

EFEKTIVITETI I INTEGRIMIT TË RELAKSIMIT TË APLIKUAR DHE TEKNIKAVE TË TERAPISË KONJIKTIV- BIHEJVIORALE PËR TRAJTIMIN E ÇRREGULLIMIT TË ANKTHIT TË PËRGJITHËSUAR NË NJË STUDIM RASTI

Jonida MUSTAFARAJ

Dorëzuar

Universitetit European të Tiranës

Shkollës Doktorale

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

Udhëheqësshkencor: Prof. Asoc. Dr. Ardian Turku

Numri i fjalëve: 53.669

Tiranë, Maj 2017

DEKLARATA E AUTORËSISË

Nën përgjegjësinë time deklaroj se ky punim është shkruar prej meje sipas kërkesave të Shkollës Doktorale të Universitetit Europian të Tiranës. Nuk është prezantuar para një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër, përveç rasteve të cituara dhe referuara. Në studim janë përdorur informacione nga historitë jetësore të dy pjesëmarrëseve. Për këtë kam marrë paraprakisht prej tyre një leje me shkrim, duke shmangur kështu shkeljen e privatësisë dhe mosruajtjen e anonimatit.

© E drejta e autorit: Jonida Mustafaraj. Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit.

ABSTRAKTI

Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar është një çrregullim mendor që trajtohet nga shumë profesionistë të fushës së shëndetit mendor. Terapia Konjektiv-Bihejviorale është provuar të jetë efektive për klientët duke i ndihmuar në ristrukturimin e konjicioneve, ku ulen ndjeshëm simptomat e ankthit. Studimet e trajtimeve të ndryshme për Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar kanë gjetur se përfitimet e Terapisë Konjektiv-Bihejviorale mund të zgjasin më shumë se ato që vijnë prej medikamenteve. Kërkimet kanë treguar se individët me Çrregullim të Ankthit të Përgjithësuar që kanë praktikuar Relaksimin e Aplikuar prirën ta shohin botën në një mënyrë ndryshe prej individëve që nuk e kanë praktikuar. Skemat që formojnë këta individë prej relaksimit, bëjnë që integrimi i Relaksimit të Aplikuar në trajtim të jetë i rëndësishëm. Në këtë studim është përdorur një përqsasje trajtimi që fokusohet në rritjen e relaksimit dhe uljen e ankthit përmes teknikave të Terapisë Konjektiv-Bihejviorale të shoqëruar me Relaksimin e Aplikuar. Në studim janë marrë dy raste që janë diagnostikuar me Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar. Rasteve iu administruan tetë instrumenta përkatës, Matja e ÇAP tek Adultët, Inventari i Ankthit i Beck, Pyetësori i Penn për Gjendjen e Shqetësimit; Inventari i Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve; Inventari i Depresionit i Beck; Matja e Rëndesës së Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar; Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive; Inventari për Aleancën e Punës Terapeutike Terapist-Klient dhe anasjelltas. Qëllimi i këtij studimi është krijimi i një përqsasjeje ku të integrohen teknikat relaksuese të RA me teknikat e TKB, për të qenë efektive në uljen e simptomave ankthioze tek personat me ÇAP. Ky studim gjithashtu ka për qëllim të tregojë përdorimin efektiv të një studim rasti, në analizimin e efekteve të kombinimit të RA me teknika të TKB dhe

ndikimi i kësaj përjasjeje tek ankthi. Rezultatet treguan reduktim të simptomave të ankthit e shqetësimit, ulje të shtrembërimeve konjiktive dhe rritje të aleancës së marrëdhënies klinicist-klient, duke mbështetur hipotezën e disertacionit.

Fjalët kyçe: Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar, Terapia Konjektiv-Bihejviorale, Relaksimi i Aplikuar, Mendimet Automatike, ABC, Shtrembërimet Konjiktive.

ABSTRACT

Generalized Anxiety Disorder is a mental disorder that is treated by many professionals in the field of mental health. Cognitive-Behavioral Therapy has proven to be effective in helping clients streamline the cognitive behaviour, where significantly reduced symptoms of anxiety. Studies of different treatments for Generalized Anxiety Disorder have found that the benefits of Cognitive-Behavioral Therapy can last longer those that come drugs.

Research has shown that individuals with Generalized Anxiety Disorder who have been practicing Applied Relaxation tend to see the world in a different way from individuals who have not practiced it. Schemes that these individuals form of relaxation, makes the integration of Applied Relaxation treatment and to be significant. In this study, we use a treatment to approach that focuses on increasing relaxation and reduce anxiety through Cognitive-Behavioral Therapy techniques associated with Applied Relaxation. This study took two cases that are diagnosed with Generalized Anxiety Disorder. Seven Inventories were administered with respective instruments, The Beck Anxiety Inventory, The Penn State Worry Questionnaire; Affective Control Scale; The Beck Depression Inventory; Measuring the Severity of Generalized Anxiety Disorder; Inventory of Cognitive Distortions; Working Alliance Inventory of Therapeutic Therapist-Client and Client-Therapist. The purpose of this study, is to create an approach integrating RA, relaxation techniques with CBT techniques, to be effective in reducing anxiety symptoms to individuals with GAD. This study also intends to demonstrate the effectiveness of a case study analyzing the effects of RA in combination with CBT techniques and the impact of this approach on anxiety. The results showed a reduction in symptoms of anxiety and worry,

decreased cognitive distortions and increased client-therapist alliance, supporting the hypothesis of the dissertation.

Key words: *Generalized Anxiety Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, Applied Relaxation, Automatic Thoughts, ABC, Cognitive Distortions*

DEDIKIMI

Dedikuar Anës, Anestit, Bledit, prindërve, Stelës dhe Gitës, të cilët janë të vetmit njerëz që më kanë inkurajuar dhe mbështetur duke qenë të pranishëm dhe të vërtetë. Më kanë mësuar mënyrat më të bukura për të dashur dhe për t'u rritur, më kanë inkurajuar të jem gjithnjë vetvetja për të qenë një profesioniste e denjë.

FALENDERIME

Dua të falenderoj të gjithë ata persona që më kanë inkurajuar, udhëhequr dhe mbështetur përgjatë procesit të Doktoraturës.

Si fillim, dua të falenderoj udhëheqësin tim shkencor, Prof.Asoc.Ardian Turku, për mbështetjen, këshillat, intelektin, gatishmërinë, duke më ndihmuar për të zhvilluar aftësi më të plota e më të thelluara në procesin e kërkimit shkencor.

Falenderoj gjithashtu Dr. Catia Ciano, mentoren time në fushën klinike, që me punën e saj bëri që të jem një kliniciste e plotësuar për ta zhvilluar këtë proces pa paragjykim, pa subjektivitet dhe pa lodhje.

Falenderoj bashkëpunëtoreshen time Ina Danaj, pa të cilën nuk do ta kisha realizuar dot këtë disertacion.

Falenderoj të gjithë pedagogët e Fakultetit të Shkencave Sociale dhe Edukimit, Departamenti i Edukimit, në UET, që ishin pjesë e vlerësimit fillestar të disertacionit tim, për këshillat dhe sugjerimet e vlefshme që më shërbyen si një udhëheqje më vete.

Falenderoj eprorët dhe kolegët e mi në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, në UE, për mbështetjen dhe tolerancën gjatë gjithë periudhës së doktoraturës.

Falenderoj familjen time për mbështetjen e gjithanshme dhe për gatishmërinë për të qenë pranë meje në çdo lloj forme. Në veçanti falenderoj vëllain tim Bledin, pa të cilin nuk do të kisha arritur deri këtu.

Një falenderim i veçantë është vetëm për prindërit e mi të mrekullueshëm, që më kanë nxitur gjithnjë të punoj, të eci para. Më kanë falur dashuri pa kushte në çdo moment që kam pasur nevojë. Pa dashurinë dhe bekimet e tyre, nuk do të isha kjo që jam sot.

Falenderoj bashkëshortin tim Anestin për nxitjen e dhënë, sa herë kam qenë e lodhur dhe e pamotivuar për të vazhduar.

Falenderoj Artana Dautin, që si një motër e madhe më ka kritikuar, inkurajuar dhe këshilluar që të mos kënaqem asnjë herë me pak përpjekje.

Falenderoj shoqet e mia Stelën, Gitën, Ilmën, Latën, Elonën, për durimin gjatë luhatjeve të humorit, telefonatave të gjata duke treguar për temën dhe ndonjë herë edhe të qarat prej lodhjes.

Falenderoj mikeshat e mia Fatma Spahiu dhe Zamira Vyshka për çdo ndihmë e mbështetje që më kanë dhënë.

Një ndihmë e madhe më është dhënë dhe nga ish studentët e mi që tani janë profesionistë të rinj dhe shumë të aftë. Faleminderit Klodjanës, Jonaldës, Kejdit, Danielit dhe Orgesës.

Nëse nuk do të kisha ndihmën e gjithë këtyre personave, kjo punë nuk do të ishte përfunduar.

Si përfundim, dua të falenderoj Zotin që më ka dhënë intelektin për të marrë dije dhe për të pasur zell. Tek ai gjej forcën sa herë që ambjenti ku jetoj është dekurajues për intelektualët e vërtetë. E falenderoj që më ka dhënë mundësinë të bëj profesionin e mrekullueshëm të psikologes klinike, me pasion, dinjitet dhe integritet, për të ndihmuar çdo person që ka nevojë në një moment delikat të jetës së tij.

TABELA E PËRMBAJTJES

KAPITULLI I: HYRJE	17
Identifikimi i Problemit.....	17
Qëllimi i Studimit	20
KAPITULLI II. SHQYRTIMI I LITERATURËS.....	22
I. Historia e Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar	22
Pasqyrë e përgjithshme rreth ÇAP	23
Teoritë rreth ÇAP.....	23
Shqetësimi.....	27
Shqetësimi dhe Ankthi.....	29
Simptomat dhe prezantimi i modeleve të ÇAP	31
Kohëzgjatja dhe Prognoza	34
Aftësitë e Kufizuara dhe Vdekshmëria	35
Prevalenca	36
Kriteret diagnostike dhe Diagnoza Diferenciale	38
II. Trajtimi i Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar	42
Teknika psikoterapeutike	44
Efektiviteti i TKB për ÇAP.....	47
III. Teknikat e TKB.....	49
Dekatastrofizimi.....	49
Ekspozimi i Shqetësimit.....	50
Vendosja e Detyrave të Shtëpisë.....	51
Mendimet Automatike	52
Pyetje për të vlerësuar një mendim automatik	53
Shtrembërimet Konjiktive.....	54
Zgjidhja e Problemeve dhe Aftësitë e Trajtimit.....	59
Marrja e Vendimeve	60

Modeli ABC.....	61
Besimet	62
IV. Teknika e Relaksimit	63
V. Relaksimi i Aplikuar	66
Komponentët e Relaksimit të Aplikuar.....	69
Efikasiteti i Relaksimit të Aplikuar.....	75
VI. Studime Kërkimore.....	76
KAPITULLI III. METODOLOGJIA.....	84
Pyetjet Kërkimore	84
Hipoteza e Punimit.....	84
METODAT	85
Vlerësimi	92
Përshkrimi i Instrumentave të përdorur në studim.....	95
Procedurat e Caktuara për Kriteret Përfshirëse dhe Përfshirëse për Studimin	105
Procedura	107
Procedurat për ndjekjen e trajtimit dhe ruajtjen e konfidencialitetit.....	108
Procedurat e Vlerësimit për të dy pjesëmarrëset.....	108
Prezantimi i Problemit	109
Struktura e Rastit.....	110
RASTI 1	111
RASTI 2	125
KAPITULLI IV. MODELI I TRAJTIMIT PËR 12 SEANCAT	138
Arsyetime për zgjedhjen e këtij modalitet-trajtimi	138
Përshkrimi i trajtimit	139
Strukturimi i Përgjithshëm i Seancave.....	147
Pikat e planit të Trajtimit për 12 Seancat.....	148
Plani i trajtimit i përmbledhur, sipas seancave.....	153
Ecuria e Trajtimit	187
Teknika të plotësuara nga pjesëmarrëset gjatë trajtimit.....	195
KAPITULLI V. REZULTATET	200

KAPITULLI VI. DISKUTIMET	231
KONKLuzionet	238
LIMITET.....	239
REKOMANDIMET	242
BIBLIOGRAFIA	244
SHTOJCAT.....	262
Transkriptimet e Seancave Terapeutike për rastin 1	314

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Pikëzimi i IMAAA	100
Tabela 2. Pikët e Inventarit të Matjes së ÇAP tek Adultët.....	120
Tabela 3. Përmbledhja e konceptimit të Rastit 1.....	124
Tabela 4. Përmbledhja e konceptimit të Rastit 2.....	136
Tabela 5. Kohëzgjatja e trajtimit për të dyja pjesëmarrëset	141
Tabela 6. Plani Fillestar i Trajtimit për Rastin 1.....	144
Tabela 7. Plani Fillestar i Trajtimit për Rastin 2.....	145
Tabela 8. Paraqitja e temave për 12 seancat e trajtimit.....	1489
Tabela 9. Paraqitja e RA sipas hapave	179
Tabela 10. Paraqitja e teknikës ABC e plotësuar nga Pjesëmarrësja e 1-rë.....	195
Tabela 11. Paraqitja e teknikës së regjistrimit të të menduarit disfunksional e plotësuar nga Pjesëmarrësja e 1	196
Tabela 12. Paraqitja e skedës për regjistrimin e shqetësimit e plotësuar nga Pjesëmarrësja e 1.....	1978
Tabela 13. Paraqitja e skedës për regjistrimin e ndjenjës së pasigurisë e plotësuar nga Pjesëmarrësja e 1	1989
Tabela 14. Paraqitja e teknikës sistemi i vjetër/i ri i besimeve e plotësuar nga Pjesëmarrësja 1	1990
Tabela 15. Pikët për Inventarin e Ankthit Beck.....	202
Tabela 16. Pikët e Pyetësorit të Penn për Gjendjen e Shqetësimit.....	203
Tabela 17. Pikët e Inventarit të Shkallës të Kontrollit të Afeksioneve.....	214
Tabela 18.1 Pikët për secilën fushë të Inventarit të Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve për Pjesëmarrësen -1	217
Tabela 18.2 Pikët për secilën fushë të Inventarit të Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve për Pjesëmarrësen -2	218
Tabela 19. Pikët e Inventarit të Depresionit Beck	219
Tabela 20. Pikët e Inventarit të Matjes së Ashpërsisë së Ankthit tek Adultët	220

Tabela 21. Pikët e Inventarit të Shtrembërimeve Konjiktive.....	222
Tabela 22.1 Pikët e faktorëve të Inventarit të Shtrembërimeve Konjiktive për Pjesëmarrësja-1.....	216
Tabela 22.2 Pikët e faktorëve të Inventarit të Shtrembërimeve Konjiktive për Pjesëmarrësja-2	226
Tabela 23.1 Pikët e Inventarit të Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-1	2289
Tabela 23.2 Pikët e Inventarit të Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-2	2301

LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1. Pikët për Inventarin e Ankthit Beck	202
Grafiku 2. Pikët e Pyetësorit të Penn për Gjendjen e Shqetësimit	2134
Grafiku 3. Pikët e Inventarit të Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve	214
Grafiku 4. Pikët e Inventarit të Depresionit Beck	219
Grafiku 5. Pikët e Inventarit të Matjes së Ashpërsisë së Ankthit tek Adultët	221
Grafiku 6. Pikët e Inventarit të Shtrembërimeve Konjiktive	222
Grafiku 7.1 Pikët e Inventarit të Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-1 ..	228
Grafiku 7.2 Pikët e Inventari i Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-2	230

LISTA E SHKURTIMEVE DHE E FJALORIT

- ÇAP- Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar
- FD- Frymëmarrja Diafragmatike
- IAB- Inventari i Ankthit i Beck
- IAPTKT- Inventari i Aleancës së Punës terapeutike Klient-Terapist
- IAPT- Inventari i Aleancës për Punën Terapeutike
- IAPTTK-Inventari i Aleancës së Punës terapeutike Terapistit- Klient
- IDB- Inventari i Depresionit Beck
- ISHK- Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive
- ISHKA- Inventari i Shkallës së Kontrollit të Afekteve
- PPGJSH- Pyetësi i Penn për Gjendjen e Shqetësimit
- RA- Relaksimi i Aplikuar
- RP- Relaksim i Progresiv
- RPM- Relaksimi Progresiv i Muskujve
- TB- Terapi Bihejviorale
- TDV- Teknika e Desensibilizimit të Vetëkontrollit
- TK- Terapi Konjiktive
- TI- Terapi Integrative
- TJD- Terapi JoDirektive
- TKB- Terapi Konjektiv-Bihejviorale
- TPME- Terapi Psikodinamike Mbështetëse-Ekspresive

KAPITULLI I: HYRJE

“Tensioni është kush ju mendoni se duhet të jeni. Relaksimi është kush ju jeni”.

Proverb kinez

Identifikimi i Problemit

Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar (ÇAP) është i përhapur gjerësisht si çrregullim kronik. Rreth 5% e popullsisë së përgjithshme do të përballet me çrregullimet e ankthit në ndonjë periudhë të caktuar të jetës dhe 3.1% e amerikanëve takohen me këto standarte diagnostike (Wittchen, Zhao, Kessler dhe Eaton, 1994). Dëmtimet lidhur me ÇAP janë më pak të rënda se sa dëmtimet e depresionit në lidhje me produktivitetin, funksionimin social dhe kujdesin shëndetësor (Wittchen dhe Hoyer, 2001). Duke pasur parasysh përhapjen e tij të lartë dhe koston për shoqërinë, ÇAP është një problem i shëndetit mendor që kërkon ndërhyrje, trajtim dhe teknika parandaluese.

Deri më sot, trajtimet Konjektiv-Bihejviorale kanë treguar efikasitet në mesin e psikoterapive për trajtimin e ÇAP (Borkovec dhe Costello; Ladouceur, 1993). Terapia Konjektiv-Bihejviorale është një model trajtimi i bazuar në formulimin konjektiv, besimet dhe strategjitë sjellore që karakterizojnë një çrregullim specifik (Alford dhe Beck, 1997).

Terapia Konjektiv-Bihejviorale është përdorur për trajtimin e një sërë problemesh dhe çrregullimesh mendore (Dobson dhe Dobson, 2009). Terapia Konjektiv-Bihejviorale është përshtatur për pacientë me nivele të ndryshme të edukimit dhe përdoret gjithashtu në një varietete kulturash dhe moshash, nga fëmijët deri tek të moshuarit (Beck, 2011).

Në studimin “Ndërhyrjet psikologjike në trajtimin e Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar” (F. Bolognesi , D.S. Baldwin , C. Ruini, 2014), u rishikuan pikat e forta dhe të dobëta të TKB dhe ndërhyrjeve të tjera psikologjike për të ardhmen. Në metodën që u përdor ishte termi Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar duke parë termat të kombinuar me të.

Rezultatet treguan se TKB ka qenë trajtimi psikologjik më i studiuar dhe rekomandohet si ndërhyrje e parë e zgjedhjes për ÇAP. Relaksimi i Aplikuar ka treguar efektivitet të ngjashëm si TKB. Qasje të përshtatshme për ÇAP, si terapia e mirëqenies, janë zhvilluar për të siguruar një gamë më të gjerë të zgjedhjeve terapeutike: edhe pse rezultatet paraprake janë inkurajuese, nevojiten studime të mëtejshme për të vendosur efikasitetin e tyre dhe vlera relative në krahasim me TKB.

Relaksimi i Aplikuar është një teknikë në të cilën individët me shqetësim mësojnë , hap pas hapi, aftësi të relaksimit, të cilat mund të aplikohen shumë shpejt dhe praktikisht në çdo situatë. Kjo është e rëndësishme për trajtimin e panikut, ankthit, fobive, dhimbjeve, dhe simptomave të tjera. Qëllimi është që individi të jetë në gjendje për t'u shpëlodhur për rreth 20-30 sekonda në situata ku shfaqen zakonisht simptomat(Öst, 1987). Relaksimi i Aplikuar është një strategji efektive përballuese për të reduktuar ndjeshëm ankthin në shumë rrethana (Borkovec dhe Costello, 1993).

Edhe pse është një formë e terapisë moderne të sjelljes, Relaksimi i Aplikuar gjithashtu ka qenë i përdorur në kombinim me ristrukturimin konjektiv, si pjesë e Terapisë Konjektiv-Bihejviorale (TKB). Relaksimi i Aplikuar nga Lars-Göran Öst në vitin 1987, fillimisht

është përdorur për trajtimin e fobive, por me zbatim më të gjerë në çrregullimet e tjera të ankthit, si dhe për menaxhimin e dhimbjeve fizike dhe të përziera. Relaksimi i Aplikuar fokusohet në aplikimin e relaksimit muskulator në situata dhe raste ku individ është nën ankth dhe i lejon ndërhyrjen në fillim në përgjigje të ankthit dhe shqetësimit (Rygha Sanderson, 2004).

Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar është shfaqur fillimisht si kategori diagnostike në botimin e tretë të Manualit Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore (DSM-III, 1980). Por përkufizimi i saktë si një çrregullim doli vetëm në rishikimin e kritereve për ÇAP tek DSM-III-R, 1987. Rishikimi më i plotë i kritereve të ÇAP u krye në tekstin e DSM-IV, 1994. Nuk u bënë ndryshime të tjera në DSM-IV-TR. Kuadri i ÇAP është qartësisht i përcaktuar në DSM-IV-TR si një gjendje shqetësimi e ekzagjeruar dhe e pakontrolluar. Shqetësimi patologjik dallon prej atij jo patologjik në bazë të frekuencës, intensitetit dhe kohëzgjatjes së tij; në aftësinë e individëve për ta kontrolluar shqetësimin dhe kur ndërhyrja dukshëm në funksionimin e personit (Rygh dhe Sanderson, 2004). Tashmë në DSM-V, ÇAP është e përcaktuar si diagnozë e veçantë (APA, 2013).

Sipas studimit të Dugas dhe Robinchaud Terapia Konjektiv-Bihejviorale ka rezultuar efektive në trajtimin e ÇAP. Nga ky studim doli se trajtimi ndikoi në reduktimin e simptomave të ÇAP si intoleranca ndaj pasigurisë, shqetësimi, shmangia konjiktive (Dugas dhe Robinchaud, 2007).

Studimi “Çrregullimi i Përgjithësuar i Ankthit: një krahasim i ndryshimeve të simptomave tek të rriturit që marrin Terapi Konjektiv-Bihejviorale ose Relaksimin e Aplikuar”

(Donegan E, Dugas M. J., 2012) kishte qëllim paraqitjen e ndryshimeve për simptomat e ÇAP me anën e dy trajtimeve psikologjike, TKB dhe RA.

Në këtë studim morën pjesë 57 individë me ÇAP. Vetë-raportimet për shqetësimin dhe ankthin somatik u mbledhën çdo ditë gjatë trajtimit.

Rezultatet treguan se ankthi somatik u ul më shumë me ndikim primar nga TKB dhe më pas nga RA. Megjithatë drejtimi i influencës midis ndryshimeve në shqetësim dhe në ankthin somatik ishte dy-drejtimësh deri në një farë mase për të dy trajtimet u vu re se ndryshimi i shqetësimit përbënte ndryshime të mëvonshme në ankthin somatik në një masë më të madhe në TKB sesa në RA.

Qëllimi i Studimit

Qëllimi i këtij studimi është krijimi i një përqasjeje funksionale trajtimi ku të integrohet RA me teknikat e TKB, adresuar simptomave ankthioze, për trajtimin e ÇAP. Në punën klinike me pacientët me ÇAP vihej re se edhe pse stabilizoheshin simptomat psikologjike, mbeteshin aktive simptomat trupore dhe anasjellta. Ndaj u mendua se integrimi i këtyre dy përqasjeve mund të jetë funksional, sepse do të ndikojë në rehabilitimin më të shpejtë dhe më afatgjatë të personave me ÇAP.

Ky studim gjithashtu ka për qëllim të tregojë përdorimin efektiv të një studim rasti, në analizimin e efekteve të kombinimit të RA me teknika të TKB dhe ndikimi i kësaj përqasjeje tek ankthi. Matjet për ankthin, mendimet automatike, zbatimin e trajtimit dhe shtrebbërimet konjiktive vendosin një linjë bazë dhe vlerësojnë progresin terapeutik nëpërmjet studimit të rastit.

