë dështuan për të treguar ndonjë reduktim në HADs rezultatet e tyre pas terapisë.

Në një meta-analizë përformuar në 18 studime, në të cilat një terapi konjitive e sjelljes është krahasuar me të njëjtën terapi të plotësuar me hipnozë, ka provuar se përdorimi i hipnozës rrit ndjeshëm rezultatin e trajtimit (Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995). Ka relativisht pak studime të mirë-kontrolluara në efikasitetin relativ të Hipnoterapise për menaxhimin e ankthit, krahasuar me CBT (Cognitive Behavioural Therapy). Van Dyck dhe Spinhoven (1997) krahasuan ekspozimin in vivo, kundrejt ekspozimit të kombinuar me hipnozë për trajtimin e agorafobisë me panik. Ky studim nuk gjeti asnjë dallim midis trajtimeve, por dizejimi ishte me të meta, për shkak se të gjithë pacientët morrën të dy trajtimet. Një studim i ankthit për të folurin në publik aplikoi tek pacientët terapi njohëse dhe ekspozimin in vivo, ose këto lloje me hipnozë (Schoenberger et al.,

1997). Të dyja trajtimet, treguan rezultat më të mirë se një jo-trajtim (kontrollit), dhe grupi me hipnozë kishte sukses më të madh se sa vetëm grupi me CBT.

Në një shqyrtim (Coelho, Canter & Ernst, 2007) ku janë përfshirë 14 RCT (n=693), por të një metodologjie me cilësi të dobët, tre RCT (randomized trial control) kishin të bënin me GAD dhe nga këto del, se në një studim hipnoza ka qenë më superiore ndaj relaksimit, muzikës dhe jotrajtimit; në studimin tjetër hipnoza ishte më efektive se meditimi dhe një studim tjetër, tregon se hipnoza ka qenë më efektive se jo trajtimi. Dy RCT kishin të bënim me studime tek ankthi i lidhur me traumën: njëra tregon dallime domethënëse para dhe pas-trajtimit, që favorizojnë hipnozën krahasuar me listën e pritjes, kurse studimi tjetër nuk tregon dallim domethënës në mes të CBT së kombinuar me hipnozë dhe CBT së aplikuar vetëm.

Gjashtë RCT janë shqyrtuar në trajtimin e ankthit fobik (Coelho, Canter & Ernst, 2007). Në një studim tregojnë se, nuk kishte dallime domethënëse ndërmjet grupit të hipnozës krahasuar me grupin e desensibilizimit sistemik. Një RCT tjetër raporton efektivitet më të madh të grupit që mori hipnozën si pjesë të programit CBT, se sa të grupit të trajtuar me relaksim progresiv si pjesë të programit CBT. Një RCT tjetër ka raportuar dallime domethënëse në inventarin e ankthit të performancës për grupin e hipnozës, krahasuar me grupin e kontrollit në rastin e fobisë sociale. Një RCT ka raportuar dallime joshnjifikative ndërmjet grupit të hipnozës dhe grupit të terapisë psikofiziologjike për trajtimin e fobisë dentale. Dy RCT tjera të analizuara nuk kanë pasur të dhëna të mjaftueshme për të ardhur deri tek konkludimi. Në rastin e RCT lidhur me ankthin e provimit janë analizuar tre studime (Coelho, Canter & Ernst, 2007). Në njërin studim kishte zvogëlim domethënës të rezultateve të ankthit të studentëve, të trajtuar me hipnozë krahasuar me grupin e kontrollit, por nuk kishte dallim domethënës me grupin e

desensitizimit sistematik. Studimi tjetër po ashtu tregon rezultate domethënësisht më të ulta për gupin me hipnozë, se sa të kontrollit. Edhe një RCT tjetër tregon zvoglim domethënës në ankthin e testeve tek fëmijët shkollorë për grupin e hipnozës, krahasuar me grupin e diskutimeve/ kontrollit, dhe kjo ka vlejtur edhe 6 muaj pas.

Në një studim tjetër, autorët Cardeña, Svensson & Hejdstrom (2013) raportojnë se, ndërhyrjet hipnotike kishin një efekt mesatar deri të lartë në përjetimin e stresit, shtrimit dhe mirëqënies.

Në mënyrë që të ekzaminohet nëse hipnoza e praktikuar në grup, do të përmirësonte ekzaminimin e arritjeve të notave të studentëve, përfshirë këtu dhe provimin e fund simestrit dhe provimin përfundimtar për 30 studentët e edukimit psikologjik të cilët u hipnotizuan, e u krahasuan me 2 grupe të tjera kontrolli me 34 dhe 32 pjesëtarë secili. Analizat tregojnë për këto klasa të plota, se grupi i hipnotizuar pati një rritje të konsiderueshme në notën e provimit përfundimtar, se sa grupet e tjera të kontrollit, megjithëse diferenca e pikëve të provimit të fundsimestrit, ishin pa rëndësi (Schreiber, 1997).

Një studim i hipnozës në grup dhe teknika e relaksimit të muskujve nga Jacobson (1938), dalloi një ndryshim në notat e provimeve akademike të studentëve, në degën e psikologjisë. Një grup i plotë me 30 studentë, të cilët u hipnotizuan, u vunë në krahasim me një klasë me 22 studentë, mbi 15 javë, të cilëve, këtyre të fundit, iu dhanë udhëzime për relaksimin e muskujve. Megjithëse në fillesë pikët ishin të ngjashme, grupi i parë pati rezultate më të larta, se sa grupi i mëvonshëm. Për këtë arsye janë dhënë sugjerime për studime pasuese (Schreiber & Schreiber, 1998).

Qëllimi i një studimi tjetër (Gordin, 1981) ishte, që të përcaktonte efektet e hipnozës, trajnimit relaksues apo muzikës në gjendje ankthi dhe stresit, tek atletet femra. 47 atlete

ndëruniversitare pranuan të marrin pjesë në këtë studim. Duke përdorur (*Two-Way Repeated Measures Analysis of Variance*) me një faktor grupazhi në katër nivele (hipnoza, trajnim relaksues, muzikë dhe kontroll grupi) dhe një *trial factor* në dy nivele (paratrajtim dhe pastrajtim), asnjë ndryshim domethënës nuk ekzistonte mes hipnozës, trajnimit relaksues, muzikës apo grupit të kontrollit, kur paratrajtimi drejt pastrajtit për gjendjen e ankthit që vlerësuar ($p > .05$). Për më tepër, asnjë ndryshim domethënës nuk ekzistonte mes grupeve, kur u bënë ndryshime në paratrajtime drejt pastrajtit për stresin e u vlerësuan ($p > .05$) (Gordin, 1981).

Një studim (Linial, 1983) ekzaminoi, nëse hipnoza apo relaksimi progresiv i muskujve (PMR-progressive muscle relaxation) ishte më efektiv në reduktimin e ankthit, dhe nëse këto trajtime ndihmuan në rritjen e vetkonceptimit. 43 oficerë nga Philadelphia Adult Probation Department, morrën pjesë në këtë studim. Plani përfshinte administrimin e eksperiencës hipnotike të grupit të hipnozës dhe një formë e modifikuar e relaksimit progresiv të muskujve nga Jacobson për grupin PMR. Një grup kontrolli nuk morri trajtim dhe një grup placebo zhvilloi takim dhe diskutoi mënyrat se si ata u përballën me ankthin (Linial, 1983). I gjithë studimi zgjati 6 javë. Grupi i trajtimit të hipnozës, pati një ulje të konsiderueshme të nivelit të ankthit, në krahasim me grupin PMR. Ky përfundim që i dukshëm, sepse influenca e fortë dhe e qëndrueshme e trajtimit hipnotik mbi nivelet e ankthit, iu atribua procesit të pandjeshmërisë, që kontribuoi në reduktimin e ankthit (Linial, 1983).

KAPITULLI V: METODOLOGJIA

5.1 Qëllimi dhe objektivat e studimit

Qëllimi i këtij studimi ishte:

Njohja me efektet e përdorimit të teknikave të *hipnoterapisë klinike* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës. Duke u bazuar në faktin se *hipnoterapia klinike* është një terapi e shkurtër (maksimumi 12 seanca), është joshës aplikimi i saj në trajtimin e rasteve me ankth të përgjithësuar në popullatën e përgjithshme.

Objektivat e këtij studimi ishin:

1. Matja dhe krahasimi i efikasitetit të teknikave të *hipnoterapisë*
2. Efekti i mundshëm i variablave të tjera socio-demografike në efikasitetin e këtyre metodave terapeutike si: mosha dhe gjinia.

Ky do jetë një studim *gjysmë eksperimental* në të cilin do të aplikohen tri teknika terapeutike:

1. *Metafora*
2. *Forcimi i Egos*
3. *Relaksimi Progresiv*

Teknikat e mësipërme do të përdoren për reduktimin e ankthit të përgjithësuar në rastet e studentëve të grupmoshës 20-30 vjeç. Efektet terapeutike të këtyre teknikave do të maten me anë të pyetësorit GAD-7 si dhe me nivelin e vështirësive në punë, në

kujdesin për shtëpinë dhe marrëdhëniet me njerëzit e tjerë. Për efekt studimi, do të ketë edhe një grup të katërt që do të jetë *Grupi i Kontrollit* i cili për gjashtë javë nuk do të marrë pjesë në asnjë trajtim me teknikat e mësipërme, por nuk do të jetë as nën trajtimin e ndonjë lloj terapie tjetër.

Pyetjet kërkimore janë:

1. A janë efikase teknikat e *hipnoterapisë* dhe *Relaksimit Progresiv* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?
2. A janë teknikat e *hipnoterapisë* më efikase se *teknika e relaksimit* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?
3. Cila nga teknikat e *hipnoterapisë* është më efikase (teknika e sugjerimeve direkte/autoritariane e *Forcimit të Egos* dhe teknika e sugjerimeve indirekte/tolerante e *Metaforës*) në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?
4. A ka dallime gjinore në efikasitetin e teknikave në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?
5. Cilat janë perceptimet e pjesëmarrësve në lidhje me teknikat e hipnoterapisë dhe të Relaksimit Progresiv?

5.2 Hipotezat

Hipoteza e studimit janë:

H 1. Teknikat e *hipnoterapisë klinike* dhe teknika e *Relaksimit Progresiv* janë efikase në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

H 2. Teknikat e *hipnoterapisë klinike* janë me efikase se teknika e *Relaksimit Progresiv* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

H 3. Teknika e sugjerimeve *direkte/autoritare* e *Forcimit të Egos* është më efikase se teknika e sugjerimeve *indirekte/tolerante* e *Metaforës* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

H 4. Ka dallime në efikasitetin e teknikave mes gjinive në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

5.3. Dizenjimi i studimit & procedura

Aspekti etik

Studentëve iu ofrua një letër miratuese, përmes së cilës do të deklarohet pjesëmarrja me vullnet të lirë në studim, si edhe do të sigurohet anonimiteti dhe ruajtja e të dhënave personale. Duke qenë që, për nga natyra, ky studim është i thelluar, do të botohen vetëm ato fakte për të cilat do të vendoset mes terapistit dhe pacientit.

Përdorimi i informimit dhe pëlqimit paraprak të pacientit është relativisht i ri për psikoterapinë në përgjithësi dhe për hipnozën në veçanti. Disa terapistë argumentojnë se

është e panevojshme të merret pëlqimi i informuar, paraprak, i posaçëm për hipnozën, duke theksuar se nuk nënshkruajnë kontrata me klientët (Gilligan, 1987; Grinder, Delozier & Bandler, 1977; Mills & Crowley, 1986).

1. Faza e parë e studimit

Gjatë *fazës së parë* të studimit, target-grupi ishin 240 studentë të grupmoshës 20-30 të cilët u përzgjedhën në bazë të testit GAD-7 me nivel të lehtë dhe mesatar të ankthit të përgjithësuar. Kampioni që plotësoi testin ishin 240 studentë të përzgjedhur në mënyrë krejt rastësore në shkollat private dhe publike. 26 pyetësorë dolën të pavlefshëm.

Kampioni, pas largimit të pjesëmarrësve me rezultatet e pavlefshme, në fillim, ka përfshirë 214 studentë (Tabela 2). Për nga gjinia: meshkuj, 91 (42.5 %) dhe femra, 123 (57.5 %). Këta ishin studentë të universiteteve private (N=114; 53.3%) dhe shtetërore (N=100; 46.7%).

Tabela 2: Numri dhe përqindja e kampionit sipas gjinisë

Gjinia	Frekuenca	Përqindja	Përqindja vlefshme	Përqindja grumbulluar
Meshkuj	91	42.5	42.5	42.5
Femra	123	57.5	57.5	100.0
Total	214	100.0	100.0	

Ky target-grup u përzgjedh për këto arsye:

- Vendosin me vullnetin e tyre të lirë për t'u përfshirë në studim;
- Janë në një moshë ku bëjnë zgjedhje të informuara;

- Ky është target-grupi më i përshtatshëm

Bazuar në rezultatet që dolën nga pyetësi i GAD, prej 214 studentëve që kanë plotësuar pyetësorët, gjejmë se (Tabela 3):

- nuk plotësojnë kriteret e GAD (N=84; 59.4 %),
- kanë nivel të lehtë të GAD (N=81; 38 %),
- kanë nivel të moderuar të GAD (N=34; 16 %),
- kanë nivel të lartë të GAD (N=14; 6.6%).

Tabela 3: *Rezultatet e GAD për pjesëmarrësit në fazën I*

Niveli i GAD	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja grumbulluar
Nuk ka GAD	84	39.3	39.4	39.4
GAD i lehtë	81	37.9	38	77.5
GAD i moderuar	34	15.9	16	93.4
GAD i lartë	14	6.5	6.6	100
Total	213	99.5	100	
Mungojnë	1	0.5		
Total	214	100		

Nga të dhënat doli që nuk ka dallime të studentëve mes universiteteve shtetërore dhe private prandaj ky variabël nuk u mor parasysh si kriter në përzgjedhjen e mëtejshme të target-grupit. T-testi i pavarur është përdorur për të krahasuar rezultatet sipas përkatësisë private apo shtetërore të studentëve në nivelin e ankthit të përgjithësuar.

Rezultatet tregojnë se nuk kemi dallim domethënës sipas tyre, ku nga privatët ($M=6.49$; $DS=4.52$) dhe shtetërorët ($M=6.06$; $DS=4.27$), $t(213) = .720$, $p=.47$.

Nga i gjithë target-grupi prej 214 studentësh vetëm 7 prej tyre kishin marrë pjesë në seanca të tjera terapie, të cilët u përjashtuan nga përzgjedhja e mëtejshme. Kjo për arsye se:

- Pjesëmarrësit do të kishin marrë një informacion rreth zhvillimit të terapisë.
- Do të ndikonte në rezultatet e dhëna në trajtimin me hipnoterapi.

Janë pyetur studentët nëse i janë nënshtruar ndonjë lloj trajtimi terapeutik dhe ka rezultuar se: nuk kanë marrë trajtim ($N=207$; 96.7%) dhe kanë marrë trajtim ($N=7$; 3.3%).

Janë pyetur studentët a janë trajtuar me hipnozë më parë dhe ka rezultuar se nuk kanë marrë trajtim me hipnoterapi ($N=208$; 97.2%) dhe kanë marrë trajtim ($N=6$; 2.8%).

Tabela 4: *Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve që kanë qenë në seanca hipnotike më parë*

Hipnoza	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e Vlefshme	Përqindja Grumbulluar
Jo	208	97.2	97.2	97.2
Po	6	2.8	2.8	100.0
Total	214	100.0	100.0	

2. Faza e dytë e studimit

Në *fazën e dytë* të studimit të dhënat bazë u filtruan në:

81 studentë me GAD të nivelit të lehtë (5-9), (25 meshkuj dhe 56 femra)

34 studentë me GAD të nivelit të moderuar (10-14), (15 meshkuj dhe 19 femra)

Po këta 81 dhe 34 pjesëmarrës u filtruan sërish në bazë të gjinisë dhe brenda kategorisë gjini mashkullore/femërore u përzgjedhën 12 meshkuj/femra me GAD të lehtë (5-9) dhe 12 meshkuj/femra me GAD të moderuar (10-14).

Për të përzgjedhur meshkujt u përdorën vetëm numrat tek në renditje (dy meshkuj u përzgjedhën në mënyrë rastësore nga numrat çift meqenëse janë vetë 20 numra tek), ndërsa për femrat numrat çift derisa u arrit numri i përcaktuar.

Bëmë një test paraprak për të parë nivelin e ankthit të 4 grupeve dhe rezultoi se nuk kishte dallime kështu që u procedua me testin T.

Figura 1: Paraqitja skematike e fazave të studimit

Faza I	260 studentë në total & 26 intervista të pavlefshme					
	214 studentë raportuan GAD					
	84 studentë nuk kanë GAD	81 studentë me GAD të lehtë		34 studentë me GAD të moderuar	14 studentë me GAD të lartë	
Faza II		115 studentë me GAD të lehtë ose të moderuar				
		nga të cilët 40 meshkuj & 75 femra				
		48 studentë të përzgjedhur rastësisht				
		Forcimi i Egos	Metafora	Relaksimi Progresiv		Grupi i Kontrollit
		12 pjesëmarrës	12 pjesëmarrës	12 pjesëmarrës		12 pjesëmarrës
		5 M+ 5 F (1M + 1F)	5 M+ 5 F (1M + 1F)	5 M+ 5 F (1M + 1F)		5 M+ 5 F (1M + 1F)

Nga të dhënat doli se kishte dallime domethënëse të nivelit të ankthit mes gjinive. T-testi i pavarur është përdorur për të krahasuar rezultatet sipas gjinisë në nivelin e ankthit të përgjithësuar. Rezultatet tregojnë se kemi dallim domethënës sipas gjinive, ku meshkujt ($M=5.01$; $DS=4.00$) dhe femrat ($M=7.24$; $DS=4.46$), $t(213) = 3.83$, $p=.00$. Magnituda e dallimit në vlerën mesatare (dallimi në mesatare= -2.2 , 95% CI: -3.38 to -

1.08) është shumë e vogël (eta në katror = .002); prandaj edhe në përzgjedhjen e mëtejshme u vendos që grupet të ishin të balancuara përsa i përket gjinisë, 20 femra dhe 20 meshkuj gjithsej, prej nga 5 femra dhe 5 meshkuj për secilin grup.

Në këtë fazë të dytë të përzgjedhjes u morën në studim 48 studentë, gjysma prej të cilëve femra dhe gjysma tjetër meshkuj. Në studim u përfshinë 20 femra dhe 20 meshkuj, ndërsa 4 femra dhe 4 meshkuj (një femër/mashkull për çdo grup) u lanë për arsye sigurie nëse dikush largohej nga pjesëmarrja.

Kjo përzgjedhje u bë për arsye: praktike dhe terapeutike.

Në fazën e dytë të studimit, target-grupi i përzgjedhur u nda në mënyrë rastësore në 4 grupe të cilët ishin të balancuar sipas gjinisë: 20 femra dhe 20 meshkuj (5 meshkuj dhe 5 femra për çdo grup). Përsa i përket nivelit të ankthit, ANOVA testi tregoi se nuk kishte diferenca domethënëse mes 4 grupeve. (Tabela 5. A, B)

Tabela 5/ A: *Vlera mesatare dhe devijimi standard në nivelin e ankthit para trajtimit në mes të grupeve*

GAD TOTAL Para trajtimit			
Grupet e trajtimit	N	Vlera mesatare	Shmangia standarde
Metafora	10	9.5	1.50923
Ego	10	9.6	3.27278
Relaksimiprogresiv	10	8.4	2.50333
Kontrolli	10	10.5	3.2059
Total	40	9.5	2.71746

Tabela 5/ B: *Paraqitja e ANOVA testit për dallimet në nivelin e ankthit para trajtimit mes grupeve*

GAD TOTAL	Shuma në	df	Vlera	F	Sig.
Para trajtimit	katrorë		mestare në katrorë		
Ndërmjet grupeve	22.200	3	7.400	1.002	.403
Brenda grupeve	265.800	36	7.383		
Total	288.000	39			

Pjesëmarrësit u trajtuan me teknikat (Tabela 6):

1. Teknika e *Metaforës* (sugjestionet indirekte/teknikë tolerante) 5 femra dhe 5 meshkuj prej të cilëve 5 me nivel të ulët ankthi të përgjithësuar dhe 5 me nivel të moderuar ankthi të përgjithësuar.
2. Teknika e *Forcimit të Egos* (sugjestionet direkte/teknikë autoritare) 5 femra dhe 5 meshkuj prej të cilëve 5 me nivel të ulët ankthi të përgjithësuar dhe 5 me nivel të moderuar ankthi të përgjithësuar.
3. Teknika e *Relaksimit Progresiv të Muskujve* 5 femra dhe 5 meshkuj, prej të cilëve 6 me nivel të ulët ankthi të përgjithësuar dhe 4 me nivel të moderuar ankthi të përgjithësuar.
4. Grupi i kontrollit i cili nuk do të trajtohet me asnjë lloj tekinke apo terapie. 5 femra dhe 5 meshkuj, prej të cilëve 3 me nivel të ulët ankthi të përgjithësuar dhe 7 me nivel të moderuar ankthi të përgjithësuar.

Tabela 6: Të dhënat mbi moshën dhe gjininë sipas grupit të trajtimit

Grupi i trajtimit	N	Meshkuj	Femra	Vlera mesatare	DS
Metafora	10	5	5	22.00	2.30
Forcimi i Egos	10	5	5	24.20	3.67
Relaksimi progresiv	10	5	5	22.60	2.67
Kontrolli	10	5	5	21.50	1.43

Te dy grupet e fundit u bë kjo përzgjedhje sepse disa prej studentëve u larguan nga pjesëmarrja.

Pjesëmarrësit e përzgjedhur në këtë fazë të dytë, plotësuan këto kritere:

- Niveli i ankthi nga 5 deri në 14 (5-9 nivel i ulët dhe 10-14 nivel i moderuar);
- Nuk kanë marrë pjesë asnjëherë në ndonjë terapi;
- Nuk kanë marrë pjesë në seanca hipnoterapie;
- Studentët nuk ishin përdorues të alkoolit, hashashit apo drogave të ndryshme;
- Ishin beqar, pa fëmijë;
- Nuk vuanin nga asnjë lloj sëmundje dhe nuk ishin nën ndikimin e medikamenteve mjekësore.

Nga të gjithë pjesëmarrësit e përzgjedhur, vetëm një mashkull ishte përdorues i hashashit prandaj u largua nga pjesëmarrja në studim.

Nuk kishte pjesëmarrës që të ishin të martuar apo me fëmijë.

3. Faza e tretë e studimit

Pasi u mbledhën të gjithë pyetësorët dhe u bë përzgjedhja e pjesëmarrësve, me ata u krijuan kontakte të drejtpërdrejta të një bisede informuese për qëllimin e zhvillimit të studimit dhe të plotësimit të kriterëve në pjesëmarrje. Më pas u përcaktua procedura e takimeve një herë në javë në një periudhë prej 6 javësh, me kohëzgjatjen 25-30 minuta, me përjashtim të seancës së parë e cila zgjati 60-70 minuta për efekt të mbledhjes së të dhënave personale. U vendos që ky eksperiment të vazhonte për 6 javë sepse për trajtimin e ankthit me hipnoterapi kjo është mesatarja e seancave për trajtim. Mund të ndodhë që pacienti të ketë nevojë për më shumë ose më pak seanca, në varësi të subjektit dhe kushteve të tij.

Seancat u zhvilluan një herë në javë për çdo pjesëmarrës (Tabela 7).

Tabela 7: Paraqitje tabelare e shpërndarjes së seancave

E hënë	E martë	E mërkurë	E enjte	E premte	E shtunë
Forcimi i Egos		Metafora		Relaksimi progresiv	

Gjatë trajtimit të pacientëve nuk u përdor muzikë apo efekte të tjera zanore në mënyrë që të eliminonim ndikimet e variablave të tjerë të jashtëm në trajtim.

Procedura për çdo teknikë, vendi ku u zhvilluan seancat, si edhe instrumentet matës ishin të njëjtë për të gjithë pjesëmarrësit. Gjithashtu, për të kontrolluar efektet e teknikave në eksperiment u përdor i njëjti volum zëri, lartësi e tonalitetit dhe entuziazëm, të cilat ndikojnë drejtpërsëdrejti tek pjesëmarrësit.

Në skriptet e të 3 teknikave është përdorur e njëjta gjuhë e thjeshtë dhe tonaliteti i zërit iu përshtatet secilës teknikë për të arritur efektin e duhur të relaksit në të tre teknikat. Ndryshim në paraqitjen e skripteve në të 3 teknikat është se 2 teknikat e hipnoterapisë e përmbajnë pjesën e relaksit brenda, por më pas punojnë edhe me elementin e mendimit, ndërsa teknika e *Relaksimit Progresiv* ka të përfshirë vetëm pjesën e relaksimit fizik. Gjatë gjendjes së hipnozës punohet në nivel të pavetëdijes, për këtë arsye edhe gjuha e përdorur i përshtatet asaj dhe skriptet përmbajnë:

- Fjalë të thjeshta që pacienti të mos ketë vështirësi në të kuptuarin e tyre.
- Përpiqemi të përjashtojmë fjalët negative.
- Përdoren fjalë pozitive të cilat do të ndikojnë në nivelin e pavetëdijshëm për arsye që të përthithen edhe në rastet kur ata mund t'i zërë gjumi ose të kenë humbur përqëndrimin.

Terapisti ka qenë i njëjtë tek teknika e Metaforës, Forcimit të Egos dhe Relaksimit progresiv të muskujve sepse:

1. Gjatë Relaksimit Progresiv të Muskujve, edhe pse është një teknikë e Terapisë së Sjelljes, pacientët, nga relaksi, mund të hyjnë në gjendje transi dhe terapeuti duhet të jetë në gjendje të reagojë në situata të tilla.
2. Mund të ndodhë që pacientit, edhe në gjendje relaksi, t'i kujtohet diçka nga e kaluara dhe terapeuti duhet të jetë i përgatitur për këtë situatë.
3. Është përjashtuar variabli i ri që do të ishte ai i terapistit.
4. Toni i zërit, që është shumë i rëndësishëm tek të tria teknikat do të jetë i njëjtë dhe nuk do të kemi ndryshime thelbësore.

Në seancën e parë u mblodhën të dhënat personale: gjinia, mosha, historia mjekësore dhe psikiatrike, aktivitetet e kohës së lirë, simptomat.

1. Protokoli i hipnoterapisë klinike

Përkthimi i skripteve u bë me metodën përkthim kundër përkthim, ndërsa përshtatja e fjalëve të veçanta u bë nga studiuesi/hipnoterapisti për arsye të efikasitetit që ka fjala e përdorur në gjendjen e hipnozës klinike.

Protokoli formal i një seance të hipnoterapisë klinike është (James, 2005):

- *Induktimi*
- *Thellimi*
- *Terapia*
- *Sugjestione të forcimit të egos (version i shkurtër)*
- *Zgjimi*
- *Sugjerimet pas-hipnoze*

Për arsye të studimit, *Sugjerimet e Forcimit të Egos (version i shkurtër)* si edhe *Sugjerimet Pas-hipnoze* nuk u përdorën në asnjë prej grupeve të trajtuara me hipnoterapi. Këto dy hapa të protokollit të hipnozës formale u përjashtuan sepse qëllimi i eksperimentit ishte të masnim efikasitetin e teknikave në veçanti. Nëse do të përdornim tek teknika e *Metaforës* (e cila është një teknikë jo direkte), *Sugjerimet Post-*

hipnozë (të cilat janë pjesë e teknikës direkte), atëherë do të kishim përzierje në përdorimin e teknikave dhe nuk do të mund të masnim efikasitetin e teknikës në vetvete.

Në të 2 grupet e *Metaforës dhe Forcimit të Egos* u përdor i njëjti protokoll i cili ndryshonte vetëm te pjesa e *terapisë*.

Në *seancën e parë* u përdorën të njëjtat skripte për të gjithë pacientët e të 2 grupeve të *Metaforës/Forcimit të Egos*, por nuk u përdor pjesa e *terapisë* sepse pjesëmarrësit në këtë seancë njihen me procesin e hipnozës dhe mund të kenë arsyet e tyre për t'u larguar nga terapia. Kjo seancë është procesi i përjetimit dhe njohjes së pacientëve me gjendjen e transit.

Induktimi: Mbyllja e thjeshtë /e lejuar e syve.

Qëllimi i udhëzimeve është thjesht mbyllja e syve të pacientit. Ky skript u përzgjedh sepse:

- Është mënyra më e thjeshtë (lejuese) për pacientët që të hyjnë në gjendje transi.
- Nga vëzhgimet, kjo teknikë është më pranuese për pacientë të cilët nuk kanë marrë pjesë më parë në seanca hipnoterapie.
- Nuk është e nevojshme të punohet me përpunimin e detajeve në mënyrë që të arrihet mbyllja e syve.
- Nuk ka raste përjashtimore të përdorimit të pacientët.

Skripti

“... rehatohu ... vendosi këmbët rrafsh mbi dysHEME ... dhe... vendosi duart butësisht mbi ijë ... thjesht mbyll sytë ... lëri të mbyllur ... dhe ... mund t’i qetësosh sytë ... t’i qetësosh plotësisht ... aq sa të mos duash t’i hapësh ... sytë do të mbeten ... të mbyllur dhe të qetë ... të mbyllur dhe të qetë gjatë gjithë kohës ...”

Thellimi. Thellimi 10-1 dhe TANiiii.

- Ky skript përdor modelin e relaksimit për të thelluar gjendjen e transit të pacientit prandaj edhe u përzgjedh dhe u përdor si skripti i parë në nivelin e thellimit të hipnozës. (Pacientët relaksiohen që të bëhen gati për të hyrë në gjendje më të thellë të hipnozës.)
- Raste përjashtimore kemi vetëm në rastet kur pacienti vuan nga depresioni. Shmangen fjalët si ‘poshtë’ apo ‘thellë’. Në studim janë përjashtuar rastet e diagnostikuara me depresion.

Skripti

- Pacienti informohet që do të dëgjojë numërimin nga dhjeta te njëshi.
- Me çdo numër zbritës do të relaksohet dhjetë herë/për qind më shumë.
- Pas çdo numri zbritës do të çlirohet një të dhjetën herë më thellë dhe do të hyjë në gjendjen e lehtë të hipnozës.
- Thellimi do të vazhdojë ndërsa procesi vazhdon.

- Sugjectionet e përjetimit:

“ ... dhe nëse ... gjatë numërimit ... ti përjeton një ndjesi ... të lehtë dhe shumë të kënaqshme ... ndjesi fizike ... sikur po pluskon ... po pluskon shtrirë ... nuk ka asgjë për t’u shqetësuar ... kjo vetëm tregon se po zhytesh ... në një gjendje të thellë ... të relaksit fizik dhe mendor ... gjithnjë e më thellë ... ndërkohë që ne vazhdojmë ...”

- Fillon numërimi nga dhjeta te njëshi i shoqëruar me sugjerime relaksi.

TANIiiii

- I. Kjo teknikë thelluese bazohet në aftësinë shprehëse të zërit të terapistit. Fjala ‘TANIiiii’ bëhet një sinjal për pacientin që të relaksohet dhe zëri sugjectionon relaksim dhe largim të tensionit të panevojshëm.
- II. Fjala ‘TANIiiii’ thuhet gjithmonë gjatë frymënxjerrjes së pacientit dhe është një mënyrë që përdoret nëse pacienti abragon gjatë terapisë.
- III. Nuk ka raste përjashtimore të përdorimit tek pacientët.

Skripti

- Pacienti informohet që do të dëgjojë fjalën “*Tanii*” dhe terapisti e thotë në momentin kur pacienti është duke nxjerrë frymë.
- Sapo të dëgjojë fjalën “*Tanii*” çdo muskul do të qetësohet, tensionet do të largohen dhe pacienti do të zhytet më thellë në gjendjen e transit:

“... në pak momente ... ti do të më dëgjosh duke thënë ... TANIiii ... dhe ... kurdo të dëgjosh fjalën ... TANIiiii ... çdo muskul në trupin tënd ... nga koka te këmbët ... do të qetësohet ... i gjithë tensioni i panevojshëm i trupit ... do të largohet nga trupi ... dhe trupi yt do vazhdojë të zhytet më thellë ... gjithnjë e më i çliruar ... i relaksuar ... dhe i qetë gjithashtu ...”

- Pacienti përgatitet që ndoshta nuk do ta ndiejë më trupin:

“... në fakt ... trupi yt do të ndihet ... kaq rehat ... sa që do të ketë momente ... kur nuk do ta ndjesh më ... nuk do ta ndjesh më trupin tënd ... nuk do ta ndjesh fare trupin tënd...”

- Pacientit i sugjerohet të largojë çdo tension të panevojshëm nga trupi.