Një përshkrim i shkurtër i rëndësisë së studimit në fushën e psikologjisë klinike

Në lidhje me qëllimin bazë të këtij studimi është studiuar, matur dhe aplikuar Relaksimi i Aplikuar dhe teknikat e terapisë Konjektiv-Bihejviorale për trajtimin e personave që vuajnë nga Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar. Në vendin tonë është pak i hasur integrimi dhe aplikimi i këtyre teknikave për personat me këtë çrregullim përkatës.

Ky disertacion jep informacion të thelluar në lidhje me teorinë konjektiv-bihejviorale dhe relaksimën e aplikuar. Studimi i ekzaminon këto dy fusha, duke krijuar një përjasje specifike dhe të detajuar, me anë të së cilës do të ndërhyhet për të ulur simptomat e ankthit tek ÇAP. Duke kryer këtë, ky disertacion ofron një aplikim klinik për profesionin e psikologut. Kjo mund t'u bëjë të mundur psikologëve, të marrin informacion nga gjetjet e kërimit dhe të përdorin teknikat që gjenden në studim.

Përpjekja për një modalitet të ri trajtimi lidhur me nevojat e klientëve, shfaq aspiratën për të zhvilluar e adaptuar tiparet e një profesionisti të mirëfilltë në fushën e psikologjisë klinike.

KAPITULLI II.SHQYRTIMI I LITERATURËS

I. Historia e Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar

Në këtë kapitull do të parashtrihen informacione, ku më kryesoret, rreth Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar, Teknikat për trajtimin e ÇAP, Teknikat e Terapisë Konjektiv-Bihejviorale, Teknikat e Relaksimit të Aplikuar. Do të jepen tablo teorike dhe studime kërkimore në mbështetje të studimit.

Çrregullimet e ankthit kanë marrë gjithnjë vëmendjen klinike në literaturën psikologjike dhe psikiatrike (Cox, Wessel, Norton, Swinson dhe Dorenfeld, 1995; Norton, Cox, Asmundson dhe Maser, 1995). Diskutimi i sindromës së ankthit të përgjithësuar mund të shihet që në shkrimet e Frojdit mbi "neurozën e ankthit" (Freud, 1920 - 1966). Frojdi dalloi në mes të atyre që vuanin nga neuroza e ankthit (të cilat do të përfshijnë të dy, ÇAP dhe Çrregullimin e Panikut që përcaktohet aktualisht), nga ato me fobi dhe fobi specifike. Edicioni i parë i "Manualit Diagnostik" dhe Statistikor për Çrregullimet Mendore, (DSM-I, Shoqata Psikiatrike Amerikane APA, 1952) u ndikua shumë nga konceptualizmi frojdian. Për këtë arsye, një pacient me ÇAP do të ishte përcaktuar me diagnozën "reagim të ankthit" dhe më vonë, në DSM-II (APA, 1968), "neurozë të ankthit". Në DSM-III (APA, 1980) ÇAP dhe Çrregullimi i Panikut (Agorafobia) u ndanë në diagnoza të veçanta, sikurse u përfshi: Çrregullimi Fobik, Çrregullimi Obsesiv-Kompulsiv dhe Çrregullimet e Stresit Posttraumatik. Në këtë periudhë ÇAP shihej me dyshime dhe me skepticizëm përse i përket besueshmërisë në komunitetin psikiatrik. Gjatë viteve dhe rishikimit të DSM, nga I-

V aktualisht, simptomat e ÇAP, ishin më të detajuara edhe në vlerësimin e besueshmërisë (Dugas, 2000).

Pasqyrë e përgjithshme rreth ÇAP

Ankthi është një lloj frike e veçantë. Ankthi është një sinjal emocional gjatë të cilit ndjejmë disa tipe kërcënimesh. Kapaciteti ynë për frikën fillon që shumë herët në historinë njerëzore dhe ka qenë një çelës kyç për mbijetesën dhe përshtatjen tonë. Ishte ajo që nxiti paraardhësit tanë për mbijetesë, për planifikimin e mbrojtjes dhe të pasurit kujdes për të tjerët që janë më pak të fortë. Kur ne bëhemi ankthiozë zakonisht nuk ekziston një kërcënim i qartë ose edhe vetë ne nuk jemi të qartë. Gjithashtu nuk ekziston asnjë përgjigje e menjëhershme që mund të gjejmë rrugëzgjdhje nga rreziku. Në vend të saj kur ne jemi ankthiozë shqetësohemi rreth të gjitha gjërave të cilat janë të qarta ose jo. Megjithëse ne mund të reagojmë në mënyra të ndryshme, zakonisht ato nuk na çojnë në një komfort dhe lehtësim. Shpesh mund të shprehemi që ne, jemi duke jetuar në epokën e ankthit, por në të vërtetë ka shumë faktorë në epokën tonë që favorizojnë ankthin. Ne jemi duke u munduar që të bëjmë më të mirën për veten tonë dhe për të afërmit tanë duke u përballuar me disa rrethana sfiduese. Por, megjithëse ankthi është një pjesë e pashmangshme e jetës tonë, nuk mund të ndërhyjë të kontrollojë jetët tona (White, 1999).

Teoritë rreth ÇAP

Janë tre teori specifike për ÇAP, të zhvilluar nga Wells, Ladoucer dhe kolegët e tij dhe së treti nga Borkovec, që kanë formuluar të dhëna bazike empirike në lidhjen e tepërt dhe të pakontrollueshme të shqetësimit. Këto teori janë bazuar në të dhëna që i përkasin

shqetësimin, të lidhura me çdo model ekskluzivisht për ÇAP, por ende nuk është vendosur dhe vlerësuar plotësisht.

1. Teoria e metakonjicionit e Well

Well (1995) prezantoi teorinë për metakonjicionin e ÇAP, për zhvillimin dhe ruajtjen e tepruar dhe të pakontrolluar të shqetësimin. Metakonjicioni “i referohet njohurive, besimeve dhe vlerësimeve për konjicionin, si dhe rregullimit dhe ndërgjegjësimin të konjicioneve të vazhdueshme. Ky model e përshkruan ÇAP, si rezultat i “ndërveprimin të përdorimit të motivimit përshqetësimin” si një strategji përballuese, vlerësimin negativ të shqetësimin dhe përpjekjet për kontrollimin e shqetësimin.

Modeli e ndan shqetësimin në dy tipe. Tipi 1, i referohet shqetësimeve në lidhje me ngjarjet e jashtme dhe ngjarjet e brendshme jokonjiktive, trupore. Tipi 1, mund të përfshijë shqetësimin në lidhje me fobitë specifike (përshembull: frikë nga lartësitë) ose çrregullimin e panikut. Tipi 2, i referohet shqetësimin në lidhje me të menduarit në vetvete ose shqetësimi për shqetësimet (që u përcaktua si metashqetësim). Well propozoi që tipari kryesor i ÇAP është metashqetësimi. Well parashtron se individët me ÇAP mbartin të dy besimet, pozitive dhe negative. Besimet pozitive janë se shqetësimi shërben si funksionim mbrojtës ose përballues, për shembull, se ajo parandalon, ose ndihmon në shmangien e ngjarjeve negative. Besimet negative janë se Tipi 1 i shqetësimin është keqpërshtatur ose dëmtuar- për shembull, ndërhyrja në funksionimin efektiv dhe efikas për-detyrën dhe \ ose ka efekte të dëmshme mbi ato fizike dhe \ ose në shëndetin psikologjik. Për shkak se të dyja besimet, pozitive dhe negative rreth Tipit 2 për shqetësimet mbahen në të njëjtën kohë,

individët me ÇAP janë përshkruar si qenie me një gjendje disonance metakonjiktive ose konfliktuale për shqetësimet.

Pra, metashqetësimi (Tipi 2 i shqetësimit) ndodh kur individi fillon të shqetësohet rreth shqetësimit. Metashqetësimi, zhvillohet si pasojë e variacioneve të ndryshme. Së pari është se si tek shqetësimi përfshihen gjithnjë mendime automatike, duke u bërë gjithnjë përçarës dhe stimulon përpjekjet për të kontrolluar shqetësimin. Së dyti, ndodh si rezultat i besimeve pozitive rreth shqetësimit, duke rritur bezdisjen për shqetësimin. Së treti, vëzhgimi i ngjarjeve negative të jetës që lidhen me shqetësime të tjera, mund të çojë në besime që këto shqetësime janë të dëmshme ose të rrezikshme. Së katërti, bllokimi emocional, nëpërmjet ndërhyrjes së rritjes të shqetësimit dhe uljes së perceptimeve të kontrollit mendor. Well (1995) rekomandon një fokus trajtimi për metashqetësimin, me qëllim të zhvillimit të njohurive më adaptive metakonjiktive. Metabesimet pozitive dhe negative për shqetësimin duhet të ristrukturohen.

2.Modeli i 4-tipareve i Ladoucer dhe kolegeve të tij

Ladouceur, Blais, Freeson dhe Dugas (1998) prezantuan modelin për përvetësimin dhe mirëmbajtjen e ÇAP, që identifikon katër tipare të ndryshueshme: 1.Intoleranca e pasigurisë, 2.Besimet rreth shqetësimit, 3.Orientimi i dobët i problemeve, 4.Shmangia Konjiktive.

Së pari, Intoleranca është rezultat i niveleve të ulëta ambivalente, reagimeve të forta të ambivalencës dhe pjesëmarrjes në kërcënimet e jashtme si pasojë e pasigurisë.

Së dyti, tiparet e këtij modeli konsistojnë tek besimet në lidhje me shqetësimin. Individët me ÇAP mbivlerësojnë avantazhet dhe nënvlerësojnë disavantazhet e shqetësimit. Besojnë se shqetësimi shërben si qëllim i dobishëm dhe mbrojtës.

Së treti, është orientimi i dobët i problemit. Orientimi i problemit është një aktivitet i lartë i metakonjicionit; nuk është një vendosje specifike e aftësive për zgjidhjen e problemeve. Gjithashtu konsiston në zgjidhjen e problemeve për besimet e dobëta dhe perceptimet e dobëta për kontrollin mbi procesin e zgjidhjes të problemeve. Së katërti, është shmangia konjiktive e kërcënimeve të imazhevemendore. Trajtimi klinik i ÇAP duhet të përqendrohet kryesisht në rritjen e tolerancës së pasigurisë nga supozimet sfiduese se pasiguria mund dhe duhet të shmanget. Trajtimi u mëson klientëve si të arrijnë një kompesim midis shmangies së problemit dhe mbledhjes së informacionit për të eliminuar pasigurinë.

3. Teoria e shmangies e Borkovec

Borkovec prezantoi teorinë e shqetësimit shmangës për ÇAP (Borkovec, Alcaine, Behar, 2004). Bazuar në studimet e fundit, teoria e Borkovec, në përmbajtjen sipërfaqësore të shqetësimit, mund të shërbejë si një mjet për t'iu shmangur temave të vështira emocionale (mundësisht të lidhura me traumat e të kaluarës, apo problemet aktuale ndërpersonale). Trajtimi i Borkovec për ÇAP konsiston në këta elementë:

1. Parandalimi i përgjigjeve. Klientët janë mësuar për të krijuar "periudha shqetësimi" ose "zona me shqetësim të lirë ". Te periudhat e shqetësimit janë zgjedhur, kohët dhe vendet, ku shqetësimi i lejohet çdo ditë. Zonat e shqetësimit të lirë janë kur shqetësimi, nëse zbulohet,

është shtyrë individualisht jashtë këtyre zonave. Me kalimin e kohës, zonat e shqetësimit të lirë janë zgjeruar për të përfshirë më shumë vende, kohë dhe aktivitete.

2.Shqetësimi si rezultat i monitorimit. Klientët janë udhëzuar për të regjistruar shqetësimet që kanë rezultate frikësuese, si dhe rezultate aktuale me baza ditore. Rezultati i monitorimit të shqetësimit rrit vetëdijen që përceptimet kërcënuese për të ardhmen kanë mbivlerësuar dhe nënvlerësuar aftësitë përballuese.

3. Fokusimi aktual i vëmendjes. Metodat e shumta të relaksimit (Relaksim Progresiv i Muskujve (PMR), meditimi, frymëmarrja me diafragmë (FD) dhe imazhet zbutëse.

4.Imazhe. Ndjekur nga imazhe efektive përballuese dhe rezultate reale të mundshme, përdoret për të krijuar seri alternativash të reja për të dhënat historike të ruajtura në kujtesë nëpërmjet imagjinatës.

5. Targetimi kryesor i frikës, shmangies së shqetësimit. Borkovec(2004) sugjeron se trauma e hershme, se vështirësitë e bashkëveprimit dhe/ose vështirësitë aktuale interpersonale mund të jenë të lidhura me shqetësime emocionale nga nevojat e paplotësuara në jetën e klientëve.

Shqetësimi

Shqetësimi ka qenë përshkruar si një faktor me rol qendror në zhvillimin dhe mirëmbajtjen e ÇAP. Hetimet për shqetësimin i kanë çuar hulumtuesit drejt idesë për të nxjerrë një përfundim se shqetësimi mund të jetë një kontribues i rëndësishëm në ankth, jo vetëm për ÇAP, por ndoshta edhe për të gjitha çrregullimet e tjera të ankthit (Borkovec, 1994).

Hetimet kanë zbuluar se shqetësimi shërben për shumë funksione (apo për funksione perceptuese) për shqetësimet. Shqetësimet shfaqin tendencën për të përqendruar vëmendjen në stimuj apo në situata kërcënuese dhe shpesh i shohin situatat e paqarta si kërcënuese (Roemer, 2002). Shqetësimi mund të perceptohet si një përpjekje për t'iu shmangur ngjarjeve negative për të ardhmen dhe mund të përforcohet nga mos ndodhja e këtyre ngjarjeve frikësuese. Të dhënat kanë treguar gjithashtu se shqetësimi mund të funksionojë si një mënyrë për t'iu shmangur përvojave shqetësuese emocionale (Borkovec dhe Inz, 1990). Për shembull, shpesh studiuesit besojnë se shqetësimi mund të funksionojë për t'i ndihmuar ata në mënyrë efektive në zgjidhjen e problemeve, ose për t'iu shmangur ngjarjeve negative të cilave u frikësohen (Borkovec dhe Roemer, 1995).

Në modelin e tij, Borkovec (1994) e përshkruan shqetësimin si të lidhur me shmangien konjiktive, e cila kontribuon në ruajtjen e ankthit. Procesi i shqetësimit është ruajtur nëpërmjet përforcimit negativ që rezulton nga mungesa e rezultateve të pritura asertive dhe reduktimit të zgjimit somatik. Ai propozon se shqetësimi është përforcuar negativisht në atë që individi dëshiron të shmangë ose të largojë imazhet kërcënuese dhe aktivizimin e shqetësimeve somatike. Nëpërmjet shmangies, shqetësuesit e kthejnë lehtësimin afatshkurtër të ankthit në atë afatgjatë. Shqetësimi mund të pengojë përpunimin emocional dhe të ruajë konjicione për prodhimin e ankthit. Për shembull, një studim sugjeron se personat mund të shqetësohen si një mënyrë për t'u shmangur emocionalisht nga situatat shqetësuese (Borkovec dhe Roemer, 1995). Sipas Borkovec dhe kolegët e tij (Borkovec, Hazlett-Stevens, dhe Diaz, 1999), natyra e shqetësimit është thjesht shmangëse sepse ajo është e përqendruar në të ardhmen dhe jo në të tashmen. Shqetësimi nxit shmangien dhe

mund të jetë pengues në zgjidhjen efektive të problemeve (Borkovec, 1994). Për shembull, një individ i shqetësuar, mund të kalojë nga një temë në tjetrën, pa zgjidhjen e çdo shqetësimi. Edhe pse personat e shqetësuar duken se nuk kanë besim në aftësitë e tyre në zgjidhjen e problemeve, ata nuk i demonstrojnë defiçitet e aftësive për zgjidhjen e problemeve.

Shqetësimi dhe Ankthi

Prioritet i studimeve për testin e ankthit, për disa hulumtues ka qenë dallimi i konstrukteve midis ankthit dhe shqetësimit (Breznitz, 1971). Ekziston një lidhje e fortë midis ankthit dhe shqetësimit. Po të mos ishte kjo çështja, shqetësimi nuk do të mund të konsiderohej si themelor për diagnozën e ÇAP. Megjithatë, mbetet ende e paqartë në çfarë shtrirje bllokohen këto konstrukte, përfshijnë njëra-tjetrën, ose janë manifestime të të njëjtit thelb. Pruzinsky dhe Borkovec (1990) argumentojnë se të dallosh shqetësimin nga ankthi është e vështirë sepse (1) shqetësimi në thelb mund të mos jetë i dallueshëm nga ankthi përveç situatave eksperimentale artificiale; dhe (2) vendosja e komponentëve konjektivë dhe somatikë te individët si përgjigje të ankthit, ka të ngjarë të çojë shumë shpejt në komponentin tjetër. O'Neill (1985) ka kritikuar përdorimin e pavarur të konstrukteve të shqetësimit. Ai argumenton se shqetësimi duhet të shihet vetëm si një komponent konjektiv i ankthit. Duke përdorur informacion nga kërkimet mbi shqetësimin, O'Neill ngre një çështje se shqetësimi dhe ankthi ndajnë të njëjtën mënyrë sjelljeje, që ndryshojnë në fenomenet e lidhura që reflektojnë në ndryshimet e ngjashme tek të dyja, ankthi dhe shqetësimi. Kështu që, në këndvështrimin e tij, studimi për shqetësimin nuk shton asgjë të rëndësishme në studimin e ankthit. Borkovec (1985), argumenton se pavarësisht se

shqetësimi është apo nuk është komponent konjektiv i ankthit, “duhet të përcaktohen karakteristikat e atij komponenti dhe të shpjegohen lidhjet funksionale me komponentët e tjerë”. Tallis, Eysenck dhe Mathews (1991) argumentojnë se janë dakort me supozimin e O’Neill për termin e “ankthit”. Në argumentin për braktisjen për studimin e shqetësimit, O’Neill sugjeron se çfarë njihet aktualisht për ankthin është e kënaqshme, e vlefshme dhe nuk garanton investigim të mëtejshëm për elementët konjektiv të ngjashëm. Tallis dhe kolegët e tij mbrojnë idenë se hetimi i proceseve konjiktive siç është shqetësimi, ndihmon në kuptimin tonë për ankthin. Pavarësisht argumenteve të tij, O’Neill, në një numër të eksperimenteve ka demonstruar se shqetësimi dhe ankthi janë të diferencueshme. Një eksperiment i hershëm i shqetësimit dhe i frikës, zbuloi se në një përgjigje ndaj një stresori, frika ishte një kusht i mjaftueshëm por jo i nevojshëm për shqetësimin (Levy dhe Guttman 1976). Me fjalë të tjera, shqetësimi mund të shfaqet në mungesë të frikës. Lidhjet midis shqetësimit dhe ankthit janë gjetur në vlera të larta përafërsisht 70% (Hampton, Farrell, Davidson, 1992). Megjithatë shqetësimi dhe ankthi demostrojnë një lidhje më të ulët tek pacientët me ÇAP (Meyer, Miller, Metzger, Borkovec, 1990). Shqetësimi dhe veçoritë e ankthit, u llogaritën për variacione unike në aftësinë për zgjidhjen e problemeve dhe mënyrat e përballimit tek studentët e Universitetit (Davey, 1992). Ndonëse shqetësimi ishte më tepër i lidhur me mënyrat e përballimit në fokusimin e problemit, shpesh veçoritë e ankthit ishin të lidhura me mënyrën shmangëse të përballimit dhe mungesës së vetëbesimit në zgjidhjen e problemeve.

Zebb dhe Beck (1998) zbuluan se shqetësimi ishte më tepër i lidhur me depresionin, konfuzionin, mungesën e kontrollit emocional dhe mungesën e kontrollit mbi zgjidhjen e

problemeve se sa me ankthin. Siç është përshkruar më lartë, nivelet e shqetësimit nuk mund të diferencohen midis pacientëve me ÇAP dhe midis pacientëve me Depresion Madhor (Starcevic, 1995). Për më tepër, Andrews dhe Borkovec(1998), zbuluan se një induksion i shqetësimit prodhonte një impakt tek ankthi dhe depresioni. Ky efekt ishte më i fortë se efekti i induksionit të ankthit mbi impaktin depresiv ose efekti i induksionit të humorit depresiv mbi efektin e ankthit. Këto rezultate sugjerojnë se shqetësimi mund të ketë një lidhje të veçantë tek ndikimi depresiv përtej lidhjes me ankthin.

Simptomat dhe prezantimi i modeleve të ÇAP

Tipari kryesor i ÇAP, është shqetësimi dhe frika që është jashtë proporcioneve të rrethanave. Zakonisht shqetësimet janë të përhapura dhe përfshijnë çdo ditë çështjet me fokus shqetësimin. Personi i prekur ka vështirësi në kontrollimin e shqetësimeve dhe kjo mund të rezultojë në keqfunksionimin profesional dhe social (Tyrer dhe Baldwin, 2006; Bitran, 2009).

Simptomat psikologjike përfshijnë nervozizëm, përqendrim të varfër, rritjen e ndjeshmërisë ndaj zhurmave, parehati dhe vështirësi për të fjetur gjumë.

Simptomat somatike të ÇAP mund të shfaqen në mënyra të ndryshme. Për shembull, tek një individ tepër aktiv, sistemi nervor mund të çojë në djersitje, tharje të gojës, urinim të shpeshtë, probleme me stomakun, ndjenja gulçimi dhe marramendje. Rritja e tensioneve të muskujve është një shoqërim i përbashkët i ankthit të vazhdueshëm që mund të jetë me përvojë si nervozizmi, pamundësia për t'u çlodhur, dhimbje koke dhe dhimbje sidomos në supë dhe në shpinë. Për të kuptuar më mirë ankthin, është e rëndësishme të njohim disa nga efektet e ngjashme të tij (Clark dhe Beck, 2012).

Simptomat fiziologjike

- Rritje të rrahjeve të zemrës
- Gulçim
- Dhimbje gjoksi ose presion
- Ndjesi mbytjeje
- Marrje mendsh
- Djersitje, të dridhura
- Të vjella, probleme me stomakun, diarre
- Të dridhura ose tundje të trupit
- Ndjesi sikur po e shpojnë me gjilpëra ose mpirje në krahë dhe këmbë
- Dobësi, ligështi
- Muskuj të tensionuar, ngurtësi
- Goja e thatë

Simptomat Konjiktive

- Frika e humbjes së kontrollit, paaftësi për t'u përballur
- Frika e lëndimit fizik ose vdekja
- Frika se mos "çmendet"
- Frika nga vlerësimi negativ i të tjerëve
- Mendime, imazhe, ose kujtime të frikshme
- Përceptimet jo reale.
- Përqendrim i dobët, konfuzion

- Vëmendje e dobët, hipervigjilencë për ndonjë kërcënim
- Kujtesë e dobët
- Vështirësi në arsyetim, humbja e objektivitetit

Simptomat Sjellore

- Shmangia e situatave sfiduese
- Gjendje arratie dhe lufte
- Kërkim i sigurisë
- Shqetësim, axhitim, ecje tutje-tu
- Hipervigjilencë
- Ngurtësim, lëvizje të ngadalta
- Vështirësi në të folur

Simptomat Emocionale

- Ndjesi nervozizmi, tensioni
- Ndjesi frikësimi
- Padurim
- Ndjesi frustrimi

ÇAP është patologji që bashkëekziston shpesh me çrregullimet e tjera mendore, të cilat mund ta komplikojnë prezencën e tij. Çrregullimet patologjike që janë veçanërisht të zakonshme përfshijnë Çrregullimet Depresive (Depresioni Madhor dhe Distimnia), çrregullime të tjera të ankthit (sidomos Çrregullimi i Panikut, Fobia Sociale dhe Fobia

Specifike) dhe Çrregullimet Somatoforme (Bitranet 2009; Kessler, 2005). Ka edhe patologji të rëndësishme me keqpërdorimin e substancave sidomos në mesin e individëve (Grant, 2005; Kessler, 2005).

Gjithashtu, individëve me ÇAP, u bashkëshoqërohen dhe probleme shëndetësore fizike të tilla si artriti, çrregullimet gastrointestinale, çrregullimet e frymëmarrjes dhe mund të imitojnë prezantimin e disa kushteve fizike (për shembull, hipertiroidizëm) (Culpepper, 2009). Për shkak të simptomave somatike të ankthit, të cilat janë në qendër të ÇAP dhe patologjive fizike, njerëzit me ÇAP paraqiten në kujdesin parësor për problemet somatike ose çrregullimet e gjumit, në vend të shqetësimit të tepruar ose simptomat psikologjike të ankthit (Rickels dhe Rynn, 2001).

Kohëzgjatja dhe Prognoza

Shumica e studimeve klinike sugjerojnë se ÇAP zakonisht është një gjendje kronike me norma të ulëta mbi një periudhë afatmesme dhe afatshkurtër. Vlerësimi i prognozës është i komplikuar nga patologjitë e shpeshta me çrregullimet e tjera të ankthit dhe depresionit, të cilat përkeqësohen në një kohë më të gjatë (Tyrer dhe Baldwin, 2006). Në programin kërkimor të ankthit në Harvard-Brown, i cili rekrutoi pjesëmarrës nga spitalet e Bostonit, rezultoiqë mosha mesatare e fillimit të ÇAP ishte 21 vjeç dhe se shumë pjesëmarrës ishin të sëmurë që nga adoleshenca e tyre. Kohëzgjatja mesatare e sëmundjes në këtë grup ka qenë rreth 20 vjet dhe pavarësisht trajtimit, rezultati mbi 3 vitet e ardhshme ishte relativisht i dobët, ku vetëm një në katër tregoi lehtësim të simptomave të ÇAP (Yonkers,1996). Përqindja e njerëzve nga të gjitha simptomatologjitë psikiatrike ishte më e vogël, rreth një e gjashta. Rreziku i rikthimit

gjatë vitit të ardhshëm të individëve që kanë qenë me ÇAP, ishte rreth 15%, në rritje, 30% tek ata që arrinin vetëm lehtësim të pjesshëm të simptomave (Yonkers , 1996).

Pjesëmarrësit në studim ishin rekrutuar nga shërbimet spitalore dhe mund të mos jenë përfaqësues të ÇAP në përgjithësi. Në një studim në Mbretërinë e Bashkuar, Tyrer, Seiverwright dhe Johnson, (2004), morën nën shqyrtim individë me ankth dhe depresion të identifikuar në klinika psikiatrike si kujdes parësor. Rezultoi se 12 vjet më vonë 40% të atyre që fillimisht ishin diagnostikuar me ÇAP ishin shëruar, në kuptimin që ata nuk plotësonin kriteret e ndonjë çrregullimi psikiatrik sipas DSM-III (APA 1980). Pjesëmarrësit kishin mbetje simptomatike, por ÇAP ishte ende diagnoza kryesore në vetëm 3% të pjesëmarrësve; Distimnia, Depresioni Madhor dhe Agorafobia, ishin më të theksuara. Ky studim konfirmoi simptomat kronike dhe të luhatshme të individëve me ÇAP, klinikisht të identifikueshme. Megjithatë duhet të theksohet, se shumica e njerëzve me ÇAP në komunitet nuk kërkojnë ndihmë mjekësore për simptomat e tyre (Wittchen dhe Jacobi 2005) dhe natyrisht sëmundja në këto rrethana nuk është e ekspozuar.

Aftësitë e Kufizuara dhe Vdekshmëria

ÇAP është i lidhur me një ngarkesë të konsiderueshme të aftësive të kufizuara, ekuivalente me atë të kushteve të tjera kronike si artriti dhe diabeti (Wittchen, 2002). Rezultatet e studimeve tregojnë se çrregullimet e ankthit janë më tepër kronike se çrregullimet e tjera të zakonshme mendore (Tyrer, 2004) dhe ka të dhëna se depresioni dhe ankthi kanë prognozë më të rëndë, lidhur me aftësinë e kufizuar dhe me vazhdimësinë e simptomave sesa depresioni ose çrregullimet e ankthit (Kroenke,

Spitzer dhe Williams, 2007). Ka të dhëna në komunitet që çrregullimi i ankthit, është lidhur në mënyrë të pavarur me disa kushte fizike dhe kjo është lidhur në mënyrë të konsiderueshme me cilësinë e dobët të jetës dhe të aftësisë së kufizuar (Sareen et, Jacobi dhe Cox, 2006).

Studimet kanë treguar se ÇAP është lidhur edhe me dëmtime serioze në funksionimin profesional dhe social. Për shembull, më shumë se 30% e njerëzve me ÇAP tregojnë një reduktim vjetor të produktivitetit të punës prej 10% ose më shumë në krahasim me 8% të njerëzve me Depresion Madhor. Shifra për individët me ÇAP dhe depresion ishte mbi 45% (Wittchen, 2000). Një pjesë e madhe e kostove ekonomike të çrregullimeve të ankthit, i atribuohet kostove të trajtimit jo mjekësor psikiatrik.

ÇAP gjithashtu mbart një kosto të konsiderueshme në vuajtjen personale. Në programin e kërkimit të ankthit në Harvard-Brown që u përmend më lart, tregon që një e treta e njerëzve kurrë nuk ishin martuar dhe papunësia ishte më e lartë se mesatarja (Yonkers, 1996). Idetë dhe përpjekjet për vetëvrasje janë rritur ndjeshëm tek ÇAP krahasuar me popullsinë në përgjithësi, veçanërisht tek femrat (Coughe, 2009).

Prevalenca

Proporcioni i vlerësuar i njerëzve në Angli me ÇAP ishte 4.4% në sondazhin më të fundit në Psikiatrinë e të Rriturve në Angli (McManus, Metzger dhe Brugha, 2009), shifër që ka ndryshuar pak në të tre vitet e studimit 1993-1997 dhe 2007. Kjo shifër është e lartë në vlerësimin e prevalencës vjetore prej 2.1% në 4.4% në vendet ku flitet anglisht (Grant, 2005; Kessler dhe Wang, 2008) me norma më të ulëta të 0.8% në 2.2% të raportuara nga vendet e tjera europiane (Lieb, 2005; Wittchen dhe Jacobi, 2005).

Vlerësimet e përqindjes në mbarë botën të individëve që kanë të ngjarë të përjetojnë ÇAP në jetën e tyre ndryshojnë në mes të 0.8% dhe 6.4% (Lieb, 2005; Grant, 2005; Kessler dhe Wang, 2008).

Normat e përhapjes janë gjetur përgjithësisht të jenë midis 1.5 dhe 2.5 herë më e lartë tek femrat sesa tek burrat. Në sondazhin e kryer në Psikiatrinë e të Rriturve në Angli (McManus, 2009), normat ishin 3.4% për meshkuj dhe 5.3% për femrat. Në aspektin e moshës, studimet epidemiologjike kanë gjetur në përgjithësi që ÇAP mund të jetë më pak i zakonshëm në moshën e vjetër, (mbi 55 vjet) edhe pse ka disa përjashtime. Disa studime kanë gjetur edhe që ÇAP të jetë më pak i zakonshëm tek të rriturit më të rinj (më të rinj se 35 vjeç).

Të dhëna nga SHBA-të përse i përket përkatësisë etnike dhe racore për dallimet në normat e ÇAP janë në kundërshtim me studimet që tregojnë rritjen (Blazer, 1991), uljen (Grant, 2005) dhe nuk ka dallim (Wittchen, 1994) të normave në mesin e individëve të bardhë dhe një ose më shumë grupe të zeza, aziatike dhe hispanike. Në sondazhin e kryer në Psikiatrinë e të Rriturve në Angli, u tregua se grupet e minoriteteve etnike (McManus, 2009) ishin shumë të vogla për të nxjerrë konkluzione rreth dallimeve të mundshme edhe pse përmasat e grupeve me ngjyrë të zezë dhe Azisë Jugore me ÇAP (meshkuj dhe femra) ishin më të larta se përmasat ekuivalente e të intervistuarve me ngjyrë të bardhë.

Faktorët socio-ekonomikë që lidhen me ÇAP mund të jenë: të ardhurat e ulëta familjare (Grant, 2005; McManus, 2009), mungesa e kualifikimeve të arsimit të lartë (Hunt, 2002) dhe papunësia (Hunt, 2002). Divorci, ndarja dhe vdekja e një patneri ka gjasa të shoqërohet me një rritje të simptomave të ÇAP.

Përafërsisht 5.1% e popullsisë totale do të përballet me ÇAP në ndonjë periudhë të caktuar të jetës. 3.1% e amerikaneve takohen me këto standarte diagnostike.

Një ndër katër individë nga 65 milion individë do të takohen me të paktën një kriter, me një ose më shumë kushte psikologjike të quajtura çrregullimet e ankthit. Kjo ndodh në të gjitha nivelet e statuseve sociale dhe ekonomike, profesioneve dhe përgjatë një shumëllojshmërie racash dhe etnish. Ndërsa femrat shfaqin më shumë simptoma të çrregullimit të ankthit sesa meshkujt.

Një studim i fundit i mjekëve në SHBA, raportoi që në fund të fundit një e treta e vizitave në zyra ishin nxitur nga disa forma të ankthit, e cila më pas kalon në ftohje dhe bronkit. Çrregullimet e ankthit numërojnë rreth 31.5% të kostos totale të sëmundjeve psikiatike në SHBA. Prandaj ky është edhe një ndër problemet kryesore të shëndetit mendor në SHBA, (White, 1999).

Kriteret diagnostike dhe Diagnoza Diferenciale

ÇAP bën pjesë në grupin e çrregullimeve të ankthit, sipas DSM-V (APA, 2013). Çrregullimet e Ankthit janë të ndryshëm nga zhvillimi normativ i frikës dhe i ankthit për nga ekzagjerimi dhe nga vazhdimësia e çrregullimit. Në Çrregullimin e Ankthit bëjnë pjesë, Çrregullimi i Ankthit të Ndarjes, Mutizmi Selektiv, Fobia Specifike (fobia nga kafshët; mjedisi natyral; i situatave; nga gjaku dhe fobi të tjera). Çrregullimi i Ankthit Social (Fobia Sociale), Çrregullimi i Atakeve të Panikut, Agorafobia, Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar, Çrregullimit i Ankthit i shkaktuar nga substancat/medikamentet, Çrregullimi

i Ankthit për shkak të një gjendjeje mjekësore, Çrregullime Specifike të tjera të ankthit, Çrregullime të Paspecifikuara të Ankthit (APA, 2013).

Kriteret Diagnostike:

Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar (APA, 2013).

- A. Ankthi dhe shqetësimi i tepruar (pritshmëri të shqetësuar), ndodhin për shumë ditë, për të paktën 6 muaj, për një numër ngjarjesh ose aktivitete (si në punë ose performanca në shkollë).
- B. Individidi ka vështirësi në kontrollimin e shqetësimit.
- C. Ankthi dhe shqetësimi janë të lidhur me tre (ose më shumë) nga gjashtë simptomat e mëposhtme (të paktën disa simptoma kanë qenë prezente për shumë ditë në gjashtë muajt e kaluar):

Shënim: Vetëm një pohim kërkohet për fëmijët.

- 1. Nervozizëm
 - 2. Lodhje e lehtë
 - 3. Vështirësi në përqendrim ose boshatisje të mendjes.
 - 4. Irritueshmëri
 - 5. Tension muskular
 - 6. Shqetësime në gjumë (vështirësi për të fjetur gjumë ose qëndrimi zgjuar, ose nervozizëm, gjumë i parehatshëm)
- D. Ankthi, shqetësimi, ose simptomat fizike shkaktojnë distres klinik ose dëmtime sociale, profesionale ose në fusha të tjera funksionimi të rëndësishme.

- E. Shqetësimet nuk i atribuohen ndonjë efekti fizik ose të substancave (si abuzimi me drogat, medikamentet) ose ndonjë kushti tjetër mjekësor (si hipertiroidizëm).
- F. Shqetësimet nuk shpjegohen mirë nga ndonjë çrregullim tjetër mendor (ankthi ose shqetësimi i të paturit atake paniku në Çrregullimin e Panikut, vletësimi negativ në Çrregullimin e Ankthit Social (Fobia Sociale), kontaminimi ose obsesione në Çrregullimin Obsesiv-Kompulsiv, ndarja nga figurat e atashimit në Çrregullimin e Ankthit të Ndarjes, kujtimin e ngjarjes traumatike në Çrregullimin e Stresit Post-Traumatik, shtimi në peshë në Çrregullimin e Anoreksisë Nervore, ankesa fizike në Çrregullimin e Simptomave Somatike, të meta në perceptimin e pamjes së jashtme në Çrregullimin Dismorfik, të paturit sëmundje serioze në Çrregullimin e Ankthit, ose përmbatje të besimeve deluzionale në Çrregullimin Deluzional ose në Skizofreni.

Diagnoza Diferenciale

Çrregullimi i Ankthit të Përgjithësuar për shkak të një gjendjeje mjekësore

Diagnoza e Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar lidhet me gjendjen mjekësore, por duhet të caktohet nëse ankthi dhe shqetësimi i individit gjykohen në bazë të historisë, gjetjeve laboratorike, ose të ekzaminimeve fizike, duhet të jetë efekti fiziologjik i një tjetër kushti të veçantë mjekësor.

Çrregullimi i Ankthit shkaktuar nga substancat/medikamentet

Çrregullimi i Ankthit i shkaktuar nga substancat/medikamentet dallohet nga ÇAP nga fakti që substancat ose medikamentet (si abuzimi me drogat, ekspozimi toksik) gjykohet të jetë

lidhur etimologjikisht me ankthin. Për shembull, ankthi i rëndë që ndodh vetëm në kontekstin e konsumit të rëndë, të tepërt të kafes, do të mund të diagnostikohet si Çrregullimi i Ankthit i Induktuar nga Kafeina.

Çrregullimi i Ankthit Social

Individët me Çrregullimin e Ankthit Social shpesh kanë ankth paraprak që është fokusuar në situatat e ardhshme sociale në të cilat ata duhet të kryejnë ku do të vlerësohen nga të tjerët, ndërsa individët me Çrregullimin e shqetësimit dhe Ankthit të Përgjithësuar, kanë ankth edhe nëse nuk janë duke u vlerësuar.

Çrregullimi Obsesiv-Kompulsiv

Disa karakteristika dallojnë shqetësimin e tepruar të ÇAP nga mendimet obsesive të Çrregullimit Obsesiv-Kompulsiv.

Në ÇAP, fokusi i shqetësimit është për problemet e ardhshme dhe teprimi i shqetësimeve për ngjarjet e ardhshme nuk është normal.

Në Çrregullimin Obsesiv-Kompulsiv, obsesionet janë ide të papërshtatshme që marrin formën e mendimeve të padëshirueshme dhe ndërhyrëse ose imazheve.

Çrregullimi i Stresit Posttraumatik dhe Çrregullimi Rregullues

Ankthi është gjithmonë i pranishëm në Çrregullimin e Stresit Posttraumatik. ÇAP nuk diagnostikohet nëse ankthi dhe shqetësimi janë të pranishëm në Çrregullimin Rregullues, por kategoria e mbetur duhet të përdoret vetëm kur nuk janë plotësuar kriteret për ndonjë çrregullim tjetër. Për më tepër, në Çrregullimin Rregullues, ankthi ndodh si përgjigje ndaj

stresorëve që janë identifikuar brenda 3 muajve që nga fillesa e stresorit dhe nuk vazhdojnë për më shumë se 6 muaj pas përfundimit të stresorit ose të pasojave të tij (APA, 2013).

Çrregullimet psikotike, depressive dhe bipolare

Ankthi\shqetësimi i përgjithësuar, është një tipar i përbashkët i lidhur i çrregullimit psikotik, depresiv, bipolar dhe nuk duhet të diagnostikohet veçmas nëse shqetësimi i tepruar ka ndodhur vetëm gjatë rrjedhës së këtyre kushteve.

II.Trajtimi i Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar

Trajtimet për ÇAP ndahen në dy kategori kryesore: psikofarmakologjike dhe psikologjike.

1.Trajtimi psikofarmakologjik

Medikamentet psikoaktive të përshkruara për klientët me ÇAP janë benzodiazepina, azapirone (sidomos buspirone), medikamente kundër depresionit triciklikët (imipramine) dhe serotoninë selektivët norepinephrine (venlafaksina). Medikamente antipsikotike përdoren edhe për individët me ÇAP.

Benzodiazepinat që përfshijnë Ativan, (lorazepam), Valium (Diazepam), Xanax (alprazolam) priren të përdoren, pasi ato ofrojnë lehtësim të menjëhershëm nga ankthi. Efektet anësore (lodhje që zhduket, me përdorim të vazhdueshëm) janë më pak të dëmshme se sa ato që lidhen me klasat e tjera të drogave. Izolimi i papritur ose tërheqja e menjëhershme është e lidhur me rritjen e ankthit, problemet e gjumit, dhimbjet e kokës, axhitacion, përzierje, dridhje dhe (megjithatë rrallë) momente të tërheqjes. Toleranca dhe varësia e përdorimit afatgjatë ka çuar në rritjen e shqetësimeve dhe kritikave për

përdorimin e benzodiazepinave si medikamente parësore tek individët me ÇAP. (Mahe dhe Balogh, 2000).

Buspirone (azapirone) ka fituar popullaritet në trajtimin e ÇAP, për shkak të reduktimit të efekteve anësore. Buspirone nuk është sedativ, nuk ndërhyr në funksionimin psikomotor dhe nuk ka simptoma të tërheqjes apo abuzimit potencial. Problemet përfshijnë reduktimin e efikasitetit tek individët që kanë përdorur benzodiazepinat, fillimisht me veprim të ngadaltë dhe shqetësimet në lidhje me potencën e saj tek ÇAP (Ballenger, 1999). Ajo është më efektive për pacientët me simptoma predominante psikike (shqetësim, tension dhe irritueshmëri) (Schweizer dhe Rickels, 1996). Medikamentet triciklike kundër depresionit si: Adapin, Sinequan (doxepin), Elavil (amitriptiline), Norpramin (desipramine), Tofranil (impramine) frenuesit serotoninë selektivë (SSRIs), (si: Celexa (citalopram), Luvox (fluvoxamine), Paxil (paroxetine), Prozac (fluoxetine), zoloft (sertraline) janë përdorur më rrallë. Kjo për shkak të pajtueshmërisë që reduktimi shoqërohet me efekte anësore antikolinergjike (kapllëk, probleme urinare, shtim në peshë, goja e thatë, disfunksionim seksual). Efektet anësore kanë rezultuar tek SSRI-të, më të favorshme, shpesh duke u zgjedhur si një linjë e parë e trajtimit mbi ÇAP. Venlafaksina është i vetmi andidepresant i aprovuar nga SHBA Food and Drug Administration për menaxhimin afatgjatë të ÇAP (Barman Balfour dhe Jarvis, 2000). Medikamente antipsikotike janë neuroleptikët dhe qetësuesit e mëdhenj. Përdorimi afatshkurtër i antipsikotikëve paraqet rreziqet për distoni akute, akatizi dhe Parkinson. Përdorimi afatgjatë paraqet rrezikun e diskinezisë tardive, veçanërisht në qoftëse trajtimi ndërpritet (Rygh dhe Sanderson, 2004).

Teknika psikoterapeutike

Psikoedukimi

Në sajë të psikoedukimit, fillimisht pacientët mësojnë që janë me ÇAP. Psikoedukimi, zakonisht zhvillohet si hapi i parë, pasi pacienti diagnostifikohet me ÇAP. Informacioni që i ofrohet pacientit se çfarë është ÇAP, kush mund të preket, kush mund të jenë shkaqet në përgjithësi, cila terapi dhe teknika janë më të përshtatshme si mund të ndihmohen individët me shqetësimin përkatës dhe pse është më tepër efektive terapia, cilat medikamente mund të përdoren dhe pritshmëritë në fund nga pacienti. Sikurse theksohet që pacienti të përkushtohet dhe të angazhohet, i kërkohet për të kryer vetë-ndihmën dhe detyrat e shtëpisë. Psikoedukimi është hapi i parë drejt zhvillimit të terapisë përkatëse(Heimber, Turk, Mennin, 2004).

Terapia Psikodinamike Mbështetëse-Ekspresive (TPME)

Terapia Mbështetëse-Ekspresive (Luborsky, 1984) është një qasje e shkurtër e terapisë psikodinamike. Terapia Psikodinamike, është e përbërë nga dy komponentë, suportive që synon të mbështesë dhe të ndihmojë pacientët të ndihen rehat në diskutimin për përvojat e tyre personale; dhe së dyti nga komponenti shprehës, për të ndihmuar pacientët të identifikojnë dhe të punojnë përmes çështjeve ndër-bashkëpunuese.

Terapia Konjektiv-Bihejviorale

Aaron Beck zhvilloi një formë të psikoterapisë në vitet e hershme 1960 që e quajti “Terapia Konjiktive. Tani “Terapi Konjiktive” përdoret në mënyrë sinonimike me termin “Terapia Konjektiv-Bihejviorale”. Beck planifikoi një lloj psikoterapie për depresionin, të strukturuar

dhe afatshkurtër, për të zgjidhur problemet dhe për të modifikuar mendimet e sjelljet jo funksionale (të papërshtatshme/ të padobishme). Që nga ajo kohë ai dhe të tjerë e kanë adaptuar në mënyrë të suksesshme këtë terapi në popullsi të ndryshme në një gamë të gjerë çrregullimesh dhe problemesh. Këto adaptime kanë ndryshuar fokusin, teknikat, dhe kohëzgjatjen e trajtimit, por vetë supozimet teorike kanë mbetur të njëjta. Në të gjitha format e TKB që kanë prejardhje nga modeli i Beck, trajtimi është bazuar në formulimin konjektiv, besimet dhe strategjitë bihejviorale që karakterizojnë një çrregullim specifik (Alford dhe Beck, 1997). Trajtimi është gjithashtu i bazuar në konceptualizimin, ose në kuptimin e pacientëve (besimet e tyre specifike dhe modelet e sjelljes). Terapisti kërkon një sërë mënyrash për ndryshimin konjektiv, modifikim në sistemin e besimit dhe të mendimit të pacientit, që të arrijë të sjellë ndryshim jetëgjatë emocional dhe sjellor. Beck tërhoqi një numër burimesh të ndryshëm kur ai zhvilloi këtë formë të psikoterapisë, duke përfshirë edhe filozofët e hershëm, si për shembull: Epitek dhe teoricienë, si Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus dhe Albert Bandura. Puna e Beck është zgjeruar nga kërkues dhe teoricienë në SHBA dhe vende të tjera. Ka një numër të caktuar formash të TKB, që ndajnë karakteristikat e terapisë së Beck, por që ndryshojnë në një farë mase. Këto përfshijnë Terapinë Bihejviorale Emocionale (Ellis, 1962), Terapia Bihejviorale Dialektike (Linehan, 1993), Terapia e Zgjidhjes së Problemeve (D’Zurilla dhe Nezu, 2006), Terapia e Pranimi dhe Dedikimit (Hayes, Follette, & Linehan, 2004), Terapia e Ekspozimit (Foa dhe Rothbaum, 1998) Terapia e Përpunimit Njohës (Resick dhe Schnicke, 1993), Analiza e Sistemit Konjektiv-Bihejvioral të Psikoterapisë (McCullough, 1999), Aktivizimi Sjellor (Lewinsohn, Sullivan, dhe Grosscup, 1980; Martell, Addis, dhe Jacobson, 2001), Modifikimi Konjektiv-Bihejvioral (Meichenbaum, 1977) dhe të tjerë. TKB

e Beck shpesh përfshin teknika nga këto terapi dhe psikoterapi të tjera, me përmbajtje konjiktive. Përgjatë këtyre viteve është parë sesi rryma të ndryshme të TKB-së janë krijuar dhe janë zhvilluar nga të tjerë si Arnkoff dhe Glass (1992), A. Beck (2005) Clark, Beck dhe Alford (1999) Dobson dhe Dozois (2009) Hollon dhe Beck(1993). TKB është adaptuar për pacientë me nivele të ndryshme të edukimit dhe të ardhurash, po ashtu është adaptuar edhe për pacientë të kulturave dhe moshave të ndryshme, që nga fëmijët e vegjël deri tek të rriturit. Tani përdoret për kujdesin parësor, zyrat mjekësore, shkollat, programet profesionale, burgjet dhe në mjedise të tjera. Përdoret në grup, në çift dhe në format familjar. Trajtimi mund të fokusohet në seanca individuale 45-minutëshe, por mund të jetë edhe më i shkurtër. Disa pacientë, si për shembull: ata që vuajnë nga Skizofrenia, shpesh nuk i rezistojnë një seance të plotë dhe disa terapistë mund të përdorin teknika të Terapisë Konjiktive, pa drejtimin e të gjithë seancave të terapisë, brenda një kontrolli mjekësor (Beck, 2011).