(parapërgatitet që të hyjë në pjesën e terapisë totalisht i relaksuar dhe i shtensionuar).

“... kështu që nëse ke ndonjë tension të panevojshëm ... në ndonjë pjesë të trupit ... do të doja nga ti që ... TANIiiii ... ta largosh këtë tension të panevojshëm ... dhe ta lejosh çdo muskul të qetësohet ...”

- Pacientit i sugjerohet që do të ndiejë një ndjesi të ngrohtë, të mrekullueshme relaksi të përhapet dhe shpërndahet në të gjithë trupin nga gjoksi deri te gishtat e këmbëve.

“... një ndjesi shumë e këndshme ... një ndjesi e ngrohtë ... shumë shpejt ... mund të fillojë të përhapet nga gjoksi yt ... drejt shpatullave ... drejt të gjithë trupit ... unë dua që ti ... TANIiii ... ta lejosh këtë ndjesi të mrekullueshme relaksi ... të shpërndahet ... në të gjithë trupin ... deri te gishtat e këmbëve ... dhe ... TANIiiii ...”

Terapia. (Metafora/ Forcimi i Egos)

U përzgjedhën pikërisht këto 2 teknika të hipnoterapisë sepse janë dy teknika të cilat trajtojnë ankthin, por i përkasin dy drejtimeve të ndryshme: autoritare-tolerante; direkte-indirekte dhe në këtë mënyrë mund të bëjmë krahasimin ndërmjet tyre në popullatën jo klinike në kontekstin shqiptar.

Në *seancat 2-6*, skriptet e të dy grupeve të trajtuara me hipnoterapi dallojnë në protokoll vetëm tek pjesa e terapisë dhe do të specifikohen sipas llojit të teknikave (*Metafora/ Forcimi i Egos*).

Metafora

- I. Kjo teknikë e ka qëllimin jo të drejtpërdrejtë, pra mali simbolizon diçka tjetër.
- II. Teknika e metaforës i jep liri mendjes së pavetëdijshme të Metaforës që të gjejë zgjidhjen që i përshtatet më shumë individit.
- III. Kundërrindikacione ka vetëm për pacientët të cilët janë fobik ndaj fluturimit “fluturimi mbi mal” apo vendeve të mbyllura “tuneli” dhe këto fjalë eliminohen.
- IV. I jep më shumë se një lloj zgjidhjeje për problemin i cili në këtë rast është ankthi.
- V. Pacienti lejohet që të largohet nga shqetësimi dhe pastaj të gjejë zgjidhjen për të.

VI. Kjo teknikë i lë pacientët të jenë ata vetë që të vendosin se cilat shqetësime do të zvogëlohen dhe cilat do të largohen, sepse e pavetëdijshmja e tyre është ajo që njeh gjithçka për ta.

Mali – një metaforë për përballjen me ankthin

- Fillohet menjëherë me aspektin/sugjerimin pozitiv duke i theksuar se “ata munden”.
- Të imagjinojnë ankthin si një mal turbullues.
- Të fillojnë të largohen nga mali shumë larg.
- Kur të jenë larg mjaftueshëm të shikojnë malin që është pas tyre (në këtë rast është sugjeruar që mali-ankthi ndodhet pas, pra pacienti është larg, e ka lënë pas dhe ka mundësi të gjejë zgjidhjen i shkëputur prej problemit që e shqetëson).
- Hipnoterapisti jep disa mënyra për të zgjidhur situatën, nëpërmjet rrugëve të ndryshme që ata imagjinojnë, të cilat sillen rreth malit.
- Më pas sugjerohet se disa prej anktheve mund edhe të bëhen të parëndësishme ose të zhduken kështu që ata mund t’i kontrollojnë situatat.

“... dhe unë dua që të dish se ti mundesh ... të fillosh të çlirosh veten nga ankthet duke imagjinuar ankthin tënd si një mal ... kur ti qëndron afër atij mali, ai duket turbullues ... por ti mund të imagjinosh veten duke hyrë në një makinë ... dhe duke u larguar nga ai mal ... larg ... shumë larg ... dhe kur të jesh larg mjaftueshëm ti mund të ndalosh ... të dalësh nga makina ... dhe të kthehesh e të shikosh prapa ... dhe nga kjo distancë mali duket shumë më pak turbullues ...

dhe nga kjo distancë ti mund të fillosh të imagjinosh rrugë të ndryshme se si mund të sillen rrotull atij mali ... ndoshta duke zbuluar një kalim rreth njërës anë të malit ose tjetrës ... ose ndoshta ti mund të zbulosh një tunel përmes bazës së malit ... ti mund edhe të zbulosh se ti mund edhe të fluturosh përmbi mal ... por në ndonjë rast ... nga kjo distancë ... ky mal ankthi duket kaq i vogël dhe i parëndësishëm ... dhe ti mund të fillosh të zbulosh që disa nga ankthet bëhen të parëndësishëm ... disa edhe zhduken fare ... dhe ata që mbesin bëhen më të kontrollueshme nga kjo perspektivë ... çdo gjë bëhet me të vërtetë më e lehtë ...”

Forcimi i Egos

- I. Forcimi i egos është një pjesë esenciale e hipnozës klinike dhe është shumë efektive edhe e vetme si terapi (Hartland, 1966).
- II. Hipnoterapia ka sukses në përdorimin e kësaj teknike sepse vepron në nivel të pavetëdijshëm.

Dhe vetë hipnoza vendos një urë kalimi mes të pavetëdijshmes dhe të vetëdijshmes.
- III. Si rast përjashtimor kemi vetëm pacientët të cilët vuajnë nga depresioni, por që janë të përjashtuar nga pjesëmarrja në studim.
- IV. Në këtë teknikë përdoren sugjerimet direkte

Skripti

- Pacienti induktohet që është thellë në gjumë dhe mendja e vet është shumë e ndjeshme ndaj atyre që thotë terapisti, përthithen shumë thellë në të pavetëdijshme dhe asgjë nuk do t'i zhdukë dot.
- Ato që do të futen në të pavetëdijshmen, do të kenë ndikim në mënyrën se si ai mendon, se si ndihet dhe se si sillet.
- I sugjerohet se këto gjëra do t'i nguliten në të pavetëdijshmen saqë do të ndikojnë po aq fuqishëm, po me aq forcë, po me aq potencë te mendimet, ndjenjat, veprimet edhe kur të largohet nga terapia, edhe kur të jetë në shtëpi, sa edhe në atë moment në terapi.
- Përjetimet do t'i ketë ashtu siç i dëgjon të thëna nga terapisti.
- Përsëritje të sugjerimeve se ndjenjat do të përjetojnë po aq fuqishëm kudo që të jetë sa edhe në atë moment.
- Sugjerimi se do të ndihet fizikisht më i fortë dhe më i përgatitur, më i vëmendshëm, më energjik dhe më pak i lodhur (sugjerime për të larguar pjesën fizike të shkaktuar nga ankthi).

“... gjatë këtij gjumi të thellë ... do të ndihesh fizikisht më i fortë dhe më i përgatitur në çdo formë ... do të ndihesh më i vëmendshëm ... më i zgjuar ... më energjik ... dhe do të lodhesh shumë herë më pak ... do të ndihesh më pak i rraskapitur ... më pak i shkuraçar ... më pak i depresuar ...”

- Interesim për gjërat që bëjnë gjatë çdo dite dhe jo i fokusuar te vetja apo i zhytur te problemet e veta (këtu kemi disosacion nga elementet e vetëdijshëm të ankthit).
- Sugjerime për të qenë më i durueshëm, me mendje të kthjellët, të qetë, më pak acarim, më pak frikë, më pak zemërim, më pak shqetësim dhe acarim, më shumë përqendrim, më shumë vëmendje në atë që bëjnë, përmirësim të kujtesës (këto janë simptoma dhe elemente të ankthit të përgjithshur përse i përket aspektit të të menduarit).

“... çdo ditë ... nervat e tua do të bëhen më të durueshme dhe më të qëndrueshme ... mendja jote më e kthjellët dhe më e qetë ... ti do të shqetësohesh shumë më pak ... ti do të acarohesh shumë më pak ... do të ndjesh më pak frikë ... më pak zemëratë ...”

“... ti do të mendosh më qartësisht ... ti do të mund të përqëndrohesh më lehtësisht ... do të mund t’i kushtosh vëmendje të plotë çfarëdo gjëje që të bësh ... duke përjashtuar gjithçka tjetër ...

“... kështu ... kujtesa do të të përmirësohet shpejt ... dhe do të mund t’i shikosh gjërat në perspektivën e duhur ... pa i zmadhuar vështirësitë ... madje as duke i lejuar të dalin jashtë proporcioni ...”

- Vazhdojnë sugjerimet për qetësinë emocionale, rehatinë dhe më pak tensione fizike dhe mendore gjatë ditës (theksohet ky fakt për t’i parapërgatitur pacientët për të qenë të qetë çdo ditë dhe gjatë gjithë ditës).

“... çdo ditë ... do të ndihesh emocionalisht më i qetë ... më i rehatuar ... shumë më pak i trazuar ... çdo ditë ... do bëhesh ... dhe do mbetesh ... gjithnjë e më i qetë ... me më pak tensione gjatë ditës ... si mendërisht ashtu dhe fizikisht ... edhe kur të mos jesh më me mua ...”

- Sugjerime për rritjen e besimit në atë që është duke bërë sepse përjashton frikën e dështimit dhe frikën e pasojave dhe ankthin e panevojshëm që shoqëron ankthin e përgjithësuar.

“... dhe teksa bëhesh ... dhe mbetesh ... më i qetë ... më pak i tensionuar çdo ditë ... do të ndjesh të të rritet besimi në vetvete ... më shumë besim në atë që bën ... çdo ditë ... më shumë besim në atë që do të doje të bëje ... pa patur frikën e dështimit ... pa frikën e pasojave ... pa ankth të panevojshëm ... pa u ndjerë në siklet ...”

- Vazhdojnë sugjerimet (duke përsëritur “çdo ditë”) për pavarësi dhe për t’i dalë zot vetes në përballjen e situatave (këto janë sugjerime të cilat i paraprijnë pacientët që të jenë të sigurtë në të ardhmen).

“... për shkak të kësaj ... çdo ditë ... do të ndihesh i pavarur gjithnjë e më shumë ... më i aftësuar për t’i dalë zot vetes ... për të qëndruar mbi këmbët e tua ... për të mbajtur veten ... pavarësisht se sa vështirësohen gjërat ...”

... çdo ditë ... do të ndjesh teksa të rritet ndjesia e mirëqënies ... e sigurisë ... ndjenjë që nuk ke e ke ndjerë për shumë ... shumë kohë ...”

Në këtë fazë të fundit pacienti parapërgatitet edhe për efikasitetin e seancave të tjera dhe për të qenë i sigurt tek vetja.

“... dhe meqënëse këto gjëra do të fillojnë të ndodhin ... ekzaktësisht ashtu siç unë po të rrëfej ... gjithnjë e më shpejt ... më fuqishëm ... dhe të plota ... me çdo trajtim që të jap unë ... ti do të ndihesh shumë më i lumtur ... shumë më i kënaqur ... shumë më optimist në çdo formë ...”

“... kështu do të bëhesh më i gatshëm për të ndihmuar ... për të mbështetur ... vetveten ... përpjekjet e tua ... gjykimet e tua ... mendimet e tua ... do të kesh shumë më pak nevojë ... të mbështetesh ... apo të varesh ... nga njerëz të tjerë ...”

Zgjimi

- I. Kjo teknikë është hapi i fundit i procesit të hipnoterapisë.
- II. Përdoret në rastet kur pacienti ka hyrë në hipnozë me anë të hipnozës formale (është përdorur induksioni dhe thellimi me numërim). *“Nëse pacienti ka hyrë në mënyrë jo formale, por spontanisht, atëherë zgjimi mund të zgjidhet të jetë në përputhje me qasjen e tij duke i ofruar sugjerime jo direkte për shkëputjen”* Yapko trancework, pg 386.
- III. Kjo është një metodë autoritare e numërimit nga poshtë –lart (1-10).
- IV. Ka ndryshim të tonit të zërit të terapistit sepse fillon që ta bëjë pacientin gati që të hapë sytë dhe të rikthehet në gjendjen normale të fillimit bashkë me ndryshimet e bëra në terapi.

- V. Theksohet fort pjesa e rikthimit në të tashmen dhe kjo procedurë është e detyrueshme për të gjithë pacientët të cilët hyjnë në trans me anë të hipnozës formale.

Skripti

- Pacientit i bëhet me dije se terapeuti do të fillojë numërimin për ta zgjuar.
- Numërimi do të jetë nga njëshi te dhjeta.
- Me numrin tetë do të hapen sytë (pacienti parapërgatitet për zgjimin dhe hapjen e syve).
- Me numërimin e dhjetës do të jetë plotësisht i zgjuar (pacientit i theksohet përsëri që do të zgjohet mirë, me shumë energji dhe optimist).
- Ritheksohet numri tetë dhe dhjetë edhe njëherë para se të fillojë numërimi.
- Pasi zgjohet, terapeuti qëndron i qetë për ta lejuar pacientin që të përjetojë kënaqësinë e marrë dhe të fillojë të flasë kur ai të dëshirojë.
- Hipnoterapisti nuk duhet të bëjë pyetje nëse pacienti nuk është i gatshëm të flasë vetë.
- Hipnoterapisti sigurohet që pacienti është tërësisht në gjendje normale zgjimi

“... dhe tani ... unë do të të zgjoj ... pas pak sekondash ... unë do të filloj numërimin ... nga njëshi te dhjeta ... ti do të zgjohesh ngadalë ... pas çdo numri ... dhe kur të arrijmë tek numri tetë ... ti do të hapësh sytë ... dhe me numërimin e dhjetës ... ti do

të jesh plotësisht i zgjuar ... i zgjuar dhe do të ndihesh mirë ... madje shumë mirë ...
**çdo pjesë e jotja do të jetë sërish këtu me mua në të tashmen ... dhe të gjitha
shqisat normale do të kthehen tek ti ...** do të jesh plotësisht i zgjuar me numërimin
e dhjetës ... do të ndihesh mirë ... plot energji ... do të ndihesh më mirë ... dhe më
optimist ... sesa je ndjerë për një kohë shumë shumë të gjatë ... pra ... ndërsa unë
numëroj nga njëshi te dhjeta ... ti do të zgjohesh dalëngadalë ... me kalimin te çdo
numër ... dhe te numri tetë ... ti do të hapësh sytë ... dhe te numri dhjetë ... ti do të
jesh plotësisht i zgjuar...”

Numërimi

“... pra ... gati ... një ... dy ... tre ... po zgjohesh ... katër ... pesë ... gjashtë ... po
zgjohesh ... shtatë ... tetë ... hap sytë ... nëntë ... dhjetë ... ZGJOHU ... ZGJOHU ...
ZGJOHU... JE ZGJUAR ...”

2. Skripti i Relaksimit Progresiv të Muskujve Seanca 1-6

Krahasimi i teknikave të hipnoterapisë u krye me një teknikë të huazuar nga terapia e
sjelljes, por që përdoret edhe si teknikë thellimi në hipnoterapi.

Te grupi i *Relaksimit Progresiv të Muskujve* u përdor i njëjti protokoll në të gjitha
seancat, Induksioni i Relaksimit Progresiv të Hartland.

Skripti i seancave të *teknikës së relaksit* kishte të bënte me:

Relaksim Progresiv të Muskujve në të 6 seancat, tek të gjithë pjesëmarrësit.

- Kjo teknikë u përdor e njëjtë në të gjitha seancat.
- Pacienti ulet në kolltuk, në vend të rehatshëm dhe terapeuti fillon procesin.

- Pacienti mund t'i ketë mbyllur sytë, por edhe mund t'i mbajë të hapur (gjatë seancave të gjithë pjesëmarrësit i mbyllën sytë edhe nëse nuk i kishin mbyllur në fillim të seancës).

Rastet përjashtimore janë:

Kjo teknikë nuk përdoret në qoftë se pacienti është duke kaluar depresion. Pozicioni i trupit në një gjendje të relaksuar mund të imitojë pozicionin e trupit të një personi të depresuar.

Shmanget përdorimi i frazës “të rëndë si plumb” në qoftë se pacienti është duke shfaqur kontroll të fizikut.

Shmanget përdorimi i frazës “të qetë dhe të plogësht” në qoftë se pacienti është duke shfaqur impotencë psikogjenike.

Nuk përdoret n.q.s. pacienti është duke përjetuar atake paniku. Ndjesia e relaksimit mund të keqinterpretohet si shenja të një ataku paniku të pavarur dhe kështu që mund të nxisë një të tillë, pa dashje.

Të gjitha rastet përjashtimore janë të përjashtuara nga pjesa e studimit.

- I. Pacientit i kërkohet të ulet rehatshëm me duart mbështetur në ijë dhe me të dy këmbët të shtrira në dysHEME.

Prezantimi

“... rehatohu ... dhe lehtësisht lejojini qepallat të mbyllen ... dhe ndërkohë që ju jeni të ulur këtu ... me sy të mbyllur qetësisht ... une dua që ju te mendoni për diçka të këndshme ... ndoshta një skenë të qetë ... të paqetë ... dhe unë dua që ju t’i lejoni të gjithë muskujt e trupit tuaj të çlirohen dhe të plogështohen ...”

- II. Më pas fillohet induksioni për të filluar relaksim që në rastin tonë fillon nga këmbët (nga poshtë-lart në të gjithë trupin).

“... fillimisht ... muskujt e këmbëve dhe të kyçeve ... relaksojini ... lejojini ... të çlirohen dhe të plogështohen ... tani ... muskujt e pulpave tuaj ... lejojini ... të çlirohen dhe të plogështohen ... lejojini të relaksohen ... tani ... muskujt e kofshëve ... lejojini të relaksohen ... lejojini të ... çlirohen dhe të plogështohen ... dhe tashmë ... ju po ndjeni një rëndesë në këmbët tuaja ... këmbët tuaja po fillojnë të ndihen të rënda plumb ... lejojini këmbët të jenë ... të rënda plumb ... lejojini të relaksohen krejtësisht ...”

III. Jepen sugjerime të shpërndarjes së ndjesisë që po shpërndahet në të gjithë trupin

“... dhe ndërkohë që ju bëni kështu ... ju bëheni më të përgjumur ... ju ndiheni krejtësisht në paqe ... mendja juaj e qetë dhe e kënaqur ... ju po e shijoni këtë me të vërtetë shumë këtë ... ndjesi të përgjumur ... dhe tani ... kjo ndjesi relaksimi po shpërndahet lart drejt të gjithë trupit tuaj ...”

IV. Vazhdon relaksimi me pjesët e trupit.

“... lejojini muskujt tuaj të stomakut të relaksohen ... lejojini ... të çlirohen dhe të plogështohen ... tani ... muskujt e gjoksit tuaj ... trupin ... dhe shpinën tuaj ... lejojini të çlirohen dhe të plogështohen ... lejojini që të relaksohen ... dhe ju do të ndjeni një rëndesë në trupin tuaj ... sikur trupi juaj po ndihet i rëndë plumb ... sikur do që të zhytet ... thellë dhe më thellë në karrige ... sikur trupi juaj po bëhet ... i rëndë plumb ... lejojeni atë që të zhytet rehatshëm në karrige ... dhe ndërkohë që ju e bëni këtë ... ju po ndiheni edhe më të përgjumur ... thjesht relaksohuni ... gjithnjë e më shumë ... ju po ndiheni të ngrohtë dhe rehat ... krejtësisht në paqe ...”

V. Relaksimi vazhdon tek pjesa e qafës, shpatullave dhe krahëve.

“... dhe ... kjo ndjesi e këndshme relaksimi ... tani po shpërndahet drejt qafës tuaj ... shpatullave tuaja ... dhe krahëve tuaj ... lejojini muskujt e qafës të relaksohen ... lejojini ... të çlirohen dhe të plogështohen ... tani ... muskujt e

shpatullave ... lejojini të çlirohen dhe të plogështohen ... lejojini të relaksohen ... tani ... muskujt e krahëve ... lejojini të relaksohen ... lejojini të çlirohen dhe të plogështohen ... dhe ju do të ndjeni një rëndesë në krahët tuaj ... dhe ndërkohë që krahët tuaj po bëhen të rëndë plumb ... thjesht lejojini ... të çlirohen dhe të plogështohen ... lejojini që të relaksohen plotësisht ...”

VI. Vazhdohet më tej me relaksim.

“... dhe ... ndërkohë që ju jeni të ulur aty ... gjithnjë e më thellë ... dhe rehat në karrige ... duke marrë frymë lirisht dhe lehtësisht ... ju do të zbuloni që ... tingulli i zërit tim ... do t’ju ndihmojë ... të relaksoheni ... edhe më tej ... ndërkohë që ne vazhdojmë ...”

VII. Zgjimi bëhet në mënyrë shumë të thjeshtë po ashtu si edhe mbyllja e syve.

Terapisti sugjeron që pacienti të hapë sytë më momentin që është gati.

Vëzhgime të hipnoterapistit:

- Nuk kishte asnjë pacient të trajtuar me 2 teknikat e hipnoterapisë (*Metaforë/Forcimi i Egos*) që hyri në gjendjen shumë të thellë të *somnambulizmit*.
- Asnjë pacient nuk kaloi në *regres* në mënyrë spontane (protokolli nuk ka asnjë element që të nxisë këtë proces, por ka pacientë të cilët mund të kalojnë spontanisht).

- Pacientët nuk kishin probleme në lidhje me besimin të cilit i përkisnin dhe aplikimit të hipnozës (vetëm një prej pjesëmarrësve ishte praktikuese e fesë myslymane). Asnjë pacient nuk pësoi *abragim*, kjo për faktin se nuk kaluan në regres spontan, por edhe sepse skriptet e përzgjedhura dhe sugjerimet u dhanë për të hyrë deri në nivelin e hipnozës së mesme. Kjo për arsye të procedurës/protokollit të paracaktuar në bazë të nivelit të ankthit dhe kushteve të pjesëmarrësve në studim. Nuk ka nivele të përcaktuara në mënyrë fikse të gjendjes së hipnozës, ku mund të themi se puna me pacientët është me efikase (James, 2005).
- Të gjithë pacientët e trajtuar me teknikat e hipnoterapisë klinike u futën deri në nivelin e mesëm të hipnozës me përjashtim të një femre të trajtuar me teknikën e Metaforës e cila mendonte se nuk kishte hyrë në gjendjen e hipnozës.
- Vetëm një pacient në fillim të seancës së parë kishte pak drojë apo frikë se çfarë do të ndodhte gjatë procesit të trajtimit me hipnoterapi (ky është një reagim normal për individët të cilët do të përjetojnë diçka të re dhe të panjohur, por kjo gjë është raportuar vetëm në intervistën e fundit nga pjesëmarrësi).
- Pacientët nuk patën probleme në hapjen e syve ose të vonimit në zgjim.
- Vetëm një pacient mashkull dëshironte të përdornim edhe muzikën gjatë përdorimit të teknikës së *Relaksimit Progresiv*, por nuk u implementua për arsye të ruajtjes së variablave të përbashkët të të gjithë pjesëmarrësve (duhet përmendur fakti që muzika ishte një nga pasionet e tij. Disa prej terapistëve preferojnë të vënë muzikë, por në këtë rast nuk u përdor për arsye të variablave).

Mishera (2004) në studimet e veta arriti në përfundimin se Relaksimi Progresiv i shoqëruar me muzikë ka ndikim në uljen e ankthit, lodhjes dhe në përmirësimin e cilësisë së jetesës. Pelletier (2004) arriti po të njëjtat rezultate në rastet e shoqërimit me muzikë për të arritur zgjimin tek pacientët ndërsa (Hernandez-Ruiz, 2005) thekson se ulet niveli i ankthit nëse Relaksimi Progresiv shoqërohet me muzikë.

4. Faza e katër e studimit: Follow-up

- I. Në fazën e katërt, pasi përfundoi trajtimi, u riadministrua sërish testi GAD-7 menjëherë pasi përfundimit të seancës së gjashtë për të parë ndryshimet në nivelin e ankthit. Pjesëmarrësve iu dërgua një intervistë e shkurtër për të mbledhur informacion për trajtimin dhe efikasitetin e teknikave. Intervista u dërgua me e-mail për të shmangur ndikimin e terapistit në përgjigjet e dhëna.

1. Çfarë dini mbi *hipnozën*? (2-3 fjali) (kjo pyetje u bë vetëm te grupi i *Forcimit të Egos* dhe të *Metaforës*).

Çfarë dini mbi *relaksimin*? (2-3 fjali) (kjo pyetje iu kërkua vetëm grupit i cili u trajtua me Relaksimin Progresiv të Muskujve).

2. Sa besoni në trajtimin e *ankthit* me anë të *hipnoterapisë/Relaksimit Progresiv të muskujve*? Shpjegoni me dy fjali mendimin tuaj.

Aspak 1 2 3 4 5 Jashtëzakonisht shumë

3. Në trajtimin tuaj u përdor *teknika e Forcimit të Egos/Metaforës/Relaksimit Progresiv*. Cili është mendimi juaj në lidhje me efikasitetin e kësaj teknike? (2-3 fjali)

4. Listoni 2-3 pika të forta dhe 2-3 pika të dobëta të kësaj teknike. A do të ishit të hapur për ta përsëritur këtë trajtim në të ardhmen dhe pse? (2-3 fjali)

II. Për të marrë më shumë informacion nga këndvështrime të tjera janë marrë në intervistë të shkurtër edhe:

- 1) Ekspertë të fushës klinike të cilët dhanë informacion mbi teknikat e përdorura dhe rezultateve në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe cilësisë së jetës. U intervistua mjeku psikiatër dhe terapist, Dr. Fanaj i cili përgjigjet nga eksperiencat klinike me pacientët prej 22 vitesh, ndërsa për sa i përket pjesës së hipnoterapisë dha mendimin e vet hipnoterapisti klinik Charuana i cili është praktikues i hipnoterapisë klinike prej 20 vitesh në LCCH, por edhe terapist me qasje dinamike prej 35 vjetësh.
- 2) Të tjerë ekspertë që mund të japin ekspertizën mbi kontekstin historik, social, kulturor të studimit. Në këtë grup u intervistuan dy historianë, një antropolog, një shkrimtar shqiptar, një biolog mjekësor.

Pyetjet e drejtuara:

- a. 1. Si e shpjegoni ju gjetjen se teknika direkte/autoritare e *Forcimit të Egos* është më efikase se teknika indirekte/tolerante e *Metaforës*?
2. Pse teknikat e *hipnoterapisë* janë më efikase krahasuar me teknikën e *Relaksimit Progresiv*? (Hipnoterapistit klinik Charuana dhe Dr. Naim Fanaj)

- b. A mendoni se shqiptarët në vetvete janë autoritaristë ose i nënshtrohen ose e sfidojnë autoritetin e tjetrit? A kanë ndikuar rrethanat historike në këtë gjë? (dy historianëve Dr. Profesor Ferit Duka dhe Dr. Profesor Romeo Gurakuqi)
- c. A mendoni se shqiptarët në vetvete janë autoritaristë ose i nënshtrohen/e sfidojnë autoritetin e tjetrit? A mendoni se në këtë mes mund të këtë ndikuar “prerja” antropologjiko-kulturore e tyre? (antropologut Prof. Dr. Aleksandër Dhima)
- d. Çfarë kushtesh mendoni që duhet të plotësojë një metaforë për t’u perceptuar nga njerëzit? (shkrimtarit Prof. Asoc. Dr. Ylljet Aliçka)
- e. A ndikon relaksimi fiziologjik i trupit në relaksimin mendor? Mendoni se relaksimi ndikon në nivelin e ankthit? (biologes Dr. Dorina Roko)

5.4. Instrumentet e studimit

Për mbledhjen e të dhënave në studim është përdorur:

Pyetësi i ankthit të përgjithësuar (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe , 2006) i plotësuar me disa pyetje lidhur me vështirësitë në shtëpi, punë dhe marrëdhënie me të tjerët. Ky pyetësor është përdorur si një mjet vlerësimi i ashpërsisë për pacientët me GAD (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006; Swinson, 2006). Ai ka një strukturë njëdimensionale që përputhet me strukturën e GAD sipas kritereve të DSM-IV-TR.

GAD-7 përbëhet nga 7 pyetje/tregues ku secili prej të 7 treguesëve shënohet nga 0 në 3 dhe shkalla e rezultateve të GAD-7 shkon nga 0-21. (Spitzer, Kroenke, Williams

& Löwe, 2006). Nga studimi i bërë në përdorimin e GAD-7 në popullatën e gjerë (Löwe, Decker, Müller, Brähler, Schellberg, Herzog, Herzberg, 2008) dalin në konkluzionin se ky test mund të përdoret si një test i besueshëm në popullatën e gjerë. Cilësi të mira psikometrike janë treguar edhe në popullatën e përgjithshme në Holandë (Donker, Van Straten, Marks & Cuijpers, 2011) dhe në Portugali (Sousa, Viveiros, Chai, Vicente, Jesus, Carnot, Gordo & Ferreira, 2015)

Konsistenca e brendshme në studim ishte e lartë: $\alpha = .843$

Shkalla e nivelit të ankthit të përgjithësuar sipas pyetësorit GAD:

- 0-4 pikë minimale
- 5-9 pikë të ulëta
- 10-14 pikë të moderuar
- Mbi 14 pikë të lartë

KAPITULLI VI: REZULTATET

Rezultatet paraqiten sipas pyetjeve kërkimore/hipotezave përkatëse.

Pjesa e parë - paraqet analizën sasiore të ndarë në 2 pjesë: rezultatet për reduktimin e nivelit të ankthit dhe rezultatet për cilësinë e jetës.

Pjesa e dytë - paraqet analizën cilësore gjithashtu në 2 pjesë: rezultatet nga pjesëmarrësit dhe intervistat e ekspertëve.

6.1. Analiza sasiore

6.1.1. Analiza sasiore për trajtimin e çrregullimit të ankthit të përgjithësuar

Pyetja kërkimore 1. Sa efikase janë teknikat e *hipnoterapisë klinike* dhe *Relaksimit Progresiv* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe përmirësimin e cilësisë së jetës?

H 1. Teknikat e *hipnoterapisë klinike* dhe teknika e *Relaksimit Progresiv* janë efikase në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

T-test (paired samples) është përdorur për të vlerësuar *ndikimin e trajtimeve* të përdorura në vlerat e GAD pas trajtimeve të aplikuara. Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e ankthit prej vlerave para-trajtim; ku GAD T1 (M=9.50; DS=2.71) dhe pas-trajtim GAD T2 (M=5.75; DS=2.33), $t(30) = 9.97$, $p < .000$ (dy drejtimëshe) (Tabela 8). Zvoglimi i vlerës mesatare ishte 3.75 me një interval konfidence prej 95 % (rangu nga 2.99 deri në 4.50). teknika e kësaj na tregon se ka një efekt të madh raporti.

Tabela 8. A, B. Paraqitja tabelare e T-test (paired samples) në nivelin e ankthit para trajtimit dhe pas trajtimit

Tabela 8/ A: *Vlera mesatare dhe shmangia standarde në nivelin e ankthit para trajtimit dhe pas trajtimit*

	Vlera mesatare	N	Shmangia standarde	Gabimi standard vlerës mesatare
Çifti 1	GAD	40	2.71746	.42967
	TOTAL			
	para trajtimit			
	GAD	40	2.33973	.36994
	TOTAL			
	pas trajtimit			

Tabela 8/ B: T-test (paired samples)

		Dallimi mes çiftit				t	df	Sig. (2-
		Vlera	Shmangia	Gabimi	95% Intervali			drejtimëshe)
		mesatare	standarde	standard	I konfidencës			
				vlerës	I dallimit			
				mesatare	Ultë Lartë			
GAD TOTAL		3.75000	2.37238	.37511	2.99127 4.50873	9.997	39	.000
Çifti 1 para trajtimit -								
GAD TOTAL								
pas trajtimit								

T-test (paired samples) është përdorur për të vlerësuar ndikimin e 3 llojeve të trajtimeve të përdorura në vlerat e GAD pas trajtimeve të aplikuara (Tabela 9).

Tabela 9: Krahësimi i vlerave mesatare të GAD i pjesëmarrësve para dhe pas trajtimit (N=42)

Variabla	M	DS	T	df	P
GAD			9.997	39	.00
Para trajtimit	9.50	2.71			
Pas trajtimit	5.75	2.33			

Grupi i Metaforës: Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e ankthit prej vlerave para-trajtimit; ku GAD T1 (M=9.50; DS=1.50) dhe pas-trajtimit GAD T2 (M=5.50; DS=.52), $t(10) = 9.48$, $p < .000$ (dy drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare

ishite 4 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga 3.0 deri në 4.9. Eta katrore (.90) teknika na tregon se ka një efekt të madh raporti (Tabela 10).