TKB përfshin një gamë të terapive që rrjedhin nga çrregullimet e modeleve konjektiv-bihejviorale, kur individi punon në bashkëpunim me një terapist duke përdorur një formulim të përbashkët për të arritur qëllimin specifik të trajtimit. Qëllimet e tilla mund të përfshijnë njohjen e ndikimit të modeleve të sjelljes dhe /ose duke menduar për gjendjen dhe inkurajimin e aftësive njohëse alternative dhe / ose të sjelljeve përballuese për të reduktuar simptomat dhe problemet e synuara. TKB për ÇAP është zhvilluar përgjatë viteve, me trajtimet e mëparshme të TKB që përfshijnë paketa të përbëra nga shumë komponentë konjektivë-bihejvioralë që shpesh janë nën rubrikën e "menaxhimit të ankthit". Në këtë shqyrtim, TKB, është përcaktuar si diskrete, e kufizuar në kohë, me ndërhyrje

psikologjike të strukturuar, që bazohet në nga modelet konjektiv-bihejviorale për trajtimin e çrregullimit të ankthit.

- Punohet në bashkëpunim me terapistin për të identifikuar llojet dhe efektet e mendimeve, besimeve dhe interpretimeve mbi simptomat aktuale, ndjenjat dhe / ose fushat problematike.
- Zhvillohen aftësi për të identifikuar, monitoruar dhe pastaj për të luftuar mendimet problematike, besimet dhe interpretimet në lidhje me simptomat ose problemet e synuara.
- Përvetësohen aftësitë e duhura për të përballuar përshtatjen me mendimet e synuara, besimet, sjelljet dhe /ose zonat problematike (National Collaboration Centre for Mental Health, 2011).

Efektiviteti i TKB për ÇAP

TKB është testuar gjerësisht, ku rezultatet e studimit të parë u botuan në 1977 (Rush, Beck, Kovac dhe Hollon, 1977). Në këtë pikë, më shumë se 500 studime të rezultateve kanë demonstruar efikasitetin e TKB për një gamë të gjerë të çrregullimeve psikiatrike, problemeve psikologjike dhe problemet mjekësore me komponentë psikologjikë (Butler, Chapman, Forman dhe Beck, 2006; Chambless dhe Ollendick, 2001).

Studimet që janë kryer demonstrojnë efektivitetin e TKB në mjediset e komunitetit (Shadish, Mat, Navarro dhe Philips, 2000; Simons, 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans dhe Beck, 2009). Disa studiues kanë demonstruar se ka ndryshime neurobiogjike që lidhen me trajtimin konjektiv-bihejvioral për çrregullime të ndryshme (Goldapple, 2004).

Shumë studime kërkimore kanë vërtetuar edhe modelin konjektiv për trajtimin e depresionit dhe të ankthit. Një rishikim i plotë i këtyre studimeve mund të gjendet në Clark dhe Beck (2010).

Paketa terapeutike Konjektiv-Bihejviorale, TKB, ka një sërë teknikash që janë krijuar dhe aplikuar për ÇAP. Këto teknika përfshijnë tre elementë kryesorë. Së pari, metodat e relaksimit si aftësitë gjeneralizuese; theksi u vu në vendosjen e strategjive të relaksimit gjatë gjithë ditës dhe në çdo kohë, kur ankthi apo shqetësimi mund të jetë vënë re (Öst, 1987).

Së dyti, për shkak se ÇAP, përfshin zbulime të shpeshta dhe/ose interpretimin e kërcënimit, terapia konjiktive, shpesh bazohet te (Beck, 1985) përshkrimet e teknikës, mundëson ndihmesën e klientëve për të gjeneruar mënyra alternative ose perceptuese dhe për të besuar se ishin më pak ankth-provokuese.

Së treti, disa elementë nga teknikat e relaksimit dhe teknikat konjektiv-bihejviorale aplikohen shpesh, derisa klientët t'i zotërojnë dhe t'i mbajnë mend për t'i përdorur këto strategji përballuese gjatë gjithë jetës së tyre të përditshme si përgjigje ndaj stresorëve dhe ankthit (Heimber, Turk, Mennin, 2004).

Një trajtim i bazuar në teknikat konjektiv-bihejviorale, i prezantuar në një format grupi mund të jetë efektiv në trajtimin e ÇAP (White dhe Keenan, 1990 dhe Dugas 2003). ÇAP karakterizohet nga shqetësimi i tepërt, i pakontrollueshëm që lidhet me konjicionet, somatizimin dhe shmangien e funksioneve emocionale (Borkovec, 2004). Përveç kësaj, të menduarit e keqformuar (p.sh. besimet pozitive në lidhje me funksionet e shqetësimit,

katastrofizimi, intoleranca e pasigurisë) që e shoqërojnë shqetësimin dhe procesin e shqetësimit, tregojnë se modelet e trajtimit konjektiv-bihejvioral janë të zbatueshme për trajtimin e këtij çrregullimi. Studimet e rezultateve për trajtimin konjektiv-bihejvioral për ÇAP sugjerojnë se këto trajtime janë superiore ndaj formave të tjera të terapisë (Falsetti dhe Davis, 2001) dhe me efikasitet të lartë në ruajtjen e gjendjes pas trajtimit, në krahasim me trajtimin e ndërhyrjeve farmakologjike (Gould, 1997). Hulumtimet e fundit (Ladouceur et, 2000) sugjerojnë se normat e suksesit për paketën e TKB u janë afruar çrregullimeve të tjera të ankthit (p.sh. Çrregullimi i Panikut). Duke pasur parasysh efikasitetin e TKB, teknikat e saj mund të jenë të përshtatshme për përfshirje dhe ndërhyrje në parandalimin për këtë çrregullim.

III. Teknikat e TKB

Dekatastrofizimi

Teknika e dekatastrofizimit përfshin pyetjet ndaj klientit që të përqendrohet në rastet më të këqija të shoqëruara me një shqetësim specifik. Në momentin që një rast i keq është përshkruar verbalisht me detaje të hollësishme, ky rast mund të ekzaminohet për shtrembërim konjektiv. Klientët me ÇAP mund të mbipërdorin shqetësimin si një mënyrë shmangieje konjiktive të shqetësimit emocional. Dekatastrofizimi mund të përdoret për të ballafaquar të tilla forma të shmangies konjiktive. Kur një njohje emocionalisht shqetësuese është shmangur dhe nuk është eksploruar plotësisht, ajo përmban aftësi për të përcjellë ankth. Procesi i eksplorimit sistematik dhe pyetjeve rreth njohjeve të tilla ekspozon shtrembërimin e tyre. Kur mendime specifike të frikshme, hamendësime, besime ose

imazhe rrëfohen në mënyrë të hapur, klientit i kërkohet të bëjë vlerësime të mundshme për secilën. Shpesh klientët prezantojnë mendime të tilla si p.sh. “Do të ishte fundi i martesës/karrierës/jetës time,” “Do të ishte e patolerueshme,” “Nuk do ta përballoja dot,” ose të tilla të ngjashme. Në rrethana të tilla, klientit mund t’i kërkohet për mënyra që ai/ajo të mund të përballlet me kushte ekstreme të tilla. Kjo mund ta ndihmojë klientin të kuptojë prezencën e aftësive përballuese edhe në rastet më të këqija. Shpeshherë, kjo pjesë e teknikës do të ekspozojë mangësi në aftësi (aftësi këmbëngulëse, menaxhimi i kohës, etj.) që do të duhen të korrigjohen, në mënyrë që ndjenjat e zotërimit të rriten (Rygh, Sanderson, 2004).

Ekspozimi i Shqetësimit

Borkovec dhe Inz (1990) bënë sugjerimin bazuar në kërkimin e tyre, se shqetësimi ishte një përpjekje aktive për të shmangur dhe kontrolluar shqetësimin emocional të shkaktuar nga përfytyrime të veçanta. Shmangia e përfytyrimeve nga shqetësimi është një strategji e paefektshme për reduktimin e ankthit afatgjatë, sepse shqetësimi në mënyrë të përkohshme redukton vetëm vuajtjen (Beck, 2001). Një lidhje e kërcënimit të drejtpërdrejtë personal me një përfytyrim të veçantë mbetet i paprekur dhe gati të shkaktojë më shumë episode shqetësimi, për aq kohë sa impakti i shoqëruar me atë përfytyrim është i shmangur. Një përgjigje ‘fobie’ ndaj përfytyrimeve të tilla mund të zhvillohet me shmangie të tepruar. Për këto arsye, ekspozimi i shqetësimit mund të jetë një komponent veçanërisht i rëndësishëm i trajtimit. Ekspozimi i shqetësimit mëson klientët të pranojnë, tolerojnë dhe të mësohen përfundimisht me reagime emocionale ndaj këtyre përfytyrimeve. Një reduktim afatgjatë në

ankth shoqëruar me këto përfytyrime arrihet duke u përballur drejtpërdrejtë me këto përfytyrime dhe të mësuarit me përgjigjet emocionale të shoqëruara me to. Ekspozimi i shqetësimit konsiston në mësimin e klientit për të pranuar, në vend që të shmangë, rezistojë, ose luftojë vuajtjen emocionale të shoqëruar me përfytyrime të tilla. Klienti qëllimisht ekspozon veten për periudha të zgjatura kohe ndaj përfytyrimeve të ndryshme, pa iu shmangur impaktit të plotë emocional të këtyre përfytyrimeve. Shmangia e tillë mund të jetë e dukshme (shmangie sjellore) ose e mbuluar (shqetësimi, shpërqendrimi, ndëshkimi, zgjidhja e problemeve). Pranimi dhe tolerimi i përgjigjeve emocionale lejojnë procesin e të bërit zakon që të ndodhë. Përmes këtij procesi, shoqërimi i frikës dhe përgjigja ndaj shmangies me përfytyrime të veçanta mund të shuhet. Qëllimi përfundimtar i ekspozimit të shqetësimit është që individi të përjetojë përfytyrimet thjesht si përfytyrime dhe jo si përfaqësime realiste të kërcënimeve aktuale ndaj mirëqënies së tij/saj (Rygh, Sanderson, 2004).

Vendosja e Detyrave të Shtëpisë

Nuk ka formulë të caktuar për vendosjen e detyrave të shtëpisë. Por, klinicisti përpilon detyra sipas pacientit. Po çfarë sugjerohet? Kjo varet nga çfarë klinicisti ka diskutuar në seancë, që influencohet nga qëllimet e planit të përgjithshëm të trajtimit të pacientit. Duhet të merren në konsideratë karakteristikat individuale të pacientit: aftësitë e tij të leximit dhe të shkrimit, motivimin e tyre dhe vullnetin për t'u përputhur me detyrat e shtëpisë, nivelin aktual të ankthit të tyre dhe funksionimin (konjiktive, emocionale dhe sjellore) dhe detyrimeve praktike (të kohës). Klinicisti duhet të marrë drejtimin në sugjerimin e caktimit të detyrave të shtëpisë në fillimin e trajtimit por duhet të niset, sa më shpejtë të jetë e

mundur dhe klinicisti t'u kërkojë pacientëve të sajojnë vetë detyrat e tyre. Pacientët në mënyrë të vazhdueshme vendosin vetë detyrat e shtëpisë në fund të terapisë dhe kanë më shumë gjasa që të vazhdojnë ta bëjnë këtë gjë edhe kur trajtimi ka përfunduar (Beck, 2001).

Mendimet Automatike

Mendimet automatike janë një rrymë e të menduarit që bashkëkziston me një rrjedhë të mendimeve (Beck, 1964). Këto mendime nuk janë karakteristike vetëm për njerëzit me ankth psikologjik; ato janë një përvojë e ngjashme për të gjithë ne. Në pjesën më të madhe të kohës, këto mendime me vështirësi mund të jenë të vetëdijshme, megjithëse, vetëm me pak trajtim, mund të arrihet që këto mendime të arrijnë në vetëdije. TKB mund të mësojë mënyra për të vlerësuar mendimet e vetëdijshme, mënyra të strukturimit, sidomos kur individët janë të mërzhitur. Mendimet automatike duken në mënyrë spontane dhe ato bëhen mjaft të parashikueshme pasi janë identifikuar besimet themelore të pacientëve.

Mendimet automatike, zakonisht janë mjaft të shkurtra dhe pacientët shpesh janë më të vetëdijshëm për emocionin që ata ndjejnë si rezultat i mendimeve të tyre se sa për vetë mendimet e tyre. Mendimet automatike, shpesh janë në formë "stenografi", por mund të shqiptohen lehtësisht kur kërkohet kuptimi i mendimit. Mendimet automatike mund të jenë në formë verbale, formë vizuale (imazhe), ose të dyja (Beck, 2011).

Mendimet automatike, mund të vlerësohen për besueshmërinë dhe domosdoshmërinë. Tipet më të zakonshme të mendimeve automatike, janë shtrembërimet në një farë mënyre dhe zhvillohen pavarësisht evidencave objektive për të kundërtën. Një lloj i dytë i mendimit automatik është i saktë, por konkluzioni i pacientit mund ta shtrembërojë. Për shembull,

"Nuk arrita ta kryeja, çfarë i premtova (motrës)", është një mendim i vlefshëm, por konkluzioni, "Pra, unë jam një person i keq", nuk është.

Një lloj i tretë i mendimit automatik është gjithashtu i vlefshëm, por jofunksional. Pra, mendimet automatike bashkekzistojnë me një rrjedhë të mendimeve, lindin spontanisht dhe nuk janë të bazuara në reflektime ose diskutime (Beck, 2011).

Shumë pacientë nuk e kuptojnë qartësisht ndryshimin midis mendimeve dhe emocioneve të tyre. Në mënyrë të vazhdueshme dhe të hollësishme pacientët ndihmohen të shikojnë eksperiencën e tyre përmes modelit konjektiv. E rëndësishme që pacientët të ngatërrojnë mendimet e tyre me emocionet, bazuar në rrjedhën e seksionit, qëllimet e tyre dhe fuqinë e bashkëpunimit, mund të vendosen që (Beck, 2011):

1. Të injorosh turbullimin
2. Të adresohet menjëherë (në mënyrë të hollësishme dhe të qartë) ose
3. Të adresohet më vonë

Pyetje për të vlerësuar një mendim automatik

Pasi është shkaktuar një mendim automatik, është e rëndësishme të identifikohen reagimet që e shoqërojnë (emocionale, psikologjike dhe sjellore). Mendimet automatike nuk duhen nxitur në mënyrë të drejtpërdrejtë për tri arsye:

1. Zakonisht nuk dihet shkalla e deformimit të një mendimi automatik të dhënë.
2. Një nxitje e drejtpërdrejtë mund të bëjë që pacientët të ndihen të zhvlerësuar.
3. Sfidimi i një njohjeje, parim themelor i TKB, asaj të bashkëpunimit empirik: Bashkë me pacientin ekzaminohet mendimi automatik, testohet vlefshmëria ose dobia dhe zhvillohet

një përgjigje më adaptive.

Është gjithashtu e rëndësishme që të mbahet mend se mendimet automatike janë rrallëherë të pasakta. Zakonisht, ato përmbajnë një pjesë të vertetë. Pyetjet Sokratike ndihmojnë klientët\pacientët të vlerësojnë mendimin e tyre. (Në fakt, termi 'Sokratik' është një term i gabuar në shumicën e rasteve; metoda e pyetësorit Sokratik, që rrjedh nga emri i filozofit Sokrat, përfshin një diskutim dialektik). Pacientëve iu nevojitet një metodë e strukturuar për vlerësimin e mendimeve; në të kundërt, përgjigjet e tyre ndaj mendimeve automatike mund të jenë sipërfaqësore dhe jo të bindshme dhe mund të dështojnë në përmirësimin e humorit të tyre. Vlerësimi duhet të jetë i paanshëm. Është e rëndësishme që pacientët të dinë që jo të gjitha pyetjet Sokratike janë të përshtatshme për çdo mendim automatik. Pacientët mund të mos i vlerësojnë mendimet e tyre nëse e konsiderojnë procesin shumë të rëndë. U paraqitën pyetjet një nga një. Mund të përdoren pyetjet që në seksionin e parë për të vlerësuar një mendim automatik të specifikuar. Në një seksion pasues, fillohet të shpjegohet procesi në mënyrë më të hollësishme, në mënyrë që pacientët të mësojnë si të vlerësojnë mendimin e tyre midis seksioneve (Beck, 2011).

Shtrembërimet Konjiktive

Për të reduktuar prevalencën e çrregullimeve mendore dhe pasojat në përhapjen e kujdesit shëndetësor në përgjithësi, fokusi i matjeve dhe trajtimit duhet të përfshijë faktorët specifikë që kontribuojnë në simptomatologji, siç janë të menduarit e shtrembëruar dhe skemat disfunktionale (Beck, Brown, Steer, Weissman, 1991). Teoritë konjiktive theksojnë se shtrembërimet konjiktive janë një faktor ndikues në çrregullimet emocionale (Beck,

1967). Kur shtrembërimet janë negative individët fillojnë ta interpretojnë eksperiencën e tyre nëpërmjet skemave subjektive disfunktionale (Beck, 1967,1976).

Shtrembërimet konjiktive e bëjnë procesin e informacionit në një mënyrë disfunktionale; Beck (1967,1976) besonte se këto shtrembërime ishin shkaktarë të mundshëm të çrregullimeve emocionale. Shtrembërimet konjiktive kontribuonin në problematikat e humorit dhe në çrregullimet e ankthit, dy çrregullimet më të përhapura në SHBA (Burns dhe Eidelson, 1998; Kessler, Chiu, Demler, Walters, 2005).

Personat që vuajnë nga ankthi kanë shtrembërime që ka mundësi që në të ardhmen mund të çojnë në dëmtime psikologjike dhe fizike (Burns dhe Eidelson, 1998).

Modeli konjiktiv i Beck në lidhje me psikopatologjinë (Beck, 1967) thekson matjet e konstrukteve përkatëse siç është etiketimi i gabimeve konjiktive specifike të individit. Shtrembërimet konjiktive prekin mënyrën e përjetimit të stresorëve të jetës dhe luajnë një rol në mbajtjen e çrregullimeve emocionale (Hammon, 1978; Deal dhe Williams, 1988) Sipas kërkimeve, etiketimi dhe vlerësimi i shtrembërimeve konjiktive kanë një rëndësi të konsiderueshme (Deal, 1988). Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive është një matje e hartuar për të identifikuar në mënyrë specifike, dallimin edhe kategorizimin e shtrembërimeve konjiktive për pacientët e shëndetit mendor (Yurica, 2002 DiTomasso dhe Yurica, 2011).

Sipas implikimeve të teorisë konjiktive shtrembërimet konjiktive janë të rëndësishme në etiologjinë dhe progresin e çrregullimeve emocionale (Beck, 1976; Beck dhe Beck, 2011; Burns, 1980). Sipas modelit konjiktiv të Beck mësimi i mënyrave të të menduarit rreth stimujve të brendshëm dhe të jashtëm, bazuar në skema ose besime negative, formojnë shtrembërime konjiktive të cilat ruajnë më pas çrregullimet emocionale (Beck, 1967).

Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive është ekzaminuar në popullata të ndryshme klinike dhe ka rezultuar efektiv për identifikimin e shtrembërimeve konjiktive. ISHK ka pasur lidhje të konsiderueshme me inventarë standartë të depresionit dhe me inventarë standartë të ankthit (Yurica, 2002). ISHK mund të identifikojë disfunksionet psikologjike tek pacientët që vuajnë me çrregullime të aksit të parë dhe të dytë (Rosenfield, 2004). Gjithashtu identifikon marrëdhëniet midis të menduarit të shtrembëruar dhe rreziqeve në lidhje me shëndetin sjellor dhe psikologjik (Uhl, 2007). Teoria konjiktive e Beck është e rëndësishme dhe me influencë në lidhje me progresin dhe trajtimin e çrregullimeve emocionale (Beck, 1967; Bruno, 2010).

Përqasja origjinale e Beck për trajtimin e çrregullimeve mendore ishte e bazuar në perspektivën e Frojdit, ku teoria e “melankolisë” përfshinte ankthin i cili drejtohej për së brendshmi. Duke ndjekur studimin e pacientëve depresivë, Beck besonte se teoria e Frojdit kishte mangësi dhe ai teorizoi se besimet negative dhe shtrembërimet kanë tendencën të jenë një faktor i shpeshtë në pacientët depresivë (Beck dhe Weishaar, 1989). Bazuar në këtë vëzhgim, Beck identifikoi triadën e çrregullimeve emocionale. Ai sugjeroi se pacientët me depresion kishin një vështrim negativ për veten, botën dhe të ardhmen (Beck, 1976; Beck dhe Beck, 2011).

Termi çrregullime emocionale u përdor për të treguar gjendjet e ankthit dhe të depresionit. Modeli konjiktiv i Beck thekson se të menduarit disfunksional që lidhet me triadën konjiktive është i lidhur me të gjitha çrregullimet psikologjike (Beck dhe Beck 2011). Beck dhe Beck(1967) Ellis(1977) kanë rënë dakort se konjicionet luajnë një rol të rëndësishëm në ndikimin e emocioneve dhe të sjelljeve. Ellis (1962-1977) zhvilloi Terapinë Racional-Emocionale, ku identifikoi 11 besime irracionale që mund ta çonin individin në reagime

emocionale negative ose për zhvillimin e një çrregullimi emocional. Terapia Racional-Emocionale e Ellis ishte një përfaqëse konjiktive terapeutike, e njëjtë me atë të Beck (1967-1976) që bazohet në konceptin se besimet irracionale kanë qenë burim i stresit emocional ose shkak i sjelljeve disfunksionale.

Tabloja konceptuale e terapisë konjiktive bazohet në besimin se vlerësimi subjektiv i eksperiencave të hershme jetësore të individit formon dhe ruan besimet thelbësore rreth vetes, botës dhe të ardhmes (Beck, 1967-1976). Këto besime thelbësore janë quajtur skema (Young, 1994).

Studiuesit kanë propozuar 5 nevoja bazë emocionale, ku nëse përjetohet negativiteti, mund të çojnë drejt skemave disfunksionale (Young, 2003; Jesinoksi, 2010).

Pesë nevojat emocionale përfshijnë:

1. Lidhja e sigurtë me të tjerët
2. Autonomia dhe ndjenja e identitetit
3. Liria për të shprehur ndjenjat dhe emocionet
4. Spontaniteti dhe loja
5. Limitet reale dhe vetëkontrolli

Sipas Modelit Konjiktiv të Beck, skemat shërbejnë për të organizuar eksperiencat e para, për të interpretuar eksperiencat e reja dhe për të formësuar pritshmëritë për të ardhmen (Beck, 1967; Beck, Brown, Steer dhe Weissman, 1991).

Individët që vuajnë nga çrregullimet e ankthit kanë tendencën që të kenë besime jo realiste të theksuara, besime të cilat aktivizohen në situata të ngjashme me ato ku janë mësuar skemat e ankthit. Kur këto skema aktivizohen, ato ushqejnë mendimet, sjelljet dhe

emocionet e pacientit dhe përforcojnë njëra-tjetrën (DiTomasso, Freeman, Carvajal, Zahn, 2009).

Bazuar në skemat e mëparshme besimet dytësore zhvillohen dhe funksionojnë sipas perceptimit të triadës konjiktive (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). Çrregullimet emocionale zhvillohen edhe në mungesë edhe në prani të shtrembërimeve emocionale. Gjendja emocionale negative gjenerohet nga përpunimi i informacionit në lidhje me eksperiencën subjektive të mendimeve automatike që bazohen në skemat e keqmësura (Clark dhe Beck, 2010). Mendimet automatike negative janë përkufizuar si mendime që vijnë në mënyrë të shpejtë, automatike dhe jo të vullnetshme në mendjen e një personi kur është i stresuar ose i mërzhitur (Neenan dhe Dryden, 2006). Në lidhje me modelin konjiktiv, bota i vendos individët përballë ngjarjeve negative, pozitive ose neutrale, të cilat ata më pas i interpretojnë me një sërë mendimesh automatike duke shkaktuar ndjenja ose gjendje emocionale të caktuara. Ndjenjat krijohen nga mendimet e individëve dhe jo nga ngjarja aktuale (Burns, 1988).