Grupi i Forcimit të Egos: Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e ankthit prej vlerave para-trajtimit; ku GAD T1 (M=9.60; DS=3.27) dhe pas-trajtimit GAD T2 (M=3.70; DS=1.15), $t(10) = 7.69$, $p < .000$ (dy drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare ishte 5.90 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga 4.16 deri në 7.63. Eta katrore (.90) teknika na tregon se ka një efekt të madh raporti (Tabela 10).

Grupi i Relaksimit Progresiv të Muskujve: Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e ankthit prej vlerave para-trajtimit; ku GAD T1 (M=8.40; DS=2.50) dhe pas-trajtimit GAD T2 (M=5; DS=1.33), $t(10) = 5.20$, $p < .001$ (dy drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare ishte 3.40 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga 1.92 deri në 4.87. Eta katrore (.75) teknika na tregon se ka një efekt të madh raporti (Tabela 10).

Grupi i Kontrollit: Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e ankthit prej vlerave para-trajtimit; ku GAD T1 (M=10.50; DS=3.20) dhe pas-trajtimit GAD T2 (M=8.80; DS=2.14), $t(10) = 3.43$, $p < .008$ (dy drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare ishte 1.70 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga 5.79 deri në 2.82. Eta katrore (.56) teknika na tregon se ka një efekt të madh raporti (Tabela 10).

Tabela 10: Statistika (paired samples) për llojet e trajtimit

Lloji i terapisë		Vlera mesatare	N	Shmangia standarde	Gabimi standard Vlera mesatare
Metafora	GAD TOTAL	9.5000	10	1.50923	.47726
	para trajtimit				
	GAD TOTAL	5.5000	10	.52705	.16667
Forcimi i Egos	pas trajtimit				
	GAD TOTAL	9.6000	10	3.27278	1.03494
	para trajtimit				
Relaksimi	GAD TOTAL	3.7000	10	1.15950	.36667
	pas trajtimit				
	GAD TOTAL	8.4000	10	2.50333	.79162
Progresiv	para trajtimit				
	GAD TOTAL	5.0000	10	1.33333	.42164
	pas trajtimit				
Kontrolli	GAD TOTAL	10.5000	10	3.20590	1.01379
	para trajtimit				
	GAD TOTAL	8.8000	10	2.14994	.67987
	pas trajtimit				

Pyetja kërkimore 2. A janë teknikat e *hipnoterapisë* më efikase se *teknika e relaksimit* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?

Nga rezultatet sasiore del se teknikat e *hipnoterapisë* janë më efikase se *teknika e relaksimit* duke vërtetuar hipotezën H2. Teknikat e *hipnoterapisë klinike* janë me efikase se teknika e *Relaksimit Progresiv* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

Me qëllim të **zbërthimit më të detajuar të rezultateve** kemi përdorur ANOVA testin për të parë dallimet e mundshme në mes të grupeve të krijuara në nivelin e GAD. Në

rastin e nivelit të GAD nuk ka dallim domethënës në mes të grupeve të përcaktuara për t'u futur në trajtim.

Nuk ka dallime statistikisht të rëndësishme në GAD para trajtimit. $F=1.01$, $p=.403$ por ka dallime statistikisht të rëndësishme pas trajtimit $F=23.485$, $p < .01$ (Tabela 11).

Tabela 11: *Përmbledhje e ANOVA-s duke krahasuar grupet sipas intervenimeve në vlerat e GAD para dhe pas trajtimit*

	df	SS	MS	F	P
GAD-Para trajtimit				1.002	.403
Ndërmjet grupeve	3	22.200	7.400		
Brenda grupeve	36	265.800	7.383		
Total	39	288.000			
GAD- Pas trajtimit				23.485	.000
Ndërmjet grupeve	3	141.300	47.100		
Brenda grupeve	36	72.200	2.006		
Total	39	213.500			

Pyetja kërkimore 3. A është teknika e sugjerimeve *direkte/autoritariane* e *Forcimit të Egos* më efikase se teknika e *sugjerimeve indirekte/tolerante* e *Metaforës* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?

Rezultatet sasiore nxjerrin përfundimin se teknika e sugjerimeve *direkte/autoritariane* e *Forcimit të Egos* më efikase se teknika e *sugjerimeve indirekte/tolerante* e *Metaforës* duke vërtetuar hipotezën H3. Teknika e sugjerimeve *direkte/autoritare* e *Forcimit të Egos* është më efikase se teknika e sugjerimeve *indirekte/tolerante* e *Metaforës* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

Krahasimet post-hoc me teknikën Games-Howell indikojnë se vlera mesatare për:

Grupi i Metaforës (M=5.50; DS=.52) ka dallim domethënës me Grupi i **Forcimi i Egos** (M=3.70; DS=1.15) dhe **Grupi i Kontrollit** (M=8.80; DS=2.14) por jo me **Grupi i Relaksimit Progresiv** (M=5; DS=1.33) (Tabela 12).

Po ashtu krahasimet me teknikën Games-Howell indikojnë se vlera mesatare për:

Grupi i Forcimi i Egos (M=3.70; DS=1.15) ka dallim domethënës me **Grupi i Metaforës** (M=5.50; DS=.52) dhe me **Grupi i Relaksimit Progresiv** (M=5; DS=1.33) por edhe me **Grupi i Kontrollit** (M=8.80; DS=2.14) (Tabela 12).

Grupi i Relaksimit Progresiv (M=5; DS=1.33) ka dallim domethënës me **Grupi i Forcimi i Egos** (M=3.70; DS=1.15) dhe me **Grupi i Kontrollit** (M=8.80; DS=2.14) (Tabela 12).

Grupi i Kontrollit (M=8.80; DS=2.14) ka dallim domethënës me të tre grupet e tjera që kanë marrë trajtim (Tabela 12).

Tabela 12: *Krahasimet post-hoc me teknikën Games-Howell te GAD pas trajtimit*

	N	Vlera mesatare	Shmangia standarde	Gabimi standard	95% Intervali konfidencës për vlerën mesatare		Minimum	Makimum
					Kufiri i ultë	Kufiri i lartë		
Metafora	10	5.5000	.52705	.16667	5.1230	5.8770	5.00	6.00
Forcimi i Egos	10	3.7000	1.15950	.36667	2.8705	4.5295	2.00	5.00
Relaksimi Progresiv	10	5.0000	1.33333	.42164	4.0462	5.9538	3.00	8.00
Kontrolli	10	8.8000	2.14994	.67987	7.2620	10.3380	6.00	12.00
Total	40	5.7500	2.33973	.36994	5.0017	6.4983	2.00	12.00

6.1.2. Ndikimi i trajtimit në nivelin e cilësisë së jetës sipas T-test i kampionit të çiftëzuar

Pjesa e dytë e pyetjeve kërkimore 1, 2, 3, 4 Sa efikase janë teknikat e *hipnoterapisë klinike* dhe *Relaksimit Progresiv* në përmirësimin e cilësisë së jetës?

Përgjigjja e pjesës së dytë të hipotezës H1, H2, H3. Teknikat e *hipnoterapisë klinike* dhe teknika e *Relaksimit Progresiv* janë efikase në përmirësimin e cilësisë së jetës.

T-test i kampionit të çiftëzuar është përdorur për të vlerësuar ndikimin e trajtimeve të përdorura në cilësinë e disa nga funksioneve jetësore të individit: *punën, kujdesin për shtëpinë dhe marrëdhënien me të tjerët* pas trajtimeve të aplikuara. Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e vështirësive të para-trajtimit (Tabela 13 dhe 14; Figura 2, 3, 4).

Në rastin e *punës* para trajtimit T1 ($M=1.75$; $DS=.49$) dhe pas-trajtimit T2 ($M=1.37$; $DS=.49$), $t(40) = 3.36$, $p < .002$ (dy drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare ishte .375 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga .149 deri në .600. Eta katrore (.22) teknika na tregon se ka një efekt të madh raporti (Tabela 13 dhe 14; Figura 2, 3, 4).

Në rastin e *kujdesit për shtëpinë* para trajtimit T1 ($M=1.77$; $DS=.69$) dhe pas-trajtimit T2 ($M=1.37$; $DS=.54$), $t(40) = 3.25$, $p < .002$ (dy drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare ishte .400 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga .151 deri në .648. Teknika Eta katrore (.21) na tregon se ka një efekt të madh raporti (Tabela 13 dhe 14; Figura 2, 3, 4).

Në rastin e *marrëdhënies me të tjerët* para trajtimit T1 ($M=1.75$; $DS=.74$) dhe pas-trajtimit T2 ($M=1.30$; $DS=.51$), $t(40) = 3.98$, $p < .000$ (dy-drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës

mestare ishte .450 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga .221 deri në .678. Teknika Eta katrore (.28) na tregon se ka një efekt të madh raporti (Tabela 13 dhe 14 ;Figura 2, 3, 4).

Tabela 13: Statistika e çifteve të kampionit për ndikimin në cilësinë e jetës

	Vlera mesatare	N	Shmangia standarde	Gabimi standard vlera mesatare
Puna para trajtimit	1.7500	40	.49355	.07804
Puna pas trajtimit	1.3750	40	.49029	.07752
Shtëpia para trajtimit	1.7750	40	.69752	.11029
Shtëpia pas trajtimit	1.3750	40	.54006	.08539
Marrëdhëniet para trajtimit	1.7500	40	.74248	.11740
Marrëdhëniet pas trajtimit	1.3000	40	.51640	.08165

T-test (paired samples) është përdorur për të vlerësuar ndikimin e llojeve të trajtimeve të përdorura në vlerat e cilësisë së disafunksioneve jetësore të individit: *punës, kujdesit për shtëpinë dhe marrëdhënieve me të tjerët* pas trajtimeve të aplikuara.

Grupi i Metaforës: Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e vështirësive në *kujdesin ndaj shtëpisë* prej vlerave para-trajtimit; ku para-trajtimi T1 (M=1.90; DS=.73) dhe pas-trajtimit T2 (M=1.30; DS=.43), $t(10) = 2.714$, $p < .024$ (dy-drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare ishte .6 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga .099 deri në 1.100. Eta katrore (.44) teknika na tregon se ka një efekt të madh raporti. Nuk ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e vështirësive në *punë dhe në marrëdhënie me të tjerët* prej vlerave para-trajtimit (Tabela 13 dhe 14; Figura 2, 3, 4).

Grupi i Forcimi i Egos: Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e *vështirësive në punë* prej vlerave para-trajtimit; ku para-trajtimi T1 ($M=1.90$; $DS=.73$) dhe pas-trajtimit T2 ($M=1.30$; $DS=.43$), $t(10) = 4.583$, $p < .001$ (dy drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare ishte .7 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga .354 deri në 1.045. Eta katrore (.70) teknika na tregon se ka një efekt të madh raporti. Nuk ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e në *kujdesin ndaj shtëpisë dhe në marrëdhënie me të tjerët* prej vlerave para-trajtimit (Tabela 13 dhe 14 ; Figura 2, 3, 4).

Grupi i Relaksimi Progresiv: Ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e *vështirësive në punë* prej vlerave para-trajtimit; ku para-trajtimi T1 ($M=1.80$; $DS=.63$) dhe pas-trajtimit T2 ($M=1.20$; $DS=.42$), $t(10) = 2.753$, $p < .022$ (dy drejtimëshe). Zvoglimi i vlerës mestare ishte .8 me një interval konfidence prej 95 % që rangohet nga .142 deri në 1.457. Eta katrore (.45) teknika na tregon se ka një efekt të madh raporti. Nuk ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e në *kujdesin ndaj shtëpisë dhe në marrëdhënie me të tjerët* prej vlerave para-trajtimit (Tabela 13 dhe 14 ; Figura 2, 3, 4).

Grupi i kontrollit: Nuk ka rezultuar një zvogëlim domethënës në vlerat e *vështirësive në punë*, në *kujdesin ndaj shtëpisë dhe në marrëdhënie me të tjerët* prej vlerave para-trajtimit (Tabela 13 dhe 14 ; Figura 2, 3, 4).

Tabela 14: *Statistika e çifteve të kampionit për ndikimin e tipeve të terapisë në cilësinë e jetës*

Lloji i terapisë		Vlera mesatare	N	Shmangia standarde	Gabimi standard Vlera mesatare
Metafora	Puna para trajtimit	1.9000	10	.31623	.10000
	Puna pas trajtimit	1.5000	10	.52705	.16667
	Shtëpia para trajtimit	1.9000	10	.73786	.23333
	Shtëpia pas trajtimit	1.3000	10	.48305	.15275
	Marrëdhëniet para trajtimit	1.9000	10	.56765	.17951
	Marrëdhëniet pas trajtimit	1.4000	10	.51640	.16330
Forcimi i Egos	Puna para trajtimit	1.7000	10	.48305	.15275
	Puna pas trajtimit	1.0000	10	.00000	.00000
	Shtëpia para trajtimit	1.7000	10	.48305	.15275
	Shtëpia pas trajtimit	1.6000	10	.69921	.22111
	Marrëdhëniet para trajtimit	1.6000	10	.84327	.26667
	Marrëdhëniet pas trajtimit	1.3000	10	.67495	.21344

Lloji i terapisë	Vlera mesatare	N	Shmangia standarde	Gabimi standard	Vlera mesatare
Relaksimi Progresiv	Puna para trajtimit	1.8000	10	.63246	.20000
	Puna pas trajtimit	1.2000	10	.42164	.13333
	Shtëpia para trajtimit	1.7000	10	.94868	.30000
	Shtëpia pas trajtimit	1.3000	10	.48305	.15275
	Marrëdhëniet para trajtimit	1.8000	10	.91894	.29059
	Marrëdhëniet pas trajtimit	1.0000	10	.00000	.00000
Kontrolli	Puna para trajtimit	1.6000	10	.51640	.16330
	Puna pas trajtimit	1.8000	10	.42164	.13333
	Shtëpia para trajtimit	1.8000	10	.63246	.20000
	Shtëpia pas trajtimit	1.3000	10	.48305	.15275
	Marrëdhëniet para trajtimit	1.7000	10	.67495	.21344
	Marrëdhëniet pas trajtimit	1.5000	10	.52705	.16667

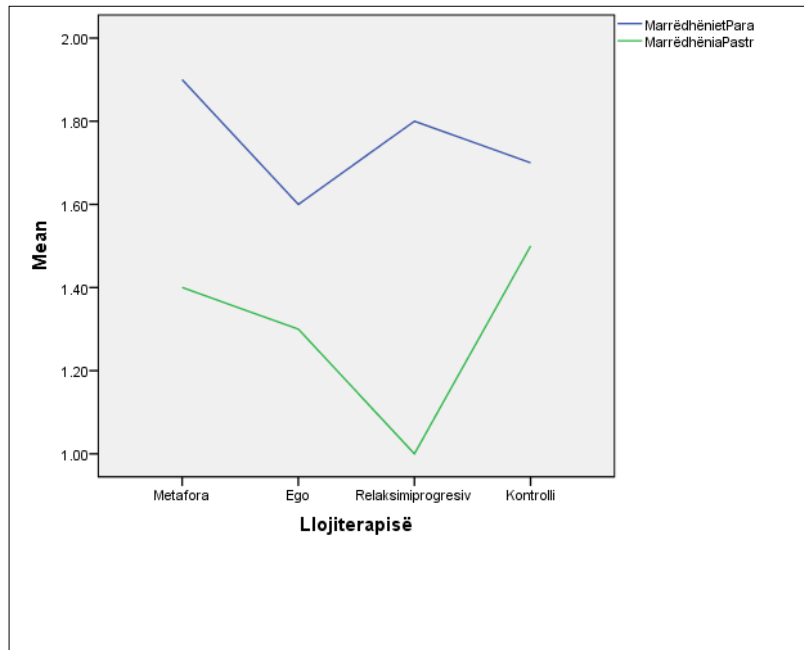


Figura 2: Paraqitja grafike e nivelit të vështirësive në marrëdhënie para dhe pas trajtimit

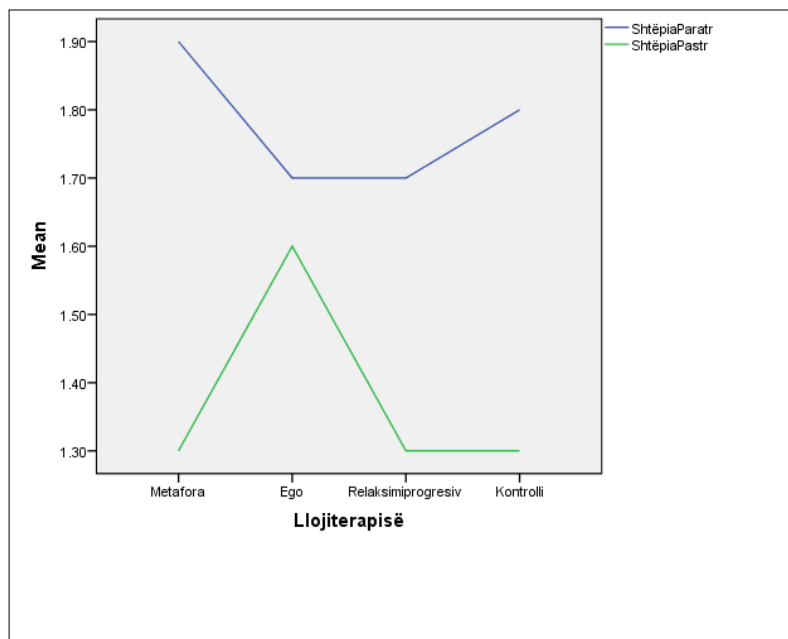


Figura 3: Paraqitja grafike e nivelit të vështirësive në kujdesin në shtëpi para dhe pas trajtimit

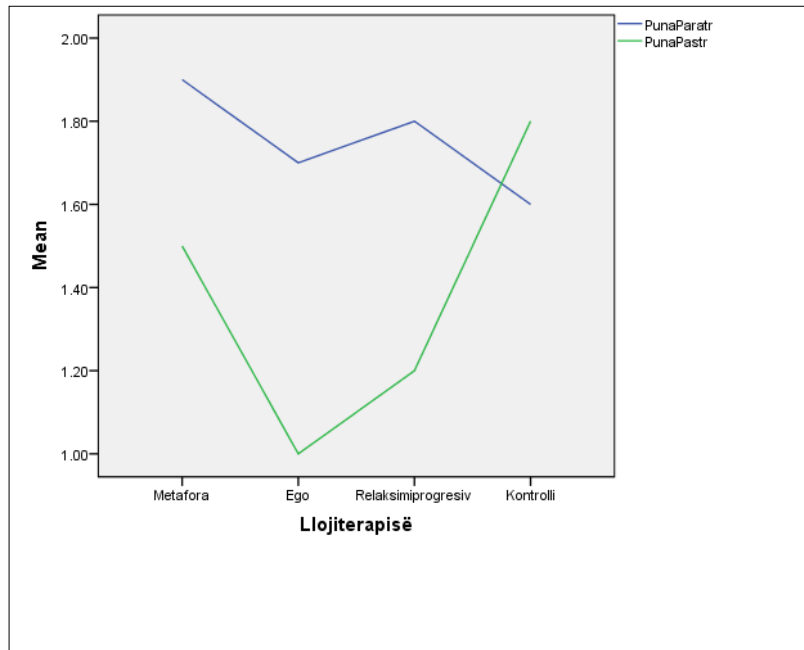


Figura 4: Paraqitja grafike e nivelit të vështirësive në obligimet e punës para dhe pas trajtimit

6.2. Analiza cilësore

6.2.1 Analiza cilësore për efikasitetin e teknikave të përdorura në reduktimin e ankthit të përgjithësuar nga intervistat e marra nga pjesëmarrësit

Të dhënat cilësore vazhdojnë t'iu përgjigjen pyetjeve kërkimore nr 1, 2, 3 dhe të vërtetojnë të tre hipotezat H1, H2, H3.

Të gjithë pjesëmarrësit raportojnë ripërsëritjen e trajtimit të ankthit të përgjithësuar me teknikat përkatëse.

Tabela 15 paraqet të dhënat që kanë raportuar pjesëmarrësit në lidhje me trajtimin e bërë me anë të hipnoterapisë dhe me trajtimin e bërë me anë të relaksimit duke i dhënë përgjigje **pyetjes kërkimore 2** (A janë teknikat e *hipnoterapisë* më efikase se *teknika e relaksimit* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?) dhe **hipotezës H2**. Teknikat e *hipnoterapisë klinike* janë me efikase se teknika e *Relaksimit Progresiv* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?

Tabela 15: Të dhënat nga pjesëmarrësit për hipnozën dhe relaksimin

Teknikat	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	
Hipnoza	• Gjatë terapisë rritet përqendrimi dhe ti futesh më thellë në hipnozë nga ku rritet vëmendja dhe ndikimi mbi gjendjet e ndryshme emocionale dhe mendore. • Hipnoza është një teknikë ku ti mund të kuptosh që në memorien tënde ekzistojnë kujtime që ti nuk e di që i ke. • Një teknikë ku ti mund të përballesh me ankthin që ke, e cila mund të qetësojë fizikisht dhe psikologjikisht. • Është një teknikë që mund të rrisë vetëbesimin dhe të ndiehesh më konfident me vetveten. • Hipnoza ka shumë lloje teknikash, por nuk është e zbatueshme tek të gjithë njerëzit. • Mënyrat e sjelljes, veprimet, shijimet dhe mendimet ndodhin vetëm nën komandën e hipnotizuesit. • Hipnoza shkakton ndryshime emocionale dhe në reagimet e shkaktuara nga ankthi. Unë mësova ti përgjigjem ankthit në mënyrën më të qetë të mundshme, e sigurt se kisha veten nën kontroll, por kam qenë dhe më e relaksuar fizikisht gjatë gjithë kohës.	Mendimet e pjesëmarrësve në lidhje me hipnoterapi në dhe ndikimin e saj në trajtim

Teknikat	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	
Hipnoza	• <i>Mendoj se ankthi nëpërmjet hipnoterapisë trajtohet dhe kalohet më së miri sepse njeriu gjatë hipnozës njihet ato anë të tij që nuk mendonte se i kishte, ose gjendeshin brenda tij.</i> • <i>Hipnoza është një proces ku pacientit i induktohet një gjendje relaksi e cila përafron në ndjesi me gjendjen e gjumit. Në ndryshim nga kjo e fundit pacienti është koshient. Terapisti shfrytëzon këtë status të pacientit për të komunikuar me subkonshiençën e tij.</i> • <i>Me anë të perceptimit dhe trajtimit që pëson trupi dhe mendja arrihet të ulet ndjeshëm ankthi</i> • <i>Ajo të ndihmon për të qenë më i qetë dhe më i kthjellet në mendimet që ke.</i> • <i>Besoj se hipnoza është efektive pasi ankthi ka të bëjë me perceptimin subjektiv të realitetit. Duke ndërhyrë në nënvetëdije, ky perceptim mund të ndryshohet.</i> • <i>Implantimi i tonalitetit të zërit të përdorur nga hipnoterapisti gjatë trajtimit me teknikën e Forcimi i Egos/Metaforës duhet të jetë i njëjtë në mënyrë që të ndikojë pozitivisht në efikasitetin që duhet të ketë kjo teknikë.</i> • <i>Hipnoterapia të kombinohet me seanca këshillimi ashtu sikurse u procedua gjatë seancës së parë.</i> • <i>Mund të humbasësh përqendrimin.</i> • <i>Ideja ime për hipnozën ka qenë dhe vazhdon të jetë ajo që më është ngulitur në kokë nga filmat e ndryshëm që kam parë, të tipit në hipnozë e humbet krejt kontrollin e vetëdijes ... ndërkohë që mua kjo nuk më ka ndodhur ... unë kam frikë se bëj pjesë në ata persona.</i>	Mendimet e pjesëmarrësve në lidhje me hipnoterapi në dhe ndikimin e saj në trajtim

Teknikat	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	
Hipnoza	• <i>që nuk i zë hipnoza por ama, e pranoj që jam ndjerë e relaksuar gjatë dhe pas çdo seance”</i> • <i>9/10 pjesëmarrës nuk kishin informacion për trajtimin e ankthit me anë të hipnoterapisë klinike.</i>	Mendimet e pjesëmarrësve në lidhje me hipnoterapi në dhe ndikimin e saj në trajtim
Relaksimi	• <i>Për të gjithë ata që bashkëjetojnë me ankthin, teknika e relaksimit progresiv të muskujve është një nga teknikat më të mira për të menaxhuar ankthin sepse ankthi kronik është paralizues, na detyron të harxhojmë shumë energji emocionale dhe ndërhyr në aktivitetet tona të përditshme duke na bërë të ndihemi të lodhur fizikisht dhe të ngarkuar psikologjikisht.</i> • <i>Efikasiteti i kësaj teknike është në mënyrë të përsosur dhe ajo është totalisht e çlodhshme.</i> • <i>Efikasiteti i kësaj teknike ndihmon në relaksimin e çdo muskuli të trupit dhe mendoj se është efikase në reduktimin e ankthit.</i> • <i>Mendoj që njerëzit që u bën efekt kjo teknikë mund ta përdorin vetë me anë të mendimit të tyre pa pasur nevojë të shkojnë te psikologu sepse është një teknikë që e mëson përmendësh shumë shpejt.</i> • <i>Mendoj që kjo teknikë ka efikasitet të pjesshëm pavarësisht që pas saj ju ndiheni krejtësisht të çlodhur dhe pa asnjë mendim tjetër përveçse shijimit të relaksit</i>	Mendimet e pjesëmarrësve në lidhje me relaksimin dhe ndikimin e tij në trajtim

Teknikat	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	
Relaksimi	• <i>Efikasiteti i kësaj teknike ndihmon në relaksimin e çdo muskuli të trupit dhe mendoj se është efikase në reduktimin e ankthit por mendoj se nuk e redukton ankthin plotësisht, përveç qetësimit të muskujve të trupit.</i> • <i>8/10 pjesëmarrës nuk kishin informacion për trajtimin e ankthit me anë të relaksit.</i>	Mendimet e pjesëmarrësve në lidhje me relaksimin dhe ndikimin e tij në trajtim

Tabela 16 na jep të dhënat që kanë raportuar pjesëmarrësit në lidhje me trajtimin e bërë me anë të hipnoterapisë dhe me trajtimin e bërë më anë të relaksimit duke i dhënë përgjigje **pyetjes kërkimore 3** (A është teknika e sugjerimeve *direkte/autoritariane* e *Forcimit të Egos* më efikase se teknika e *sugjerimeve indirekte/tolerante* e *Metaforës* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?) dhe **hipotezës H3**. Teknika e sugjerimeve *direkte/autoritare* e *Forcimit të Egos* është më efikase se teknika e sugjerimeve *indirekte/tolerante* e *Metaforës* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës.

Tabela 16: Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve për teknikën Forcimi i Egos

Teknika e Forcimi i Egos	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Teknika shihet si menyrë për rritjen e: Besimit, Konfidencës, Optimizmit, Stabilitetit, Përballja me situatat	<i>Rritje e vetëbesimit; krijim i një stabiliteti; mënyrë e mirë për të përballuar realitetin; të jep forcë, guxim dhe besim; të bën të mendosh ndryshe; një pikëpamje optimiste, rrit konfidencën; të përballosh situatatën në një mënyrë më të qetë dhe pa ankth; të sjell optimizëm; ndjesi se problemi largohet dhe sjell gatishmëri nga ana e pacientit për të ndryshuar sjelljet; konfident me veten.</i> <i>Qetësi mendore dhe fizike; përballimin me sukses të problematikave që mund të shfaqen.</i> <i>Teknika e forcimit të egos të bën të kesh vetëbesim.</i>	Të 10 pjesëmarrësit e paraqesin si teknikë e cila ndikon në rritjen e besimit dhe konfidencës
Ndikimi i kësaj teknike në nivelin fizik, mendor dhe emocionalë.	<i>Pika e fortë është sepse ti je konfident me vetveten, pra trupi dhe mendja janë një. Atë që dëshiron, kjo teknikë të mundëson ta realizosh.</i> <i>Nuk e di se sa mund të jetë jetëgjatësia, por ajo që është pozitive është rritja e nivelit të vetëbesimit dhe përballja e dinamikave me një gjendje shumë më aktive.</i> <i>Vetëbesimi ndikon shumë në përballjen me problematika ndaj ka një peshë domethënëse në jetën e njeriut.</i> <i>Të bën të mendosh ndryshe duke u dhënë të drejtë ideve të tua.</i> <i>Kjo terapi të jep forcë, guxim dhe besim. Të bën të mendosh ndryshe.</i>	7/10 pjesëmarrës

Teknika e Forcimi i Egos	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Ndikimi i kësaj teknike në nivelin fizik, mendor dhe emocionalë.	<i>Duke forcuar egon ti mund të përpallesh dhe të fitosh mbi ankthin.</i>	7/10 pjesëmarrës
Pozitiviteti për veten dhe ngjarjet	<i>Mendoj se është një teknikë efikase, pasi të jep një këndvështrim goxha pozitiv mbi veten tënde.</i> <i>Kur del nga seancat ndihesh se vërtet e ke veten në kontroll dhe mund të bësh ato që i vë synim vetes.</i> <i>Kjo teknikë sjell optimizëm, një ndjesi se problemi po largohet dhe një gatishmëri nga ana e pacientit për të ndryshuar sjelljet “defektoze”.</i>	6/10 pjesëmarrës
Përballja me realitetin dhe ngjarjet	<i>Si pasojë, kjo teknikë ka efikasitet të lartë sepse me anë të forcimit të egos rritet vetëbesimi dhe kurajoja dhe ti je i gatshëm të përballesh me probleme të ndryshme dhe t’i tejkalosh ato lehtësisht.</i> <i>Meqënëse eksperiencat dhe trashëgimia ime gjenetike nuk më kanë favorizuar me mekanizma mbrojtjeje, forcimi i egos nëpërmjet kësaj teknike më ndikoi pozitivisht në ndërmarrjen e disa hapave të rëndësishme dhe më ndihmoi shumë për t’u përshtatur më mirë në ambientin real.</i> <i>Të ndihmon të kesh një pikëpamje optimiste mbi ndodhi të ndryshme.</i>	7/10 pjesëmarrës mendojnë se kjo teknikë ndikon në mënyrën e përballjes me realitetin

Teknika e Forcimi i Egos	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Përballja me realitetin dhe ngjarjet	• <i>Por mbi të gjitha të forcon karakterin tënd si individ për t'u përballur më mirë me realitetin.</i>	7/10 pjesëmarrës mendojnë se kjo teknikë ndikon në mënyrën e përballjes me realitetin.
Anët negative të kësaj teknike	• <i>Ndonjëherë 'overthinking' mbi veten.</i> • <i>Anët negative mund të konsistojnë në një pritshmëri të ekzagjeruar nga ana e pacientit, që gjithçka të zgjidhet në moment dhe nëse më vonë ai nuk ndihet më mirë për shkaqe të tjera, t'ia vëjë fajin terapisë.</i> • <i>Mund të humbasësh përqendrimin.</i> • <i>Formula e përdorur duhet thënë rrjedhshëm dhe pa gabime në mënyrë që të lehtësojë përthithjen nga ana e pacientit.</i> • <i>"Vetëm me step frika se forcimi i madh i egos mund të më bëjë të pandjeshme ndaj konflikteve emotive të brendshme dhe burimeve të jashtme të stresit".</i> • <i>Pika e dobët është që të ndihmon 69%.</i>	7/10 pjesëmarrës kanë dhënë nga një anë negative të cilat nuk kanë pika të përbashkëta

Teknika e Forcimi i Egos	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Përsëritja dhe Puna para trajtimit e teknikës në nivel të pavetëdijshëm	<i>Përsëritja e së njëjtës teknikë e bën më të lehtë punën e pacientit por mendoj se i thyen edhe barrierat e të pavetëdijshmes e cila i “zbut” mekanizmat mbrojtës sepse është e parapërgatitur me atë që do ndodhë.</i>	2/10 pjesëmarrës
Efekti i relaksit të teknikës	<i>Përveç të tjerave të jep edhe relaks dhe kur zgjohesh ndihesh ndryshe.</i> <i>Mendoj se të jep një qetësim mendor dhe fizik”.</i> <i>Relaksim fizik dhe mendor që pas seancës së parë.</i>	5/10 pjesëmarrës

Tabela 17: Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve për teknikën e Metaforës

Teknika e Metaforës	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Qartësim dhe kuptueshmëria e shqetësimeve	• Orienton "pacientin" që të kuptojë se çfarë e shqetëson vërtet, ndihmon në "çlirimin" nga shqetësimet. • "Të shtyn në përdorimin e instinktit" • Perceptohet si jopersonale (e dobishme kur individi nuk dëshiron që të tregojë hapur për veten). • Si pikë të fortë do lista, qartësimin dhe ndihmën për kuptimin sa më të qartë të çështjes. • Mendoj që pika e fortë është që të jep mundësinë të kontrollosh ankthin dhe ta shmangësh atë. • Ti përballesh me shqetësimin që të mundon.	7/10 pjesëmarrës e shikojnë këtë teknikë si një mënyrë e mirë për të kontrolluar ankthin
Teknika e Metaforës	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Qartësim dhe kuptueshmëria e shqetësimeve	• Ti mëson si ta mënjanojë ankthin. • Është teknikë që ka ndikim afatgjatë.	7/10 pjesëmarrës e shikojnë këtë teknikë si një mënyrë e mirë për të kontrolluar ankthin
Efekti i	• Mendoj që kjo teknikë ishte mjaft efikase dhe relaksuese.	7/10 pjesëmarrës tregojnë

relaksit të kësaj teknike	• <i>Të jep një ndjenjë lirie, relaksi dhe sigurie.</i> • <i>Krijon një ambient më të relaksuar.</i>	efektin relaksues të kësaj teknike
Imagjinata dhe vizualizimi	• <i>Mendoj se teknika e metaforës është një mënyrë mjaft e mirë për të hyrë në gjendjen e transit dhe nëpërmjet imagjinatës dhe vizualizimeve, trajtimi i ankthit bëhet më i thjeshtë.</i> • <i>Të çon në një realitet imagjinar të cilin mund ta ndërtosh si të duash, mund ta kontrollosh vetëm ti dhe të përket vetëm ty. Është si të lexosh një libër të bukur dhe t'i pikturosh imazhet e ngjarjeve dhe personazheve në imagjinatë sipas mënyrës tënde.</i>	5/10 pjesëmarrës

Teknika e Metaforës	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Pozitiviteti dhe kthjelltësia mendore	• <i>Do ta përsërisja sërish në të ardhmen sepse personalisht më dha një ndjesi shumë pozitive.</i> • <i>Ndihem më e kthjellët, më e përqendruar në gjithçka përreth meje dhe më bën të jem akoma dhe më optimiste në lidhje me shqetësimet që kam.</i>	3/10 pjesëmarrës
Pikat e dobëta të kësaj teknike	• <i>Kurse pika e dobët është që sado që ne e shmangim dhe sado i vogël është ankthi ai prapë ngelet aty.</i> • <i>Nuk mund të bëjë shërimin e plotë të problemit.</i> • <i>Mund të humbësh përqendrimin.</i> • <i>Te personat e paqendrueshëm emocionalisht mund të sjellë konfuzion dhe çorientim; në disa raste (e për disa individë) mund të krijojë një ambient të “huaj”.</i> • <i>Sado që ne e shmangim ankthin dhe sado i vogël është, ai ngelet aty.</i> • <i>Mund të humbasësh përqendrimin; nuk mund të bëjë shërimin e plotë të problemit.</i>	9/10 pjesëmarrës kanë paraqitur pika të dobëta të kësaj teknike
Kohëzgjatja e seancave	• <i>Seancat duhet të ishin pak më të gjata sepse kur ndihesh totalisht e relaksuar seanca përfundon.</i>	2/10 pjesëmarrës

Tabela 18. Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve për teknikën e Relaksimit Progresiv

Relaksimi progresiv	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Relaksim vetëm i pjesës fizike të trupit	• <i>Relaksimi i plotë i gjithë muskujve të trupit, largimi i stresit dhe i ankthit.</i> • <i>Relaksim të muskujve nga ata të sipërmit deri te ata të poshtmit; të sjell gjendje pasiviteti të thellë.</i> • <i>Nga ana fizike je shumë i çlodhur.</i>	Të 10 pjesëmarrësit mendojnë se kjo teknikë ndikon në relaksimin e trupit
Kombinim i frymëmarrjes, relaksimit dhe qetësisë mendore	• <i>Është një nga teknikat relaksuese, ku një rol të rëndësishëm ka harmonia mes frymëmarrjes dhe frymënxjerrjes duke mos menduar asgjë, thjesht duke qenë një vështrues pasi, edhe pse në këtë gjendje, mendimet krijohen dhe rrjedhin natyrshëm.</i> • <i>Qetësi shpirtërore, kthjellim, menaxhim stresi.</i>	4/10 pjesëmarrës
Lidhja e relaksimit fizik me atë mendor	• <i>Nëpërmjet kësaj teknike përfitojmë relaksimin e muskujve duke filluar nga ata kranial deri tek muskujt e anësive të poshtme. Ky relaksim na jep mundësinë që të kontrollojmë dhe qetësojmë gjendjen emocionale.</i> • <i>Besoj që është një metodë e rëndësishme dhe e duhur sepse më anë të qetësisë që fitojmë mund të mendojmë me kthjellët dhe të menaxhojmë më mirë gjendjen emocionale.</i> • <i>Pas terapisë je shumë i qetë dhe i mbushur me pozitivitet.</i>	3/10 pjesëmarrës

Relaksimi progresiv	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Pika e dobët e teknikës është: Relaks fizik dhe mos impenjim mendor	• <i>Megjithatë mendoj se nuk e redukton ankthin plotësisht, përveç qetësimit të muskujve të trupit</i> • <i>Është vetëm një teknikë relaksuese dhe shpesh nxit një gjendje pasiviteti të thellë tek pacienti i cili shumë shpesh mund të kalojë edhe në një gjendje të përgjumur duke mos e impenjuar fare trurin.</i> • <i>Pika e fortë është që ndjehesh i relaksuar fizikisht por pika e dobët që nuk ndjehesh aq i relaksuar nga ana psikologjike.</i> • <i>Gjendje të përgjumur duke mos e impenjuar fare trurin, relaksim të muskujve.</i> • <i>Ka efekt më shumë në relaksimin fizik sesa mendor në të cilën përfshihet dhe ankthi.</i>	8/10 pjesëmarrës ndajnë këto mendime
Efikasiteti i kësaj teknike nuk zgjat për shumë kohë	• <i>Nga përvoja ime teknika e relaksit nuk është afatgjatë pas terapisë sepse pas pak kohësh rikthehesh në gjendjen e mëparshme.</i> • <i>Mendoj që kjo teknikë ka efikasitet të pjesshëm pavarësisht që pas saj ndihesh krejtësisht i çlodhur dhe pa asnjë mendim tjetër përveçse shijimit të relaksit, por pas pak kohësh rikthehesh në gjendjen e mëparshme.</i> • <i>Pas një kohe të shkurtër rikthehesh pothuajse në gjendjen e mëparshme.</i>	5/10 pjesëmarrës

Relaksimi progresiv	Të dhënat nga intervistat e pjesëmarrësve	Numri
Kushtet fizike që duhet të plotësohen	<i>Kushtet të cilat duhen siguruar (nuk është efikase nëse nuk do të jesh aq rehat).</i>	2/10 pjesëmarrës

6.2.2. Të dhënat e të intervistuarve ekspertë të fushës

Tabela 19: Intervista I – Dr. Naim Fanaj mbi efikasitetin e teknikave

	Të dhënat e të intervistuarit
Interesi i shqiptarëve ndaj hipnozës	Kjo nuk është diçka e papritur në kontekstin e mjedisit tonë e bazuar në vërtetimet nga përvoja ime me rastet të cilët jo rrallë kanë shprehur interesim për hipnozën dhe po ashtu kanë shprehur pritje se mund të jetë ndihmuese për problemet e tyre.
Mungesë informacioni për teknikën e relaksimit progresiv	Metodën e relaksimit progresiv nuk është se e kanë të njohur me përjashtim të rasteve të disa klientëve të cilët me preokupimet e tyre të tepruara për shëndetin lexojnë gjithçka nga fusha mjekësore.
Hipnoza shihet si një teknikë magjike që jep rezultate të shpejta	Hipnoza megjithatë është e mbështjellë me vallon “magjike” dhe po ashtu është joshëse sepse mendohet si një zgjidhje e lehtë për problemet e tyre. Në mjedisin kosovar, vrapimi pas praktikave të ndryshme “magjike”, religjioze dhe parapsikologjike është i lartë; mund të them se rreth 70-80 % e klientëve që kam pasur kanë marrë edhe shërbime të tilla.
Hipnoza shihet edhe si praktikë parapsikologjike	hipnozën e barasvlerësojnë me këto praktika dhe me besimin se faktorë të jashtëm nga individit mund t’i ndihmojnë në tejkalimin e problemeve të tyre.
Rastet me ankth janë më të prirur	rastet me ankth janë shumë të prirur nga këto praktika – ata kërkojnë siguri në gjithçka dhe sidomos kërkojnë zgjidhje gjithkund.
Sugjestibiliteti është më i lartë	Niveli i sugjestibilitetit të tyre është shumë herë më i lartë dhe si të tillë i bën më të përshtatshëm për të pasur efekte më të mira, ndoshta kjo do të ndryshonte në rastin e studimeve me rrjedhë pak më të gjatë ku mendoj se efekti fillestar i

	Të dhënat e të intervistuarit
Hipnoza me efekt placebo jomanipulativ	<i>aplikimit të hipnoterapisë do të vinte duke u zbehur.</i> • <i>Ka mjaft studime që gjejnë se besimet dhe pritjet e klientëve janë të rëndësishme së veçantë në efektet që mund të ketë një intervenim dhe në këtë pa dyshim që hipnoza me natyrën e vet, në disa studime, është parë si një “placebo” jomanipulative. Autorë të njohur e pranojnë se edhe nëse hipnoterapisti nuk ka fuqi magjike, këtë e posedon klienti, por është hipnoterapisti që e çkyc këtë fuqi tek ai.</i>
Relaksimi progresiv shihet si jo serioz	• <i>Për metodën e relaksimit progresiv kam përshtypjen se kjo nuk është pranuar si “serioze” nga klientët në mjedisin tonë. Nuk kanë qenë të rralla rastet kur elemente të kësaj metode i kemi rekomanduar ose aplikuar dhe nuk e kanë pranuar dhe nuk e kanë aplikuar.</i>
Ushtrimet fizike nuk zënë vend në të përditshmen tonë	• <i>Vjen nga fakti se në përgjithësi praktikimi dhe të parit si të dobishme i ushtrimeve fizike nuk ka qenë dhe nuk është një element që ka zënë aq vend në përditshmërinë tonë.</i>
Relaksimi progresiv kërkon kohë	• <i>Relaksimit muskolor mund të jetë i vështirë për të pasur efekt sepse megjithatë është një metodë që kërkon kohë për t’u “mësuar”, në mënyrë që të arrihet një relaksim i dëshirueshëm.</i>
Niveli i hipnotizibilitetit të pjesëmarrësve	• <i>niveli i hipnotizibilitetit të kampionit. Dihet se ka dallime në këto nivele dhe se kjo mund ta ndikojë përfitimin e dobisë nga aplikimi i metodave hipnoterapeutike tek individët. Përgjithësisht mendoj se ne shqiptarët kemi elemente të fuqishme sugjestibiliteti të ndikuar nga mënyra tradicionale patriarkale e jetës.</i>
Variabli i terapistit	• <i>Diçka që mund të ketë pasur ndikim është edhe terapisti dhe performanca e tij. Dihet se terapistë të ndryshëm mund të bëjnë më mirë, më bindshëm një metodë se një tjetër; mund të ndihen më të zotë dhe të japin më shumë në një metodë se një tjetër, të jetë në kongruencë dhe të prodhojë për shembull më tepër efekt kur është autoritar se sa kur është indirekt dhe tolerant.</i>

	Të dhënat e të intervistuarit
Ndikimi i traditës dhe i figurës autoritare Modelimi i sjelljes Mekanizmat mbrojtës ndaj metaforës Përshtatja e teknikës ndaj pacientëve	<i>Kemi reperkusione nga e kaluara jonë tradicionale dhe kolektiviste e pse jo edhe diktatoriale në atë që mund të ndikohemi më tepër nga autoriteti dhe urdhërat. Mund t'i marrim me rezervë këto kur kemi parasysh mostrën e kampionit, por megithatë dihen efektet intergjenerative në modelimin e sjelljes. Dhënia e sugjerimeve “me forcë” dhe me “fuqi” mund të nxit pranim më të lehtë se sa “të folurit rrotull”.</i> <i>Shqiptarët i kanë mekanizmat e mbrojtjes më të fuqishme kur është fjala për porositë e metaforës. Se sa iu është përshtatur metafora nga përmbajtja, këtij kampioni, mund të ketë ndikim në efektivitet. Për të shkrehur pullat emocionale dhe të besimeve e qëndrimeve tek individit duhet që kjo të jetë përfruar me karakteristikat e personalitetit.</i>

Tabela 20: *Intervista II – Hipnoterapisti klinik Charuana mbi efikasitetin e Teknikave*

	Të dhënat e të intervistuarit
Aftësia për të kuptuar metaforën	<i>In order for a metaphor to have an effect on the patient, the patient needs to be able to extract the learning that the metaphor is intended to convey. Not everyone has the ability to make sense and to interpret what the metaphor is all about. Therefore, if the patient cannot understand the learning of the metaphor, the metaphor will have no effect [Në mënyrë që metafora të ketë efekt mbi pacientin, ai duhet të jetë i aftë të përthith mesazhin që metafora ka si qëllim të përcjelli. Jo të gjithë kanë aftësinë të kuptojnë dhe interpretojnë atë që metafora ka si qëllim. Si pasojë, nëqoftëse pacienti nuk mund të kuptojë mesazhin e metaforës, metafora nuk do të ketë asnjë efekt].</i>
Forcimi i Egos si një teknikë që i jepet subjektit	<i>On the other hand, direct suggestions “spell it out to the patient” as to what is happening or about to happen. There is no need to interpret what is being said. Direct suggestions can be straight forward commands which leave no doubt for the patient as to what is being requested [Në anën tjetër, sygjërimet direkte i sqarojnë pacientit se çfarë po ndodhë dhe çfarë do të ndodhi. Nuk është nevoja të interpretohet ajo që thuhet. Sygjërimet direkte mund të jenë komanda të drejtpërdrejta, të cilat nuk ngjallin dyshime tek pacienti, në lidhje me atë që po i kërkohet].</i>

	Të dhënat e të intervistuarit
Relaksimi progresiv vetëm shkakton relaks Munges e dy technikave të thellimit të Relaksimi Progresiv Efekti i technikave të hipnozës që punojnë në nivel të pavetëdjshëm	• <i>Progressive relaxation by itself is effective in helping someone to relax. But, if you use hypnosis such as eye closure, 10 to 1 deepener and Nowww deepener before you deliver the ego strengthening script (or the metaphor) then of course, you will have a better result than with those participants who were given just the progressive relaxation [Relaksimi progresiv është efektiv për të ndihmuar dikë të relaksohet por, në qoftë se përdorni hipnozën me sy mbyllur, thellimin nga 10 në 1 dhe TANliii, përpara se të vazhdoni me skenarin e forcimit të egos (ose metaforën) atëher do të kemi rezultate pozitive në krahasim me pjesëmarrësit që thjesht i nënshtrohen relaksimit progresiv].</i> • <i>The progressive relaxation group would not have benefited from the two deepeners that the other groups would have had, neither would they have benefited from the direct suggestions of the ego strengthening, or from the metaphor [Grupi i relaksimit progresiv nuk do të përfitonte nga dy deepeners, që grupi tjetër pati, as nga sygjerimet direkte të forcimit të egos apo metaforave].</i> • <i>When one is under hypnosis his critical faculties are suspended. In this state suggestions that are delivered to him will be able to go to the unconscious mind without any criticism. Therefore suggestions of well being will be accepted by the unconscious mind and acted upon. This is not the case with the progressive relaxation as such suggestions were not given to the participants [Kur dikush është nën hipnozë aftësitë e tij kritike janë të pezulluara. Në këtë gjendje sygjerimet që i dërgohen do të jenë në gjendje të shkojnë në mendjen e pavetëdjshme pa asnjë pengesë. Si pasojë sygjerimet e mirëqënies do të pranohen dhe do të veprohet mbi to. Kjo nuk është çështja me relaksimin progresiv, sygjerime të tilla nuk iu dhan pjesëmarrësve].</i>

Tabela 21: *Intervista III – Prof. F. Duka mbi kushtet historike*

	Të dhënat e të intervistuarit
Autoriteti i prijësit për gjatë historisë Periudha komuniste	• <i>“Tek shqiptarët është zhvilluar dhe ka zënë rrënjë autoriteti i prijësit, duke filluar nga familja dhe duke shkuar deri tek strukturat e tjera më të gjera si psh: fisi, fshati, krahina”.</i> • <i>Periudha komuniste, kohë kur qeverisja diktatoriale ushqente edhe ushtronte një farë psikologjie autoriteti në qelizat e tjera të shoqërisë.</i>

Tabela 22: Intervista IV - Prof. Gurakuqi mbi kushtet historike

	Të dhënat e të intervistuarit
Kulti i diktatorit	• <i>Shoqëria shqiptare ngelet e paemancipuar në tërësi, e mësuar me kultin e diktatit politik të partive të reja e të vjetra politike, të liderave të fortë që imitojnë ish-diktatorët e këtij vendi dhe gangsterizmin më të rrezikshëm ballkanik.</i>
Bindja ndaj autoritetit	• <i>Një shoqëri ende e palirë në rrugë të deformuar nën diktatin e pushtetit e të dhunës nuk krijon dot individë të ndërgjegjshëm dhe përgjegjës të vetëdijshëm dhe të arsyeshëm, por veç dele të bindura në kopenë e prijesve gangster të cilëve iu frikësohen njëlloj si baballarëve të tyre partisë së diktatorit dhe veglave të policisë së fshehtë.</i>
Modeli i agresionit i paraqitur prej liderave politikë	• <i>Një komb ku fëmijët shoqërojnë si spektatorë liderat e dy partive të pushtetit në emisionin më të ndjekur në Shqipëri “Opinion” të cilët konsideronin edukatë veset shformimet morale, shformimet psikologjike deri në agresivitet, mllëfe, mimika me nevojë për trajnime psiqike të komunikimit gojor e deri te lëvizje të shtrembëruar të syve.</i>
Tranzicioni i tejzgjatur	• <i>Tranzicioni i tejzgjatur, mungesa e një lidërshipi konsequent që në vend që ta shkurtojë tranzicionin nga një popull jo i lirë në një popull më të lirë, ia ka deformuar, zgjatur dhe mund të themi se gjendja e shoqërisë shqiptare sot në pikëpamje të impostimit me vendet e tjera europiane është në një rrugë pa krye, një shoqëri e degraduar moralisht, ekonomikisht, e disbalancave në mënyrën e frikshme në ilegalitet masiv, korrupsion galopant, krim i organizuar që nuk lejojnë impostim të ngjashëm me shoqëritë e tjera evropiane.</i>
Mungesa e liderit konsequent	

Tabela 23: Intervista V – Prof. Dhima mbi kontekstin antropologjik

	Të dhënat e të intervistuarit
Realitet shoqëror i copëzuar	• Në marrëdhëniet brenda shoqërisë sonë, realiteti kulturor “copëtohet” me vështirësi sepse historikisht shqiptari, në krahasim me botën e qytetëruar, nuk çlirohet lehtë nga vendimet apo dëshirat e të parit të familjes/farefisit/komunitetit të ngushtë.
Përgjigjet e pacientëve janë adekuate	• Kjo prerje e veçantë kulturore na bën të mendojmë se në praktikën psikologjike nuk duhet të mendohet përgjigjja e pacientit gjithmonë si adekuate, por në një shumicë rastesh duhet të presim një qëndrim autoritar që lidhet me “strukturat e ngurtësuar” në mendjen e tyre.

Tabela 24: Intervista VI- Prof. Asoc. Aliçka mbi metaforën

	Të dhënat e të intervistuarit
Si e sheh Aliçka metaforën	• <i>Metafora si mekanizëm përcaktues i rrjedhës së mendimit.</i>
Arsyeja përse nuk ka efekt tek shqiptarët	• <i>Tek shqiptarët nuk ka shumë efikasitet sepse ata i besojnë empirikes, të dukshmes dhe janë të prirur drejt diçkaje konkrete.</i>
Metafora si dukuri e maturitetit	• <i>Metafora është dukuri e “elitës” pra do perceptohej me më shumë efikasitet tek njerëzit e artit, njerëzit të cilët kanë lexuar dhe janë rritur me libra”. “Metafora është shenjë e maturitetit”.</i>
Shenjë e përvojës	• <i>Metafora është shenjë e përvojës, kjo do të thotë që të mos gënjejesh nga faktet empirike, por nga simboli i dukurisë e cila shpesh shfaqet në formën e metaforës.</i>
Metafora si simbol i lexuar ndryshe nga individë dhe kultura të ndryshme	• <i>Përballë një dukurie/ngjarjeje të caktuar dy njerëz të ndryshëm në kultura të ndryshme nuk reagojnë në të njëjtën mënyrë ndaj të njëjtës metaforë . “Metafora është aftësia për të sintetizuar dhe për të kapur simbolin i cili përcakton thelbin.</i>
Pasqyrimi i nivelit kulturor të një kombi	• <i>Shkalla e nivelit të mendimit në metaforë në një farë mënyre pasqyron shkallën e nivelit kulturor të një shoqërie. Është për të arrdhur keq se trashëgimia kulturore/gojore e shqiptarëve është tejet e pasur në metaforë, apo kultura e debateve të “odës”.</i>
Arsyeja e zbehjes së saj tek shqiptarët	• <i>Urbanizimi frenetik në një farë mënyre nuk është mjedisi më i efektshëm për kultivimin e mendimit metaforik, simbolik. Fryma dhe këndvështrimi i shkollës shqiptare nuk kanë qenë shumë nxitës në këtë pikë.</i>
Rrugët e edukimit të metaforës	• <i>Leximin dhe kryesisht të poezisë sepse ajo është “kremit i metaforës” dhe ka përparësi në:</i> 1. <i>Edukimin e kulturës së të menduarit</i> 2. <i>Edukimin e kulturës së të shprehurit</i> 3. <i>Edukimin e aftësive sintetizuese, deduktive, simbolike metaforike.</i>

Tabela 25: Intervista VII – Dr. Roko mbi ankthin dhe relaksimin fizik

	Të dhënat e të intervistuarit
Simptomat fiziologjike të ankthit	• <i>Ankthi nuk është vetëm psikologjik, por shkaktohet dhe shoqërohet dhe me reagime fiziologjike biologjike. Kur përjetojmë ankth zemra na rreh fort, frymëmarrja na shpeshtohet, muskujt tensionohen, mund të ndjejmë rrahjet e zemrës kur ecim, duart mund të na dridhen dhe djersiten kur jemi duke folur me dikë që nuk e njohim, e kemi të vështirë për të marrë frymë kur na shfaqen ndjenja frike etj.</i>
Lidhja e sistemit muskular me organet e tjera	• <i>Sistemi muskular lidhet direkt me ankthin. Ai përfaqëson tërësinë e muskujve të organizmave të gjallë, të cilët bëjnë të mundur lëvizjen e trupave. Muskujt të cilët janë të lidhur me eshtra, organe të brendshme ose enë gjaku janë përgjegjës për lëvizjet dhe janë këta që lidhen direkt me kontraktimin e pjesëve të veçanta të trupit tonë. Do të theksonim faktin se pothuajse të gjitha lëvizjet në trup rezultojnë nga kontraktimet muskulore, por këto të fundit nën efektin e ankthit arrijnë në shkallën sipërore të mundshme.</i>
Lidhja e relaksimit fizik me relaksin mendor	• <i>Kur jemi të relaksuar ndodh e kundërta. Rrahjet e zemrës janë më të ngadalta, frymëmarrja është e thellë dhe muskujt të shtensionuar. Nëse arrijmë të relaksojmë trupin në momentin e ankthit, atëherë dhe mendja do të na çlirohet.</i>

KAPITULLI VII: DISKUTIME

Qëllimi i këtij studimi ishte krahasimi i efikasitetit të teknikave të *hipnoterapisë klinike të Metaforës dhe Forcimit të Egos* në reduktimin e nivelit të ankthit të përgjithësuar dhe cilësisë së jetës, te studentët. Për të parë ndikimin e tyre në popullatën joklinike, u krahasua efekti i dy teknikave me teknikën e huazuar nga terapia bihevjoriste e *Relaksimit Progresiv të Muskujve*. Hipotezat e studimit ishin:

H 1. Teknikat e *hipnoterapisë klinike* dhe teknika e *Relaksimit Progresiv* janë efikase në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe përmirësimin e cilësisë së jetës.

H 2. Teknikat e *hipnoterapisë klinike* janë më efikase se teknika e *Relaksimit Progresiv* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe përmirësimin e cilësisë së jetës.

H 3. Teknika e sugjerimeve *direkte/autoritare* e *Forcimit të Egos* është më efikase se teknika e sugjerimeve *indirekte/tolerante* e *Metaforës* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe përmirësimin e cilësisë së jetës.

H 4. Ka dallime në efikasitetin e teknikave mes gjinive në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe përmirësimin e cilësisë së jetës.

Rezultatet sasiore dhe ato cilësore janë në përputhje me njëra-tjetrën duke vërtetuar se të tri teknikat e përdorura kanë efekt pozitiv në reduktimin e ankthit të përgjithësuar duke na vërtetuar hipotezën kryesore të punimit H1: Teknikat e *hipnoterapisë klinike* dhe teknika e *Relaksimit Progresiv* janë efikase në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës dhe i japin përgjigje pyetjes kërkimore 1 (Sa efikase janë teknikat e *hipnoterapisë klinike* dhe *Relaksimit Progresiv* në trajtimin e ankthit të përgjithësuar dhe në cilësinë e jetës?).

Grupi i Kontrollit kishte ulje të nivelit të ankthit edhe pse në nivele tepër të ulëta. Pjesëmarrësit e dinin që do të merrnin pjesë në një studim për uljen e nivelit të ankthit, kështu që efekti Placebo (Lambert & Bergin, 1994) është më se i shpjegueshëm në këtë rast, por nga analizat e mëtejshme statistikore duket qartë që nuk ka pasur efekt në përmirësimin e sjelljeve në dimensionet e jetës: punë, shtëpi dhe marrëdhënie me të tjerët. Çdo terapi ka arritjet dhe mangësitë e veta, të gjitha janë superiore kundrejt grupit të kontrollit (Lambert & Bergin, 1994).

Të dhënat cilësore të mbledhura pas trajtimit nga pjesëmarrësit, rezultojnë se të tri teknikat janë efikase në trajtimin e ankthit të përgjithësuar dhe të gjithë pjesëmarrësit do ta ripërsërisnin trajtimin e marrë me teknikën përkatëse, për arsyen se tek ata ka pasur efikasitet në trajtimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës. Konformë gjetjeve të Nikel etj., (2005); Rausch etj., (2006); Wolf & Abell (2003); Schreiber & Schreiber (1995) dhe Conrad & Roth (2007) edhe në këtë studim relaksimi progresiv i muskujve është treguar efektiv në trajtimin e ankthit. Sa i përket gjetjeve mbi efikasitetin e teknikave të hipnoterapisë kjo është në linjë me shumë studime rasti që të demonstrojnë përdorimin e suksesshëm të hipnozës në simptomat e ankthit (Ashton et al , 1997; Houghton, 1996; Kirsch et al , 1995; O'Neill et al , 1999, Smith , 1990) si dhe studime tjera si (Hammond, 2010; VandeVusse et al., 2010).

Të trija përfshijnë, në radhë të parë, relaksimin fizik të trupit dhe kjo ndikon në uljen e nivelit të ankthit, ku një prej simptomave të tij është edhe tensionimi i muskujve (Pango, 2004).

Duke u bazuar në shpjegimin e ekspertit biolog Dr. Roko, të intervistuar për lidhjen e ankthit me relaksimin: pacientët të cilët vuajnë nga ankthi mësohen si të relaksohen

sepse relaksi do të ndikojë drejtpërsëdrejti në uljen e nivelit të tij dhe do ndikojë në reagimin dhe përballjen ndaj situatave të ndryshme, me më shumë qetësi.

Pjesëmarrësit e të dy grupeve të trajtuar me teknikat e *hipnoterapisë klinike* pothuajse nuk kishin informacion për hipnozën dhe trajtimin me anë të saj, tetë nga dhjetë pjesëmarrës (*Metafora*) dhe nëntë nga dhjetë pjesëmarrës (*Forcimi i Ego*). E vetmja përballje me hipnozën kishte qënë nëpërmjet filmave, librave të lexuar ose videove të hedhura në youtube.

Rezultatet sasiore dhe cilësore na tregojnë se teknikat e hipnoterapisë klinike të *Forcimit të Egos* dhe të *Metaforës* kanë pasur më shumë efikasitet në trajtimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës, krahasuar me *Relaksim* *Progresiv*, duke vërtetuar hipotezën H2: Teknikat e *hipnoterapisë klinike* janë me efikase se teknika e *Relaksimit Progresiv* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës dhe i japin përgjigje pyetjes kërkimore 2 (A janë teknikat e *hipnoterapisë* më efikase se teknika e *relaksimit* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?). Kjo gjetje është në kundërshtim me një studim ku efekti i saj ishte i ngjashëm me atë të ushtrimeve të relaksimit dhe trajnimit imagjinar (Gruzelier, 2002) dhe poashtu me studimin e Gordin (1981), por është në vijë me studimin e O'Neil, Barnier dhe Mconkey (1999) ndonëse këtu është fjala për vetë-hipnozën e aplikuar. Gjetje të ngjashme ka edhe në shqyrtimin e RCT të Coelho, Canter & Ernst, (2007), pastaj studimet e Schreiber & Schreiber, (1998) dhe të Linial, (1983).

Dy teknikat e hipnoterapisë klinike, *Metafora* dhe *Forcimi i Egos*, janë teknika të cilat ndikojnë në relaksim të trupit duke vazhduar më pas me pjesën e vlerës së secilës teknikë në vetvete. Në protokollin e përdorur gjatë hipnoterapisë klinike me teknikat e

Metaforës dhe Forcimi i Egos, kemi dy teknika *thellimi*, qëllimi i të cilave ishte të fuste pacientin në gjendje transi, por në të njëjtën kohë kanë edhe qëllimin që ai ose ajo të arrinte efektin relaksues. Shtatë nga dhjetë pjesëmarrës (*Metafora*) dhe pesë nga dhjetë pjesëmarrës (*Forcimi i Egos*), në teknikat e hipnoterapisë, paraqesin relaksim të dhënë nga teknikat përkatëse duke na shpjeguar pikën e përbashkët ndërmjet teknikave të *hipnozës* dhe *relaksimit* duke i dhënë përgjigje edhe pyetjes kërkimore 5 (Cilat janë perceptimet e pjesëmarrësve në lidhje me teknikat e Hipnoterapisë dhe Relaksimit Progresiv?). Këtu është edhe ndryshimi thelbësor ndërmjet teknikave të *hipnoterapisë* dhe të *relaksimit*.

Krahasimi i relaksimit të teknikave të *hipnoterapisë* me teknikën e *relaksimit progresiv* mund të bëhet vetëm nëse do të përdornim si protokoll të *hipnoterapisë*: induksionin + thellimin + zgjimin por u përdor edhe pjesa e terapisë (metafora/forcimi i egos) e cila ju jep superioritet ndaj teknikës së *relaksimit*.

Nga të dhënat cilësore, të gjithë pjesëmarrësit na japin feedback se *Relaksimi Progresiv* ka arritur deri në nivel të relaksimit fizik dhe në pjesën më të vogël të pjesëmarrësve, ky relaksim përfshin edhe aspektin mendor. Prej të gjithë të dhënave nga pjesëmarrësit duket se teknika e *Relaksimit Progresiv* ka efekt shumë pozitiv në relaksim të trupit, por nuk përjashtohet edhe relaksimi mendor i cili raportohet vetëm në disa raste.

Pra kemi dy mendime të kundërta: për një pjesë konsiderohet vetëm si një relaks fizik ndërsa për një pjesë tjetër më të vogël edhe si një teknikë e cila ka ndikim në relaksim mendor.

Sipas hipnoterapistit klinik, Charuana përdorimi i dy teknikave të thellimit, në grupet e trajtuara me hipnoterapi, përbën ndryshimin me grupin e trajtuar me Relaksim Progresiv, duke u dhënë më shumë efikasitet dy grupeve të para. Gjithashtu, Charuana

thekson punën e bërë në nivel të pavetëdijshtëm kur subjektet janë nën hipnozë dhe se sugjerimet e dhëna përthithen pa kritikizëm nga e pavetëdijshmja përkundrejt aplikimit të teknikës së relaksimit progresiv ku subjekteve nuk u jepen sugjerime të tilla.