Në përgjithësi shtrembërimet konjiktive perfaqësojnë mënyra të ndryshme me anë të të cilave individët modifikojnë eksperiencat e tyre, duke krijuar konstrukte konjiktive disfunksionale (Yurica, 2002). Shtrembërimet konjiktive shërbejnë si një shenjë që të çojnë tek një skemë (Beck, Freeman, Davis, 2006). Beck përcaktoi 6 gabime konjiktive në të menduar ose gabime të përpunimit të informacionit.

Gjashtë gabimet në të menduar të identifikuar ishin: 1-konkluzione arbitrare, 2-të menduarit dihotomik ose absolut, 3-zmadhimi ose minimizimi, 4-përgjithësimi, 5-

personalizimi, 6-abstraksioni selektiv. Disa vite më pas Beck, Burns e zgjeroi listën duke përfshirë një total prej 10 shtrembërimesh konjiktive.

Dhjetë shtrembërimet përfshijnë: 1-Të menduarit gjithçka ose asgjë, 2-Injorimi i pozitivitetit, 3- Arsyetimi emocional, 4-Nxerrja e konkluzioneve, 5- Etiketimi, 6-Zmadhimi ose minimizimi, 7-Filtri mendor, 8-Përgjithësimi, 9-Personalizimi, 10-Pohimet e mundshme.

Freeman dhe DeWolf (1992) dhe Freeman dhe Oster (1992) zhvilluan 3 shtrembërimet konjiktive kryesore që përfshijnë: 1-krahasimi, 2-vetëvlerësimi, 3-perfeksionizmi. Gilbert (1998) shpjegon qëllimin e shtrembërimeve konjiktive dhe qëllimin pse ato janë zhvilluar me mangësi në informacion. Gilbert sugjeroi se shtrembërimet konjiktive nuk janë thjesht modele të keqpërshtatura të mendimit, por në vend të kësaj ato janë reagime adaptive në përgjigje të perceptimit të kërcënimit. Gilbert besonte se qeniet humane janë zhvilluar duke menduar në mënyrë adaptive.

Shtrembërimet konjiktive lidhen gjithashtu me Çrregullimet e Ankthit (Burns dhe Eidelson, 1998; Ingram dhe Kendall, 1987; Clark dhe Beck, 2010; Beck dhe Clark, 1988). Personat që janë duke përjetuar ankth, kanë mundësinë që të kenë shtrembërimet konjiktive të tilla që në të ardhmen mund të çojnë në dëme fizike ose psikologjike (Burns dhe Eidelson, 1998).

Zgjidhja e Problemeve dhe Aftësitë e Trajtimit

Ladouceur, Blais, Freeston dhe Dugas, (1998), zbuluan se aftësitë e zgjidhjes së problemeve nuk janë të lidhura me shqetësimin e tepruar dhe ÇAP. Shqetësimi është i shoqëruar me sjellje pozitive për zgjidhjen e problemeve, si për shembull: sjellje përballuese në

fokusimin e problemeve dhe strategji në kërkimin e informacioneve (Davey, Hampton, Farrell, dhe Davidson, 1992). Mangësitë shfaqen në nivel besimi, të shoqëruara me zgjidhjen e problemeve dhe me sensin e kontrollit personal mbi procesin për zgjidhjen e problemeve (Davey, 1994, 1994). Bazuar mbi këtë dhe mbi kërkimin e tyre, (Dugas, Gagnon, Ladoucer dhe Freeston, 1998), sugjerojnë se vështirësitë gjenden në orientimin individual për problemin dhe tolerancën ndaj pasigurisë.

Dugas (1998) sugjeron se këto vështirësi mund të korrigjohen: Së pari, problemet e shqetësimit të klientit janë të kategorizuara, qoftë nga ngjarjet e menjëhershme ose ngjarjet e mundshme. Ekspozimi i shqetësimit është sugjeruar për shqetësimin e tepruar shoqëruar me ngjarje të mundshme. Për shqetësimin e tepruar të shoqëruar me ngjarje të menjëhershme, ata sugjerojnë procedurat e mëposhtme: Të trajnojnë klientët që të qëndrojnë të fokusuar në elementët kyç të problemeve të menjëhershme dhe të injorojnë detajet e vogla që shoqërojnë atë problem; Të ristrukturojnë njohjet të shoqëruara me besimet që kanë lidhje me përfitimet e shqetësimit dhe nevojat për siguri; Të rriten aftësitë e klientit për të përballuar rezultate ose përfundime të caktuara. Edhe pse Dugas (1998) jep rekomandime specifike sesi të rriten aftësitë përballuese të klientit, kjo mund të kryhet me RA, frymëmarrje diafragmatike ose nëpërmjet ekspozimit in vivo.

Marrja e Vendimeve

Shumë pacientë, veçanërisht ata që janë me depresion, kanë vështirësi në marrjen e vendimeve. Kur ata duan ndihmën psikologjike në atë fushë, iu kërkohet të listojnë avantazhet dhe disavantazhet e secilit opion. Më pas të ndihmohen në planifikimin e një

mënyre për të peshuar çdo mundësi dhe të nxjerrin një përfundim se cili opsion është më i mirë (Beck, 2011).

Modeli ABC

Kur kemi parasysh këtë model (ABC), fokusohemi tek dy procese në dukje të kundërta: njëri është identifikimi apo prezenca e një problemi dhe tjetri është zgjidhja apo zgjidhjet e mundshme të problemit apo problemeve ekzistuese (Qirjako, 2010).

Ky proces është pjesë e asaj që quhet trajnimi i kompetencave sociale dhe ka një përdorim mjaft të gjerë në një grup çrregullimesh. Ajo që është e rëndësishme tek çrregullimet psikosomatike është që kanë një formë komplekse bashkëdiagnozash mes çrregullimeve psikike dhe atyre fizike. Nëse në trajnimin e kompetencave sociale është qëllim rindërtimi i formave sjellore në situata specifike, të cilat janë rrjedhojë e formave disfunksionale të të menduarit, këtu mundohet të bëhet identifikimi i këtyre formave disfunksionale të të menduarit që iniciojnë dhe ajo që është më e rëndësishme ruajnë çrregullime të caktuara psikologjike, duke shfaqur veten e tyre nëpërmjet çrregullimeve fizike apo sjelljeve specifike. Format disfunksionale të të menduarit janë ato që pastaj çojnë në kërkimin e situatave të ngjashme me situatën fillestare iniciuese të çrregullimit dhe që i bëjnë klientët tanë të bien në rrethin vicioz e të pafund të përf forcimeve (Mullin, 2000).

Puna fillon me identifikimin e këtyre të ashtuquajturave situata shqetësuese dhe sigurisht të të gjithë atyre mendimeve irracionale që dynden në mendje dhe që identifikohen si mendime negative. Vetë mendimet irracionale për nga përmbajtja dhe rëndësia ndryshojnë, prandaj menjëherë pas identifikimit të tyre kërkojmë të bëjmë një hierarki klasifikuese,

duke pyetur klientët se kush prej tyre e rëndon më tepër ose kush prej këtyre mendimeve e vret më shumë (Clark dhe Beck, 2012).

Besimet

Duke filluar që në fëmijëri, njerëzit zhvillojnë ide të caktuara për veten, të tjerët dhe botën. Besimet kryesore janë të kuptueshme në mënyrë të thellë dhe thelbësore saqë shpesh nuk e artikulojnë atë edhe për veten. Personi i konsideron këto ide të vërteta-në mënyrën sesi janëgjërat (Beck, 1987).

Besimet pozitive për shqetësimin. Besimet që individët me ÇAP mbajnë në lidhje me shqetësimin janë studiuar në mënyra të ndryshme. Në këtë paragraf, ne fokusohemi në zbulimin e besimeve pozitive për shqetësimin sepse kjo linjë studimi ka pasoja të drejtëpërdrejta për trajtimin që është prezent në kapitujt e mësipërm. Gjithsesi lexuesi duhet të mbajë në mendje që besimet negative për shqetësimin kanë marrë mbështetje të frikshme empirike (Wells dhe Carter, 1999) dhe që trajtimet e tjera njohëse-sjellore fokusohen të ndryshojnë këto besime për të ndihmuar individët me ÇAP.

Kërkimi në besimet pozitive për shqetësimin filimisht ishte si rezultat i interesimit për teorinë e kushtëzuar. Në linjën me principe të kushtëzuara, u arsyetua që besimet pozitive për shqetësimin mund të zhvillohen dhe të ruhen nga proceset pozitive dhe negative të përforcimit. Specifikisht, nëse një person kupton që veprimi i shqetësimit është ndjekur nga arritjet e rezultateve të dëshiruara (përforcimi pozitiv) ose shmangien e rezultateve të padëshiruara (përforcimi negativ), që personi do të zhvillojë besimet pozitive për shqetësimin (dhe vazhdon duke u shqetësuar). Me këtë në mendje, u përcaktua për të

shqyrtuar besimet pozitive për shqetësimin në popullsinë klinike dhe jo klinike (Beck, 2011).

IV. Teknika e Relaksimit

Fillimisht do të njihemi me disa teknika të Relaksimit të Aplikuar për shqetësime të ndryshme. Disa prej teknikave të relaksimit janë:

Metodat e shtendosjes (ulja e tensionit). Problemi i shtendosjes është kthyer në një problem ditor. Jetojmë në një botë të turbulluar, të mërzhitur, të ngarkuar nga fatkeqësitë, e mbushur me ankth për shkak të një të ardhmeje të pasigurtë. Njerëzit janë vazhdimisht të ekspozuar ndaj tensioneve. Metodat e shtendosjes janë procedura terapeutike që e mbajnë individin në një “distension muskular dhe psikik”, ku me anë të ushtrimeve të përshtatshme arrijnë në “tone të relaksuara” që është baza e shtendosjes fizike dhe psikike.

Metodat e shtendosjes ndahen në:

(1) Metoda analitike nga pikëpamja fiziologjike

a. Këto metoda i referohen relaksimit progresiv të E. Jacobson. Dhe përfshijnë disa stade. I pari është vetëm muskular, ndërsa i fundit e çon pacientin drejt “Relaksimit Psikik”.

b. Teknika e Jarreau dhe Klotz, kjo metodë analitike kryhet me një kërkim të zonave muskulare ku duket që pacienti e përjeton me intensitet tensionin psiko-afektiv. Teknika me autorelaksim muskular, lë mënjanë pjesët e tjera të ushtrimeve të kontrollit vaso-motorik.

c. Trajnimi i kompesuar i Aiginger, është një edukim ose riedukim i frymëmarrjes. Bëhet fjalë për një kontroll aktiv dhe dinamik në të cilin vëmendja theksohet tek ngadalësimi i frymëmarrjes (Durand de Bousingen, 1993).

(2)Metoda nga pikëpamja psikoterapeutike

a. Trajnimi Autogjenik i J. H. Schultz. Metoda përfshin një cikël inferior që përbëhet nga gjashtë ushtrime në gjashtë zona: muskuj, sistemi vaskular, zemra, frymëmarrja, organet abdominale dhe koka. Gjithashtu përfshin një cikël superior, që përngjan me psikoterapinë e avancuar.

b. Stërvitja psikofiziologjike me relaksimin, ndërtuar nga ekipi i J. De Ajuriguerra, ka si qëllim themelimin e marrëdhënies ndërmjet mjekut dhe pacientit dhe përdorimin psikoterapeutik për të dhëna të marra nga aplikimi i teknikës së Schultz.

c. Rregullimi aktiv i tonit muskular është përdorur nga B. Stokvis në Qendrën Mjekësore Psikosomatike të Leyda, tek pacientët me nivel të ulët introspeksioni.

d.Hipnoza progresive e fraksionuar e Kretschmer, fokusohet tek personaliteti dhe evidentimi i konflikteve nëpërmjet ushtrimeve muskulare (Durand de Bousingen, 1993).

Teknikë tjetër relaksuese fiziologjike në trajtimin e ÇAP është edhe FD, e ngjashme me teknikën e relaksimit progresiv muskular, por FD është një aftësi që mund të rrisë kontrollin e klientit përgjatë proceseve fiziologjike. FD i mundëson klientit një mënyrë të thjeshtë, të shpejtë për qetësimin e trupit. Kjo teknikë u përdor fillimisht (Clark, Salkoskis dhe Chalkley, 1985) për Çrregullimin e Panikut. Terapisti duhet të informojë klientin që

FD, ndihmon në disa simptoma (dhimbjet e kokës, presioni i lartë i gjakut, insomnia, sindroma Raynaud).

Teknika e Desensibilizimit të Vetëkontrollit (TDV-K), zhvilluar (Goldfriend, 1971) si rezultat i teknikës të desensibilizimit sistematik (Wolpe, 1958). Desinsibilizimi sistematik bazohet në nocionin e tensionit ku përgjigjet e relaksimit janë reciproke. Teorikisht, bashkimi i stimulit të provokimit të ankthit me një përgjigje të thellë të relaksimit forcon lidhjen midis stimujve të tillë me këtë përgjigje. Aplikimi specifik i TDV-K, për ÇAP, përfshin prezantimin e shqetësimit me ushtrime për relaksimin e thellë. Në mënyrë ideale nxit konjicionin, sjelljen dhe trupin lidhur për çdo shqetësim që është aktivizuar së bashku me vetëshqetësimin gjatë këtij ushtrimi. Fillimisht përpara aplikimit të kësaj teknike, klienti duhet të ketë arritur një gjendje të thellë të relaksimit përmes PMR dhe FD. Pjesë e trajnimit të ÇAP për komponentët fiziologjikë është edhe teknika e relaksimit të aplikuar (White, 1999).

Mindfulness

Për shumë vite mindfulness ka qenë e aplikuar për çrregullime të ndryshme, si Çrregullimi i Personalitetit Borderline, Abuzimi me Substancat, Traumave, Depresionit (Roemer dhe Orsillo, 2002) dhe është përfshirë si komponent me potencial efektiv në trajtimin e ÇAP. Roemer dhe Orsillo argumentojnë që ÇAP është i karakterizuar nga “shmangia e eksperiencave”, që është dhe shmangia strategjike e automatike e shqetësimeve të brendshme. Mindfulness është një alternativë trajtimi psikologjik që përdoret edhe në trajtimin e ÇAP (Roemer dhe Orsillo, 2002).

Mindfulness është një formë e të menduarit nga tradita Lindore, spirituale. Kjo kërkon zhvillimin e tre cilësive: 1. Mbajtja e gjykimit, 2. Ndërgjegjësimi i qëllimshëm 3. Fokusimi në të tashmen. Duke u ndalur te vëmendja në të tashmen, individi fokusohet në një proces me të gjitha aspektet e eksperiencës së menjëhershme, të cilat përfshijnë aktivitetet fiziologjike, konjiktive dhe sjellore. Mindfulness ndihmon për një përpunim automatik më të vetëdijshëm (Allardi, 2012).

Kur aplikohet eksperiencia emocionale, mund të përdoret mindfulness, që thjesht lejon që kjo përvojë të ndodhë, duke ndërprerë përgjigjet shmangëse ndaj kërcënimeve të krijuara brenda perceptimit. Mindfulness kryhet duke u fokusuar në vetëdije, në momente aktuale dhe duke njohur e pranuar ndjenjat e caktuara. Duke qenë të ndërgjegjshëm mund të zvogëlohet ankthi që është shkaktuar nga frika e situatave aktuale, apo ato të parashikuara (Rygh, Sanderson, 2004).

V. Relaksimi i Aplikuar

Zhvillimi i Relaksimit të Aplikuar

Duke u bazuar te relaksimi progresiv i muskujve (Jacobson, 1938) dhe desensibilizimit sistematik (Wolpe, 1958), teknika të shumta të përballimit u zhvilluan në vitet 1970 që zgjeruan parimet bazë të relaksimit. Bernstein dhe Borkovec (1973) botuan një udhërrëfyes për të ndihmuar profesionistët që të aplikojnë praktika të relaksimit progresiv; Russel dhe Sipich (1973) zhvilluan relaksimin e kontrolluar nga sugjerimet; dhe Chiang-Liang dhe Denney (1976) përfshinë një hierarki ankthi si pjesë e relaksimit të aplikuar. Ishte në këtë periudhë që Öst filloi të punonte me Relaksimin e Aplikuar (RA) si një strategji trajtimi për

fobitë dhe panikun. Ndërsa relaksimi progresiv i muskujve (PM) dhe përdorimi i tij në desensitizimin sistematik ofruan metoda për t'i mësuar individët të reduktonin tensionin e muskujve dhe për të arritur një gjendje më të relaksuar, të paktën përkohësisht, RA theksoi rëndësinë e relaksimit të një aftësie përballuese kur haset me mjedise ankthioze.

Qëllimi i RA cilësohej:

"Qëllimi i kësaj metode trajtimi është t'i mësojë pacientit një aftësi përballuese që do t'i mundësojë atij të relaksohet me shpejtësi, në mënyrë që të kundërveprojë dhe të ndërpresë përfundimisht ankesat." Kjo arrihet duke: 1) njohur sinjalet e hershme të ankthit dhe 2) duke mësuar për të përballuar situatat përmes relaksimit. Öst (1987).

Siç përshkruhet nga Borkovec dhe Costello (1993), RA bazohet në premisën se ankthi përfshin sisteme ndërvepruese konjiktive, fiziologjike, afektive dhe sjellore. Këto përgjigje zhvillohen me kalimin e kohës, secili prej tyre ndikon tek tjetri duke rritur intensitetin e reagimit të ankthit. Për shkak se çdo kanal i reagimit ndikon tek të tjerët, ndryshimet në një kanal ndikojnë edhe në përgjigjet e tjera. Pra, nëse shqetësimi psikologjik rrjedh nga një përgjigje e përgjithshme e aktivizimit të stresit që përbëhet nga sisteme fiziologjike të shumta qendrore dhe periferike, atëherë të mësuarit për të zvogëluar aktivizimin e një sistemi (në këtë rast, sistemi muskulator) duhet gjithashtu të zvogëlojë aktivizimin tek sisteme të tjera. Prandaj, RA ka për qëllim mësimin e klientëve për t'iu përgjigjur ankthit me një përgjigje ndryshe, duke ulur tensionin e muskujve përmes relaksimit para se cikli i ankthit të ketë një shans për t'u forcuar dhe rritur (Hayes.S.A & Roemer. L. 2013).

Relaksimi i Aplikuar është një teknikë në të cilën individët me shqetësim mësojnë, hap pas hapi, aftësi të relaksimit, të cilat mund të aplikohen shumë shpejt dhe praktikisht në çdo situatë. Kjo është e rëndësishme për trajtimin e panikut, ankthit, fobive, dhimbjeve dhe simptomave të tjera. Qëllimi është që individ të jetë në gjendje për t'u relaksuar në rreth 20-30 sekonda në situata në të cilat përjetojnë simptomat (Öst, 1987). Relaksimi i Aplikuar është një strategji efektive përballuese për të reduktuar ndjeshëm ankthin në shumë rrethana (Borkovec dhe Costello, 1993).

"Relaksimi i Aplikuar" është protokoll i zhvilluar në Suedi nga psikologu Lars-Goran Öst, profesor në Universitetin e Stokholmit dhe kolegët e tij (Öst, 1987). Relaksimi progresiv i muskujve u zhvillua nga Edmund Jacobson, Desensibilizimi Sistemik i Wolpe-së dhe një shumëllojshmëri e "aftësive përballuese" nga qasjet për menaxhimin e ankthit të zhvilluara në vitet 1970. Edhe pse është një formë e terapisë moderne të sjelljes, Relaksimi i Aplikuar gjithashtu ka qenë i përdorur i kombinuar me Ristrukturimin Konjektiv, si pjesë e TKB.

Relaksimi i Aplikuar nga (Öst, 1987) fillimisht është përdorur për trajtimin e fobive, por me zbatim më të gjerë në çrregullimet e tjera të ankthit, si dhe për menaxhimin e dhimbjeve fizike dhe të përziera. RA fokusohet në aplikimin e relaksimit muskular në situata dhe raste ku individ është me ankth dhe lejon ndërhyrjen për fillimin e shqetësimit dhe të ankthit (Rygh, Sanderson, 2011).

Në përgjithësi, programi në fillim të mëson se si të relaksohesh duke përdorur një proces relaksimi psikologjik. Më pas vazhdohet për një përgjigje të kushtëzuar relaksimi dhe në

fund relaksimi kryhet me komandë. Gjithashtu vazhdohet duke praktikuar një ushtrim relaksues dhe duke i përdorur teknikat në një situatë të jetës.

Efektiviteti i lehtësimit të simptomave

Megjithëse RA ishte zhvilluar fillimisht për të trajtuar pacintët fobikë, kishte një gamë të gjerë aplikimesh në zona të tjera, përfshirë Çregullimet e Panikut, Çrregullimet e Ankthit të Përgjithësuar, dhimbjet e kokës (tensioni, migrena dhe të tjera). Epilepsia tek fëmijët dhe tek të rriturit dhe zhurmat në vesh. Në praktikat klinike, trajnimi i RA ka rezultuar efektiv për problemet e gjumit dhe pagjumësisë, për neurozat kardiake dhe pacientët me kancer gjatë kimioterapisë. Çdo njeri mund të mësojë të përdorë RA. Rreth 90-95% e pacientëve përfituan nga trajtimi (Davis, Eshelman, Mc Kay, 2008).

Komponentët e Relaksimit të Aplikuar

RA fillon me trajtimin e relaksimit progresiv të muskujve, që është zhvilluar gradualisht me aftësi përballuese, udhëzime për të kontrolluar relaksimin dhe aplikimi sistematik gjatë ekspozimit in vivo në situata frike. Protokoli origjinal merr rreth 10-12 seanca. Pas vlerësimit, fazat e veçanta të trajtimit janë të ndara si më poshtë: (Rygh dhe Sanderson, 2004; Davis, Eshelman dhe Mc Kay 2008; Öst, 1987).

Komponentët kryesorë të Relaksimit të Aplikuar

1. Vlerësimi, formulimi dhe vetë-monitorimi, të cilat sipas Öst zgjasin 1-2 javë / seanca.
2. Relaksimi Progresiv i muskujve 1-2 javë / seanca.
3. Vetëm Relaksim, që zgjat 1-2 javë / seanca.

4. Udhëzime për të Kontrolluar Relaksimin, që zgjat 1-2 javë / seanca.
5. Relaksimi i Diferencuar, që zgjat 1-2 javë / seanca.
6. Relaksimi i Shpejtë, që zgjat 1-2 javë / seanca.
7. Relaksimi i Aplikuar (Trajnimi i Aplikimit), që zgjasin 2-3 javë / seanca.

Tre fazat e Relaksimit të Aplikuar

1. Faza e Vlerësimit

Protokolli i plotë që fillon me analizën e sjelljes dhe vetë-monitorimin, zakonisht zhvillohet më shumë se tre javë. Klientëve gjatë javës së parë u kërkohet regjistrimi i përvojave të tyre në një vetë-monitorim, formë shumë e thjeshtë që përmban titujt në vijim: Data, Situata, Intensiteti (vlerësuar 0-10), "Reagimi (Çfarë mendoni ju?; Përqendrohet në shenjat më të hershme)" dhe "Veprimi (Çfarë ke bërë?)".

Öst u paraqet klientëve një konceptualizim të modelit tre-sistematik të ankthit (ose të stresit) që dallon mes ndjesive fiziologjike, sjellore dhe përgjigjeve (subjektive) konjiktive. Theksi i vlerësimit dhe i konceptualizimit është për t'i ndihmuar klientët të dallojnë shenjat e stresit, veçanërisht në fazat më të hershme të zhvillimit të përgjigjeve. Kjo ka tendencën të përfshijë sidomos identifikimin e ndjesive të përbashkëta fiziologjike, të tilla si sforcimin e muskujve ose rritjet e rrahjeve të zemrës (Öst, 1988).