Dr. Fanaj, psikiatër, shpjegon për kontekstin shqiptar se, nga eksperiencia e tij klinike, pacientët me ankth kërkojnë të gjitha alternativat e mundshme për trajtim duke përfshirë këtu hipnozën si një mënyrë magjike trajtimi sepse këta pacientë kërkojnë konfirmim dhe zgjidhje në gjithçka. Gjithashtu, niveli më i lartë i sugjestionit të këtyre pacientëve ndikon në rritjen e efikasitetit të teknikave të hipnoterapisë kundrejt teknikës së relaksimit progresiv, e cila nuk është shumë e njohur prej pacientëve (në raste të veçanta e sugjeruar nga doktori ose terapisti dhe kur vetë pacienti ka lexuar) dhe nuk shihet si një teknikë e lehtë për t'u mësuar që të arrihet niveli i dëshirueshëm i relaksimit. Ndikimi i hipnozës varet edhe nga niveli i hipnotizibilitetit të subjekteve të studimit (nuk është matur paraprakisht) dhe nga performanca e terapistit (nëse terapisti është më i përshtatshëm ndaj një teknike përkundrejt një tjetre).

Nga të dhënat e mbledhura nga pjesëmarrësit, kuptohet se teknika e *Metaforës* dhe teknika e *Relaksimit Progresiv* arrijnë të japin relaksim të trupit. Pra teknika e *Metaforës* e ka relaksin fizik brenda vetes, por ka vështirësi konjitive për t'u perceptuar dhe kjo e ul efikasitetin në trajtim (krahasuar me teknikën e *Forcimi i Egos*) duke u përafruar me teknikën e *Relaksimit Progresiv* por në disa raste nuk është përjashtuar fakti që është parë edhe si një mënyrë për të dhënë siguri.

Nga studimet ka dalë se *Relaksimi Progresiv* ka potencial në arritjen e relaksit te pacientët të cilët janë trajnuar me përdorimin e tij (Kerr, 2000). Rausch etj., (2006) në studimet e veta arrin në përfundimin se kjo teknikë ka çuar në ulje të nivelit të ndjeshëm

të ankthit somatik, gjë që na jepet qartë nga të dhënat e pacientëve të cilët kanë shprehur dukshëm arritjen e relaksimit fizik të trupit.

Relaksimi Progresiv i muskujve jep një qetësim total të trupit, nuk kërkon impenjim konjitiv dhe fokusohet vetëm te pjesa fizike. Padyshim që pacientët të cilët kanë nivel ankthi kanë edhe vështirësi në relaksimin e trupit, por ky është aspekti i vetëm që trajtohet me këtë teknikë. Ky aspekt del i qartë nga përgjigjet e subjekteve pjesëmarrës të cilët vënë theks pozitiv vetëm në relaksimin fizik të trupit.

Një pikë tjetër që duhet theksuar në uljen e efikasitetit të kësaj teknike është edhe rikthimi në gjendjen e mëparshme. Teknikat e relaksimit mësohen dhe janë shumë efikase në trajtimin e ankthit, por kjo është pjesë e edukatës/kulturës së një vendi dhe të vetë individit. Në bazë të mendimit të ekspertit antropolog, nëse do të flasim për vende të tjera kjo teknikë mësohet që në fëmijëri dhe brendësohet si një mënyrë për të ndihmuar veten. Në kontekstin shqiptar ka nevojë për shumë më tepër edukim në këtë pjesë (Dhima, 2013).

Teknikat e *Forcimi i Egos* dhe *Relaksimit Progresiv* kanë arsyet e mëposhtme se përse teknika e parë ka arritur të ketë më shumë efikasitet në reduktimin e nivelit të ankthit sesa *Relaksimi Progresiv*:

- *Forcimi i Egos*, si një prej teknikave të hipnozës e ka relaksin brenda dhe ky arrihet nëpërmjet teknikave të thellimit.
- *Relaksimi Progresiv* funksionon vetëm në pjesën fizike dhe jo në atë mendore.

- Të dyja teknikat janë të drejtpërdrejta, por *Forcimi i Egos* është autoritar ndërsa *Relaksimi Progresiv* lejues/tolerant.

Rezultatet sasiore dhe cilësore na tregojnë se teknika e *Forcimi i Egos* ka më shumë efikasitet në trajtim krahasuar me teknikën e *Metaforës* duke na vërtetuar hipotezën H3: Teknika e sugjerimeve *direkte/autoritare* e *Forcimit të Egos* është më efiçase se teknika e sugjerimeve *indirekte/tolerante* e *Metaforës* në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës dhe i japin përgjigje pyetjes kërkimore 3 (Cila nga teknikat e *hipnoterapisë* është më efiçase (teknika e sugjerimeve *direkte/autoritare* e *Forcimit të Egos* dhe teknika e sugjerimeve *indirekte/tolerante* e *Metaforës*) në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës?). Kjo gjetje është e kundërt me studimet si Alman & Carney (1980); Stone & Lundy (1985) dhe Mosher & Matthews (1985) ku sugjerimet indirekte ishin më efektive por janë në një vijë me gjetjet e studimeve si Van Gorp, Meyer, dhe Dunbar (1985). Padyshim duhet përmendur këtu se është fjala për studime jo të lidhura me ankthin por me gjendje tjera. Vetëm në studimin e Nugent (1989) është gjetur se sugjerimet indirekte janë efiçase tek rastet me disa lloje çrregullimesh ankstioke.

Gjatë përdorimit të teknikës së *Forcimit të Egos* fjalët janë direkte, të thjeshta, përshkruajnë dhe përfshijnë disa aspekte të jetës së përditshme, kemi përsëritjen e disa fjalëve të cilat e bëjnë “implementimin” në të pavetëdijshmen edhe më të lehtë. Hipnoza në vetvete gjen terren shumë të përshtatshëm kur përdor teknikën e *Forcimit të Egos* sepse arrin në mënyrë të pavetëdijshme të zhvillojë një ego të shëndetshme (Yapko, 2003).

Tri pikat kryesore të kësaj terapie konsiderohen:

- Relaksimi i pacientit
- Rritja e vetëbesimit
- Krijim i një stabiliteti

Pjesëmarrësit shprehen qartë se përse kjo teknikë ka dhënë këto rezultate. Ajo konsiderohet si një teknikë e cila ndikon në:

- Rritjen e vetëbesimit, të konfidentës dhe të optimizmit (të gjithë pjesëmarrësit)
- Krijimin e një stabiliteti mendor, emocional dhe fizik i cili do të jetë i dukshëm në reagimet e pacientëve në jetën e përditshme (pjesa më e madhe e pjesëmarrësve)
- Shikohet si një teknikë e cila të ndihmon që të përballosh realitetin dhe problematikat jetësore (më shumë se gjysma e pjesëmarrësve)

Formulat e përdorura kanë shumë rëndësi se si i shpreh hipnoterapisti sepse ato ndikojnë drejtpërsëdrejti në nivelin e së pavetëdijshmes dhe më pas pacienti do të reagojë në jetën e përditshme në bazë të sugjerimeve të marra. Charuana jep shpjegimin Sugjerimet e drejtpërdrejta u jepen pacientëve, të cilët nuk kanë nevojë të interpretojnë se çfarë iu është thënë dhe çfarë ju kërkohet, thekson Charuana.

Janë vënë re edhe disa pika të dobëta (shumica e pjesëmarrësve) në përdorimin e kësaj teknike në rastin tonë, të cilat konsistojnë në pikëpyetjen se sa afatgjate mund të jetë kjo teknikë. Nëse besimi do të rritet më shumë nga ç'mund të përballojë pacienti, atëherë në jetën e përditshme, ndoshta do të dalë jashtë personalitetit të vet dhe mund të çojë në

”pandjeshmëri” ndaj konflikteve të brendshme që mund të ketë pacienti. Për këtë arsye kjo teknikë sugjerohet të shoqërohet edhe me teknika të tjera të hipnoterapisë.

Ndryshimi i besimit të vetes i arritur nëpërmjet induktimeve/sugjerimeve të jashtme është parë si pozitiv nga pjesëmarrësit, por në këtë rast duhet të theksojmë kontekstin shqiptar sepse ndryshe do të ndikonte kjo teknikë në një shoqëri tjetër ku individit është formuar dhe edukuar që të jetë i lirë për të vendosur se cila është më e përshtatshme për të.

Atëherë na lind pyetja se çfarë ndikon te shqiptarët që teknika autoritare/e drejtpërdrejtë të ketë efikasitet më të lartë në trajtim, krahasuar me teknikën tolerante/indirekte, duke e theksuar faktin që arrihet nëpërmjet një terapie e cila punon në nivel të pavetëdijshëm? Për këtë përgjigjja duhet parë shumë më thellë dhe nuk mund të ndalohet vetëm në pikën që terapisti është figura autoritare dhe gjatë përdorimit të kësaj teknike roli i vet ka qenë më i fuqishëm, apo në faktin se 60% e suksesit në terapi arrihet nga efekti Placebo sipas Rosenthal dhe Frank (Kroger, 2008). Ndikim në këtë pikë ka edhe pjesa e *pavetëdijes kolektive* të cilën e mbartim me vete (Jung, 1954). Ciklet e jetës ripërsëriten duke ripërsëritur edhe historinë dhe reagimet e një kombi.

Duke iu referuar intervistave të historianëve (Duka, Gurakuqi), duket qartë se kushtet historike kanë ndikuar në formimin e brendësimit të figurës autoritare (autoritetit të prijësit) te shqiptarët, dhe disa prej momenteve më të rëndësishme të cilat kanë pasur ndikim janë:

- Periudha Otomane
- Formimi i kultit të diktatorit
- Tranzicioni i tejzgjatur

Nga intervista e Prof. Dukës, konfirmohet fakti se kushtet historike kanë ndikuar në forcën e krijimit të autoritetit të shqiptarët që i kanë fillesat nga fisi për t'u shtrirë tek fshati, krahina. Shqiptarët vazhdojnë zakonet e brendësuar në mënyrë të vetëdijshme, por edhe të pavetëdijshme, të respektit ndaj më të pushtetshmit, më të fortit (pushteti dhe forca është arritur përmes sfidave të jetës).

Vitet e gjata që shqiptarët kaluan nën perandorinë Osmane kanë lënë gjurmë të thella në psikologjinë e tyre. Vihet re një dyzim mes Lindjes dhe Perëndimit. Nga njëra anë na pëlqejnë vlerat e vendeve demokratike perëndimore dhe nga ana tjetër kemi një rezistencë të brendshme që rrjedh nga bashkëjtesa e gjatë me lindjen që na e ngadalson udhëtimin drejt Perëndimit. Sipas ekspertit, Prof. Duka, në këtë pikë kanë ndikuar kushtet historike në të cilat është rritur/ngritur/ndërgjegjësuar populli shqiptar.

Ishin rilindasit ata, që të parët filluan të çmontonin lidhjet tona të forta me mentalitetin lindor të trashëguar nga Otomanët e më tej orientimi perëndimor i mbretit Zog, vazhdoi ta mbajë anijen e vogël shqiptare në këtë drejtim të ri. Paradoksalisht, vitet e komunizmit na larguan nga mentaliteti lindor dhe ndikimi osman, por figura autoritare depërtoi përmes një rruge tjetër, asaj të adhurimit të kultit, figurë dhe rol të cilën diktatori e implementoi në mënyrën më perfekte të mundshme prej tyre.

Në analizën e bërë nga Profesori Gurakuqi, del qartë fakti që shoqëria shqiptare e ka ruajtur modelin autoritar i cili trashëgohet nga një brez te tjetri *“Popull i mësuar nën shtypje, të cilat riciklohen”* dhe kjo memorie kalon si në mënyrë të vetëdijshme, ashtu edhe të pavetëdijshme. Kjo gjë shfaqet në frikën edhe mungesën e lirisë e cila është trashëguar në formën e figurës së babait të transmetuar te i biri i cili do të krijojë bindje ndaj autoritetit.

Ai e vazhdon me idenë se “*delet*” e bindura do ta mbartin me vete në pavetëdijen e tyre frikën e pushtetit të transmetuar nga baballarët e tyre, të dhënë nëpërmjet modelimit nga njëra anë dhe të “adhurimit” nga ana tjetër. Ky rol-model po vazhdon të implementohet nëpërmjet figurave politike, nëpërmjet mediave në mënyrë verbale dhe joverbale e cila e bën “imitimin” më të thjeshtë dhe më të përkryer për një komb ku fëmijët janë spektatorët, por edhe pasardhësit e denjë që kanë filluar ta duan dhe brendësojnë këtë figurë.

Tejzgjatja e tranzicionit dhe e një lidhshpi të munguar ka bërë që shoqëria shqiptare të jetë në një rrugë të paqartë, në një rrugë së cilës nuk i dihet fundi. Këtu ka nevojë për studime të mëtejshme se përse shqiptarët vazhdojnë të “adhurojnë” figurat politike edhe në rastet kur zhgënjehen prej tyre.

Sipas Profesor Gurakuqit, këto 100 vitet e fundit vendi ynë ka marrë drejtim perëndimor, por ndërgjegjja sociale nuk është akoma në nivelet ku autoritetit t’i bëhet rezistencë, në vend që të adhurohet. Shoqërisë sonë do t’i duhet kohë përpara se të përqafojë plotësisht lirinë me gjithë përgjegjësitë që rrjedhin prej saj.

Procesi i brendësimit të figurës autoritare herë trashëgohet duke u modeluar nga të parët, herë me dhunë nga figurat autoritare/diktatoriale dhe herë kemi identifikimin me agresorin, ku ankthin e shmangin në atë mënyrë që agresori të përjetohet se po buron nga vetë individi duke u bërë i ngjashëm me këtë objekt/figurë që i ka shkaktuar frikë (Meissner, 2009). Kjo është një mënyrë e kontrollit të ankthit i cili i ka rrënjët e veta shumë më të thella se mosha 20-30 vjeçare. Burimi i tyre ka rrjedhur ndër breza.

Sipas prof. Gurakuqit, këto 100 vitet e fundit vendi ynë ka marrë drejtim perëndimor, por ndërgjegjja sociale nuk është akoma në nivelet ku autoritetit t’i bëhet rezistencë, në

vend që të adhurohet. Shoqërisë sonë do t'i duhet kohë përpara se të përqafojë plotësisht lirinë me gjithë përgjegjësitë që rrjedhin prej saj.

Mbase në kontekstin shqiptar preferohet zgjidhja më e lehtë, sugjerimi i terapistit, sepse kjo mënyrë është më e sigurt për të qenë më pozitiv ndaj vetes dhe kontrollit të saj (Bandura, 1986). Në këtë rast në mënyrë të pavetëdijshme, përgjegjësia zhvendoset te dikush tjetër sepse ti ke për detyrë të bindesh.

Sipas Dr. Fanaj, mund të jemi të rezervuar për të dalë në përfundime, duke pasur parasysh target-grupin e studimit, por megjithatë dihen efektet ndërgjeneratash në modelimin e sjelljes. Dhënia e sugjerimeve me *forcë* dhe me *fuqi* mund të nxit pranim më të lehtë se sa të folurit rrotull.

Sipas Bandura (2001), *modelimi* duket qartë nga stukturat e familjes, ku figura autoritare, babai, drejtonte-duhej t'i bindesh-duhet ta përfaqësojë më vonë në shoqëri. Shoqëria shqiptare ka qënë dhe vazhdon të jetë një shoqëri ku *ti* nuk përfaqëson vetëm veten por edhe *të tjerët* kështu që nëse vjen nga një familje, fis, trevë ku autoriteti ka qënë vlerë, atëherë *ti* duhet ta trashëgosh këtë vlerë, përndryshe turpëron/korit/zhvleftëson shumë të tjerë të cilët i kanë pasur sytë tek ty duke të të vënë në sedër me ndjenjat e fajit të rrenjosura ndër breza. Pra, lidhja baba-fëmijë brendësohet si një funksionim superego-ego (Tamo, 1998).

Nuk përjashtohet konteksti social i shoqërisë ku më i forti shihet si më i zoti për të qenë i suksesshëm (Lamborn, Mants, Steinberg & Dornbusch, 1991). Shqiptarët vijnë nga një shoqëri ku rregullat janë miksuar pavarësisht se cilës periudhe i përkasin: kanunit të Lek Dugagjinit apo Kanunit të Labërisë, apo vlerat e një shoqërie social-komuniste të papërcaktuara se nga vinin dhe ku do të çonin. Të dalë nga këto figura të mpleksura dhe çimentuara ndër shekuj, pa dyshim që shqiptarët do jenë në kërkim të figurës së

“babait” që t’i drejtojnë, t’i qortojnë/ndëshkojnë kur kanë bërë gabime, t’iu japë lëvdata kur e meritojnë dhe së fundmi t’iu lërë trashëgimninë e emrit, pushtetit, pasurisë gjenetike. Akoma edhe në ditët e sotme në shoqërinë shqiptare djali simbolizon tejçimin e gjithë pasurisë që ka ajo familje e për më tepër emrin i cili nuk duhet të turpërohet.

Kështu, kjo figurë zhvendoset në mënyrë të pandërgjegjshme nga ai, i forti, lideri që ka gjithmonë të drejtë te terapeuti i cili është ai të cilit duhet t’i bindesh dhe të mos e zhgënjesh. Ti duhet ta kënaqësh atë duke mos ia hedhur poshtë studimin, duhet të jesh fëmijë i bindur, duhet të mos e turpërosh (Steinberg, 2001).

Këto “*struktura familjare të ngurtësuar*” është vështirë që të shpërbëhen sepse përgjatë rrugëtimit historik të shqiptarëve nuk kanë gjetur terren të favorshëm për t’u relaksuar dhe për t’u ndjerë akoma më të sigurtë me veten dhe me përballjen e sfidave të lirisë mendore, emocionale dhe shpirtërore (Dhima, 2013).

Në shumë pak raste, mund të ndodhë e kundërta dhe për të mos iu bindur këtij autoriteti ai shkakton reagimin e të kundërtave: mosbindjen dhe dëshirën për ta nxjerrë terapistin të paaftë, pra terapeuti nuk ka qenë i zoti ta zotërojë (Sorr, 1989).

Në këtë studim nuk kemi raste të tilla (nuk përjashtohet fakti kur mendojnë se nuk i zë hipnoza) sepse kanë marrë pjesë në një studim që bëhet për herë të parë me një lloj trajtimi i cili nuk është i përhapur dhe nuk kanë shumë informacion.

Dr. Fanaj përforcon idetë e dhënë edhe nga ekspertët më sipër duke theksuar pasojat nga e kaluara jonë tradicionale, kolektive dhe diktatoriale të cilat i japin më shumë prioritet ndikimit të urdhrave dhe autoritetit. Ndërsa mund të themi se shqiptarët i kanë mekanizmat mbrojtës më të fuqishëm ndaj metaforës. Këtu duhet theksuar edhe përshtatja që ka metafora ndaj pjesëmarrësve në studim, si edhe ndikimi i variablit të terapistit në teknikën e përdorur: direkte autoritare - indirekte tolerante, cila prej tyre ka

qënë më e më e përshtatshme për terapistin. Ndoshta edhe aspekti se sa metafora i është përshtatur nga përmbajtja këtij kampioni, mund të ketë ndikim në efektivitet. Dihet se për të shkrehur butonat emocionale dhe të besimeve e qëndrimeve tek individit duhet që kjo të jetë përfruar me karakteristikat e personalitetit. Po ashtu në këtë vijë është edhe fakti sesa kjo metaforë e përdorur është përshtatur me përvojat e subjekteve të përfshira në studim.

Procesi i brendësimit të figurës autoritare herë trashëgohet duke u modeluar nga të parët, herë me dhunë nga figurat autoritare/diktatoriale dhe herë kemi identifikimin me agresorin, ku ankthin e shmangin në atë mënyrë që agresori të përjetohej se po buron nga vetë individit duke u bërë i ngjashëm me këtë objekt/figurë që i ka shkaktuar frikë (Meissner, 2009). Kjo është një mënyrë e kontrollit të ankthit i cili i ka rrënjët e veta shumë më të thella se mosha 20-30 vjeçare. Burimi i tyre ka rrjedhur ndër breza.

Mbase në kontekstin shqiptar preferohet zgjidhja më e lehtë, sugjerimi i terapistit, sepse kjo mënyrë është më e sigurt për të qenë më pozitiv ndaj vetes dhe kontrollit të saj (Bandura, 1986). Në këtë rast në mënyrë të pavetëdijshme, përgjegjësia zhvendoset te dikush tjetër sepse ti ke për detyrë të bindesh.

Modelimi i figurave autoritare është bërë pjesë e funksionimit tek të rinjtë (Bandura, 2001). Një pikë tjetër e cila rikonfirmohet në të gjitha të dhënat e historianëve, është periudha e *komunizmit* e cila ndikoi fuqishëm në mënyrën e funksionimit psikologjik të reagimit ndaj autoritetit të shqiptarët, periudhë ku qeverisja diktatoriale e shihte diktatin dhe dhunën psikologjike si një dhuratë për mbrojtjen dhe kujdesin ndaj popullit të vet. Këta individë janë njerëzit të cilët kanë marrë çoroditjen mendore dhe emocionale nga mesazhet e dyfishta të dhëna nga ata që i donin dhe kujdeseshin duke i ndëshkuar sa herë që bënin një gabim.

Nga intervista e parë në këndvështrimin antropologjik, sipas prof. Dhima, reagimi i shqiptarëve ndaj figurës autoritare, del në pah që reagimi ndikohet nga të ashtuquajturat “*strukturat e ngurtësuara në mendjet e tyre*”. Këtu ritheksohet figura e të parit të fisit dhe familjes. Shqiptarët kanë mbijetuar në familje të mëdha ku roli i të parit detyrimisht që do të respektohej dhe padyshim që do të brendësohej (Dhima, 2013).

Ndërsa fjalët e përdorura tek teknika e Metaforës kanë kuptim jo të drejtpërdrejtë por jepen nëpërmjet një mesazhi “të kamufluar”. Teknika e metaforës kërkon një impenjim dhe një sforco konjitive më të lartë të pacientit, kërkon më shumë përqëndrim dhe fokusim në vizualizimin e pamjes së induktuar nga hipnoterapisti, jo të gjithë pacientët e kanë aftësinë për të vizualizuar apo për ta kuptuar qëllimin e metaforës. Përsa i përket efikasitetit më të ulët të teknikës së Metaforës mendoj së është e lidhur me formimin edukativ, social kulturor të shqiptarëve. Po ti referohemi edhe faktit se në disa raste metafora duke mos qënë e drejtpërdrejtë në lidhje me shqetësimin që ka pacienti zhvleftësohet, nëse ata do të parapëlqenin një teknikë më direkte (Burns, 2001; Yapko, 2003).

Hipnoterapisti Charuana, shpjegon në intervistën e dhënë se pacientët duhet të kenë aftësinë për të kuptuar dhe për të mësuar nga ajo që u jepet nëpërmjet *metaforës* dhe jo çdokush e ka këtë aftësi. Nëse subjektet nuk e kanë këtë aftësi nuk do mund të përfitojnë prej saj. Shpjegimi i tij i është në përputhje dhe i bashkangjitet mendimit të Prof. Aliçkës si edhe Dr. Fanaj.

Sipas Prof. Ylljet Aliçka, *metafora* si mekanizëm i rrjedhës së mendimit nuk pati sukses në trajtimin e ankthit tek shqiptarët sepse ata duan të shohin diçka që është e dukshme dhe e prekshme. *Metafora* është një proces mendor më i thellë se kaq. Nëse do ta shohim si një dukuri të elitë s dhe të artit normalisht që pjesëmarrësit nuk janë pjesë e

kësaj kategorie të cilët merren me këtë pjesë dhe të kënë më të zhvilluar intuitën dhe nuhatjen e një njeriu të “stërvitur” me inteligjencën e përdorur në metaforë. Me maturitet do të përfshijmë pjesën mendore dhe emocionale të individit të cilët në rastin e studimit i përkasin një grup- moshe e cila ka aftësinë mendore për të përzgjedhur/përthithuar atë që ka më shumë produktivitet në arritjen e qëllimit të tyre.

Në këtë pikë del qartë idea se *Metafora* nuk mund të ketë efikasitet të lartë tek të gjithë njerëzit dhe në studim panvarësisht faktit që të gjithë janë student nuk është diskutuar fakti nëse kanë dashuri për leximin apo artin dhe nuk lëmë pa përjashtuar faktin që nuk kanë përvojë të gjatë sepse i përkasin vetëm grup-moshës 20-30 vjeç.

Është e vërtetë që në kontekstin shqiptar *metafora* merr ngjyime të ndryshme në zona të ndryshme të vendit, por ky kriter nuk u morr parasysh përpara se të fillonte studimi që të kishim përcaktuar se cilës zonë i përkisnin pjesëmarrësit.

Duke u nisur nga kjo ide, vlen të theksohet se shqiptarët vijnë nga një trashgimni fisnike dhe shumë e pasur për sa i përket pjesës së simboleve ku ruhet identiteti kombëtar, veshja tradicionale, vallet, këngët e folklorit dhe eposit të kreshnikëve. Vlerat morale janë trashëguar përmes historive dhe gojëdhënave të treguara nga të parët të cilët e përdornin këtë mënyrë për të edukuar më të rinjtë. Metafora është përdorur në treva të ndryshme të vendit dhe debatet e bëra në të tillë nivel konsiderohen si pjesë e inteligjencës së individëve. Në odat e veriut duhet t’a fitojë vendin sepse bashkëbisedimi mund të bëhet vetëm në nivel metaforik dhe ti duhej ta kishe aftësinë për ta brendësuar, përpunuar dhe më pas për ta shprehur mendimin tënd.

Pas trajtimit teknikat nuk kishin dallime në trajtimin e ankthit të përgjithësuar midis meshkujve dhe femrave. Ky rezultat hedh poshtë hipotezën H4. Sipas së cilës ka dallime në efikasitetin e teknikave mes gjinive në reduktimin e ankthit dhe përmirësimin e cilësisë së jetës duke i dhënë përgjigje pyetjes 4.

Studimet e mëparshme për dallime gjinore në aftësinë e hipnotizimit dhanë disa të dhëna për të mbështetur besimin, se në përgjithësi, femrat mund të hipnotizohen më lehtësisht se meshkujt (Hilgard, 1965). Weitzenhoffer (2000), përmbledhi rezultatet e tij për këtë temë duke theksuar se dallimi është aq shumë i vogël, vetëm 5%, sa që kjo i ka çuar studjuesit në refuzimin e këtij ndryshimi sepse ky dallim nuk ka rëndësi praktike. Studime të tjera nuk arrijnë të nxjerrin një përfundim në lidhjen mes seksit, moshës, diagnozës dhe cilësive të personalitetit, në lidhje me nivelin e sugjestionibilitetit (Meares, 1955).

Kjo gjetje është pak a shumë e kuptueshme në faktin se Weitzenhoffer (2000) arrinë në përfundimin se nuk ka ndonjë dallim gjinor substancial në efektin e hipnozës.

Një tjetër këndvështrim është edhe fakti që target-grupi ishin studentë të cilët në këtë fazë të jetës janë në euforinë e barazisë gjinore dhe femrat në procesin e emancipimit të tyre dhe në përpjekje për të luftuar për fuqizimin e tyre në ditët e sotme.

Nga studimet e bëra ka rezultuar se çrregullimet e ankthit çojnë edhe në dëmtime të shëndetit dhe cilësisë së jetës. Spitzer, Kroenke & Linzer, (1995) gjetën dëmtime në të gjitha sferat e jetës duke përfshirë funksionimin social, funksionimin sipas rolit ndërsa Mendlowicz & Stein (2000) tregojnë për dobësim të cilësisë së jetës dhe funksionimit social tek pacientët që vuajnë nga ankthi. Këto të dhëna paraqiten edhe në rezultatet e dala nga analiza për të parë se si kanë reaguar pjesëmarrësit pas trajtimit në

funksionimin e tyre në marrëdhënie me *shtëpinë, punën dhe të tjerët*. Gjithashtu, Kessler dhe kolegët e tijë (1999) kanë gjetur, se njerëzit të cilët kanë nivel të GAD, raportojnë ulje të cilësisë së jetës në punë dhe marrëdhëniet sociale.

Nga rezultatet del që ka reflektim pozitiv në dimensionet e ndryshme të jetës: *të kujdesit ndaj shtëpisë, vështirësisë në punë dhe përballjes me të të tjerët*.

Teknikat e përdorura në trajtimin e të tre grupeve kanë ulur nivelin e ankthit duke ndikuar pozitivisht në këto tre dimensione duke përforcuar efektin real të teknikave.

- Teknika e *Forcimi i Egos* vepron pozitivisht te vështirësitë e përballjes në punë. Rritja e besimit, optimizmi, të parit të jetës në këndvështrim pozitiv që përshkruhet nga pacientët si aspekte të përdorimit të kësaj teknike, e reflektojnë hapur këtë pjesë. Pritshmëria ishte që kjo teknikë të kishte efikasitet edhe në marrëdhënie me të tjerët por kjo ngelet për tu diskutuar në studime të mëtejshme.
- Teknika e *Metaforës* ka ndikuar vetëm në kujdesin ndaj shtëpisë por jo tek dy dimensionet e tjera. Kjo teknikë nuk ka brenda trajtimit, komponentin social të përballjes me të tjerët.
- Teknika e *Relaksimit Progresiv* ka vepruar pozitivisht vetëm në vështirësitë në punë dhe kjo është e kuptueshme që nëse je i relaksuar do ta pasqyrosh edhe në marrëdhëniet e punës por nuk ka patur rezultat në marrëdhëniet me të tjerët dhe kujdesin ndaj shtëpisë. E njëjta rrjedhë shpjegimi vlen edhe për efikasitetin e kësaj teknike, sepse marrëdhëniet në punë janë të lidhura edhe në marrëdhëniet me të tjerët. Nga studimet ka rezultuar se mësimi i teknikave të relaksimit ka çuar në përmirësimin e funksionalitetit njohës, ekuilibrin emocionalë dhe të sjelljes në cilësinë e jetës (Dress, Ayres & Beechley, 2009).

- Te *Grupi i Kontrollit* nuk kemi ndikim në asnjë nga këto dimensione, gjë që pritej të ndodhte me qënë se nuk u ndërmorr asnjë hap për të trajtuar ankthin.

Gjetje të përgjithëshme për aplikimin e hipnoterapisë

Gjatë vëzhgimeve të punës është konstatuar se hipnoterapia është një fushë e re trajtimi dhe ka disa lloj pacientësh të cilët ishin pjesë e studimit tonë:

- 1) Ata të cilët e pranojnë dhe e kanë shumë dëshirë trajtimin me hipnoterapi, kanë lexuar dhe marrë informacion paraprakisht. Këtu hyjnë edhe pacientët të cilët kanë provuar meditim dhe janë shumë më të qartë dhe kanë më shumë informacion për gjendjen e transit dhe hipnozën. Ka të tjerë pacientë të cilët janë të interesuar për të eksploruar të pavetëdijshmen e tyre dhe besojnë se kthimi në kohën kur ka ndodhur ngjarja e cila mund të ketë lënë gjurmë, do të ndikonte në trajtimin e simptomave. Këtu hyjnë edhe pacientët të cilët besojnë në terapinë e jetëve të shkuara dhe duan të kenë më shumë informacion për veten lidhur me teorinë e rimishërimit (trupi fizik vdes ndërsa shpirti që është energji nuk vdes asnjëherë) Pa përjashtuar këtu edhe pacientët të cilët dëshirojnë të përdorin hipnoterapinë si një mënyrë për qetësi dhe relaks. Këta pacientë janë të qartë që në fillim që dëshirojnë të trajtohen me hipnoterapi. Nga përzgjedhja në fazën e dytë të studimit pothuajse të gjithë pjesëmarrësit dëshironin të merrnin pjesë në studim për të tilla arsye (3 prej tyre dëshironin të provonin edhe terapinë e jetëve të shkuara).
- 2) Pacientë të cilët janë në mëdyshje dhe duan më shumë shpjegime për gjendjen e hipnozës, janë në kufirin midis dëshirës dhe frikës për të inriguar nga kjo

gjendje e re e pa provuar më parë. Zakonisht këta janë individë të cilët i ka ngacmuar një informacion i marrë nga burime të ndryshme të medias, librave, emisioneve por më shumë kurjoz bëhen në rastet kur jua ka sygjëruar dikush i cili ka qënë subjekt i hipnozës dhe është bindës kur flet për eksperiencat personale. Në raste të tilla subjektet lihen të lirë të vendosin kur të jenë gati për të provuar gjendjen e transit, ose në seancën e parë futen vetëm në hipnozën e lehtë aq sa mendojnë se nuk kanë hyrë. Në fazën e tretë të studimit kishte vetëm një pjesëmarrës i cili kishte nevojë për më shumë informacion rreth hipnozës dhe gjendjes trans.

- 3) Ata të cilët janë kategorikisht kundër trajtimit duke përfshirë element të frikës dhe të rrezikut nga trajtimi, ata të cilët i takojnë një besimi fetar dhe e kanë të ndaluar (këtu hyjnë një pjesë e fesë myslymane të cilët besojnë se hipnoterapisti punon me xhinde dhe kjo është kundër besimit të tyre por nuk përjashtohet fakti që një pjesë e tyre e pranojnë sidomos në rastet e sygjëruara nga Dr. Rasim Vrioni, stomatolog i cili e përdor hipnozën në dentistri por në të njëjtën kohë i përket edhe kësaj feje). Pa përjashtuar rastet të cilët janë njerëz racional dhe mendojnë se nuk mund të hyjnë në hipnozë dhe rrefuzojnë kategorikisht të diskutojnë rreth këtij fakti edhe nëse nuk ua prezanton si një mënyrë trajtimi, pacientët që kanë frikë se do të tregojnë secrete të cilat nuk duhet ti thonë. Në këtë grupim hyjnë edhe pacientë të cilët sapo ulen në kolltuk bëjnë mbrojtjen e parë duke theksuar se kanë arrdhur te psikologu dhe jo te hipnoterapisti. Në fazën e parë të studimit, rezultuan raste të tilla të cilët refuzan edhe të plotësonin testin GAD-7 sapo u informuan për studimin.

- 4) Një grup shumë i vogël të cilët nuk duan të trajtohen dhe për të bindur veten edhe të tjerët vijnë dhe përdorin trajtimin me hipnoterapi për të treguar se edhe hipnoterapia nuk mund të japi rezultat. Po në këtë kategori do të fusja edhe pacientët të cilët vijnë me qëllimin për të treguar se hipnoterapisti është i paafte dhe nuk mund ta fusë në gjendjen e hipnozës. Raste të tilla nuk ka patur në studim sepse i përkasin më shumë rasteve klinike, të cilët ishin të përjashtuara nga studimi.

Kufizime

Ky studim ka një sërë kufizimesh të cilat duhen diskutuar. Dihet që pyetësorët kanë kufizimet e veta për sa i përket specifikës së tyre. Përdorimi i testit GAD-7 nuk mjafton për të bërë një vlerësim substancial të ankthit. Poashtu GAD-7 është një test i pa standardizuar në Shqipëri dhe si i tillë ka mangësi në përdorim dhe në administrim. Administrimi i GAD-7 dhe trajtimi i pjesëmarrësve, i bërë nga i njëjti studiues përbën një tjetër kufizim të këtij punimi, për vetë faktin e mundësisë së subjektivizmit. Nuk ka pasur vlerësues klinik nga një psikiatër ose psikolog klinik për rastet për të njohur gjendjen e tyre reale, por në këtë rast janë përdorur vetëm pjesëmarrësit të cilët përmbushnin kriteret e përcaktuara në bazë të testit.

Çështjet e testit mund të jenë problematikë edhe në rastin e matjes së nivelit të cilësisë së jetës, për arsyen se janë pyetje të pakta dhe shumë të përgjithshme të cilat nuk të lënë mundësinë e reflektimit më të thellë të ndikimit të faktorëve të tjerë, para dhe pas trajtimit, në perceptimet e tyre për cilësinë e jetës.

Në trajtimin me hipnoterapi ne i përshtasim teknikat sipas pacientit dhe nevojave të tij për trajtim prandaj edhe mund të themi se në këtë studim ky është një nga kufizimet themelore. Në hipnoterapi, si në çdo terapi klinike seancat janë “*tailor made*” të cilat u përshtaten nevojave, kushteve dhe qëllimit të përmirësimit të pacientit. Në rastin tonë, qëllimi ishte të shihej efekti i teknikave të veçanta por duke u zgjedhur pjesëmarrësit në mënyrë të rastësishme, mundet që teknika të caktuara të mos jenë efikase për pjesëmarrës të caktuar. Ajo që bëhet në dhomën e terapisë nuk mund të përshtatet plotësisht në një eksperiment.

Fakti që përdoret i njëjti protokoll hipnoterapie në të gjitha seancat mund të shkaktoj lehtësi sepse pacientët e njohin procedurën por nga ana tjetër pacienti mund të bezdiset nga përsëritja. Fakti që ata e dinë se si do të rrjedhi procedura do të ndikoj në rezultatet dhe inputet e dhëna.

Pacientët janë në dijeni të zhvillimit të eksperimentit dhe padyshim që kjo ka kufizimet e veta tek rezultatet. Pritshëmëritë që ata ndërtojnë për veten dhe për rezultatet ndikojnë në përgjigjet e dhëna. Grupet ishin me një numër të vogël pjesëmarrësish për të nxjerrë përfundime për një popullatë më të gjerë. Target-grupi i përzgjedhur nuk është përfaqësues, sepse edhe problematikat e hasura nuk janë të njëjta me ato të cilat mund të gjenden në popullatën e gjerë. Target-grupi ishin vetëm studentë të grup moshës 20-30 vjeçare, të cilët nuk kanë të njëjtat shqetësime dhe problematika me grup moshat e tjera. Gjithashtu, nuk është marrë në konsiderat variabli i origjinës së pjesëmarrësve, pra nga cilat treva kanë arrdhur ose janë rritur.

U mor si grup studimi popullata jo klinike dhe nuk mund të bëjmë përgjithësime për popullatën klinike të diagnostikuar nga doktorë psikiatër apo psikologë klinik, me

çrregullimin e ankthit të përgjithësuar, të cilët mund të vuajnë nga nivele më të larta dhe kronike të ankthit.

Niveli i ankthi të pjesëmarrësve është matur vetëm në fillim dhe në fund të trajtimit, por jo edhe pas një periudhe të caktuar për të parë efikasitetin e teknikave të përdorura, gjë që ul vlefshmërinë e studimit. Dihet se ankthi mund të ketë edhe fluktuacione të nivelit në një periudhë kohore edhe spontanisht.

KAPITULLI VIII: REKOMANDIME DHE SUGJERIME

PËR STUDIME TË MËTEJSHME

Nga rezultatet doli që të treja teknikat e *Forcimi i Egos*, *Metafora* dhe *Relaksimi Progresiv*, kanë ndikim në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe përmirësimin e cilësisë së jetës. Target-grupi i përzgjedhur është i cunguar për të bërë përgjithësime por disa prej rekomandimeve të më poshtme mund të vlejné për studime dhe studjues të tjerë. Rasti i Shqipërisë mund të diskutohet edhe me raste të vendeve të tjera. Duke u bazuar te rezultatet, në efikasitetin e teknikës së *Forcimi i Egos*, e cila është një teknikë autoritare/direkte, mund të bëhen studime të mëtejshme në lidhje mes zonës së individit, reagimit të tij ndaj autoritetit dhe aftësive të tij për të reaguar ndaj realitetit shqiptar dhe ndaj përballjes me sfidat e jetës. Për shembull, një studim karahasues do të ishte mes prejarrdhjes së pjesëmarrësve nga zona të ndryshme të vendit: dallimet në efikasitetin e kësaj teknike midis pjesëmarrësve të veriut dhe atyre të jugut. Faktorët kulturorë shpesh përcaktojnë thellësinë edhe sensibilitetin ndaj hipnozës (Kline, 1953; Sector, 1957). Një tjetër studim me vlerë do të ishte krakasimi i trajtimit të pjesëmarrësve të lindur dhe të rritur në periudhën e diktaturës dhe atyre të lindur në atë periudhë dhe të rritur në demokraci, pra reagimi i tyre ndaj figurës autoritare.

Një tjetër krahasim mund të bëhet ndërmjet pjesëmarrësve të rritur në fshat dhe atyre në qytet, duke ditur që ndikimi i familjes tradicionale, kushtet social ekonomike dhe niveli kulturor do të ishin të ndryshme.

Rezultatet e studimit në lidhje me *metaforën* sugjerojnë se mund t'i jepet më shumë prioritet leximit dhe edukimit të brezit të ri që do të ndikoj në formimin e vet individit, do të ketë më shumë lidhje emocionale dhe mendore me vlerat kulturore të vendit të vet

sepse duke njohur prejarrdhjem mund të punoj akoma më shumë me veten. Një tjetër sygjerim për studim të mëtejshëm do të ishte krahasimi i trajtimit të pjesëmarrësve të cilët janë të rritur në zona ku *metafora* është pjesë e traditës dhe komunikimit në jetën e përgjithshme dhe atyre që e kanë të huazuar nga librat. Në zona të caktuara të trevave shqiptare flitet me një simbolikë dhe përgjigja duhet të jepet po e tillë, ndërkohë që një individ i një zone tjetër mund të mos e kuptoj apo keqë interpretojë bisedën.

Edhe pse teknika e *Relaksimit Progresiv* nuk kishte efikasitetin më të lartë në reduktimin e ankthit të përgjithësuar, përsëri ajo është një nga teknikat e cila vlen të sugjerohet në institucione si spitale, shkolla, deri edhe në kopshte si një teknikë për të ndihmuar individin në përballjen me ankthin dhe stresin e jetës së përditshme. Duke u bazuar në përfundimet e dala nga studimet e Pavlov dhe Jones (2005) se, një seancë e vetme prej 20 minutash e *relaksimit progresiv* do të ndikonte në uljen e konsiderueshme të reagimeve fiziologjike si, rrahjet e zemrës, tensioni i muskujve, norma e frymëmarrjes, presionin sistolik të gjakut në funksionin e sistemit imunitar, atëherë sygjerohet fuqishëm që kjo seancë të bëhet rutinë në ambientet e sipërmendura. Teknikat relaksuese, po përdoren për herë e më shumë si një ndërhyrje jo-farmakologjike nga infermierët, profesionistët në fushën e mjekësisë në mjediset e ndryshme shëndetësore. Në rishqyrtimin e teknikave të relaksimit (Kerr, 2000) paraqiten studime, të cilat tregojnë reduktimin e nivelit të stresit të reagimet fiziologjike dhe simptomat psikologjike, pas përdorimit të një kursi të *relaksimit progresiv*. Rezultatet e studimeve dalin në përfundimin se relaksimi progresiv ka potencial të shkaktojë relaks (Kerr, 2000). Edhe pse ankthi pothuajse është studjuar gjerësisht, pak studime janë fokusuar në teknikat, që kanë për qëllim uljen e nivelit të tij te studentët (Vitasari, Wahab, Othman, & Awang, 2010).

Nga studimi doli se pjesëmarrësit nuk kishin shumë informacion në lidhje me teknikat të relaksit (këtu hyjnë edhe teknikat e *hipnoterapise* dhe të *relaksimit progresiv*) për këtë arsye, sugjerohet të edukohen dhe të mësohen teknikat e frymëmarrjes dhe të vet-relaksimit, në përshtatje dhe përpuethshmëri me nevojat dhe dëshiat e individit, të cilat do të ndikojnë pozitivisht në mirëqënien fizike e mendore duke rritur nivelin e cilësisë së jetesës dhe performancën profesionale. Conrad & Roth (2007) kanë deklaruar se PMR vazhdon të luajë një rol të rëndësishëm në trajtimin modern të çrregullimeve të ankthit.

Vet-hipnoza është një teknikë e cila hyn te grupi i teknikave të cilat aplikohen tepjesëmarrësit për të arritur relaksim dhe qetësi mendore dhe fizike. Duke u bazuar te përfundimet e studimeve nga të cilat ka dalë se aplikimi i vetë-hipnozës ndikon në uljen e nivelin bazë të ankthit në vullnetarët e shëndetshëm (VandeVusse et al., 2010), dhe se efekti i saj ishte i ngjashëm me atë të ushtrimeve të relaksimit dhe trajnimit imagjinar (Gruzelier, 2002) rekomandohet të trajnohen pjesëmarrësit për të përmirësuar simptomat e ankthit. O'Neil, Barnier dhe Mçonkey (1999) kanë cilësuar vetë-hipnozën si një trajtim më efektiv, se relaksimi bazuar në studimin mbi pjesëmarrësit me ankth të lehtë dhe ky aplikim mund të gjejë vend te pjesëmarrësit e shkollave të të gjitha niveleve, subjekte të cilët e kanë ankthin të shkaktuar nga mbingarkesa në shkollë, punë ose situata të tjera sekondare.

Sugjerohet të ndërmerren studime për uljen e nivelit të ankthit me anë të muzikës dhe të *relaksimit progresiv* sepse në studim u përjashtua ky element por duke u bazuar nga të dhëna të studimeve të tjera ka patur rezultate positive. Për këtë rekomandim jam bazuar në sugjerimin e bërë nga një prej pjesëmarrësve të trajtuar me *Relaksimin Progresiv*. Mishera (2004) arriti në përfundimin se *Relaksimi Progresiv* i shoqëruar me muzikë

ndikon në uljen e ankthit, lodhjes dhe në përmirësimin e cilësisë së jetesës. Pelletier (2004) arriti po të njëjtat rezultate në rastet e shoqërimit me muzikë për të arritur zgjimin tek pacientët ndërsa Hernandez-Ruiz (2005) thekson se niveli i ankthit ulet kur *Relaksimi Progresiv* shoqërohet me muzikë.

Në bazë të rezultateve të papritura që na dolën në përmirësimin e cilësisë së jetës, sugjerohet të bëhen studime të cilat do të shpjegojnë ndikimin e trajtimit të ankthit edhe në dimensione të tjera. Studimi i bërë nga Dress, Ayres & Beechley (2009) ka nxjerrë se mësimi i teknikave të relaksimit përmirëson funksionalitetin njohës, ekuilibrin emocional dhe të sjelljes, si edhe cilësinë e jetës.

Eksperienca klinike sugjeron një sërë arsyesish pse hipnoza në Shqipëri nuk është një terapi e cila mund të aplikohet me lehtësinë që mund të ushtroj një profesionist në vendet e tjera. Arsyet e vështirësisë janë:

- 1) Është një profesion dhe një lloj trajtimi i cili nuk është i njohur më parë nga njerëzit në përgjithësi.
- 2) Është parë si një punë e njerëzve me aftësi të veçanta, të përfaqësuesve të fefe ose fallxhoreve të cilat mund të të hipnotizojnë. Manifestimet e sjelljes hipnotike kanë ndodhur në kontekst fetar ose shërues (Jonas & Levin, 1999).
- 3) Ka mungesë të theksuar informacioni në gjuhën shqipe.
- 4) Ka mungesë të profesionistëve shqiptarë të cilët aplikojnë edhe hipnoterapinë në mjedise si: spitale, stomatologji, shkolla, burgje, gjykata, sporte.

5) Informacioni është pak më i vështirë për tu treguar nga pjesëmarrësit sepse paragjykimi është shumë më i madh krahasuar me vendet më të zhvilluara. Në Shqipëri vazhdon të ngelet tabu takimi me psikologu dhe akoma më tepër me hipnoterapistin.

Nga ana tjetër ka më tepër lehtësi për arsyet se:

1) Pjesëmarrësit në ditë e sotme mund të marrin informacion në internet, mund të provojnë video në youtube dhe ta kenë më të lehtë kur vijnë dhe e aplikojnë terapinë në gjuhën amtare.

2) Depërtimi i informacionit nëpërmjet medias së shkruar dhe vizive është shumë më i lehtë se në një vend më të madh.

3) Tejçimi i informacionit është më i shpejt sepse jemi një vend shumë i vogël.

4) Të aplikosh një lloj terapie të re dhe ndryshe nga terapitë tradicionalet për herë të parë, pa dyshim që mund të shihet edhe si trend i ditës: ti je i guximshëm sepse ke shkruar dhe ke provuar hipnozën; ti ke çfarë ju tregon të tjerëve për të qënë interesant.

Për arsyen se *hipnoza* nuk është e njohur dhe e përhapur në Shqipëri, sugjeroj që të bëhen më shumë studime për të paraqitur në mënyrë shkencore çmitizimin e saj.

REFERENCAT

Burime parësore:

- Abbatiello, G. (2006). Cognitive Behavioural Therapy and Metaphor, *Perspectives in Psychiatric Care*, 42 (3): 208-211.
- Abolghasemi, A., Mehrabizadeh-Honarmand, M., Najarian, B., & Shokrkon, H. (2004). The effectiveness of therapeutic methodology of stress inoculation training and systematic desensitization in test anxiety students. *Journal of Psychology*, 8 (29): 3-21.
- Alman, B., & Carney, R. E. (1980). Consequences of direct and indirect suggestions on success of posthypnotic behavior. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23: 112-118.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviours Resarch and Therapy*, 41: 633-646.
- Ashton, C., WhitWorth, G. C. & Al, J. A. S. E. (1997). Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery: a prospective, randomized trial. *Journal of Cardiovascular Surgery*, 38 (1): 69-75.
- Bachner-Melman, R. & Lichtenberg, P. (2001). Freud's relevance to hypnosis: a reevaluation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(1): 37-50.
- Bachner-Melman, R., & Ebstein, R., (2002) . No link between hypnotizability and the Self-Monitoring Scale. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(1): 21-30.
- Banyai, E. I. & Hilgard, E. R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(2): 218-224.
- Barabasz, A., & Christensen, C. (2006). Age regression: Tailored versus scripted inductions. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(4): 251-261.

- Barber, J. (1977). Rapid induction analgesia: A clinical report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19: 138-147.
- Barber, J. (1998). When hypnosis causes trouble. *International Journal of Clinical Experimental Hypnosis*, 46 (2): 157-70.
- Barber, T.X. (2000). A deeper understanding of hypnosis: its secrets, its nature, its essence. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42 (3-4): 208-72.
- Barlow, D. H. (2002). Unravelling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55: 1247-1263.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23: 551-570.
- Barnier, A.J. & Mçonkey, K.M. (2003). Hypnosis, human nature, and complexity: integrating neuroscience approaches into hypnosis research. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 51 (3): 282-308.
- Bermejo-Caja, C.J., Martin-Garcia, A., Garcia-Laborda, A., Perez-Quintana, M. M., Diaz Rodriguez, L. & Marques-Andres, S. (2013). Effectiveness of relaxation on anxiety and quality of life in adult patients with generalised anxiety disorder: a systematic review protocol; *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11 (1): 270-287.
- Bernstein, D.A., Borkovec, T.D. & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: a guidebook for helping professionals*. New York: Praeger Publ.
- Blatner A. (2006). *Useful metaphors in psychotherapy*. Available at: www.blatner.com/adam/level2/metaphors.htm (accessed 28 Juny 2014).
- Bloom, D. E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., et al. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.

- Bolden, I. (2008). *Anxiety Disorders among College Students*. [Online] Available: http://www.livestrong.com/health-article/anxiety-disorder-among-collegestudents_9dd271b9-ca2f-2e0e-28eb-a82228bc69bd/ (May 20, 2009).
- Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 877-884.
- Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4): 611-9.
- Brann, L., Mackrodt, K., & Joslin, M. (2010). *Outcome audit, Chelmsford Medical Hypnotherapy Unit*. Paper presented at BSCAH Conference, Birmingham, UK.
- Brown, D., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale-NJ: Erlbaum, Assoc. Press.
- BroWn, T. A., Moras, K., Zinbarg, R. E., & BarloW, D. H. (1993). Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 24: 227-240.
- Calnan, R. D. (1977). Hypnotherapeutic ego strengthening. *Australian Journal of Clinical Hypnosis*, 5: 105-118.
- Campbell, T. (2005). *The cognitive neuroscience of auditory distraction Trends in Cognitive Sciences*, 9 (1): 3-5.
- Chatterjee, P. & Walsh, K. (2010). Anxiety among high school students in India: Comparisons across gender, school type, social strata and perceptions of quality time with parents. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 10: 18-31.
- Chida, Y., Steptoe, A., HirakaWa, N., Sudo, N. & Kubo, C. (2007). The effects of psychological intervention on atopic dermatitis-a systematic review and meta-analysis. *International Archive of Allergy Immunology*, 144: 1-9.

- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164: 759-769.
- Coe, W. (1993). Expectations and hypnotherapy. In: J. Rhue, S. Lynn, & I. Kirsch (Eds.). *Handbook of clinical hypnosis*. Washington-DC: *American Psychological Association*: 73-93.
- Coelho, H.F., Canter, P.H. & Ernst, E. (2007). The effectiveness of hypnosis for the treatment of anxiety: a systematic review. *Primary Care and Community Psychiatry*, 12 (2): 49-63.
- Conrad, A., & Roth, W.T. (2006). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 243-264.
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: a population study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (3): 196-202.
- Crist, D. A. & Rickard, H.C. (1993). A 'fair' comparison of progressive and imaginal relaxation. *Perceptual and Motor Skills*, 76: 691-700.
- Crowley, R. (1980). Effect of indirect hypnosis (rapid induction analgesia) for relief of acute pain associated with minor podiatric surgery. *Dissertation Abstracts International*, 40: 4549.
- Cupal, D. D. & Brewer, B. W. (2001). Effects of relaxation and guided imagery on knee strength, reinjury anxiety and pain following anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabilitation and Psychology*, 46 (1): 28-43.
- De Pascalis, V., & Penna, P. (1990). 40-Hz EEG activity during hypnotic induction and hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38: 125-138.

- De Pascalis, V., Russo, P. & Maruči, F.S. (2000). Italian norms for the Harvard Croup Scale of Hypnotic Susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48: 44-55.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World mental health surveys. *The Journal of the American Medical Association*, 291 (21): 2581-2590.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Cristoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 37-52.
- Dimond, R.L. (1981). Hypnotic treatment of a kidney dialysis patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23: 284-288.
- Donker, T., Straten, A. van, Marks, I., & Cuijpers, P. (2011). Quick and easy self-rating of Generalized Anxiety Disorder: validity of the Dutch Web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI. *Psychiatry Research*, 188: 58-64.
- Dress, R., Ayres, A., & Beechley, B. (2009). The impact of Progressive Muscle Relaxation Training on psychosocial functioning and autonomic recovery and quality of life to stress in addicts. *Inter Journal of applied psychology*, 34 (4): 46-68.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M. D. & Boisvert, J.-M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12: 253-261.
- Elkins, G.R., Barabasz, A.F., Council, J.R. & Spiegel, D. (2015). Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63: 1-9.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York: Basic Books.

- ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 420: 21-7.
- Evans, F.J. (2000). The domain of hypnosis: a multifactorial model. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43 (1): 1-16.
- Fisher, P. L., & Durham, R. C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinical significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29: 1425-1434.
- Fricton, J. R., & Roth, P. (1985). The effects of direct and indirect suggestion for analgesia in high and low susceptible subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27: 226-231.
- Frischholz, E.J. (2015). Hypnosis, Hypnotizability, and Placebo. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(2): 165-174.
- Fromm, E. (1965). Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2(3): 127-133.
- Gardner, G. G. (1976). Hypnosis and mastery: Clinical contributions and directions for research. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24 (3): 202-214.
- Gardner, G.G. & Olness, K. (1981). *Hypnosis and hypnotherapy With children*. New York: Grune and Stratton.
- Gardner, G.G. (1976). Hypnosis and mastery: Clinical contributions and directions for research. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24: 202-214.
- Gerschman, J. A., Burrows, G. D. & Reade, P. C. (1987). Hypnotizability and dental phobic disorders. *International Journal of Psychosomatics*, 34 (4): 42-47.

- Gilbertson, A.D. & Kemp, K. (1992). Uses of hypnosis in treating anxiety state. *Psychiatric Medicine*, 10 (4): 13-20.
- Gillett, P. L. & Coe, W. C. (1984). The effects of rapid induction analgesia (RIA), hypnotic susceptibility, and severity of discomfort on reducing dental pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27: 81-90.
- Goodman, L.S., & Holroyd, J. (1992). Ego receptivity and hypnotizability-two pilot studies: a brief communication. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 40 (2): 63-67.
- Gordin, R.D. (1981). *Effects of Hypnosis, Relaxation Training, or Music on State Anxiety and Stress in Female Athletes*, EDD from The University of Utah, 89 pages, <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/8116784>.
- Gould, R.C. & Krynicki, V.E. (1989). Comparative effectiveness of hypnotherapy on different psychological symptoms. *American Journal of Clinical Hypnosis* 32 (2): 110-117.
- Graham, C., (1973). *Hypnosis and attention*. Paper presented at the Sixth International Congress for Hypnosis. Sweden: Uppsala.
- Greenberg, P.E., Sisitsky, T., Kessler, R.C., Finkelstein, S.N., Berndt, E.R., Davidson, J.R., et al. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1999/08/24, 60 (7): 427-35.
- Greene, R. J. (1973). Combining rational-emotive and hypnotic techniques: Treating depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 10,71-73.
- Grinder, J., Delozier, J., & Bandler, R. (1977). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D.* Cupertino, CA: Meta Publications.
- Gruzelier, J. (1998). A Working model of the neurophysiology of hypnosis: a review of the evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15: 3-21.

- Haggbloom, S. J., Warnick, R., Warnick, J. E., Jones, V. K., Yarbrough, G. L., Russell, T. M. et al. (2002). The 100 most eminent psychologists of the 20th century. *Review of General Psychology*, 6: 139-152.
- Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety and stress-related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10 (2): 263-73.
- Havens, R.A. & Walters, C. (1989). *Hypnotherapy Scripts: A neo-Ericksonian approach to persuasive healing*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Heather, L. V., & April, L. C. (2008). *The Relationship between Test Anxiety and Academic Performance*. Available: <http://clearinghouse.missouriWestern.edu/manuscripts/333.php> (Accessed January 10, 2008).
- Henderson, S., Andrews, G. & Hall, W. (2000). Australia's mental health: overview of the general population survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34: 197-205.
- Hilgard, E.R., et al. (1958). Individual differences in susceptibility to hypnosis. *Proceeding of the National Academy of Science*, 44: 125.
- Hilgard, J.R. (1974). Imaginative involvement: some characteristics of the highly hypnotizable and the nonhypnotizable. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 22:138.
- Hornyak, L. (1999). Empowerment through giving symptoms voice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42 (2): 132-9.
- Houghton, D. M. (1996). Autogenic training: a self-hypnosis technique to achieve physiological change in a stress management programme. *Contemporary Hypnosis*, 13 (1): 39-44.
- Hoyer, J., Becker, E.S. & Roth, W.T. (2001). Characteristics of worry in GAD patients, social phobics, and controls. *Depression and Anxiety*, 13: 89-96.

- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: A psychological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychological and medical practice*. Chicago: University of Chicago.
- Jamieson GA. & Sheehan PW. (2002). *A critical evaluation of the relationship between sustained attention abilities and hypnotic susceptibility*. *Contemporary Hypnosis* 19 (2): 62-74.
- Johnson, M.E. & Hauck, C. (1999). Beliefs and opinions about hypnosis held by the general public: a systematic evaluation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42 (1): 10-20.
- Karatas, H., Alci, B. & Aydin, H. (2013). Correlation among high school senior students' test anxiety, academic performance and points of university entrance exam. *Educational Research and Reviews*, 8 (13): 919-926.
- Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51 (1): 8-19.
- Kihlstrom, J. F. (1992). Hypnosis: a sesquicentennial essay. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40: 301-314.
- Kirsch I. & Lynn, S. J. (1995). The altered state of hypnosis: changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50: 846-858.
- Kirsch I., (1994). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37 (2): 95-106.
- Kirsch, I. & Braffman, W. (1999). Correlates of hypnotisability: The first empirical study. *Contemporary Hypnosis*, 16: 224-230.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40: 1189-1202.

- Kirsch, I. (2000). The response set theory of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42 (3-4), 274-293.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 63 (2): 214-220.
- Kirsch, I., Montgomery, G., et al. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2): 214-220.
- Kline, M.V. (1953). Toward a theoretical understanding of the nature of resistance to the induction of hypnosis and depth of hypnosis. *Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 1: 32.
- Kohen, D. P., Olness, K. N., Colwell, S. O., & Heimel, A. (1984). The use of relaxation-mental imagery (self-hypnosis) in the management of 505 pediatric behavioral encounters. *Journal of Developmental and Behavioral Practice*, 5 (1): 21-25.
- Krippner, S. & Bindler, P.R. (1974). Hypnosis and attention: a review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16: 166.
- Kroger, W. & Fezler, W. (1976). *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*. Philadelphia: J. B. Lippincott Co: 14.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 957-964.
- Lamborn, S.D., Mants, N.S., Steinberg, L., & Dornbusch, S.M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62: 1049-1065.
- Lankton, C. H. (1985). Elements in an Ericksonian approach. *Ericksonian Monographs*, 1: 61-75.

- Lavertue, N. E., Kumar, V. K., & Pekala, R. J. (2002). The effectiveness of a hypnotic ego-strengthening procedure for improving self-esteem and depression. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30 (1): 1-23.
- Leboeuf, A. & Lodge, J. (1980). A comparison of frontalis EMG feedback training and progressive relaxation in the treatment of chronic anxiety. *Journal of Psychiatry*, 137: 279-284.
- Lee, C.K., Kwak, Y.S., Rhee, H., Kim, Y.S., Han, J.H., Choi, J.O., et al. (1987). The nationwide epidemiological study of mental disorders in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 2 (1): 19-34.
- Lehrer, P. M. (1982). How to relax and how not to relax: A re-evaluation of the work of Edmund Jacobson. *Behaviour Research and Therapy*, 20: 417-428.
- Lehrer, P. M., Batey, D. M., Woolfolk, R. L., Remde, A., & Garlick, T. (1988). The effect of repeated tense-release sequences on EMG and self-report of muscle tension: an evaluation of Jacobsonian and post-Jacobsonian assumptions about progressive relaxation. *Psychophysiology*, 25 (5): 562-569.
- Lehrer, P. M., Woolfolk, R. L., Rooney, A. J., Mçann, B., & Carrington, P. (1983). Progressive relaxation and meditation: A study of psychophysiological and therapeutic differences between two techniques. *Behavior Research and Therapy*, 21: 651-662.
- Lenka, S. K., & Kant, R. (2012). A study of academic anxiety of special need's children (children needs) in special reference to hearing impaired and learning disabled. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 2 (2): 64-72.
- Linden, J. (1997). On the art of hypnotherapy with women: Journeys to the birthplace of belief and other recipes for life. *Hypnos*, 24 (3): 138-47.
- Linial, A.Z. (1983). *An Investigation of a Treatment of Anxiety; A Comparison of the Relative Effects of Hypnosis and Progressive Muscle Relaxation on the Improvement of Self-concept in High Susceptibility Subjects*, EDD from Temple University, 116 pages, <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/8311550>.

- Luigi, M., Francesca, D., Maria, D.S., Eleonora, P., Valentina, G.D., and Benedetto, V. (2007). The Role of Anxiety Symptoms in School Performance in A Community Sample of Children and Adolescents. *BMC Public Health*, 7: 347.
- Lynn, S. J., Neufeld, V., & Matyi, C. L. (1987). Inductions versus suggestions: Effects of direct and indirect wording on hypnotic responding and experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 96: 76-79.
- Lynn, S. J., & Hallquist, M. N. (2004). Toward a scientifically based understanding of Milton H. Erickson's strategies and tactics: Response sets and common factors in psychotherapy. *Contemporary Hypnosis*, 21: 63-78.
- Malott, J. M., Bourg, A. L., & Crawford, H. J. (1989). The effects of hypnosis upon cognitive responses to persuasive communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37: 3140.
- Mancuso, D. M., Townsend, M. H. & Mercante, D. E. (1993). Long-term follow-up of generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (6): 441-6.
- Manzoni, G.M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*; 8: 41.
- Margarita, T. (2008). *Depression and Anxiety among College Students*. Psych Central, 12. [Online] Available: <http://psychcentral.com/lib/2008/depression-and-anxiety-among-college-students/> (September 10, 2008).
- Matthews, W. J., & Mosher, D. L. (1988). Direct and indirect hypnotic suggestion in a laboratory setting. *British Journal of Experimental & Clinical Hypnosis*, 5 (2): 63-71.
- Matthews, W. J., Bennett, H., Bean, W., & Gallagher, M. (1985). Indirect versus direct hypnotic suggestions An initial investigation: A brief communication. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 33: 219-223 .

- Matthews, W.J. (2000). Ericksonian approaches to hypnosis and therapy: where are we now? *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 48 (4): 418-26.
- McConkey, K. (1984). The impact of an indirect suggestion. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 32: 307-314.
- McConnell, P., Bebbington, P., Mclelland, R., Gillespie, K. & Houghton, S. (2002). Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland Population study in the District of Derry. *Br J Psychiatry*. 18: 214-9.
- McNeal, S., & Frederick, C. (1993). Inner strength and other techniques for ego strengthening. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(3), 170-178.
- McCraty, R., Dana, T., Mike, A., Pam, A., and Stephen, J. (2000). *Improving Test-Taking Skills and Academic Performance in High School Students Using Heart Math Learning Enhancement Tools*. Institute of Heart Math.
- Meares, A. (1955). A note on the motivation for hypnosis. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 3: 222.
- MendloWicz, M., & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157 (5): 669-682.
- Morgan, A.H., Johnson, D.L., et al. (1974). The stability of hypnotic susceptibility: A longitudinal study. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 22: 249-257.
- Mosher, D., & Matthews, W. (1985). *Multiple embedded metaphor and structured amnesia*. Paper presented at the American Psychological Association meeting, San Diego-CA.
- Murphy, M. B. (1988). A linguistic-structural model for the investigation of indirect suggestion. *Ericksonian Monographs*, 4: 12-27.
- Murray-Jobsis, J. (1990 b). Renurturing: Forming positive sense of identity and bonding.