2. Fazat e trajtimit të aftësive përballuese

2.1 Relaksimi progresiv i muskujve

Faza e parë e trajnimit të RA, përbëhet nga teknika e relaksimit progresiv të muskujve e Jacobson, e cila rrjedh direkt nga qasja e shkurtuar e paraqitur nga Wolpe dhe L Lazarit si pjesë e Desensibilizimit Sistemik (Wolpe, 1966; Jacobson, 1938). Ky trajnim është i ndarë përgjatë 2-3 seancave të para. Në versionin e Ost, çdo grup muskujsh është i tensionuar për vetëm pesë sekonda, shumë e shkurtuar nga metoda fillestare Jacobson, e ndjekur nga 10-15 sekonda të relaksimit. Në metodën origjinale të Jacobson, qëllimi është për të mësuar dhe për të mbajtur të relaksuar pjesën tjetër të trupit, ndërsa sforcimi i grupeve të veçanta të muskujve, pra, vetëm për të sforcuar muskujt që janë duke u përdorur, e cila ndihmon në krijimin e një lidhjeve në fazën e "Relaksimit të Diferencuar" (Jacobson, 1938). Në fund të procedurës, klienti mat nivelin e tensionit në një shkallë prej 0-100. Megjithëse individët zakonisht e gjejnë veten më të relaksuar kur janë shtrirë, trajnimi fillon në një pozicion ulur të drejtë, pasi qëllimi është për të zhvilluar një aftësi përbaluese që do të përgjithësojë situatat ku klienti është fizikisht aktiv. E njëjta rutinë relaksimi do të praktikohet dy herë në ditë si detyrë shtëpie. Seancat zakonisht zgjasin rreth 15-20 minuta.

2.2 Vetëm Relaksim

Faza e ardhshme e RA, përqëndrohet në trajtimin " Vetëm Relaksim" për një kohëzgjatje 1-2 javë. Në këtë fazë, sforcimi fillestar i muskujve është përjashtuar. Kjo gjithashtu do të thotë një reduktim në kohën e marrë për të nxitur relaksim nga 15-20 minuta, në 5-7 minuta. Terapisti e udhëzon verbalisht klientin për teknikën. Klienti më pas vëzhgon trupin e tij për ndonjë tension të mbetur dhe përpiqet për t'u relaksuar plotësisht. Në qoftë se klienti gjen tension dhe tensioni kthehet tek muskujt, gjatë kohës së relaksimit duhet të

kthehet tek versioni origjinal i teknikës së çlirimit vetëm për atë pjesë të vetme të trupit (Rygh dhe Sanderson, 2004).

2.3 Udhëzime për të Kontrolluar Relaksimin

Faza e ardhshme, udhëzime për të kontrolluar relaksimin, përfshin trajtimin në një "udhëzim verbal", "vetë-mësimim" që sjell relaksim sa më të shpejtë, zakonisht përreth 2-3 minuta, duke përdorur fjalën "Relaksohu", e cila praktikohet për një kohëzgjatje 1-2 javë.

Ky është një proces i kushtëzuar si përgjigje e relaksimit të stimulit verbal ("Relaksohu"). Gjatë seancës, klienti qetësohet sa më shumë të jetë e mundur duke përdorur vetëm qasjen e çlirimit. Kur e ka kompletuar këtë veprim, sinjalizon, duke ngritur një gisht. Kjo fazë fillon me ushtrime vetëm për çlirimin. Kur klienti është thellësisht i relaksuar, i udhëzohet: "Merr frymë", duke sugjeruar nga frymëmarrja e klientit dhe "Relaksohu" përpara frymënxjerrjes. Përsëritet pesë herë. Më pas klientit i është udhëzuar të përsërisë menderisht "Merr frymë" dhe "Qetësohu" në çdo frymëmarrje dhe frymënxjerrje që të arrijë një gjendje të thellë relaksimi pa asistencën e terapistit. Përsërit katër ose pesë herë. Më pas klientit i kërkohet që të masë kohën për të arritur gjendjen e relaksuar me këtë metodën e fundit. Matjet e gabuara korrigjohen. Shumica e klientëve e arrijnë relaksimin e thellë në 2-3 minuta (Davis, Eshelman dhe Mc Kay, 2008).

Terapisti duhet të kërkojë nga klienti vlerësimin se sa kohë iu desh për t'u relaksuar plotësisht dhe përgjigjen e saktë të reagimeve, sepse klientët zakonisht e mbi-vlerësojnë kohëzgjatjen. Kjo rutinë duhet të praktikohet rreth dy herë në ditë, për të ndihmuar në

kushtëzimin e një lidhjeje midis udhëzimeve verbale "Relaksohu" dhe çlirimit të relaksimit të shpejtë (Davis, Eshelman dhe Mc Kay, 2008).

2.4 Relaksimi i diferencuar

Faza tjetër përfshin "RelaksimDiferencial", qëpërsëri rrjedh nga qasja e Jacobson, i cili përbëhet nga të mësuarit për t'u relaksuar duke përdorur disa muskuj. Klientit i është kërkuar të nxisë udhëzime për të kontrolluar relaksimin, ulur në një karrige të rehatshme ose në këmbë dhe të qëndrojë në qetësi ndërsa lëviz kokën ose krahët, apo këmbët dhe në fund duke ecur. Theksi është vendosur në reduktimin e mëtejshëm të kohës që është marrë për të sjellë relaksim, i cili zakonisht të arrihet për 60-90 sekonda (Öst, 1987).

2.5. Relaksimi i shpejtë

Faza e trajnimit "Relaksimi i Shpejtë", ka si synim për të ndihmuar klientët të relaksohen drejtpërdrejtë në mënyrë natyrale në situata stresante ose ankthioze, duke reduktuar kohën e marrë për relaksim për 20-30 sekonda. Klientit i është kërkuar për t'u relaksuar 15-20 herë çdo ditë si detyrë shtëpie. Natyrisht, kjo do të thotë se kjo teknikë është përdorur shumë shpesh gjatë gjithë ditës, si sugjerim janë identifikuar që të veprojnë si përkujtesa, kështu që çdo herë që klienti kontrollon orën ose hap një derë, të përdorë teknikën e relaksimit.

Shënimet ose përkujtesat e tjera mund të përdoren në ambjentet e shtëpisë ose të punës për të vepruar si përkujtesa shtesë. Forma e shpejtë e "Udhëzime për të Kontrolluar Relaksimin" konsiston në marrjen e tre frymëmarrjeve të thella, duke thënë: "Relaksohu" pas çdo frymëmarrjeje përpara frymënxjerrjes ngadalë. Vërehet nëse në trup ka ndonjë

tension të mbetur dhe klienti përpiqet të mbajë relaksimin maksimal (Rygh dhe Sanderson, 2004).

3. Faza e Aplikimit dhe Ruajtja

3.1 Aplikimi

Faza e 'Aplikimit' përfshin ekspozimin e shkurtër të një shumëllojshmërie të gjerë të stimuljeve dhe situatave të provokimit të ankthit. Klienti është inkurajuar që të përdorë “Udhëzime për të Kontrolluar Relaksimin” si aftësi përballuese menjëherë përpara ekspozimit dhe për të vazhduar përdorimin e teknikës përgjatë ekspozimit, në përgjigje të ndonjë shenje fillestare të tensionit të shkallëzuar. Ekspozimi me përdorimin e Relaksimit të Aplikuar zakonisht zgjat 10-15 minuta, shumë herë më i shkurtër se seancat normale të zgjatura të ekspozimit, të cilat mund të zgjasin 1-2 orë. Megjithatë, qëllimi nuk është që të zhduket ankthi plotësisht, por më tepër të mësohen aftësi për ta përballuar atë, duke përdorur “udhëzime për të kontrolluar relaksimin” si një strategji përballuese. Klienti mund të jetë i ekspozuar drejtpërdrejtë me objektet ose ngjarjet shqetësuese, ose nëpërmjet ekspozimit interoceptiv për ndjesi paniku, ose duke përdorur ekspozimin imagjinar, sidomos për shqetësimet e mëdha katastrofike dhe për ÇAP (Davis, Eshelman dhe Mc Kay, 2008).

3.2 Ruajtja

Trajtimi është pasuar nga një program "Ruajtjeje ose mirëmbajtjeje" për të ndihmuar që të sigurojë zotërimin e aftësisë përballuese duke ndihmuar më tej në gjeneralizimin e situatave të ndryshme në të ardhmen. Për të ndihmuar në ruajtjen e kësaj aftësie, klientëve u

kërkohet që të vërejnë trupin e tyre të paktën një herë në ditë dhe të përdorin metodën e tyre të shpejtë të relaksimit, për të larguar ndonjë tension të identifikuar dhe për të ushtruar ose relaksimin e shpejtë ose diferencial, të paktën dy herë në javë. Klienti mund të mbajë kontakte me terapistin duke i referuar atij të dhënat e progresit të tij, për shembull, për një periudhë prej gjashtë muajsh pas trajtimit (Davis, Eshelman dhe Mc Kay, 2008).

Efikasiteti i Relaksimit të Aplikuar

Shumë studime kanë hetuar efektet e trajnimit të relaksimit të ankthit në një gamë të gjerë të aplikacioneve dhe qëllimeve kërkimore. Një meta-analizë e publikuar brenda dhjetë viteve të fundit (1997-2007) mbështet një efikasitet të mirë të trajnimit të relaksimit në uljen e ankthit (Manzoni, 2008). Tipari dhe gjendja e ankthit (Spielberger, Gorsuch dhe Lushene, 1970) janë të ndikuara nga trajtimi: çdo seancë relaksimi mund të ulë gjendjen e ankthit dhe praktikën e qëndrueshme të teknikave të relaksimit mund të përmirësojnë ankthin në një kohë afat-mesme dhe afat-gjatë. Efikasiteti i trajtimit rritet me kohëzgjatjen e protokollit dhe me kërkesën e praktikës në shtëpi (Manzoni, 2008). Disa studime e lidhin Relaksimin e Aplikuar me trajnimin e shëndetit mendor. Studimet tregojnë se “Relaksimi i Aplikuar apo Relaksimi Progresiv në trajtimin e Çrregullimit të Panikut” (Öst, 1987) hetoi efikasitetin e teknikave përballuese, relaksimin e aplikuar (RA), metoda tradicionale të sjelljes, relaksimin progresiv (RP), në trajtimin e Çrregullimit të Panikut. Tetëmbëdhjetë pacientë iu nënshtruan vlerësimeve klinike, me vetëraportim dhe vetë-vëzhgim ndaj atakeve të panikut / ankthit të përgjithësuar, para dhe pas trajtimit, e ndjekur për 6-29 muaj (do të thotë 19muaj) më vonë. Pacientët janë trajtuar individualisht për 14 seanca javore. Rezultatet treguan se të dy trajtimet kanë dhënë përmirësime shumë të

mëdha, të cilat janë të ruajtura edhe në vazhdim. Krahasimet mes-grupeve tregojnë se RA ishte dukshëm më efikas se RP në imazhin e plotë, me një matje 6/11. Përqindja e pacientëve klinikisht të përmirësuar (sipas kritereve të rrepta) ishte 38% për RP dhe 75% për RA- pas trajtimit dhe 25% dhe 100% në vazhdim. Studimi tregoi se teknika e RA ishte një trajtim më efektiv për pacientët me Çrregullimin e Panikut (Öst, 1998).

VI. Studime Kërkimore

Studime të tjera në lidhje me RA apo me TKB, kanë studiuar teknikën më efikase për trajtimin e Çrregullimit të Panikut. Një numër prej tridhjetë e tetë pacientësh të jashtëm që plotësonin kriteret e DSM-III-R për Çrregullim Panikut u vlerësuan me vetë-raportim dhe vetë-vëzhgim të atakeve të panikut para dhe pas trajtimit. Pacientët u trajtuan në mënyrë individuale për 12 seanca javore. Rezultatet treguan se të dy trajtimet kanë dhënë përmirësime shumë të mëdha, të cilat janë të ruajtura edhe pas mbarimit të seancave. Nuk kishte dallim midis RA dhe TKB në ndonjë masë të caktuar. Përqindja e pacientëve që kishin përjetime paniku ishin 65% dhe 74% pas-trajtimit dhe 82% dhe 89% në vazhdim, për TKB dhe RA. Përveç që ndikuan në trajtimin e atakeve të panikut kanë dhënë ndryshime të theksuara dhe të qëndrueshme në ankthin e përgjithësuar, depresionin dhe keq interpretimet konjiktive. Rezultati i studimit tregoi se RA dhe TKB janë trajtime efektive për Çrregullimin e Panikut, pa shmangien (Öst dhe Bengt, 1995).

Në një studim nga Öst dhe Breitholtz (Öst dhe Breitholtz, 2000), 36 pacientë me ÇAP u trajtuan me 12 seanca, duke përdorur RA dhe TKB. Rezultatet treguan se

efikasitetiterapeutik i dy teknikave është ekuivalent në fund të seancave dhe në një vit pas-trajtimit. (Paganini, Manzoni, Castelnovo, Molinari, 2008).

Në një studim klinik me pacientët me Çrregullimin e Panikut (Öst dhe Westling, 1995), RA rezultoi të jetë aq efektive sa TKB në reduktimin e ankthit të përgjithësuar dhe shtrembërimet njohëse; këto rezultate mbetën konstante në një vit pas-trajtimit. Pacientët e grupit të relaksimit treguan një tolerancë më të madhe të distancës ndaj stimulit dhe një aktivizim të vogël fiziologjik.

Megjithëse hulumtimi fillestar në RA u përqendrua në çrregullimet e panikut (Öst, 1987), fobitë sociale dhe fobitë specifike, ishte një trajtim i efektshëm edhe për ÇAP. Për shkak se ÇAP karakterizohet nga ankthi, tensioni dhe shqetësimi kronik dhe i vazhdueshëm (APA,2000), përqendrimi i RA në reagimin fiziologjik të reduktimit të tensionit përmes relaksimit është një përshtatje e natyrshme.

Që nga ajo kohë, disa studime metodologjikisht rigoroze kanë shqyrtuar efikasitetin e RA.

Relaksimi i Aplikuar (RA), i cili përfshin vërejtjen e shenjave të hershme të ankthit dhe reagimi me një përgjigje relaksuese, është një trajtim i mbështetur empirikisht për çrregullimin e ankthit të përgjithësuar ÇAP. Megjithatë, hulumtimi mbi mekanizmat e hipotezuara të RA (për shembull: zvogëlimin e tensionit të muskujve) është përzier, duke bërë të mundur që mekanizmat shtesë të kontribuojnë në efikasitetin e RA. Duke u nisur nga konceptime të ÇAP, hipotetizohet që mindfulness, vendosja dhe pranimi mund të jenë mekanizma të mundshëm të ndryshimit në RA. Rezultatet, të dhënat e mekanizmave dhe përshkrimet e 3 rasteve të individëve të diagnostikuar me ÇAP, të cilët kanë marrë 16 javë

RA, janë paraqitur për të demonstruar mënyrat që RA mund të çojë në përmirësimin klinik përmes mindfulness, vendosjes dhe pranimit (Hayes-Skelton SA, Usmani A, Lee J, Roemer L, Orsillo SM, 2012).

Borkovec dhe Costello (1993), ekzaminuan efikasitetin e protokollit të trajtimit të tyre. Pjesëmarrësit ishin të diagnostikuar me ÇAP dhe ishin caktuar rastësisht në grupin e TJD, në grupin e RA dhe në grupin e TKB. Në grupin TJD, klientët ishin informuar se terapia do të përbëhet nga një eksplorim i përvojave jetësore personale në një mjedis të qetë. Në grupin e RA, klientët ishin informuar se terapia do t'u mësojë strategji përballuese për menaxhimin e simptomave të shqetësimeve dhe të ankthit. Në grupin e TKB, u përdor edhe teknika e Relaksimit të Aplikuar, përveç vetë-kontrollit dhe desensibilizimit konjektiv. Rezultatet treguan se në përgjithësi, RA dhe TKB ishin më superiore se TJD pas-trajtimit. RA pas vlerësimit ka rezultuar në ndryshime klinike të rëndësishme, por kjo ndryshoi në favor të TKB në 12 muaj e trajtimit (Borkovec & Costello, 1993). Këto rezultate nënkuptojnë se RA dhe TKB mund të përmbajnë komponentë që janë më të efektshme në trajtimin e ÇAP.

Një studim shqyrtoi efikasitetin e RA në krahasim me TK, duke mos gjetur dallime të mëdha midis RA dhe grupeve të TK. Rezultatet treguan se në fazën e mbajtjes së trajtimit, 53% e pjesëmarrësve në grupin e RA dhe 62% e pjesëmarrësve në grupin TK treguan përmirësime klinike të rëndësishme. Në një vit trajtim, 67% e pjesëmarrësve të RA dhe 56% e pjesëmarrësve të TK kishin përmirësime klinike të dukshme. Të dy grupet e RA dhe TK rezultuan të dobishme për trajtimin e ÇAP, por ato duhet të përpunohen më tej për

të rritur efikasitetin në nivelin e përmirësimit, demonstruar në trajtimet TKB për çrregullime të tjera ankthit (Ost & Breitholz, 2000).

Fisher dhe Durham (1999) shqyrtuan gjashtë studimet për trajtimin e ÇAP të kryer mes viteve 1990 dhe 1999, duke përdorur Inventarin e Trajtit të Gjendjes së Ankthit, për nxjerrjen e rezultateve. Trajtimet e mëposhtme për ÇAP që ishin të përfshira në analizë: RA, TKB, TJD, TB, grupi TKB, grupi TB dhe psikoterapi analitike. Rezultatet e analizës treguan ndryshime klinike të rëndësishme. Këto gjashtë studimet treguan se pas trajtimit, RA (63%) dhe TKB ishin shumë më superiore ndaj kushteve të tjera të trajtimit. Gjashtë muaj pas trajtimit, TKB dhe RA kishin dhënë tek individët përmirësime relativisht të mira, me norma 50-60% të rimëkëmbjes. Pra TKB dhe RA rezultuan se mund të trajtojnë në mënyrë efektive ÇAP (Fisher & Durham, 1999).

Christian Otte(2011) në studimin e tij me titull: “Terapia konjektiv-bihejviorale në çrregullimet e ankthit”, paraqiti gjendjen aktuale të të dhënave. Ai mori në shqyrtim një sërë studimesh, meta-analitike, për të treguar efikasitetin dhe efektivitetin e TKB për çrregullimet e ankthit tek të rriturit.

Qëllimi i këtij rishikimi studimesh ishte të përmbledhë dhe të diskutojë gjendjen aktuale të provave lidhur me trajtimin e TKB për Çrregullimet e Panikut, Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar, Çrregullimin e Ankthit Social, Çrregullimin Obsesiv-Kompulsiv dhe Çrregullimin e Stresit post-traumatik. TKB konsiderohet si trajtimi me standarte më të mira psikoterapeutike për çrregullimet e ankthit duke shqyrtuar gjetjet meta-analitike lidhur me efikasitetin dhe efektivitetin e TKB. Për shkak të çështjeve metodologjike, madhësia e efektit është vështirë të vlerësohet. Bazuar në rezultatet për Çrregullimin e Ankthit të

Përgjithësuar nga ana e efikasitetit u tregua se duke u mbështetur në trembëdhjetë studime, autorët konkluduan se terapitë psikologjike, të gjitha duke përdorur një metodë TKB, ishin më efektive se trajtimi i zakonshëm ose lista e kontrollit të pritjes në arritjen e përgjigjeve klinike të post-trajtimin. Në përfundim, TKB ishte efikase dhe efektive në trajtimin e Çrregullimeve të Ankthit, por nevojiten më shumë studime me cilësi të lartë për të vlerësuar më mirë madhësinë e efektit.

Donegan E, Dugas MJ (2012) kreu studimin me titull: “Çrregullimi i Përgjithësuar i Ankthit: një krahasim i ndryshimeve të simptomave tek të rriturit që marrin Terapi Konjektiv-Bihejviorale ose Relaksim e Aplikuar”.

Çrregullimi i ankthit të përgjithësuar karakterizohet nga shqetësimi i tepruar dhe simptomat somatike të ankthit (shqetësim, tension i muskujve). Disa trajtime psikologjike çojnë në zvogëlime të ndjeshme të simptomave të ÇAP pas trajtimin. Qëllimi i këtij studimi ishte për të paraqitur sesi ndryshuan simptomat e ÇAP me anë të dy trajtimeve psikologjike, TKB dhe RA. Në këtë studim morën pjesë 57 individë me ÇAP. Vetë-raportimet e shqetësimit dhe ankthit somatik u morën çdo ditë gjatë trajtimin.

Rezultatet treguan se megjithëse drejtimi i influencës midis ndryshimeve, në shqetësim dhe ankthit somatik ishte dy-drejtimësh deri në një farë mase për të dy trajtimet, një ndryshim i rëndësishëm u vu re gjithashtu. Ndryshimi i shqetësimit përbënte ndryshime të mëvonshme në ankthin somatik në një masë më të madhe në TKB sesa në RA.

F. Bolognesi, D.S. Baldwin , C. Ruini (2014) shkroi artikullin: “Ndërhryjet psikologjike në trajtimin e çrregullit të ankthit të përgjithësuar: Një rishikim i strukturuar”.

Qëllimi i këtij studimi ishte rishikimi për të përmbledhur pikat e forta dhe të dobëta të TKB dhe ndërhyrjeve të tjera psikologjike për të ardhmen. Metoda që u përdor ishte duke përdorur termin Çrregullim Ankthi të Përgjithësuar, duke parë termat të kombinuar me të.

Rezultatet treguan se TKB ka qenë trajtimi psikologjik më i studiuar dhe rekomandohet si ndërhyrje e parë e zgjedhjes për ÇAP. Relaksimi i Aplikuar ka treguar efektivitet të ngjashëm si TKB. Qasje të përshtatshme për ÇAP, si terapia e mirëqenies, janë zhvilluar për të siguruar një gamë më të gjerë të zgjedhjeve terapeutike: edhe pse rezultatet paraprake janë inkurajuese, nevojiten studime të mëtejshme për të vendosur efikasitetin e tyre dhe vlera relative në krahasim me TKB.

Si përfudim, u theksua se TKB, Relaksimi i Aplikuar, Teknika Psikodinamike, Mindfulness, Terapia Ndërpersonale Emocionale e Përpunimit të Modelit Metakonjektiv dhe Terapia e Mirëqenies kanë treguar të gjitha efektet e dobishme në trajtimin e ÇAP.

Michelle Craske, (2016) shkroi artikullin e “Psikoterapitë për Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar”.

Kjo temë trajton komponentët, efikasitetin dhe administrimin e psikoterapisë për ÇAP tek të rriturit. Një mbështje teorike themelore ishte TKB, matjet në anë të instrumenteve si: Pyetësi i Penn State për Shqetësimin, Pyetësi i metakonjicioneve, etj. Fokus qendror i TKB për ÇAP është t'u mësojë pacientëve një sërë aftësish të përballimit të aftësive njohëse dhe somatike për të menaxhuar në mënyrë efektive ankthet pasi ato janë të ekspozuara vazhdimisht ndaj ankthit. Pacientët mësohen të bëhen vëzhgues personalë të ankthit dhe shqetësimit të tyre duke përdorur teknika të ndryshme si: edukimi, vetë-monitorimi,

ekzpozimi i imazhit, ekspozimi nga situatat ankth-provokuese, struktura konjiktive, teknika të relaksimit (relaksimi progresiv dhe relaksimi i aplikuar) dhe një sërë teknikash të tjera psikoterapeutike.

KAPITULLI III. METODOLOGJIA

Pyetjet Kërkimore

- 1- Si do të ndikojë integrimi i RA me teknikat e TKB për reduktimin e simptomave të ankthit e shqetësimit?
- 2- Si do të ndikojë integrimi i RA me teknikat e TKB për uljen e shtrembërimeve konjiktive?
- 3- Si do të ndikojë integrimi i RA me teknikat e TKB për rritjen e aleancës së marrëdhënies klinikist- klient dhe klient-klinikist?

Hipoteza e Punimit

Hipoteza 1: Integrimi në terapi i RA dhe teknikave të TKB do të rezultojë efektiv në reduktimin e simptomave të ankthit e shqetësimit, uljen e shtrembërimeve konjiktive dhe rritjen e aleancës së marrëdhënies Klinikist- Klient dhe anasjelltas.

Ky studim është bërë për të përcaktuar nëse një përjasje e integruar e RA me teknikat e TKB do t'i ulë simptomat e ÇAP, bazuar në analizën cilësore të pjesëmarrëseve gjatë seks

METODAT

“Duke cituar studimet e rasteve, eksperimentet dhe eksperiencat e Galileo, Newton, Einstein, Bohr, Darwin, Marx dhe Freud, shkencat humane dhe natyrore, mund të studiohen nga një studim rasti i vetëm”.

- Bent Flyvbjerg, 2006

Në këtë kapitull do të parashtrohet mënyra se si është realizuar studimi, me gjithë përbërësit e tij dhe me mënyrën e kombinimit të tyre për të përftuar rezultatet e duhura. Këtu prezantohet metoda kërkimore që është përdorur për realizimin e studimit, problemet dhe kufizimet e studimit si dhe instrumentat e përdorur për të kryer këtë studim.

Ky kapitull jep informacion rreth:

- 1- dizenjimit të studimit
- 2- informacionit të pjesëmarrësve
- 3- përfshirjen dhe përjashtimet e kriterëve për studimin
- 4- procedurat e caktuara për kriteret përfshirëse dhe përjashtuese
- 5- informimi për pranimin e procedurave
- 6- matjet e përdorura për asistimin e gjithë ndryshimeve
- 7- procedurat e studimit
- 8- analiza për rreziqet dhe përfitimet
- 9- procedurat për ruajtjen e konfidencialitetit

Variablat

Konstantja kanë qenë pjesëmarrëset, variabël i pavarur ka qenë përqasja e krijuar për trajtimin dhe si variabël i varur janë të dhënat për ankthin, shtrembërimet konjiktive,

aleanca gjatë punës terapeutike, mbajtja e shënimeve për vëzhgimin gjatë trajtimit, vazhdimësia dhe shënimet për detyrat e shtëpisë.

Analiza e të dhënave

Faza e analizës së të dhënave është e nevojshme për të dokumentuar më tej procedurat e përdorura në kuadër të studimit (Patton, 1990). Kjo fazë është shumë e rëndësishme për të analizuar saktë të dhënat. Të dhënat në këtë studim u analizuan duke përdorur teori të ndryshme si analiza fenomenologjike interpretuese, interpretimi i tekstit, kodimi tematik, etj). Të gjitha këto qasje përdorin kategoritë e paracaktuara në analizë dhe janë ideografike në qasjen e tyre. Ato lidhen me një rast individual pa iu referuar një grupi krahasimi. Ky proces është bërë në katër faza të cilat janë identifikuar nga Saunders (2007).

Kategorizimi: Kjo fazë ofron një strukturë për organizimin dhe analizimin e të dhënave. Në këtë fazë të dhënat e mbledhura klasifikohen në kategori kuptimplota. Secila nga 3 pyetjet e kërkimit paraqet një kategori simptomash.

Njësia e të dhënave: Kjo fazë merret me reduktimin dhe rirregullimin e të dhënave. Paraqitja e përshkrimit të ndryshimit të gjendjes së pjesëmarrëseve u bë për të dhënat cilësore. Tabelat dhe grafikët u përdorën për të rregulluar dhe shfaqur të dhënat objektive. Është theksuar nga Miles dhe Huberman (1994), se përdorimi i ekranit të të dhënave përbën një ndihmë të rëndësishme për analizën e tyre dhe tërheqjen e përfundimit. Kjo lejon studiuesin të shfaqë të dhëna të reduktuara ose të zgjedhura, të nxjerra nga teksti i zgjeruar.

Njohja e marrëdhënieve dhe zhvillimi i kategorive: Kjo fazë përfshin përdorimin e ekraneve të të dhënave për të riorganizuar kategoritë në kategori të reja.

Zhvillimi dhe verifikimi i gjetjeve: Pas prezantimit dhe analizës së rezultateve, është bërë një krahasim me hulumtimet e mëparshme.

Ky studim fokusohet tek disa elementë kryesorë:

Dizenjimi i Studimit

Për këtë studim është përdorur metoda e studimit të rastit. Janë identifikuar dy individë për të vlerësuar impaktin e trajtimit të integruar bazuar në hipotezën që është paraqitur më sipër. Studimi i dy rasteve është përdorur për të adresuar vlefshmërinë e trajtimit të integruar. Nëpërmjet këtij studimi janë mbledhur informacione të detajuara nga vetë-raportimet cilësore prej pjesëmarrësve. Ky informacion është përdorur së bashku me instrumentat vlerësues për të parë efektivitetin e trajtimit të integruar.

Inventari i Ankthit i Beck, IAB është përdorur për të matur simptomat ankthioze dhe të shqetësimit përgjatë gjithë trajtimit, për punën në lidhje me pyetjen e parë kërkimore. Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive është përdorur për të matur mendimet disfunktionale përgjatë gjithë trajtimit, për punën në lidhje me pyetjen e dytë kërkimore. Inventari i Aleancës së Punës Terapeutike, IAPT është përdorur për të matur aleancën e marrëdhënies Terapist- Klient gjatë gjithë trajtimit, për punën në lidhje me pyetjen e tretë kërkimore.

Janë dhënë në formë të detajuar seancat e strukturuar, teknikat e përdorura, përshkrimi i ecursisë së trajtimit, transkriptimet e seancave të trajtimit. Trajtimi ka qenë i njëjtë për të dyja pjesëmarrëset. Teknikat e plotësuara sipas datave (detyrat e shtëpisë) dhe transkriptimet janë paraqitur vetëm për pjesëmarrësen e parë, për të respektuar standartet në lidhje me volumnin në disertacion. Zbatimi i trajtimit është asistuar nga motivimi i pjesëmarrëseve, vazhdimësia e takimeve dhe shënimet për detyrat e shtëpisë.

Arsyetimi për zgjedhjen e dy rasteve studimore

Zgjedhja e një metode varet nga qëllimi i studimit, resurset e disponueshme dhe aftësitë e kërkuesit (Kumar, 1999). Nga një studim rasti mund të mësohet shumë. Lexuesit mund të mësojnë nga afër sikur janë në një takim me rastin përmes përshkrimit narrativ të studiuesit (Stake, 2005). Përshkrimi i gjallë në një rast studimor mund të krijojë një imazh: "Një portret i gjallë i shkëlqyer, për shembull, mund të bëhet një prototip që mund të përdoret në edukim ose për vlerësim" (Eisner, 1991). Më tej, Erickson (1986) argumenton se meqë e përgjithshmja qëndron te veçantia, ajo që mësojmë në një rast të veçantë mund të transferohet në situata të tjera të ngjashme.

Saunders (2007) deklaroi se në varësi të natyrës së një pyetjeje kërkimore, një studiues ka tre alternativa kryesore për të zgjedhur. Këto alternativa janë qasja sasore, qasja cilësore dhe një kombinim i të dyjave.

Qasja cilësore që përfshin një gamë më të gjerë të metodave (intervista, studime të rasteve, etj) përdoret për të shpjeguar fenomenin (Muijs, 2004). Gjithashtu analizohet natyra subjektive e realitetit (Bryman & Bell, 2003; Muijs 2004). Metodatat sasore dhe cilësore mund të përdoren për të studiuar fenomenet e ndryshme, megjithatë duhet theksuar se nuk ka metodë perfekte (Guba, 1978). Kombinimi i të dy qasjeve në studimin e të njëjtit fenomen quhet triangulim (Ghauri dhe Gronhaug, 2005). Ata argumentuan se rezultatet kontradiktore nga burime të ndryshme mund të dobësojnë përdorimin e triangulacionit, gjë që është veçanërisht e dobishme kur përpiqet të arrihet vlefshmëria e një kërkimi. Për qëllimin e këtij disertacioni, u miratua qasja cilësore. Një nga arsytet për kryerjen e një studimi cilësor është se studimi është induktiv dhe eksplorues (Creswell, 2003). Një studim

i rastit është një studim intensiv i fenomeneve specifike, që njihet për thjeshtësimin / kuptimin e çështjeve komplekse dhe shtimin e forcës ndaj asaj që tashmë ekziston në hulumtimet e mëparshme (Soy, 1997). Sipas Soy (1997), përdorimi i studimit të rasteve është një metodë cilësore sipas natyrës. Ghauri dhe Gronhaug (2005) rekomandojnë një strategji të studimit të rasteve kur janë prezente pyetjet "si" ose "pse" është duke u kërkuar. Siç përshkruhet nga Feagin, Orum dhe Sjoberg (1991), një studim i rastit është një metodologji ideale kur kryhet një hetim tërësor dhe i thellë. Yin (2003) gjithashtu vuri në dukje se strategjia e studimit të rasteve ka një avantazh të dallueshëm kur bëhet fjalë për "një grup ngjarjesh, mbi të cilat kërkuesi ka pak ose aspak kontroll". Me fjalë të tjera, studimet e rasteve përdoren për të shqyrtuar situatat e jetës reale. Nuk ekziston një mënyrë e vetme e kryerjes së një studimi të rasteve dhe një kombinim i metodave të ndryshme si intervistimi i pastrukturuar, vëzhgimi i drejtpërdrejtë (Soy, 1997). Metoda e studimit të rastit është veçanërisht e dobishme për zhvillimin dhe testimin e teorisë dhe ato mund të jenë eksploruese, shpjeguese ose përshkruuese (Yin 2003). Të gjitha këto lloje të metodave të studimit të rasteve janë të dobishme në aplikime të rastësishme ose të shumëfishta (Ghauri dhe Gronhaug, 2005). Studimet e rasteve përdoren shpesh në hulumtime eksploruese. Ato mund të na ndihmojnë të gjenerojmë ide të reja (që mund të testohen me metoda të tjera). Ato janë një mënyrë e rëndësishme për ilustrimin e teorive dhe mund të ndihmojnë të tregojnë se aspekte të ndryshme të jetës së një personi janë të lidhura me njëra-tjetrën. Prandaj, metoda është e rëndësishme për psikologët që miratojnë një pikëpamje holistike. Sipas Yin (2003), një studim i rastit është një metodologji gjithëpërfshirëse, e cila përfshin metoda të përshtatshme për grumbullimin e të dhënave dhe teknikat e analizës së të dhënave. Përdorimi i llojeve të ndryshme të të dhënave nga burime

të ndryshme shpesh i lejon studiuesit të fitojë një pasqyrë më të plotë të fenomenit që studiohet, si dhe lehtësimin e triangulimit të të dhënave që përmirëson besueshmërinë e gjetjeve (Ghauri dhe Gronhaug, 2005). Yin (2003) përshkruan gjashtë burime të provave të përshtatshme për hulumtimin e studimit të rasteve: dokumentacionin, dokumentet arkivore, intervistat, vëzhgimet direkte dhe vëzhgimin e pjesëmarrësve.

Në këtë studim klinikistja merret dhe me përshkrimin e sjelljeve. Kjo vjen nga intervistat dhe vëzhgimi. Pjesëmarrëset i raportuan detajet nga këndvështrimet e tyre. Klinikistja më pas e shkroi informacionin nga të dyja burimet e studimit të rastit dhe e interpretoi këtë informacion.

Në lidhje me këtë disertacion:

- 1- Studimi i kryer me përdorimin e dy rasteve studimore, e lejon klinikistin të fokusohet në zbatimin strikt dhe të mbledhë matjet që do të çojnë drejt ndryshimit.
- 2- Duke ekzaminuar vetëm dy pjesëmarrës, klinikisti mund të mbledhë më shumë informacion dhe të punojë për të integruar me të vërtetë parimet që janë theksuar gjatë përjasjes. Kjo ka të bëjë me çlirimin e tipareve që mund të humbasë në një grup më të madh individësh (Kazdin, 2003).
- 3- Një studim rasti i dyfishtë ka avantazhe sepse subjekti në studimin e rastit shërben si kontroll i vetëm kur bëhen krahasimet për kushtet e trajtimit (Kazdin, 2003; Leavitt, 2001).
- 4- Kur krahasimet ndryshojnë në pikë, hulumtuesi nuk ka pse të shqetësohet për diferencat mes individëve meqenëse pjesëmarrësit janë vetëm dy. Ky kontroll mungon në eksperimentet që përdorin një grup individësh.

- 5- Studimi me dy raste është i vlefshëm sepse përjashton kalimin e financave për projektin kërkimor.
- 6- Kërkuesi mund të fokusohet dhe të punojë për të fituar rezultate konkrete praktike, që janë të aplikueshme në fushën e psikologjisë (Leavitt, 2001).
- 7- Përqasja e studimit të rastit lejon zhvillimin e inovacioneve për klinikistët e rinj (Shaughnessy, Zeichemeister dhe Zeiche, 2000).

Në këtë mënyrë, kjo metodë e përzgjedhur, është e përshtatshme me pyetjet kërkimore dhe është funksionale për punën me hipotezën. Kjo përqasje e integruar trajtimi mund të përbëjë një mënyrë që të shërbejë për të gjithë klinikistët që duan të asistojnë individët në një formë ndryshe. Nëse rezultatet e hipotetizuara do të arrihen, kjo do të justifikojë integrimin e RA me teknikat e TKB gjatë punës me klientët me ÇAP.

Përzgjedhja e Pjesëmarrësve

Ky është një studim rasti i dy individëve tek të cilët është diagnostikuar ÇAP (APA, 2000). Pjesëmarrësit janë përzgjedhur nga grupi i individëve që kanë kërkuar trajtim pranë specialistëve psikologë të fushës klinike. Nga grupi i personave që ishin këshilluar për trajtim psikologjik, dy pjesëmarrëset u përzgjodhën sepse plotësonin kriteret përfshirëse e përjashtuese dhe ishin të motivuara për të qenë pjesë e studimit. Nga grupi i personave të paraqitur ishin marrë fillimisht vetëm informacionet bazë, por jo të dhëna të detajuara për historinë jetësore apo të çrregullimit, në mënyrë të atillë që të ishin të rastësishëm, jo të ngjashëm. Sipas një prej qëllimeve të disertacionit, do matoj efektivitetin e një trajtimi të njëjtë të protokolluar, në raste të ndryshme, që nuk janë të ngjashëm dhe nuk krahasohen me njëri-tjetrin. Në këtë formë modeli i përqasjes së trajtimit, mund të përdoret dhe për raste të tjerë, jashtë punës studimore, në praktikën klinike.

Pjesëmarrësit kanë marrë një vlerësim të kompletuar që përfshin:

1. Matja e ÇAP tek Adultët
2. Inventari i Ankthit i Beck (IAB)
3. Pyetësi i Penn për Gjendjen e Shqetësimit (PPGJSH)
4. Inventari i Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve (ISHKA)
5. Inventari i Depresionit i Beck (IDB)
6. Inventari i Matjes së Ashpërsisë së Ankthit tek Adultët (IMAA)
7. Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive (ISHK)
8. Inventari për Aleancën e Punës Terapeutike Terapist-Klient (IAPTKT) dhe Klient-Terapist (IAPTTK)

Të dyja pjesëmarrëset kanë ardhur me diagnozë për çrregullime të ankthit nga mjeku psikiatër ku janë ndjekur.

Pjesëmarrëset kanë përmbushur kriteret për ÇAP sipas DSM-5.

Vlerësimi

Nën identitetin e psikologut klinik vlerësimi i pjesëmarrëseve është kryer duke respektuar kompetencat që lejon ky profesion. Duke u bazuar në protokollin e Shoqatës Italiane të Psikologjisë Klinike dhe Psikoterapisë psikologu klinik ka këto kompetenca në ushtrimin e profesionit të tij:

- *Kompetencat për vlerësimin*; Psikologu klinik duhet të ketë njohuri të formave të ndryshme të vlerësimit, duke pasur mirë parasysh avantazhet dhe disavantazhet,

intervistat, vëzhgimet, pyetësorët, shkallët matëse, vetë-vlerësimet, psikometrikën, parimet idiografike, analizat funksionale, psikofiziologjinë dhe teknikat projektive.

- *Kompetencat për ndërhyrjet terapeutike*; Të ketë njohuri se si të zgjedhë ndërhyrjen terapeutike dhe mundësinë për modifikimin e saj në mënyrë kreative kur është e nevojshme për të arritur përfitimin maksimal. Të ketë njohuri specifike të ndërhyrjeve terapeutike të veçanta të çdo nën grupi të specializuar për ndërhyrje. Të dijë të vlerësojë në mënyrë kritike kërkimin për literaturën specifike mbi efikasitetin e ndërhyrjeve terapeutike ashtu siç reflektojnë në praktikën personale.
- *Aftësitë për ndërhyrjen terapeutike*; Të udhëheqë në mënyrë logjike dhe koherente vlerësimin; të dijë se si ta riformulojë në një plan të përshtatshëm terapeutik. Të aplikojë përjasje të specializuara të përshtatshme sipas nevojave specifike. Të aplikojë çdo teknikë terapeutike të veçantë me një standart maksimal. Të vlerësojë aftësinë e klientit në përfitimin e formave të veçanta të ndërhyrjeve. Të modifikojë një përjasje ekzistuese sipas nevojave specifike të individit apo situatës, në mënyrë të atillë që të mund të evitojë efektet e padëshirueshme në rezultatin përfundimtar. Të ruajë shënime dhe dokumentacione të tjera që dëshmojnë për procesin e ndërhyrjes terapeutike (www.aipcp.it).

Para fazës së vlerësimit dhe administrimit të testeve psikologjike, të dy pjesëmarrëseve iu kërkuar informacion në lidhje me gjendjen e përgjithshme shëndetësore:

- Ekzaminime fizike, për të parë nëse ankthi lidhet me ndonjë kusht mjekësor;
- Teste të gjakut, urinës dhe të tjera, nëse dyshohet për ndonjë sëmundje;

-Pyetje të detajuara në lidhje me simptomat dhe historinë mjekësore. Gjithsesi kjo procedurë u ishte kërkuar dhe më parë nga mjekët specialistë, por u kërkuar një kontroll më i afërt.

Intervistat klinike, përshtatja, përpunimi dhe administrimi i inventarëve për vlerësimin dhe diagnozën janë kryer nga klinikistja J.Mustafaraj. Kjo hyn në kompetencat e çdo psikologu klinik. Në lidhje me procedurën dhe ecurinë e disertacionit në përgjithësi, përmbajtjen, strukturën, metodologjinë është punuar me udhëheqësin shkencor. Gjatë gjithë procesit, që prej projektimit, strukturimit dhe aplikimit të mëtejshëm në lidhje me punën klinike, kanë qenë kontaktet me supervizoren Dr. Catia Ciano, psikologe klinike, psikanaliste grupi (nr.regjistrimit në urdhrin e psikologëve n.13815), presidente e PROCONTINUUM PSY, qendër klinike dhe formimi për psikologë, Romë, Itali. Të gjithë inventarët, protokollet dhe teknikat që janë përdorur në këtë disertacion, lejohen që të përdoren nga profesionistët për qëllime terapeutike (shih referancat). Sipas kësaj, janë përkthyer, përshtatur e redaktuar në lidhje me qëllimet e studimit.

APA ofron një numër matjesh të zhvilluara për hulumtime të mëtejshme dhe vlerësime klinike. Këto matje vlerësuese tek pacientët janë zhvilluar për t'u administruar në intervistën fillestare me pacientin dhe për të monitoruar progresin e trajtimit. Ato duhen të përdoren për hulumtime dhe vlerësime si mjete potencialisht të dobishme për të rritur vendimmarrjen klinike dhe jo vetëm si një bazë e vetme për vendosjen e një diagnoze klinike. Udhëzimet, shënimet, informacioni dhe interpretimet e instruksioneve janë kushte kryesore. Informacione të mëtejshme mund të gjenden në DSM-5 (APA, 2013).

Për vlerësimin në lidhje me diagnozën e ÇAP është përdorur gjerësisht nga psikologët klinikë ose profesionistët e shëndetit mendor të trajnuar në këtë fushë, SCID-I dhe SCID-II (Intervista Klinike të Strukturuara sipas DSM). Këto dy instrumentë përcaktonin diagnozën sipas DSM-IV, Aksi I dhe II (APA, 1996, 1997).

Intervista Klinike e Strukturuar SCID sipas DSM-V, është ndryshuar dhe rishikuar nga APA, me botimin e DSM-V, në mars 2013. Më pas ky instrument ka qenë i disponueshëm për profesionistët e fushës së shëndetit mendor dhe klinikistët në nëntor të vitit 2014. Meqënëse ky studim ka filluar më herët, në maj të vitit 2014, u përdor Matja e ÇAP për Adultë (Craske M, Bogels S, Stein M, Andrews G, Lebeu R, APA, 2013). Ky instrument u përdor vetëm në fillim për të matur prezencën e diagnozës në këtë fushë. Inventari i Ankthit i Beck, Pyetësi i Penn për Gjendjen e Shqetësimit, Inventari i Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve, Inventari i Depresionit i Beck, Matja e Ashpërsisë së Ankthit tek Adultët, Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive, Inventari për Aleancën e Punës Terapeutike u administruan në javën e 3-të, javën e 6-të, javën e 9-të dhe në javën e dymbëdhjetë.

Përshkrimi i Instrumentave të përdorur në studim

1. Matja e ÇAP për Adultë (APA, 2013)

MÇA është një matje prej 10 pohimesh që vlerëson praninë për ÇAP tek individët mbi moshën 18 vjeç. Matja është projektuar që të plotësohet nga një individ pas përcaktimit të diagnozës së ÇAP (ose simptomave klinikisht të rëndësishme për ankthin e përgjithësuar), përpara dhe pas vizitave pasuese me klinikistin. Çdo pohim kërkon që individi të vlerësojë ashpërsinë e ÇAPtë 7 ditëve të fundit.

Pikëzimi dhe Interpretimi

Çdo element në matje është vlerësuar me një shkallë prej 5-pikësh (0 = Asnjëherë; 1 = Me raste; 2 = Gjysmën e kohës; 3 = Shumicën e kohës; dhe 4 = Gjatë gjithë kohës).

Pikëzimi i përgjithshëm është nga 0 në 40, pikë të larta tregojnë ashpërsi të madhe të ÇAP.

Klinicisti duhet të shqyrtojë rezultatin e secilit pohim të matjes gjatë intervistës klinike dhe të tregojë rezultatin e pjesshëm për çdo pohim në seksionin e parashikuar për "Përdorim Klinikisti".

Pikët e 10 pohimeve duhet të përmbledhen për të marrë një total pikësh. Përveç kësaj, klinikisti duhet të llogarisë dhe të përdorë pikët mesatare të përgjithshme.

Pikët mesatare të përgjithshme zvogëlojnë pikët e përgjithshme të një shkalle prej 5-pikësh, e cila lejon klinikistin të mendojë për ashpërsinë e ÇAPtë individit në terma: asnjë (0), i butë (1), i moderuar (2), i rëndë 3), ose ekstrem (4).

Përdorimi i pikëve mesatare të përgjithshme ishte i besueshëm, i lehtë për t'u përdorur dhe klinikisht i dobishëm për klinikistët. Pikët mesatare të përgjithshme, llogariten duke ndarë pikët totale të papërpunuara me numrin e pohimeve në matje (10).

Shënim: Nëse 3 ose më shumë pohime mbeten pa përgjigje, rezultati total i matjes nuk duhet të llogaritet. Prandaj, kujdesi individual është që individi duhet të inkurajohet të plotësojë të gjitha pikat e matjes. Pikët llogariten duke mbledhur pikët e pohimeve që janë përgjigjur për të marrë një rezultat të pjesshëm. Shumëzimi i rezultatit të pjesshëm të

papërpunuar me numrin total të pohimeve të matjes të ashpërsisë për ÇAP(10) dhe ndahet vlera me numrin e pohimeve që janë përgjigjur (8 ose 9). Formula specifike është kjo:

(Shuma e papërpunuar x 10)

Numri i pohimeve që janë përgjigjur

Pikëzimi

0 - 0 asnjëherë 8-16 i butë 17-29 i moderuar 30 - 31 i rëndë 32 - 40 ekstremisht i rëndë

2. Inventari i Beck për Ankthin (Beck, 1980)

IAB është një inventar me 21 pyetje që mat simptomat e ankthit, ato primare dhe me natyrë fizike. Ai është i ndarë në katër shkallë të pikëzuara, nga 0- (Jo të gjitha) dhe 3- (i rëndë, më shqetëson shumë). Totali i pikëve maksimale është 63. Totali i pikëve nga 0 në 7 reflekton një nivel të ulët të ankthit; pikët 8 deri 15 tregojnë nivel të lehtë të ankthit; pikët 16 deri në 25 tregojnë nivel të moderuar të ankthit; dhe pikët 26 deri 63 sugjerojnë nivel të rëndë të ankthit. IAB është ndërtuar me pyetje që janë më afër kritereve diagnostike për ataket e panikut se sa për ÇAP. Ndaj janë zgjedhur dhe Instrumentë të tjerë shtesë për vlerësimin e ankthit.