In D.C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*, New York: W.W. Norton, 326-328.

Nickel, C., Kettler, C., Muelhbach, M., Lahmann, C., Tritt K., Fartacek, R. et al. (2005). Effect of progressive muscle relaxation in adolescent female bronchial asthma patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59: 393-398.

Nugent, W. (1989a). *Evidence concerning the causal effect of an Ericksonian hypnotic intervention*. In Lankton, S. (Ed.), *Ericksonian monographs*, New York: Brunner/Mazel, 5: 68-85.

O'Neill, L. M., Barnier, A. J. & Mconkey, K. M. (1999). Treating anxiety with self-hypnosis and relaxation. *Contemporary Hypnosis*, 16 (2): 68-81.

Oakley, D. A. (2006). Hypnosis as a tool in research: experimental psychopathology. *Contemporary Hypnosis*, 23: 314.

Oakley-Browne, M.A., Joyce, P.R., Wells, E., Bushnell, J.A. & Hornblow AR, (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part II: six month and other period prevalences of specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23: 327-40.

Orner, H., Darnel, A., Silberman, N., Shuval, D. & Palti, T. (1988). The use of hypnotic-relaxation cassettes in a gynecologic-obstetric ward. *Ericksonian Monographs*, 4: 28-36.

Öst, L. G., & Westling, B. E. (1995). Applied relaxation vs. cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33: 145-158.

Öst, L. G., Westling, B. E., & Hellstrom, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31: 383-394.

- Öst, L.-G. & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioral Research Therapy*, 38 (8): 777-90.
- Öst, L.-G. (1987). One-session treatments for a case of multiple simple phobias. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 16: 175-184.
- Öst, L.-G., Jerremalm, A. & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioural methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19: 1-16.
- Öst, L.-G., Johansson, J., & Jerremalm, A. (1982). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 20: 445-460.
- Owens, M. E., Bliss, E. L., Koester, P. & Jeppsen, E. A. (1989). Phobias and hypnotizability: a re-examination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37: 207-216.
- Parker, T., & Wampler, K. (2006). The use of therapeutic storytelling. *Journal of Marital & Family Therapy*, 2: 155-166.
- Paul, G. L. (1969). Physiological effects of relaxation training and hypnotic suggestion. *Journal of Abnormal Psychology*, 74: 425-437.
- Pavlov, L. A., & Jones, G. E. (2005). The impacted of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol and salivary immunoglobulin. A (sIgA). *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30 (4), 375-387.
- Peter, B. (2005). Gassner's exorcism-not Mesmer's magnetism-is the real predecessor of modern hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53: 1-12.
- Phillips, M. (1996). *Strengthening observing and experiencing ego functioning in ego-state therapy*. Presented at the 37th Annual Scientific Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, San Diego-CA.

- Phillips, M., & Frederick, C. (1992). The use of hypnotic age progressions as prognostic, ego-strengthening, and integrating techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35: 90-108.
- Piccione, C., Hilgard, E.R., et al. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2): 289-295.
- Piccione, C., Hilgard, E.R. & Zimbardo, P.G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25 year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 289-295.
- Pinnell, C.M. & Covino, N.A. (2000). Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 48 (2): 170-94.
- Power, K. G., Simpson, M. B., Swanson, V., & Wallace, B. (1990). A controlled comparison of cognitive-behavior therapy, Diazepam and Placebo, alone and in combination, for the treatment of generalised anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4: 267-292.
- Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R, & Endicott, J. (2005). Quality-of life impairment in depressive and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (6): 1171-8.
- Raskin, M., Bali, L. R., & Peeke, H. V. (1980). Muscle biofeedback and transcendental meditation. *Archives of General Psychiatry*, 37: 93-97.
- Rausch, S.M., Gramling, S.E., and Auerbach, S.M. (2006). Effects of single session of large group meditation and progressive muscle relaxation training on stress reduction, reactivity and recovery. *International Journal of Stress Management*, 13 (3), 273-290.
- Reyher, J., & Wilson, J. (1973). The induction of hypnosis: Indirect vs . direct methods and the role of anxiety. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15: 229-233 .

- Saarni, S.I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A., et al. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British Journal of Psychiatry*, 190: 326-32.
- Sakai, M., (1997). Effect of autogenic training for anxiety disorders: A clinical study in a psychiatric setting. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 88 (3): 56-64.
- Schreiber, E.H. & Schreiber, K.N. (1995). Using relaxation techniques and positive self-esteem to improve academic achievement of college students of psychology. 76 (3): 929-30.
- Schneider, H., MacLennan, & Feeny, D. (2008). Assessment of health-related quality of life in menopause and aging: *Climacteric*, 11: 93-107.
- Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G. & Pastyrnak, S. L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28: 127-140.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 48 (2): 154-69.
- Schoenburger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 48 (2): 154-69.
- Schreiber, E.H. & Schreiber, K.N. (1998). Use of hypnosis and Jacobson's relaxation techniques for improving academic achievement of college students. *Percept Mot Skills*, 86 (1): 85-6.
- Schreiber, E.H. (1997). Use of group hypnosis to improve college students' achievement. *Psychological Reports*, 80 (2): 636-8.
- Secter, I.I. (1957). Considerations in resistances to initial induction of hypnosis. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 5: 77.

- Smith, W. H. (1990). Hypnosis in the treatment of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54 (2), 209-16.
- Snow, L. (1979). The relationship between "Rapid Induction" and placebo analgesia, hypnotic susceptibility an chronic pain intensity. *Dissertation Abstracts International*, 40: 937.
- Somers, J.M.; Goldner, E.M.; Waraich, P. & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (2): 100-13.
- Sousa, T.V.; Viveiros, V.; Chai , M.V.; Vicente, F.L.; Jesus, G.; Carnot, M.J.; Gordo, A.C.; Ferreira, P.L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*: 13.
- Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and "trancelogic". *The Behavioral and Brain Sciences*, 9: 499-502.
- Spiegel, D. (2005). Multileveling the playing field: altering our state of consciousness to understand hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 22: 31-33.
- Spiegel, H., & Linn, L. (1969). The "ripple effect" following adjunct hypnosis in analytic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 126: 153-158.
- Spinhoven, P., Baak, D., Van Dyck, R., & Vermeulen, P. (1988). The effectiveness of an authoritative versus permissive style of hypnotic communication. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 36 (3): 182-191.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & LöWe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166 (10): 1092-1097.
- Spitzer, R., Kroenke, K., & Linzer, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients With mental disorders. *The Journal of the American Medical Association*, 274 (19): 1511-1517.

- Stam, H. J. and Spanos, N. P. (1982). The asclepian dream healings and hypnosis: A critique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30: 9-22.
- Stanton, H. (1989). Ego-enhancement: A five-step approach. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31: 192-198.
- Stone, I. A., & Lundy, R. M. (1985). Behavioral compliance with direct and indirect body movement suggestions. *Journal of Abnormal Psychology*, 94: 256-263.
- Stone, J. A., & Lundy, R. M. (1985). Behavioural compliance with direct and indirect body movement suggestions. *Journal of Abnormal Psychology*, 3: 256-263.
- Straface, S. P. (2004). Self-esteem, hypnosis, and ego-enhancement. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32: 1-35.
- Swinson, R.P. (2006). The GAD-7 scale was accurate for diagnosing generalised anxiety disorder. *Evidence Based Medicine*, 11 (6): 184.
- Tamalonis, A., & Mitchell, J. (1997). Empirical comparison of Ericksonian and traditional hypnotic procedures. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 18: 5-16.
- Tarrier, N. & Main, C.J. (1986). Applied relaxation training for generalised anxiety and panic attacks: the efficacy of a learnt coping strategy on subjective reports. *British Journal of Psychiatry*, 149: 330-336.
- Van Dyck, R. & Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 21: 172-186.
- Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (1994). Cognitive change through hypnosis: the interface between cognitive therapy and hypnotherapy. *Psychotherapy*, 31: 146-153.
- Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (1994). Cognitive change through hypnosis: the interface between cognitive therapy and hypnotherapy. *Psychotherapy*, 31: 146-153.

- Van Gorp, W. G., Meyer, R. G., & Dunbar, K. D. (1985). The efficacy of direct versus indirect hypnotic induction techniques on reduction of experimental pain. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 33: 319-328.
- Van Gorp, W. G., Meyer, R. G., & Dunbar, K. D. (1985). The efficacy of direct versus indirect hypnotic induction techniques on reduction of experimental pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 4: 319-328.
- Vanderhoof, E., & Clancy, J., (1962). Effect of emotion on blood flow. *Journal of Applied Physiology*, 17: 67.
- VandeVusse, L., Hanson, L., Berner, M.A. & White-Winters, J.M. (2010). Impact of self-hypnosis in women on select physiologic and psychological parameters. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39 (2): 159-168.
- Vitasari, P.; Abdul Wahab, M.N; Othman, A. & Awang, M.G. (2010). The Use of Study Anxiety Intervention in Reducing Anxiety to Improve Academic Performance among University Students. *International Journal of Psychological Studies*, 2 (1): 89-95.
- Waelen, J. (1997). Women in medicine: Bringing gender issues to the fore. *Journal of the American Medical Association*, 277: 1404.
- Wacker, H.R., Mulleijans, R., Klein, K.H. & Battegay, R. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2: 91-100.
- Wade, T.C. & Wade, D.K. (2001). Integrative psychotherapy: Combining ego-state therapy, clinical hypnosis, and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in a psychosocial developmental context. *Am J Clin Hypn.* 43 (3-4): 233-45.
- Weitzenhoffer, A. (1950). A note on the persistence of hypnotic suggestion. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 45:160.

- Weitzenhoffer, A.M. & Hilgard, E.R. (1962). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form C (S I1SS: C). *Consulting Psychologists Press*, Palo Alto-CA.
- Weitzenhoffer, A.M., & Weitzenhoffer, G.B.(1958). Sex, transference and susceptibility to hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1:15.
- West, J.L.: Psychophysiology of hypnosis. (1960). The Journal of the American Medical Association, 172: 672.
- Wittchen, H., Kessler, R., Beesdo, K., Krause, P., Hoefler, M. & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (8): 24-34.
- Wolf, D.B., & Abell, N. (2003). Examining the effects of meditation techniques on psychosocial functioning. *Research & Therapy*, 20: 461-467.
- Wong, M. & Burrows, G. (1995). Clinical hypnosis. *Australian Family Physician*. 24(5): 778-783.
- Yılmaz, M., & Ocakçı, A. F. (2010). Bir kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi [Determination the anxiety level of university students one dormitory located]. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (1): 16-23.
- Yu, C. K-C., (2005). Application of cognitive-behavioural hypnotic treatment for anxiety management in the Chinese. *Contemporary Hypnosis*, 22 (2): 104-105.

Burimet sekondare:

- Alman, B. M. (1983). *Self-Hypnosis: A Complete Manual for Health and Self-Change*. San Diego: International Health Publications.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.), Text Rev. Washington-DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington-DC.
- Axelrad, A.D., BroWn, D. & Wain, H.J. (2009). *Hypnosis*. In: N.W Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins (9th ed.): 2804-2832.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1978). *Frogs into Princes: Neurolinguistic Programming*. Moab-UT: Real People Press.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1979). *Frogs into princes*. Moab-UT: Real People.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs-NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*. New York: Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). *Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective*. Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:1-26 Copyright c 2001 by Annual Reviews.
- Barber, J. (1991). The locksmith model: Accessing hypnotic responsiveness. In S. Lynn & J. Rhue (Eds.). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 241–274). New York: Guilford.
- Barber, T.X. (1999). *A comprehensive three-dimensional theory of hypnosis*. In: I.Kirsch, E.Cardena, & S.Amigo (eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives*. Washington-DC: 21-48.
- Barker, Ph., (1985). *Using Metaphors in Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Barrett, D. (2010). *Hypnosis and hypnotherapy*. Santa Barbara-CA: Praeger.

- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training*. Champaign-IL: Research Press.
- Boeree, G. (2004). *Teorite e Personalitetit, nga Frojdi deri në ditët tona*. Tiranë: Plejad.
- Bourland, S.L., Stanley, M.A., Snyder, A.G., et al. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health* 2000, 4 (4): 315-323.
- Bowers, K.S., & Bowers, P.G. (1972). *Hypnosis and creativity: A theoretical and empirical approachment*. In Fromm, E., and Shor, R.E. (eds.): *Hypnosis Research and Perspectives*. Chicago, Aldine-Atherton.
- Brann, L.; Owens, J. & Williamson, A. (2012). *The Handbook of Contemporary Clinical Hypnosis: Theory and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd, (1st ed.).
- Burns, G. (2001). *101 Healing stories: Using metaphors in therapy*. New York: Wiley.
- Burrows, G. D., Stanley, R. O. & Bloom, P. B. (2001). *International Handbook of Clinical Hypnosis*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Campell, J. (1949). *The hero with the thousand faces*. Princeton, NJ: Princeton University press.
- Cawthorn, A. & Mackereth, P.A. (2010). *Integrative Hypnotherapy Complementary Approaches in Clinical Care*. Elsevier Ltd.
- Chiland, C. (1999). *Biseda Klinike*. Shoqata e Psikologeve se Psikologeve, Tiranë.
- Cialdini, R. B. (1988). *Influence: Science & Practice (Second Edition)*. Glenview, IL: Scott, Foresman & Co.
- Coe, W. C., & Sarbin, T.R. (1991). *Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective*. In: S. J. Lynn & J. W. Rhue (eds.) *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. New York: Guilford Press: 303-323.
- Crawford, H. J. & Gruzelier, J. H. (1992). A midstream view of the neuropsychophysiology of hypnosis: Recent research and future directions. In

E. Fromm & M. R. Nash (Eds), *Contemporary Hypnosis Research* New York: Guilford Press: 227-266.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington-DC, 1980.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington-DC, 1987.

Diamond, M.J. (1974). Modification of hypnotizability: A review. *Psychological Bulletin*, 8:180.

Dienes, Z. (2008). *Subjective measures of unconscious knowledge*. In R. Banerjee and B. Chakrabarti (ed.) *Models of Brain and Mind: Physical, Computational and Psychological Approaches*. Elsevier, Amsterdam.

Durham, M.E. (1990). *Brenga e Ballkanit dhe vepra të tjera për Shqipërinë dhe shqiptaret*” Tiranë: 8 Nentori; origjinali: “Some Tribal Origins, Laws, and Customs of the Balkans” London: AMS Press, 1908.

Dhima, A. (2013). *Antropologji e komunikimit: Qasje ne realitetin shqiptar*. Tiranë: Kumi.

Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.

Erickson, M. H., Rossi, E. L. & Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggest*. New York: Irvington.

Ericson, M., Rossi, E., & Rossi, S. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. New York: Irvington Publishers.

Erikson, E.H.(1964). *Insight and responsibility*. New York: Norton.

Evans, F. (1991). *Hypnotisability: Individual differences in dissociation and the flexible control of psychological processes*. In: Lynn, S. J., Rhue, J. W. (eds) *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. New York: Guilford Press, ch 5, 144.

- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- Frederick, C., & McNeal, S. (1999). *Inner strengths: Contemporary ego-strengthening in hypnotic and nonhypnotic psychotherapy*. New York: Erlebaum.
- Freeman, L.W., (2001). *Research on mind-body effects*. In: Freeman, L.W., Lawlis, G.F. (Eds.), *Complementary & alternative medicine: A research-based approach*. Mosby, London.
- Fromm, E. (1980). *Greatness and limitations of Freud's thought*. New York: New American Library.
- Gauld, A. (1992). *A History of Hypnotism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Geary, B. (2001a). Assessment in Ericksionian hypnosis and psychotherapy. In B.B. Geary & J.K. Zeig (eds.), *The handbook of ericonian psychotherapy*. Phoenix-AZ: The Milton H. Erickson Foundation Press.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Genter, D. & Jeziorski, M. (1993), *The shift from metaphor to analogy in Western science in Metaphor and Thought*, edited by Andrew Ortony (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University, 447-448.
- Gill, M.M., & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and Related States: Psychoanalytic Studies in Regression*. New York, International Universities Press.
- Gilligan, S. G. (1987). *The therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian Hypnotherapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Gordon, D. (1978). *Therapeutic Metaphors*. Cupertino-CA: Meta Publ.
- Green, J.P., Barabasz, A., Barrett, D., & Montgomery, G.H. (2005). Forging ahead: The 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53: 259-264.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. Vol. I. New York: International Universities Press.

- Grinder, J., & Bandler, R. (1981). *TRANCE-formation*. Moab, UT: Real People press.
- Grup autoresh. (2010). *Fjalori i Gjuhës së Sotme Shqipe*. Tiranë.
- Hammond, D. C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: W.W. Norton.
- Hammond, D. C., & Stanfield, K. (1977). *Multidimensional Psychotherapy*. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing.
- Hartland, J. (1989). *Hartland's medical and dental hypnosis*. London: Baillière Tindall.
- Hartland, J. (1971). *Medical and dental hypnosis and its clinical applications*. London: Balliere Tyndall.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press, Inc.
- Havens, R. A., & Walters, C. (1989). *Hypnotherapy scripts*. New York: Bnmner-Mazel.
- Heap, M. & Aravind, K.K. (2002). *Hartland's Medical and Dental Hypnosis..* Churchill Livingstone.
- Hilgard E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E. R. & Hilgard, J. R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, CA: William Kaufmann.
- Hilgard, J.R. (1970). *Personality and Hypnosis: A Study of Imaginative Involvement*. Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Hockenbury, D. (2010). *Discovering psychology*: WH Freeman & Company.
- Holroyd, J. (1992). Hypnosis as a methodology in psychological research. In E. Fromrn & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* New York: Guilford Press, 201-226.
- Hollander, E., Simeon, D., & Gorman, J.M. (1994). *Anxiety disorders*. In: R.E. Hales, S.C. Yudofsky & J.A. Talbott (eds), *Textbook of Psychiatry* (2nd ed.). Washington- DC: American Psychiatric Press.

- Hucklebridge, F., Clow, A., (2002). *Neuroimmune relationship in perspective*. In: Clow, A., Hucklebridge, F. (Eds.), *Neurobiology of the immune system*. Academic Press, London.
- James, U. (2005). *Clinical Hypnosis Textbook. A guide for practical intervention*. Radcliffe Publishing. Oxford-UK & Seattle-WA.
- Jonas, W.B. & Levin, J.S. (1999). *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Jung, C.C (1954). *The Collected Works. The Development of Personality*. Volume Seventeen. Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Kerr, K. (2000). Relaxation techniques: a critical review. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 12: 51-89.
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6): 617-27.
- Kessler, R.C., Du Pont, R.L., Berglund, P., et al. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression a T12 months in two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1915–1923.
- Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis, in *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives*. (Ed. by Lynn SJ, Rhue JW). New York, Guilford: 439-465.
- Kopp, R. (1995). *Metaphor Therapy: Using client generated metaphors in psychotherapy*, Brunner, New York.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Monahan, P.O. & Löwe, B.(2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals Internall Medicine*, 146 (5): 317-25.
- Kroger, W.S. (2008). *Clinical & Experimental Hypnosis: In Medicine, Dentistry, and Psychology*, 2nd Edition, Lippincott: Williams & Wilkins. (2nd ed.).

- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The Effectiveness of Psychotherapy*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Lankton, C. H., & Lankton, S. R. (1986). *Enchantment and intervention in family therapy: A training seminar on Ericksonian approaches*. New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, C. H., & Lankton, S. R. (1989). *Tales of Enchantment*. New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, S. R., & Lankton, C. H. (1983). *The Answer Within*. New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, S. R., & Lankton, C. H. (1993). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Lichstein, K.L. (1988). *Clinical relaxation strategies*. New York: Wiley.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46: 266-274.
- Lynn, S.J. & Kirsch, I. (2006). *Essentials of Clinical Hypnosis: An Evidence-Based Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Massion, A.O., Warshaw, M.G., Keller, M.B. (1993). Quality of life and psychiatric comorbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150: 600-607.

- McDermott, D., & Snyder, C.R., (1999). *Making hope happen*. Oakland-CA: New Harbinger.
- Męraty, R. (2007). *When Anxiety Causes Your Brain to Jam Use Your Heart*. Institute of Heart.
- Meissner, W.W. (2009). *Classical Psychoanalysis*. NW Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins: 2804-2832.
- Mills, J., & Crowley, R. (1986). *Therapeutic metaphors for children and the child within*. New York: Bruner/Mazel.
- Nash, M.R. & Barnier, A.J. (2008). *The Oxford Handbook of Hypnosis. Theory, Research and Practice*. Oxford University Press.
- Ormel, J., Vonkorff, M., Ustun, B., Pini, S., Korten, A. & Oldehinkel, T. (1994). Common Mental Disorders and Disability Across Cultures. *The Journal of the American Medical Association*, 272 (22): 1741-8.
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T.B., Pini, S., Korten, A., & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care *The Journal of the American Medical Association*, 272 (22): 1741-1748.
- Oxford English Dictionary*, (1998). Oxford University Press.
- Pango, Y. (2004). *Psikoterapia*. Tiranë: Shtëpia Botuese e Librit Universitar.
- Arthur S. Reber, Emily Reber, Rhianon Allen (1995). *Penguin Dictionary of Psychology*. New York: Penguin Books (4th ed.).
- Perner, J. & Dienes, Z. (2008). *A Theory of Implicit Knowledge*. Oxford: Oxford University Press.
- Pert, C.B. (1997). *Molecul of emotion*. New York: Scribner.
- Phillips, M., & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self: Clinical and Ericksonian hypnotherapy for posttraumatic and dissociative conditions*. New York: Norton.

- Pintar, J. & Lynn, S.J. (2008). *Hypnosis: A Brief History*. Wiley-BlackWell Press.
- Pribram, K. (1990). *Metaphors to Model: The use of analogy in neuropsychology in metaphors in the history of psychology*, (ed. by David E. Leavery). Cambridge: Cambridge University Press: 79.
- Rankin-Box, D., & Williamson, E.M., (2006). *Complementary medicine: A guide for pharmacists*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Reber, A. S. & Reber, E. (2001). *The Penguin dictionary of psychology* (3rd edition). London: Penguin.
- Ritsner, M.S. & Awad, A.G. (2007). *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*, Springer.
- Roberts, L.M. (2005). Trial design in hypnotherapy: Does the RCT have a place?. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6 (1): 16-19.
- Rosen, S. (1982). *My voice Will go With you: The teaching tales of Milton H. Erickson*, M.D. New York: Norton.
- Rossi, E, Ed. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, I-IV*. New York: Irvington.
- Rossi, E. (1993). *The psychobiology of mind-body healing: new concepts of therapeutic hypnosis*. Revised Edition. New York: W.W. Norton & Company.
- Rossi, E. (1996). *The symptom path to enlightenment: The new dynamics of selforganization in hypnotherapy*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker, & Theisen.
- Rossi, E. L. (1986). *The Psychobiology of Mind-Body Healing*. New York: W.W. Norton & Company.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (9th ed.). Lippincott: Williams & Wilkins.
- Sarbin, T.R., & Coe, W.C. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Snyder, C.R., & Taylor, J.D., (2000). In Snyder CR (Ed.) (2000). Hope as a common factor across psychotherapy approaches: A lesson from the dodo's verdict. *Handbook of hope*. San Diego-CA: Academic Press: 89-107.
- Snyder, M., (1995). Self-monitoring: public appearances versus private realities, in *The Social Psychologists: Research Adventures*. Brannigan G, Merrens M. (eds.). New York, McGraw-Hill: 35-49.
- Sorr, A. (1989). *Freud; A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Spanos, N. (1991). *A sociocognitive approach to hypnosis*. In: Lynn, S.J., Rhue, J.W. (eds), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. New York: Guilford Press: 324.
- Spanos, N.P. & Burgess, C. (1994). *Hypnosis and multiple personality disorder*. In: Lynn S.J., Rhue, J.W. (eds) *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. Guilford Press, New York: 136.
- Stanley, R. O. (1994). The use of hypnosis in the treatment of anxiety disorders-general considerations. In: B. Evans (ed.), *Hypnosis in the Management of Anxiety Disorders*. Melbourne: Monash University Press.
- Stanley, R. O., Judd, F. J. & Burrows, G. D. (1990). Hypnosis in the management of anxiety disorders. In: M. Roth, R. Noyes & G. D. Burrows. ((4th ed.). *Handbook of Anxiety*, Amsterdam: Elsevier Science Publ.
- Stanley, R. O., Norman, T. & Burrows, G. D. (1999). *Stress, Anxiety and Depression*. Melbourne: Adis.
- Stein, M.B. & Heimberg, R.C. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 79: 161-166.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of research on adolescence*, 11 (1): 1-19.
- Stevens, A. (2001). *Jung: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.

- Sutton, A.L. (2010). *Complementary and Alternative Medicine Sourcebook*, (4th ed.). Omnigraphics, Inc.
- Szabo, S. (1996). The World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument. NW S. B., *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials (2nd edition)*. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven Publishers.
- Sheehan, P.W. (1972). Hypnosis and the manifestations of the “imagination.” In Fromm, E., and Shor, R.E. (eds.): *Hypnosis Research and Perspectives*. Chicago, Aldine-Atherton.
- Shor, R.E. & Orne, E.C. (1962). Harvard Group Scale of hypnotic Susceptibility Scale: Forms A. *Consulting Psychologists Press*. Palo Alto-CA.
- Tamo. A. (1998). *Psikoterapia I*. Tiranë: Shtëpia Botuese e Librit Universitar.
- Turner, S.M., Calhoun, K.S. & Adams, H.E. (Eds.), 1992. *Handbook of clinical behavioral therapy*. New York: John Wiley.
- Vickers, A. & Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine. Hypnosis and relaxation therapies. *BMJ; peer-reviewed medical journal*, 20: 1346-1349.
- Waxman, D. (1989). *Hartland's Medical and Dental Hypnosis*, 3rd edition, Bailliere Tindall.
- Weitzenhoffer, A. (2000). *The practice of hypnotism* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Wittchen, H.U., Carter, R.M., Pfister, H., et al. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol*, 15 (6): 319-328.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behaviour therapy* (4th ed.). New York: Pergamon.
- Woody, E., & Sadler, P. (1998). On reintegrating dissociated theories: Comment on Kirsch and Lynn (1998). *Psychological Bulletin*, 123: 192-197.
- Yapko, M. D. (2003). *Trancework*, New York and Hove: Brunner-Routledge.

Yapko, M. (1995). *Essential of hypnosis*. New York: Bruner/Mazel.

Zeig, J. (1980). *Erickson's use of anecdotes*. Chapter in: J. Zeig (Ed.), *A Teaching Seminar With Milton H. Erickson, M.D.* New York: Bruner/Mazel: 3-28.

Zeig, J. (Ed.). (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Bruner/Mazel.

SHTOJCË

Shtojcë Nr. 1. Pyetësi i përdorur për matjen e GAD dhe i plotësuar me pyetjet për cilësinë e jetës

Emër/Mbiemër:

Mosha:

Gjinia:

Universiteti:

Pyetësori	Gjatë dy javëve të fundit, sa shpesh jeni ndier të shqetësuar nga problemet e mëposhtme?	Asnjëherë	Disa ditë	Më shumë se gjysmën e ditëve	Pothuajse çdo ditë
1	Jeni ndier nervozë, në ankth, ose të tensionuar	0	1	2	3
2	Nuk keni mundur të kontrolloni apo shmangni shqetësimet	0	1	2	3
3	Jeni shqetësuar së tepërmi për çështje të ndryshme	0	1	2	3
4	Keni vështirësi të relaksoheni	0	1	2	3
5	Jeni kaq të tensionuar sa është e pamundur të qëndroni ulur qetësisht	0	1	2	3
6	Mërziteni dhe bezdiseni shumë shpejt	0	1	2	3
7	I jeni trembur mendimit se diçka e tmerrshme do të ndodhë	0	1	2	3

Nëse ju shqetësojnë problemet e mësipërme, sa të vështirë e keni patur:

1. Të merreni me punën tuaj:

Aspak të vështirë

Disi të vështirë

Shumë të vështirë

Ekstremisht të vështirë

2. Të kujdeseni për shtëpinë:

Aspak të vështirë

Disi të vështirë

Shumë të vështirë

Ekstremisht të vështirë

3. Të ruani marrëdhëniet me të tjerët:

Aspak të vështirë

Disi të vështirë

Shumë të vështirë

Ekstremisht të vështirë

Shtojcë Nr. 2. Letër autorizimi

Letër autorizimi

Studiuesi:

“Unë, e nënshkruara Fleura Shkëmbi, me anë të kësaj letre po ju ftoj të bëheni pjesë e një studimi kërkimor. Përfshirja në këtë studim është mbi baza vullnetare, kështu që ju mund të zgjidhni për të marrë pjesë apo jo. Unë do t’iu shpjegoj studimin dhe ju lutem, ndjehuni të lirë për të më pyetur për cdo paqartësi.

Unë jam e interesuar për të mësuar më shumë rreth hipnozës dhe efektet që përcjell ajo tek një person me ankth. E gjithë kjo procedurë do të marrë pak nga koha juaj. Të gjitha informacionet do të mbeten konfidenciale. Përfitimet e këtij kërkimi kanë të bëjnë me ndihmesën ndaj studimit tim në fushën e hipnozes dhe kërkimet rreth saj.

Nëse ju miratoni marrjen pjesë në këtë studim, keni të drejtë të tërhiqeni pa ndonjë penalitet, dhe në çdo kohë. Nëse miratoni pjesëmarrjen, ju lutem përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme;

Mosha: _____

Gjinia: _____

Dega e studimit: _____

A keni marrë pjesë në një seancë hipnoterapie më parë? Po _____ Jo _____

A keni qenë në terapi ndonjëherë ? Po _____ Jo _____

Pjesëmarrësi:

“I kam sqaruar të gjitha pyetjet dhe shqetësimet e mia rreth këtij studimi. Duke qenë se jam mbi moshën 18 vjeç dhe të gjitha vendimet mund t’i marr pa autorizimin e njerëzve të tjerë, unë vendos vullnetarisht, të marr pjesë në këtë studim kërkimor”.

Firma e pjesmarrësit

Data

Emri i studiesit

Firma e studiesit

Data

Shtojcë Nr. 3. Pyetjet e intervistimit të ekspertëve

Intervista 1 dhe 2

1. Si e shpjegoni ju gjetjen se teknika direkte/autritare e *Forcimi i Egos* është më efikase se teknika indirekte/tolerante e *Metaforës* në trajtimin e ankthit të përgjithësuar te shqiptarët?
2. Pse teknikat e *hipnoterapisë* janë më efikase krahasuar me teknikën e *Relaksimit Progresiv*?

Intervista 3 dhe 4

A mendoni se shqiptarët në vetvete janë autoritarist ose i nënshtrohen ose e sfidojnë autoritetin e tjetrit? A kanë ndikuar rrethanat historike në këtë gjë?

Intervista 5

A mendoni se shqiptarët në vetvete janë autoritarist ose i nënshtrohen/e sfidojnë autoritetin e tjetrit? A mendoni se në këtë mes mund të ketë ndikuar “prerja” antropologjiko-kulturore e tyre?

Intervista 6

Çfarë mendimi keni, që një metaforë duhet të plotësoj kushtet për t’u peceptur nga njerëzit?

Intervista 7

A ndikon relaksimi fiziologjik i trupit në relaksimin mendor? Mendoni se relaksimi ndikon në nivelin e ankthit?

Shtojcë Nr. 4. Intervistat e ekspertëve

Intervista e parë. Dr. Naim Fanaj

Si e shpjegoni gjetjen se teknikat e *hipnoterapisë klinike* janë me efikase se teknika e *Relaksimit Progresiv*?

Si një psikiatër, që tashmë kam 10 vite të përvojës klinike, përfshirë këtu edhe psikoterapeutinë me klientët, mund të shprehem, se kjo nuk është diçka e papritur në kontekstin e mjedisit tonë. Këtë e bazoj në vërtetimet nga përvoja ime me rastet, të cilët jo rrallë, kanë shprehur interesim për hipnozën dhe, po ashtu kanë shprehur prirje se mund të jetë ndihmuese për problemet e tyre. Nga ana tjetër, për metodën e relaksimit progresiv, nuk është se e kanë të njohur, me përjashtim të rasteve të disa klientëve, të cilët, me preokupimet e tyre të tepruara për shëndetin, lexojnë gjithçka nga fusha mjekësore. Hipnoza megjithatë, është e mbështjellë me vallon “magjike” dhe po ashtu është joshëse, sepse mendohet, si një zgjidhje e lehtë për problemet e tyre. Në mjedisin kosovar, vrapimi pas praktikave të ndryshme “magjike”, religjioze dhe parapsikologjike është i lartë; mund të them se rreth 70-80 % e klientëve, që kam pasur kanë marrë edhe shërbime të tilla – para ose gjatë trajtimit psikiatrik/ psikoterapeutik. Mendoj se edhe Shqipëria nuk dallon shumë nga kjo gjë. Duke llogaritur nivelin jo të mirë të njohjes, besoj, se shumë nga ata, edhe hipnozën e barasvlerësojnë me këto praktika dhe me besimin, se faktorë të jashtëm nga individit mund ti ndihmojnë në tejkalimin e problemeve të tyre. Veçanërisht rastet me ankth, janë shumë të prirur nga këto praktika – ata kërkojnë sigurim në gjithçka dhe sidomos kërkojnë zgjidhje gjithkund. Niveli i sugjestibilitetit të tyre është shumë herë i lartë dhe, si të tillë i bën më të përshtatshëm për të pasur efekte më të mira, ndoshta kjo do të ndryshonte në rastin e studimeve me rrjedhë pak më të gjatë, ku mendoj se, efekti fillestar i aplikimit të hipnoterapisë do të vinte duke u zbehur. Kjo ndodh tek personat me ankth shumë shpesh edhe, me efektet e metodave të tjera terapeutike, përfshirë këtu edhe medikamentet. Ka mjaft studime që gjejnë, se besimet dhe prirjet e klientëve janë të rëndësishme së veçantë në efektet që mund të ketë një intervenim dhe, në këtë padryshim, që hipnoza me natyrën e vet, në disa studime është parë si një “placebo” jomanipulativ. Autorë të njohur e pranojnë se, edhe nëse hipnoterapisti nuk ka fuqi magjike, këtë e posedon klienti, por është hipnoterapisti, që e shkryc këtë fuqi tek ai.

Po ashtu, për metodën e relaksimit progresiv, kam përshtypjen se kjo nuk është pranuar si “serioze” nga klientët në mjedisin tonë. Nuk kanë qenë të rralla rastet, kur elemente të kësaj metode, i kemi rekomanduar, ose aplikuar dhe nuk e kanë pranuar, as nuk e kanë aplikuar përkundër rekomandimeve. Po ashtu, edhe shumë raste janë shprehur të zhgënjyer, kur kanë rrëfyer, se profesionistë të tjerë të fushës psikologjike dhe psikiatrike, iu kanë rekomanduar një gjë të tillë. Kjo, mendoj se vjen nga fakti, që në përgjithësi praktikimi dhe të parit si të dobishme i ushtrimeve fizike, nuk ka qenë dhe nuk është një element, që ka zënë aq vend në përditshmërinë tonë. Një faktor tjetër mund të jetë, se aplikimi vetëm në një seancë i relaksimit muskolor, mund të jetë i vështirë për të pasur efekt, sepse është një metodë, që kërkon kohë për tu “mësuar”, në mënyrë që të arrihet një relaksim i dëshirueshëm. Me një fjalë mund të ketë efekt më të mirë kur një individ familjarizohet me këtë. Sidomos kjo është e vërtetë për rastet që mund të kenë ankth të trajtës (trait anxiety) ku kjo vijë personaliteti kërkon më tepër ndërhyrje afatgjata për të prodhuar rezultate të matshme.

Një faktor tjetër që ka mundur të ndikojë, është edhe niveli i hipnotizibilitetit të kampionit. Dihet se ka dallime në këto nivele dhe, se kjo mund ta ndikojë përfitimin e dobisë nga aplikimi i metodave hipnoterapeutike tek individët. Përgjithësisht mendoj, se ne shqiptarët, kemi elemente të fuqishme sugjestibiliteti, të ndikuar nga mënyra tradicionale patriarkale e jetës.

Një aspekt tjetër, që mund të ketë pasur ndikim, është edhe terapisti dhe performanca e tij. Dihet se terapistë të ndryshëm mund të bëjnë më mirë, më bindshëm një metodë se një tjetër; mund të ndihen më të zotë dhe të japin më shumë në një metodë, se në një tjetër, me një fjalë ju rri më mirë një metodë se një tjetër terapeutike dhe kjo variabël mund të ketë ndikim në rezultatet.

Si e shpjegoni gjetjen se teknika e sugjerimeve *direkte/a* ë utoritare e *Forcimit të Egos* është më efikase se teknika e sugjerimeve *indirekte/tolerante* e *Metaforës*?

Ashtu sic kemi shpjeguar edhe te pyetja e parë, edhe në këtë rast, mund të vijë në shprehje ndikimi i terapistit dhe performancës së tij. Nuk janë të rralla rastet, kur terapisti mund të identifikohet më tepër në dhënien e një porosie të një forme, se të një

tjetre. Mund të jetë në kongruencë, dhe të prodhojë për shembull më tepër efekt, kur është autoritar, se sa kur është indirekt dhe tolerant.

Ndoshta mund të themi, se kemi reperkusione nga e kaluara jonë tradicionale dhe kolektiviste, e pse jo, edhe diktatoriale, në atë që mund të ndikohemi më tepër nga autoriteti dhe urdhërat. Mund ti marrim me rezervë këto, kur kemi parasysh mostrën e kampionit, por megjithatë dihen efektet intergjenerative në modelimin e sjelljes. Dhënia e sugjerimeve “me forcë” dhe me “fuqi” mund të nxitë pranim më të lehtë, se sa “të folurit rrotull”. Si duket shqiptarët i kanë mekanizmat e mbrojtjes më të fuqishme, kur është fjala për porositë e metaforës.

Ndoshta edhe aspekti, se sa metafora, i është përshtatur nga përmbajtja këtij kampioni, mund të ketë ndikim në efektivitet. Dihet, se për të shkrehur pullat emocionale dhe të besimeve e qëndrimeve tek individ, duhet, që kjo të jetë përafruar me karakteristikat e personalitetit. Po ashtu në këtë vijë është edhe fakti, se sa kjo metaforë e përdorur, është përshtatur me përvojat e subjekteve të përfshira në studim.

Edhe një element tjetër na përvijohet, ai i papjekurisë së egos ose fragmentaritetit të egos si rrethanë për suksesin e teknikës së fuqisë së egos, duke ditur se, kjo teknikë fuqizon egon përmes integritetit të saj; por e vështirë për mendimin tim të lëshohemi në spekulime të tilla në këtë rast.

Tek e fundit, mendoj se kjo nuk është diçka që ka të bëjë me shqiptarët, sepse ka edhe shumë studime, që e gjejnë faktin, se sugjerimet direkte janë më efektive se sa ato indirekte. Shumë autorë, arrijnë në përfundimin, se sukcesi i Eriksonit me këtë metodë, ka të bëjë më shumë me aftësitë e tij për të ndërtuar raportin terapeutic dhe për të krijuar pritjet e suksesit tek klientët.

Intervista e dytë. Charles Caruana, hipnoterapist klinik.

How do you explain the finding that direct/authoritarian technique of *Ego Strengthening* is more efficient than *Metaphor*?

In order for a metaphor to have an effect on the patient, the patient needs to be able to extract the learning that the metaphor is intended to convey. Not everyone has the ability to make sense and to interpret what the metaphor is all about. Therefore, if the patient cannot understand the learning of the metaphor, the metaphor will have no effect.

On the other hand, direct suggestions “spell it out to the patient” as to what is happening or about to happen. There is no need to interpret what is being said. Direct suggestions can be straight forward commands which leave no doubt for the patient as to what is being requested.

Why the techniques of *Hypnotherapy* are more efficient than *Progressive Relaxation technique*?

Progressive relaxation by itself is effective in helping someone to relax. But, if you use hypnosis such as eye closure, 10 to 1 deepener and Nowww deepener before you deliver the ego strengthening script (or the metaphor) then of course, you will have a better result than with those participants who were given just the progressive relaxation. The progressive relaxation group would not have benefited from the two deepeners that the other groups would have had, neither would they have benefited from the direct suggestions of the ego strengthening, or from the metaphor.

When one is under hypnosis his critical faculties are suspended. In this state suggestions that are delivered to him will be able to go to the unconscious mind without any criticism. Therefore suggestions of well-being will be accepted by the unconscious mind and acted upon. This is not the case with the progressive relaxation as such suggestions were not given to the participants.

Intervista e tretë. Prof. Dr. Romeo Gurakuqi

A mendoni, se shqiptarët në vetvete janë autoritaristë, ose i nënshtrohen, ose e sfidojnë autoritetin e tjetrit? A kanë ndikuar rrethanat historike në këtë gjë?

Ky proces, është i lidhur me rrethanat historike, në kuptimin që:

1. Shoqëri e pacivilizuar, jo qytetare.
2. Sistemi shkollor inadkuat nga cikli fillor deri në nivelin universitar.
3. Popull me lexim shumë të kufizuar të librave.
4. Popull i mësuar nën shtypje, të cilat riciklohen.
5. Një popull, që nuk është mësuar të jetë i lirë, është lehtësisht i manipulueshëm nga autoriteti dhe sidomos periudha komuniste e zhveshi, jo vetëm materialisht, por i mohoi kulturën e vetëdijes së vetëdijshme të mbrojtjes së qëndrimeve të arsyeshme, bazuar në shtyllat e edukatës kombëtare, shtyllat e perceptimeve të sjelljes qytetare, parimeve të konkurrencës së lirë të munguar.
6. Është një popull, të cilit 70 vite më pare, i egzekutuan inteligjencën nacionale dhe që nuk arriti as pas 71 vitesh, të rindërtojë në standartet e elitës së re të një shoqërie të demokratizuar vërtet pluraliste dhe realisht intelektuale.
7. Shoqëria shqiptare ngelet e paemancipuar në tërësi, e mësuar me kultin e diktatit politik të partive të reja e të vjetra politike, të liderave të fortë, që imitojnë ish diktatorët e këtij vendi dhe gangsterizmin ballkanik më të rrezikshëm.
8. Një shoqëri ende e palirë, në rrugë të deformuar, nën diktatin e pushtetit të dhunës, nuk krijon dot individë të ndërgjegjshëm dhe përgjegjës të vetëdijshëm dhe të arsyeshëm por veç dele të bandura në kopenë e prijësve gangster, të cilëve ju frikësohen njëlloj si baballarëve të tyre, partisë së diktatorit dhe veglave të policisë së fshehtë.
9. Një komb, ku fëmijët shoqërojnë si spektatorë, liderat e dy partive të pushtetit, në emisionin më të ndjekur në Shqipëri “Opinion”, të cilët konsideronin edukatë veset shformimet morale, shformimet psikologjike, deri në agresivitet , mlllefë,

mimika me nevojë për trajnime psiqike të komunikimit gojor e deri te lëvizje të shtrembëruar të syve.

10. Tranzicioni i tejzgjatur, mungesa e një lidërshpi konseguent që në vend që ta shkurtoje tranzicionin nga një popull jo i lirë në një popull më të lirë, ja ka deformuar, zgjatur dhe mund të themi se gjendja e shoqërisë shqipëtare sot, në pikëpamje të impustimit me vendet e tjera europiane, është në një rrugë pa krye, një shoqëri e degraduar moralisht, ekonomikisht, e disbalancave në mënyrë të frikshme në ilegalitet masiv, korrupsion gallopant, krim i organizuar, që muk lejojnë një riimpustim të ngjashëm me shoqëritë e tjera europiane . Këtu kam parasysh një shoqëri që ecën mbi një moral të shëndetshëm, mbi një sistem arsimor solid, mbi pluralizëm, mbi një zhvillim ekonomik të qëndrueshëm dhe të ligjshëm.

Intervista e katërt. Prof. Dr. Ferit Duka

Shqipëria dhe shqipëtarët kanë pasur kushtet e tyre specifike të zhvillimit struktural shoqëror, që janë formuar në rrjedhën e shekujve, të cilat kanë ndikuar, si në sjelljet e tyre, ashtu edhe në formimin e tyre psikologjik.

Duke qënë kryesisht patriarkale, një shoqëri shumicën e kohës nën pushtimin e shteteve orjentale, një shoqëri në shumë segmente të saja e varfër, me burime të pakta jetese, ka kultivuar në një farë mënyre, edhe një farë mentaliteti autoritarist. Kjo do të thotë, që në rrjedhë të shekujve, tek shqiptarët është zhvilluar dhe ka zënë rrënjë autoriteti i prijësit, duke filluar nga familja dhe duke shkuar deri te strukturat e tjera më të gjera si psh: fisi, fshati, krahina.

Po të shikohet ndikimi që ka patur historia në kultivimin e praktikave dhe mentalitetin autoritar sigurisht, që një rol të veçantë këtu, ka edhe periudha komuniste, kohë, kur qeverisja diktatoriale ushqente edhe ushtronte një farë psikologjie autoriteti në qelizat e tjera të shoqërisë.

Intervista e pestë. Prof. Dr. Aleksandër Dhima

A mendoni se shqiptarët në vetvete janë autoritaristë ose i nënshtrohen/e sfidojnë autoritetin e tjetrit? A mendoni se në këtë mes mund të këtë ndikuar “prerja” antropologjiko-kulturore e tyre?

Është e vërtetë, që te shqiptarët, niveli aktual i kulturës dhe i emancipimit shoqëror te tyre, mban “vulën” e një profili të veçantë, që lidhet me të ashtuquajturat “struktura të ngurtësuar”, me gjithë zhvillimet pozitive në shoqërinë e sotme shqiptare, mbeten përsëri dilema dhe ndrydhje. Në marrëdhëniet brenda shoqërisë sonë, realiteti kulturor “coptohet” me vështirësi sepse historikisht shqiptari, në krahasim me botën e qytetëruar, nuk çlirohet lehtë nga vendimet apo dëshirat e *të parit* të familjes/farefisit/komunitetit të ngushtë.

Ata i konceptojnë përvojat personale dhe përgjigjet që ju kërkohen, mbi bazën e një organizimi-kognjitiv ende defektoz, nisur nga një pragmatizëm fals, i cili nuk i lejon të shohin përtej vetes së tyre, domethënë, se si mund të modifikohet më vonë perceptimi i përgjigjeve ndaj psikologut nga ky lloj strukturimi. Kjo prerje e veçantë kulturore, na bën të mendojmë, se në praktikën psikologjike nuk duhet të mendohet përgjigja e pacientit gjithmonë si adekuate, por në një shumicë rastesh duhet të presim një qëndrim autoritar, që lidhet me “strukturat e ngurtësuar” në mëndjen e tyre.

Intervista e gjashtë. Prof. Asoc. Dr. Ylljet Aliçka

Çfarë mendim keni, që një metaforë duhet të plotësojë kushtet për tu perceptuar nga njerëzit?

Mekanizmat lëvizës të njeriut, si frika, ndjesia, zotërimi, poshtërimi, narcisizmi, protagonizmi, uria seksuale, kurajo, imazhi i vetes , janë këto elemente, të cilët shpesh marrin herë pas here forma të ndryshme, në rrethana të ndryshme në formën e metaforës. Thënë ndryshe, është Metafora, si mekanizëm përcaktues i rrjedhës së mendimit. Te shqiptarët nuk ka shumë efikasitet, sepse ata i besojnë empirikes, të dukshmes dhe të prirur drejt diçkaje konkrete.

Metafora është dukuri e “elitës”, pra e njerëzve që do perceptohej me më shumë efikasitet, te njerëzit e artit, njerëzit që kanë lexuar.

Metafora është shenjë e maturitetit.

Metafora është shenjë e përvojës, kjo do të thotë, që të mos gënjejesh nga faktet empirike, por nga simboli i dukurisë, e cila shpesh, shfaqet në formën e metaforës.

Përballë një dukurie/ngjarje të caktuar, dy njerëz të ndryshëm, në kultura të ndryshme, nuk reagojnë në të njëjtën mënyrë, ndaj të njëjtës metaforë.

Metafora, është aftësia për të sintetizuar dhe për të kapur simbolin, i cili përcakton thelbin.

Metafora edukohet me:

Leximin dhe kryesisht të poezisë sepse ajo është “kremit” i metaforës.

Shkalla e nivelit të mendimit, në metaforë, në një farë mënyre, pasqyron shkallën e nivelit kulturor të një shoqërie. Është për të ardhur keq, se trashëgimia kulturore/gojore e shqiptarëve është tejet e pasur në metaforë, apo kultura e debateve të “odës”

Urbanizimi frenetik, në një farë mënyre, nuk është mjedisi më i efektshëm, për kultivimin e mendimit metaforik, simbolik. Fryma dhe këndvështrimi i shkollës shqiptare nuk kanë qënë shumë nxitës në këtë pikë.

Duhet të ketë përparësi në:

4. Edukimin e kulturës së të menduarit.
5. Edukimin e kulturës së të shprehurit.
6. Edukimin e aftësive sintetizuese, deduktive, simbolike metaforike.

Intervista e shtatë. Dr. Dorina Roko

A ndikon relaksimi fiziologjik i trupit në relaksimin mendor? Mendoni se relaksimi ndikon në nivelin e ankthit?

Ankthi është pjesë e pandarë e jetës sonë të përditshme, i cili në individë të ndryshëm mund të manifestohet me situata të ndryshme .

Miliona njerëz vuajnë nga ankthi dhe disa marrin medikamente për të kontrolluar këtë gjendje, pa ditur efektet anësore të dëmshme që japin mjekimet.

Shpesh herë mjekimet vetëm maskojnë problemin duke trajtuar simptomat e ankthit vetëm për një kohë të shkurtër, prandaj mënyra më efektive për t'u liruar nga sulmet e ankthit është ristrukturimi konjitiv dhe relaksimi progresiv i muskujve, të cilët mbeten dy nga trajtimet më të rekomanduara për sulmet e ankthit.

Ankthi është pjesë e jetës tonë dhe funksioni i tij mund të krahasohet me atë të tensionit të gjakut. Ne na duhet një nivel i caktuar i tij, që të jetojmë, por nëse ky nivel rritet shumë, atëherë mund të na dëmtojë. Pra, një nivel i caktuar ankthi është i dobishëm, sepse na shtyn që të veprojmë, të marrim vendime dhe të zgjidhim problemet tona.

Ankthi nuk është vetëm psikologjik, por shkaktohet dhe shoqërohet dhe me reagime fiziologjike, biologjike. Kur përjetojmë ankth, zemra na rreh fort, frymëmarrja na shpeshtohet, muskujt tensionohen, mund të ndiejmë rrahjet e zemrës kur ecim, duart mund të na dridhen dhe djersiten, kur jemi duke folur me dikë që nuk e njohim, e kemi të vështirë për të marrë frymë, kur na shfaqen ndjenja frike etj,

Ndërsa, kur jemi të relaksuar ndodh komplet e kundërta. Rrahjet e zemrës janë më të ngadalta, frymëmarrja është e thellë dhe muskujt janë të ç'tensionuar. Nëse arrijmë të relaksojmë trupin në momentet që përjetojmë ankth, atëherë dhe mendja do të na çlirohet.

Sistemi muskulator ashtu si e përmendëm më sipër lidhet direkt me ankthin. Ky sistem përfaqëson tërësinë e muskujve të organizmave të gjallë, të cilët bëjnë të mundur lëvizjen e trupave. Ai përbëhet prej qelizave të specializuara, funksioni mbizotërues i të cilave është kontraktimi. Muskujt, të cilët janë të lidhur me eshtra, organe të brendshme ose enë gjaku janë përgjegjës për lëvizjet, dhe janë këta, që lidhen direkt me kontraktimin e pjesëve të veçanta të trupit tonë. Do të theksonim faktin, se pothuajse të

gjitha lëvizjet në trup, rezultojnë nga kontraktimet muskulore, por këto të fundit, nën efektin e ankthit, arrijnë në shkallën sipërore të mundshme.

Kontraktimi muskular i induktuar nga ankthi arrin deri në miofibrile, të cilat janë të përbëra nga proteinat tkurrëse, që shtrihen nga njëri skaj në skajin tjetër të qelizës muskulore. Çdo miofibrilë ndahet në segmente që quhen sarkomerë. Sarkomerët e miofibrilave fqinje janë paralele me njëri-tjetrin dhe organizimi i tyre i rregullt i jep muskulit skeletik, vijëzimin karakteristik që mund të vëzhgohet me mikroskop optik dhe elektronik.

Duke ditur që, sistemi muskular është i pranishëm në çdo organ të trupit, kuptohet që kontraktimi muskular ndikon negativisht në rolin fiziologjik të këtyre organeve si: të zemrës, stomakut, veshkave etj, etj.

Teknika të ndryshme mund të përdoren, për të arritur shkëputjen nga një situatë e tillë si: relaksimi progresiv i muskujve, frymëmarrja e thellë, joga ose meditimi. Një stil jetese i balancuar dhe i shëndetshëm gjithashtu ndihmon në menaxhimin e ankthit dhe simptomave të tij, ku mund të përmendim: ushqyerjen e shëndetshme, evitimin e kafeinës, cigares dhe alkoolit si edhe shtimin e aktivitetit fizik.

Shtojcë Nr. 5. Pyetësorët e pjesëmarrsëve pas trajtimit

1. Çfarë dini mbi *hipnozën*?
2. Sa besoni në trajtimin e *ankthit* me anë të *hipnoterapisë*? Shpjegoni me dy fjali mendimin tuaj.

Aspak 1 2 3 4 5 Jashtëzakonisht shumë

3. Në trajtimin tuaj u përdor *teknika e Metaforës*. Cili është mendimi juaj në lidhje me efikasitetin e kësaj teknike? (2-3 fjali)
4. Listoni 2-3 pika të forta dhe 2-3 pika të dobëta të kësaj teknike. A do të ishit të hapur për ta përsëritur këtë trajtim në të ardhmen dhe pse. (2-3 fjali)

5. Çfarë dini mbi *hipnozën*?
6. Sa besoni në trajtimin e *ankthit* me anë të *hipnoterapisë*? Shpjegoni me dy fjali mendimin tuaj.

Aspak 1 2 3 4 5 Jashtëzakonisht shumë

7. Në trajtimin tuaj u përdor *teknika e forcimit të egos*. Cili është mendimi juaj në lidhje me efikasitetin e kësaj teknike? (2-3 fjali)
8. Listoni 2-3 pika të forta dhe 2-3 pika të dobëta të kësaj teknike. A do të ishit të hapur për ta përsëritur këtë trajtim në të ardhmen dhe pse. (2-3 fjali).

9. Çfarë dini mbi *relaksin*?
10. Sa besoni në trajtimin e *ankthit* me anë të *Relaksimit Progresiv*? Shpjegoni me dy fjali mendimin tuaj.

Aspak 1 2 3 4 5 Jashtëzakonisht shumë

11. Në trajtimin tuaj u përdor *teknika e Relaksimit Progresiv të Muskujve*. Cili është mendimi juaj në lidhje me efikasitetin e kësaj teknike? (2-3 fjali)
12. Listoni 2-3 pika të forta dhe 2-3 pika të dobëta të kësaj teknike. A do të ishit të hapur për ta përsëritur këtë trajtim në të ardhmen dhe pse? (2-3 fjali)

Shtojcë Nr. 6. Skriptet e pëdorura

Mbyllja e thjeshtë e syve

Skripti

“... rehatohu ... thjesht mbyll sytë ... lëri të mbyllur ... dhe ... mund t’i qetësosh sytë ... t’i qetësosh plotësisht ... të mbyllur dhe të qetë ... të mbyllur dhe të qetë gjatë gjithë kohës ...”

Numërimi nga Dhjeta te Njëshi

Skripti

“... në pak sekonda ... ti do të dëgjosh një numërim nga dhjeta te njëshi ... dhe me çdo numër që zbret ... mes dhjetës dhe njëshit ... ti do të jesh më i relaksuar ... pas çdo numri që zbret ...”

“... çdo numër zbritës ... do të ndihmojë të çlirohesh ... drejt asaj gjendje ... gjendjes së lehtë të transit ... që do të thellohet më shumë e më shumë ... ndërsa ne vazhdojmë ...”

“... dhe ... gjatë numërimit ... ti përjeton një ndjesi ... sikur po pluskon ... relaks fizik dhe mendor ... gjithnjë e më thellë ... ndërkohë që ne vazhdojmë ...”

“... pra, gati ... dhjetë ... nëntë ... tetë ... shtatë ... gjashtë ... zhytemi më thellë ... më të qetë se kurrë ... pesë ... katër ... tre ... dhe më thellë ... dhe më thellë akoma ... dy ... një ... dhe gjatë gjithë kohës ...”

Taniiii

Skripti

“... në pak moment ... ti do të më dëgjosh duke thënë ... TANliii ... dhe ... çdo muskul në trupin tënd ... do të qetësohet ... i gjithë tensioni i panevojshëm i trupit ... do të largohet nga trupi ...”

“... në fakt ... trupi yt do të ndihet ... kaq rehat... nuk do ta ndjesh më trupin tënd ...”

“... kështu që nëse ke ndonjë tension të panevojshëm ... ta largosh këtë tension të panevojshëm ...”

“... unë dua që ti ... TANIiii... ta lejosh këtë ndjesi të mrekullueshme relaksi ... të shpërndahet ... në të gjithë trupin ... deri te gishtat e këmbëve ... dhe ... TANIiiii ...”

Forcimi i Egos

Skripti

“... tani je qetësuar aq shumë ... saqë mendja jote është bërë shumë e ndjeshme ... dhe do të shënjojë një gjurmë të fortë dhe aq mirë të ngulitur ... saqë asgjë nuk do ta zhdukë dot”

“... si pasojë ... do të ushtrojnë ndikim gjithnjë e më të madh në mënyrën sesi ti mendon ... sesi ti ndihesh ... sesi ti sillesh ...”

“... dhe ... meqënëse këto gjëra do të mbeten ... kur të mos jesh më me mua ... ato do të ndikojnë po aq fuqishëm ... edhe kur të jesh në shtëpi ... apo në punë ...”

“... tani ti je në gjumë të thellë ... gjërat do të ndodhin ... ashtu si them unë ... dhe çdo ndjesi ... që unë do të të them se do ta përjetosh ... ti do ta përjetosh ... ekzaktësisht ashtu si të them unë ...”

“... dhe po këto gjëra do të të ndodhin ... çdo ditë ... ashtu siç kur je në këtë dhomë ...”

“... gjatë këtij gjumi të thellë ... do të ndihesh fizikisht më i fortë dhe më i përgatitur në çdo formë ... do të ndihesh më i vëmendshëm ... do të ndihesh më pak i rraskapitur ... më pak i shkurajuar ...”

“çdo ditë ... mendja jote do të jetë komplet e shkëputur nga vetja jote ...

... ti nuk do të mendosh më aq shumë për veten ... ti nuk do të zhytesh më në vetvete apo në problemet e tua ... dhe do të jesh gjithnjë e më pak i vetëdijshëm për veten ... shumë më pak i preokupuar me veten ... apo me ndjenjat e tua të brendshme ...”

“... çdo ditë ... mendja jote më e kthjellët dhe më e qetë ... ti do të shqetësohesh shumë më pak do të ndjesh më pak frikë ... më pak zemëratë ...”

“... ti do të mendosh më qartësisht ... duke përjashtuar gjithçka tjetër ...

“... kësisoj ... kujtesa do të të përmirësohet shpejt ... dhe do të mund t’i shikosh gjërat në perspektivën e duhur ... pa i zmadhuar vështirësitë ... madje as duke i lejuar të dalin jashtë proporcioni ... ”

“... çdo ditë ... do të ndihesh emocionalisht më i qetë ... më i rehatuar ... shumë më pak i trazuar ... çdo ditë ... do bëhesh ... dhe do mbetesh ... gjithnjë e më i qetë ... me më pak tensione gjatë ditës ... si mendërisht ashtu dhe fizikisht ... edhe kur të mos jesh më me mua ...”

“... dhe teksa bëhesh ... dhe mbetesh ... më i qetë ... më pak i tensionuar çdo ditë ... do të ndjesh të të rritet besimi në vetvete ... më shumë besim në atë që bën ... çdo ditë ... më shumë besim në atë që do të doje të bëje ... pa patur frikën e dështimit ... pa frikën e pasojave ... pa ankth të panevojshëm ... pa u ndjerë në siklet ...”

“... për shkak të kësaj ... çdo ditë ... do të ndihesh i pavarur gjithnjë e më shumë ... më i aftësuar për t’i dalë zot vetes ... për të qëndruar mbi këmbët e tua ... për të mbajtur veten ... pavarësisht se sa vështirësohen gjërat ...”

“... çdo ditë ... do të ndjesh teksa të rritet ndjesia e mirëqënies ... e sigurisë ... ndjenjë që nuk ke e ke ndjerë për shumë ... shumë kohë ...”

“... dhe meqënëse këto gjëra do të fillojnë të ndodhin ... ekzaktësisht ashtu siç unë po të rrëfej ... gjithnjë e më shpejt ... më fuqishëm ... dhe të plotë ... me çdo trajtim që të jap unë ... ti do të ndihesh shumë më i lumtur ... shumë më i kënaqur ... shumë më optimist në çdo formë ...”

“... kësisoj do të bëhesh më i gatshëm për të ndihmuar ... do të kesh shumë më pak nevojë ... të mbështetesh ... apo të varesh ... nga njerëz të tjerë ...”

Mali – një metaforë për përballjen me ankthin

Skripti

“... dhe unë dua që të dish se ti mundesh ... të fillosh të çlirosh veten nga ankthet duke imagjinuar ankthin tënd si një mal ... të kthehesh e të shikosh prapa ... dhe nga kjo distancë mali duket shumë më pak turbullues ... dhe nga kjo distancë ti mund të fillosh të imagjinosh rrugë të ndryshme se si mund të sillen rrotull atij mali nga kjo distancë ... ky mal ankthi duket kaq i vogël dhe i parëndësishëm ... dhe ti mund të fillosh të zbulosh që disa nga ankthet bëhen të parëndësishëm ...”

Induksioni i Relaksimit Progresiv i Hartland

Skripti

I kërkohet pacientin të ulet rehatshëm në kolltuk me duart mbështetur në ijet dhe me të dy këmbët të shtrira në dysHEME.

Prezantimi

“... rehatohu ... dhe ndërkohë që ti je ulur këtu ... me sy të mbyllur qetësisht ... unë dua që ti të mendosh për diçka të këndshme ... dhe unë dua që t’i lejosh të gjithë muskujt e trupit tënd të çlirohen dhe të plogështohen...”

Këmbët

“... fillimisht ... muskujt e këmbëve dhe të kyçeve ... lejoi ... të çlirohen ... lejoi të relaksohen ... tani ... muskujt e kofshëve ... lejoi të relaksohen ... lejoi të ... çlirohen dhe të plogështohen ... dhe tashmë ... lejoi këmbët të jenë ... të rënda plumb ... lejoi të relaksohen krejtësisht ...”

Ndjesia po shpërndalet

“... dhe ndërkohë që po bëni kështu ... ti ndihesh krejtësisht në paqe ... ndjesi të përgjumur ... dhe tani ... kjo ndiesi relaksimi po shpërndalet lart drejt të gjithë trupit tënd ...”

Trupi

“... lejoi muskujt e tu të stomakut të relaksohen ... lejoi ... të çlirohen dhe të plogështohen ... tani ... muskujt e gjoksit tënd ... trupin ... dhe shpinën tënde ... lejoi të çlirohen dhe të plogështohen ... lejoi që të relaksohen ... dhe ti do të ndiesh një rëndesë në trupin tënd ... sikur trupi yt po ndihet i rëndë plumb ... sikur do që të zhytet ... thellë dhe më thellë në karrige ... sikur trupi yt po bëhet ... i rëndë plumb ... lejoi atë të zhytet rehatshëm në karrige ... dhe ndërkohë që ti po bën këtë ... ti po ndihesh edhe më i përgjumur ... thjesht relaksohu ... gjithnjë e më shumë ... ti po ndihen të ngrohtë dhe rehat ... krejtësisht në paqe ...”

Qafa, shpatullat dhe krahët

“... dhe ... kjo ndjesi e këndshme relaksimi ... tani po shpërndalet drejt qafës tënde ... shpatullave të tua ... dhe krahëve të tu ... lejoi muskujt e qafës të relaksohen ... lejoi ... të çlirohen dhe të plogështohen ... tani ... muskujt e shpatullave ... lejoi të çlirohen dhe të plogështohen ... lejoi të relaksohen ... tani ... muskujt e krahëve ... lejoi të relaksohen ... lejoi të çlirohen dhe të plogështohen ... dhe ti do të ndiesh një rëndesë në krahët e tu ... dhe ndërkohë që krahët po bëhen të rëndë plumb ... thjesht lejoi ... të çlirohen dhe të plogështohen ... lejoi që të relaksohen plotësisht ...”

Vazhdojmë

“... dhe ... ndërkohë që ti je të ulur aty ... gjithnjë e më thellë ... dhe më rehat në karrige ... duke marrë frymë lirisht dhe lehtësisht ... ti do të zbulosh që ... tingulli i zërit tim ... do të të ndihmojë ... të relaksohesh ... edhe më tej ... ndërkohë që ne vazhdojmë ...”