3. Pyetësi i Penn për Gjendjen e Shqetësimit(Meyer, 1990)

PPGJSH vlerëson shkallën në të cilën Shqetësimi është i tepruar, i pakontrollueshëm dhe pervaziv. Pyetësi përmban 16 pohime, ka një mbështetje të fuqishme kërkimore për të dalluar pacientët me ÇAP nga pacientët e tjerë me çrregullime të ankthit. Për çdo vlerësim ka një pikë algoritmi për një nga tre shkallët: e lehtë, e moderuar, e rëndë. Çdo pohim është

ndarë nga 1-5 (1-Aspak tipike e imja, 3-Disi tipike e imja, 5-Tipike e imja) e dhënë si më poshtë. Pohimi 1, 3, 8, 10, dhe 11 janë shënuar përmbys. Totali është një shumë prej 16 pohimesh. Pikët e mundshme janë nga minimuni 16 deri në maksimumi 80. Rangu i pikëve 16-39, përcakton shqetësim të ulët, rangi i pikëve 40-59 përcakton shqetësim të moderuar, rangi i pikëve 60-80 përcakton shqetësim të lartë.

4. Inventari i Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve (Williams, Chambless dhe Ahrens, 1997)

ISHKA është zhvilluar për të matur frikën e emocioneve të forta. Matja e 42 pohimeve të vetë-raportimit konsiston në katër ndarje duke matur fusha të ndryshme të emocioneve: zemërimi, afekti pozitiv, gjendja depresive dhe ankthi me një shkallë nga 1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort, me një pikëzim nga 42 pikë, shkallë e ulët deri në 294, shkallë e lartë të kontrollit të emocioneve, ku 1-42 asnjë rëndësi, 43-84 shumë i ulët, 85-126 i ulët, 127-168 disi i moderuar, 169-210 i moderuar, 211-252 i rëndë, 253-294 shumë i rëndë. Fusha e zemërimit përmban 8 pohime me një shkallë nga 1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort, me pikëzim, ku 1-8 Asnjë; 9-16 Shumë i ulët; 17-24 i ulët; 24-32 Disi i moderuar; 33-40 i moderuar; 41-48 i lartë; 49-56 Shumë i lartë. Fusha e afekteve pozitive përmban 13 pohime, me një shkallë nga 1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort, ku 1-13 Asnjë; 14-26 Shumë i ulët; 27-39 i ulët; 40-52 Disi i moderuar; 53-65 i moderuar; 66-78 i lartë; 79-91 Shumë i lartë.

Fusha e gjendjes së depresionit përmban 8 pohime me një shkallë nga 1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort, 1-8 Asnjë; 9-16 Shumë i ulët; 17-24 i ulët; 25-32 Disi i moderuar; 33-40 i moderuar; 41-48 i lartë; 49-56 Shumë i lartë.

Fusha e ankthit përmban 13 pohime me një shkallë nga 1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort, ku 1-13 Asnjë; 14-26 Shumë i ulët; 27-39 i ulët; 40-52 Disi i moderuar; 53-65 i moderuar; 66-78 i lartë; 79-91- Shumë i lartë. Këto fusha përmbajnë pohime të cilat fokusohen në pasojat e eksperiencave emocionale dhe shkallën në të cilën njerëzit mundohen t'i kontrollojnë këto emocione; (zemërimi: Jam i bindur se kur të jem i zemëruar do të them fjalë për të cilat do të pendohem; “Afekti pozitiv”: entuziazmohem shumë kur jam i lumtur; gjendja depressive: “Kam frikë mos kem depresion dhe do të dal përgjithmonë nga vetvetja” ; ankthi :“Kur bëhem nervoz mendoj se do të çmendem”. Duke përdorur këto fusha instrumenti mat tipet e ndryshme të ndodhive ndaj emocioneve dhe efektet e tyre në shkallën e matjes dhe jep përgjigje nga mos pranimi deri tek pranimi. Karakteristikat psikometrike të matjeve janë dhënë që të jenë të pranueshme dhe fushat janë dhënë që të kenë lidhje me matjet e tjera të strukturave të ngjashme (Williams, Chambless dhe Ahrens, 1997).

5. Inventari i Depresionit i Beck (IDB-II, 1996)

IDB përmban 21-pohime që mat simptoma të njohura, që lidhen me depresionin sipas kritereve të DSM-IV-TR. Pohimet e inventarit përfshijnë 4 përgjigje të ndryshme që individ mund të zgjedhë, të vlerësuar në një shkallë 4 pikë nga 0-kurrë deri në 3-i rëndë. IDB-II është përdorur shpesh për të vlerësuar njohjen që lidhet me depresionin. Inventari

është i vetë-administrueshëm dhe zgjat 5-10 minuta për të përfunduar. Në përcaktimin e nivelit të depresionit, 1-10 pikë në një nivel normal të depresionit; 11-16 pikë shqetësim i lehtë; 17-20 pikë depresion në kufi; 21-30 pikë depresion i moderuar; 31-40 pikë depresion i rëndë, mbi 40 pikë depresion i shprehur; mbi 45 pikë individ ka nevojë për trajtim profesional (Pango, 2004).

6. Inventari i Matjes për Ashpërsinë e Ankthit tek Adultët (APA, 2013)

IMAAA është format i shkurtër i ankthit i vlerësuar nga DSM-V, niveli i dytë, në matjen e nivelit të ankthit tek të rriturit, mbi moshën 18-vjeç. Ky inventar përmban 7 pohime, me më një shkallë Liker, 1-asnjëherë deri në 5-gjithmonë me një pikëzim nga 7 pikë ashpërsi të ulët të ankthit në 35 pikë ashpërsi të lartë të ankthit. Pikëzimi bazohet në T-score si më poshtë:

Tabela 1. Pikëzimi i IMAAA

Ankthi Forma e shkurtër	
Pikët	T-score
7	36.3
8	42.1
9	44.7
10	46.7
11	48.4
12	49.9
13	51.3
14	52.6
15	53.8
16	55.1
17	56.3
18	57.6
19	58.8
20	60.0
21	61.3
22	62.6

23	63.8
24	65.1
25	66.4
26	67.7
27	68.9
28	70.2
29	71.5
30	72.9
31	74.3
32	75.8
33	77.4
34	79.5
35	82.7
2008-2012, Promis Health Organization (PHD) and Promis Cooperative Group	

Interpretimi T-score
Më pak se 55 = asnjë
55.0-59.9 = e lehtë
60.0-69.9 = e moderuar
70 – e lartë = e rëndë

7. Inventari i Shtrebmërimëve Konjiktive (Yurica, 2002)

ISHK përmban 69-pohime që përshkruajnë 12 faktorë ose nënfushat e shtrebmërimëve konjiktive. Nga 12 faktorët, 8 prej tyre reflektojnë 9 shkallë të ngjashme të ndara sipas identifikimit, origjinës (Zmadhimi, Parashikimi për të ardhmen, Eksternalizimi i vetvetes, Perfeksionizmi, Arsjetimi emocional, Minimizimi, Krahassimi me të tjerët, Arsjetimi emocional dhe Marrja e vendimeve). Kurse 4 nga faktorët e identifikuar (Personalizimi, Të

menduarit dihotomik ose absolut, Gjendje e mundshme, Katastrofizmi) e krahasuar me strukturën e faktorit origjinal në studimin fillestar (Yurica, 2002).

Përshkrimi i faktorëve:

1. Personalizimi përfshin 14 tema. Ky faktor konsiston në kombinimin e temave që përshkruajnë dy tipe të shtrembërimeve konjiktive. Këto tema në përgjithësi reflektojnë mënyrën sesi individ i refuzon eksperiencat pozitive duke insistuar që ato nuk kanë ndonjë kuptim. Gjithashtu në këta faktorë janë përfshirë edhe tema që reflektojnë vetë-fajësimin për situatat negative që i ndodhin në jetë. Disa prej temave në këtë faktor reflektojnë krahasimin negativ të vetes me të tjerët.
2. Zmadhimi përbëhet nga 7 tema. Ky faktor i referohet një situatë ku individ e ekzagjeron rëndësinë pozitive ose negative ose pasojën e disa cilësive personale, ngjarjeve ose situatave.
3. Parashikimi për të ardhmen përbëhet nga 5 tema. Ky faktor mat tendencën individuale për shpejtimin e disa ngjarjeve negative dhe autosugjestionin, që parashikimi i bërë do jetë një fakt real i pandryshueshëm ose absolut.
4. Eksternalizimi i vetvetes përbëhet nga 5 tema dhe i referohet nevojës për aprovim dhe vlerësim nga të tjerët që të mund të ruhet vetvlerësimi. Personat që kanë pikë të larta në këtë faktor kanë tendencën e të ndjerit kontroll të ulët mbi atë që ndodh në jetën e tyre.
5. Perfeksionizmi përbëhet nga 3 tema. Ky shtrembërim konjiktiv ndodh tek dikush që në mënyrë konstante përpiqet ta jetojë jetën me perfeksionizëm. Këta individë kanë tendencën që të kenë standarte të larta për jetën e tyre, në mënyrë që të jenë përfektë, por ata nuk e ekzaminojnë arsyen e këtyre standarteve. Individët që kanë

shtrembërimin e perfeksionizmit mund të kenë më shumë simptoma të ankthit, që lind nga frika se gjërat nuk do të jenë perfekte.

6. Të menduarit dihotomik ose absolut përfshin 4 tema. I referohet tendencës së individëve për t'i parë të gjitha eksperiencat në 2 kategori, pozitive dhe negative.
7. Arsyetimi emocional përbëhet nga 3 tema. Individët që kanë pikë të larta në këtë faktor kanë tendencën për të pranuar që emocionet reflektojnë mënyrën sesi gjërat janë në realitet. Nëse dikush ndjen diçka, kjo duhet të jetë e vërtetë.
8. Minimizimi përbëhet nga 3 tema, i referohet një situatë ku individ i pakëson rëndësinë e gjërave derisa të bëhen të parëndësishme.
9. Krahason me të tjerët përbëhet nga 2 tema. Ky faktor përfshin tendencën për të krahasuar veten me të tjerët. Individët që kanë pikë të larta në këtë faktor kanë tendencën që të kenë konkluzione negative për veten, duke u krahasuar me të tjerët.
10. Gjendje të mundshme përbëhet nga 3 tema, i referohet përgjigjeve të brendshme ose pritshmërive që ka dikush për veten e tij. Individët mund të kenë një presion të madh për mënyrën sesi kanë performuar, pa arsyetuar në lidhje me pritshmëritë që kanë për veten e tyre. Kjo i çon në ndjenja pendimi, faji, inati dhe frustrimi.
11. Katastrofizimi përbëhet nga 2 tema, i referohet procesit të vlerësimit të situatave të kaluara ose të tashme dhe besimit që më e keqja ka ndodhur ose do të ndodhë.
12. Arsyetimi emocional dhe marrja e vendimeve përbëhet nga 2 tema. Ky faktor përshkruan besimin tek ndjenjat në marrjen e vendimeve. Arsyetimi emocional ndodh kur dikush përdor gjendjen emocionale për të vlerësuar eksperiencat në botë.

Ky instrument është lehtësisht i administrueshëm dhe zgjat 15-20 minuta për të përfunduar dhe mund të përdoret për moshën mbi 18-vjeç. Pohimet e Inventarit përfshijnë 7 përgjigje të ndryshme që individi mund të zgjedhë, të vlerësuar në një shkallë 5 pikë nga 1-kurrë deri në 7-gjithmonë. Pikëzimi i ISHK, një rang prej 69 pikësh dhe 345 pikë përsa i përket frekuencës së Shtrembërimeve Konjiktive. DiTomasso dhe Yurica (2011) theksuan që ISHK nuk ka matje diagnostike dhe përdoret vetëm për simptomat që kanë akses klinik. Studimet kanë përshkruar se ky instrument është i dobishëm: 1.është një Instrument për të identifikuar mendimet e shtrembëruara të pacientit, 2.mund të indentifikojë pacientët që përdorin shtrembërime të veçanta konjiktive për diagnoza të caktuara, 3.klinicisti i mundëson pacientëve të fokusohen në përmirësimin e aftësive meta-konjiktive, duke përfshirë edukimin e pacientëve për shtrembërimet konjiktive, 4.mund të përdoret për të vlerësuar ndryshimet e modeleve të menduarit te pacientët përzgjatë trajtimit, duke matur shtrembërimet konjiktive para, pas dhe përgjatë trajtimit. ISHK, ka demonstruar që ka seriozitet dhe vlefshmëri në popullsi të ndryshme. Vlefshmëria e ISHK, është ekzaminuar fillimisht vetëm duke u përdorur në popullatë klinike (Yurica, 2002; Rosenfiend, 2004; Uhl, 2007).

8. Inventari i Aleancës për Punën Terapeutike (WAI, Horvath dhe Greenberg, 1989)

IAPT është instrument që përmban 36 pohime me një shkallë Liker 1-Asnjëherë deri në 7-Gjithmonë, që përdoret për të vlerësuar cilësinë e aleancës terapeutike midis klinikistit dhe klientit. Me një pikëzim 12 pikë që tregon nivelin e dobët të marrëdhënies deri në 84 pikë që tregon nivel të lartë të marrëdhënies. 0-12 Nuk ka; 13-24 Shumë i dobët; 25-36 I dobët; 37-48 Disi i moderuar; 49-60 I moderuar; 61-72 I fortë dhe 73-84 Shumë i fortë. Ky

inventar mund të aplikohet në kontekste të ndryshme, por është përdorur për të studiuar influencën e cilësisë gjatë marrëdhënies terapeutike dhe jashtë saj. IAPT është ndërtuar në dy forma të ndryshme, një është për terapistin dhe një për klientin. Secila formë ka një version të gjatë prej 36 pohimesh dhe një version të shkurtër prej 12 pohimesh. Në këtë studim është përdorur versioni i shkurtër (prej 12 pohimesh). Matjet për IAPT bazohen në shumën totale të pikëve për secilën formë. Pikëzimi i IAPT, bazohet prej një rangi 20 deri në 80 pikë përse i përket influencës së cilësisë së marrëdhënies së terapistit dhe klientit.

Procedurat e Caktuara për Kriteret Përfshirëse dhe Përjashtuese për Studimin

Kriteret përfshirëse

Pjesëmarrësit kanë qenë vullnetarë dhe është ruajtur anonimati. Të dyja pjesëmarrëset e morën trajtimin në të njëjtën kohë. Janë zgjedhur dy pjesëmarrës në mënyrë të tillë që të mos ketë një braktisje të mundshme gjatë studimit. Duhej që pjesëmarrësit të përmbushnin një numër kriteresh. Së pari, diagnoza primare duhet të ishte ÇAP në një shkallë të konsiderueshme. Niveli i ankthit të pjesëmarrësve u përcaktua nga vetë-raportimet dhe nëpërmjet procesit të intervistës klinike. Në përfundim, pjesëmarrësit duhet të raportnin nëse kishin pasur një aleancë të mirë gjatë punës terapeutike. Për studimin kërkohej që pjesëmarrësit të ishin mes 21 dhe 65 vjeç. Limiti mbi moshën 65 vjeç u vendos për të marrë parasysh rënie të mundshme të aftësive konjiktive prej moshës (Holmes, 2001). Nuk kishte limite për gjininë apo racën. Pjesëmarrësit duhet të kishin të paktën arsimin 8-vjecar.

Kriteret Përrjashtuese

Një nga qëllimet kryesore të këtij studimi ka qenë ekzaminimi i impaktit të një trajtimi që integron RA me teknikat e TKB tek individët me ÇAP. Ndaj u vlerësua nëse pjesëmarrësi kishte pasur ndonjë eksperiencë trajtimi të ngjashme në të shkuarën. Pjesëmarrësi nuk duhet të kishte pasur më parë trajtim nga një klinikist i shëndetit mendor që të lidhej me TKB dhe i orientuar drejt RA. Nëse pjesëmarrësi do të kishte pasur, do i ishte kërkuar të ndërpriste çdo marrëdhënie terapeutike.

Marrja e medikamenteve është një tjetër aspekt që duhet konsideruar. Pjesëmarrësit do ishin përjashtuar nëse do kishin filluar medikamentet për trajtimin e simptomave të ankthit 2 muaj para fillimit të studimit. Ky kusht përjashtues u lidh me faktin se medikamentet mund të ishin një variabël që mund të ndikojnë tek trajtimi apo tek rezultatet. Ndërhyrjet për nivelin e ankthit nuk duhen lidhur me medikamentet. Kushte të tjera përjashtuese ishin mosha nën 21 vjeç dhe mbi 65 vjeç, pjesëmarrës me histori psikoze, abuzimi me substancat, probleme jetësore me ndikim të rëndë në fushën sociale apo të punës.

Analiza e Rreziqeve

Rreziqet e Mundshme për Pjesëmarrësit

Përcaktimi i rreziqeve dhe përfitimeve të mundshme për pjesëmarrësit, fushën e psikologjisë dhe shoqërinë është shumë i rëndësishëm. Një nga rreziqet e mundshme për pjesëmarrësit mund të lidhej me plotësimin e shumë pyetjeve, pjesë e Instrumentave të vlerësimit. Kjo mund të shkaktonte stres tek ata meqënëse pyetjet do t'i çonin drejt kujtimeve apo situatave jo të këndshme jetësore që i kanë kaluar më parë. Masa e duhur e marrë në lidhje me këtë është paralajmërimi i tyre para studimit.

Procedura

Procesi i Rekrutimit dhe Kërkesat

Të dy pjesëmarrëset kanë shkuar për konsultë te mjekët specialistë të Institucioneve të Shëndetit Mendor, Poliklinika e Specialiteteve Elbasan, Qendra Spitalore Xh. Kongoli Elbasan, me rekomandim të mjekut të familjes. Të dyja pjesëmarrëset kanë marrë konsultë nga mjekë psikiatër dhe neurologë gjatë vitit 2013-2014, ku edhe janë diagnostikuar me çrregullime të ankthit. Sipas rekomandimit të mjekëve për vlerësimin e gjendjes së tyre dhe për trajtimin nga një psikolog klinik, vetë pjesëmarrëset kanë kontaktuar për këtë shërbim. Në qytetin e Elbasanit nuk ka pranë institucioneve shtetërore të shëndetit mendor psikologë klinikë dhe ky shërbim kërkohet privatisht. Dy pjesëmarrëset u përzgjedhën nga grupi i personave që kishin kërkuar shërbimin psikologjik privatisht gjatë periudhës janar-maj 2014.

Pjesëmarrëset u informuan që në fillim për projektin e studimit. Kontaktet e para janë zhvilluar nëpërmjet bisedës telefonike. Pjesëmarrëseve u janë bërë pyetje në lidhje me trajtimet e mëparshme të shëndetit mendor.

Planifikimi i Matjeve

Rastet e përzgjedhura në studim nuk janë të ngjashëm në nivel informacioni, historie jetësore dhe zhvillimit të çrregullimit. Rastet janë zgjedhur të ndryshëm që e njëjta formë trajtimi të mund të aplikohet më vonë edhe në raste të tjera me ÇAP në praktikën klinike. Instrumentat matës: Inventari i Ankthit Beck, Pyetësi i Penn për Gjendjen e Shqetësimit, Shkalla e Kontrollit të Afeksioneve, Inventari i Depresionit i Beck, Inventari i Matjes së Ashpërsisë të Ankthit tek Adultët, Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive dhe Inventari i

Aleancës për Punën Terapeutike, u administruan gjatë vlerësimit fillestar për të vendosur një bazë paraprake për trajtimin.

Këta instrumenta u riadministruan në fillim të seancave në javën e 3-të, të 6-të, të 9-të dhe të 12-të.

Procedurat për ndjekjen e trajtimit dhe ruajtjen e konfidencialitetit

Pjesëmarrëset në një takim të veçantë, pas kontaktit telefonik, u paraqitën për të marrë informacion për trajtimin. Në këtë seancë atyre iu paraqit varianti i studimit, mënyra, kushtet dhe ecuria e tij. Të dy pjesëmarrëset u informuan nëpërmjet kontaktit telefonik që do të ishin pjesë e këtij studimi. Në fillim të seancës terapeutike, iu parashtrua një marrëveshje midis terapistit dhe klientes për ruajtjen e çdo ndarjeje informacioni që ndodh përgjatë seancave, në ruajtjen e konfidencialitetit (shtojca A).

Procedurat e Vlerësimit për të dy pjesëmarrëset

Vlerësimi Fillestar

Vlerësimet fillestare u kryen për të vendosur një diagnozë të përshtatshme.

Intervista klinike u fillua pasi u plotësuan Inventarët. Në vlerësim u përfshi informacioni për moshën, gjininë, etninë, racën, kulturën, statusin ekonomik, eksperiencën të mëparshme trajtimi, historia mjekësore, historia familjare, edukimi, historia e punësimit, ngjarje jetësore aktuale, stresorët jetësorë dhe qëllimet terapeutike.

Pjesëmarrëset shfaqën bashkëpunim nga fillimi dhe deri në fund të procesit.

Prezantimi i Problemit

Pjesëmarrësja e parë kishte pasur probleme me ankthin prej një periudhe afërsisht 3 vjeçare. Si fillim ishte konsultuar me një specialist neurolog. Afërsisht, pas një viti u konsultua me një mjek psikiatër. Edhe pas përdorimit të medikamenteve që i përshkroi mjeku psikiatër, ajo vazhdonte të vuante gjendjen e ankthit dhe shqetësimit të rëndë. Asaj iu rekomandua nga mjeku psikiatër që të kontaktonte me një psikolog klinik për vlerësimin e mëtejshëm dhe trajtimin e problematikës së saj. Klientja kërkoi shërbimin psikologjik në lidhje me problematikën e saj. Shqetësimet e saj lidheshin kryesisht me ankthin.

Pjesëmarrësja e dytë kishte pasur probleme me ankthin prej një periudhe afërsisht 5 vjeçare. Historia e konsultave të saj ka qenë e pa strukturuar dhe ajo bëhet konfuze kur tregon për specialistët me të cilët është konsultuar. Në fillim kur ka filluar të përjetojë gjendjen e ankthit, pas një periudhe 8 mujore ajo ka shkuar në Itali, Verona, tek motra e saj dhe aty është konsultuar me një psikolog klinik. Në pamundësi për të qendruar e për t'u trajtuar aty, u kthye në Shqipëri, pa një ide të qartë se si do vazhdonte gjendja e saj. Herë pas here tregon se qante dhe binte në gjendje dëshpërimi. Më pas është konsultuar me një psikiatër, 2 vite nga fillimi i problematikave. Ai e diagnostikoi me çrregullime të ankthit dhe nuk i përshkroi medikamente, por vlerësim dhe terapi psikologjike. Ka qenë një periudhë, pas 2.5 vitesh që është ndjerë më mirë për afërsisht 6 muaj. Pastaj tregon se i ka filluar sërish gjendja ankthioze. Pas një konsulte tjetër tek mjeku psikiatër, klientja mori Xanax, që e përdori për 1 vit, bashkë me Valium. Në vitin e pestë të përjetimit të gjendjes së ankthit, filloi mos kishte më forcë për ta përballuar ankthin që e shoqëronte në çdo situatë. Pas konsultës me mjekun psikiatër, klientes iu rivendos diagnoza e çrregullimeve të ankthit.

Klientes iu rekomandua nga mjeku psikiatër që të kontaktonte me një psikolog për vlerësimin e mëtejshëm dhe trajtimin e problematikës së saj. Klientja kërkoi shërbimin psikologjik në lidhje me problematikën e saj. Shqetësimet e saj lidheshin kryesisht me ankthin dhe herë pas here gjendjes së rënë të humorit.

Struktura e Rastit

Strukturimi i mënyrës se si do të bëhet konceptimi i rastit u bë nga klinikistja përpara nisjes së trajtimit. Aspektet e ndryshme që u mblodhën për pjesëmarrësen uformuluan për trajtimin. Modeli i konceptimit të rastit i përcaktuar në këtë studim është zhvilluar duke iu referuar Judith S.Beck. Format i modelit të J.S.Beck është marrë nga Akademia e Terapisë Konjiktive. Ky model ka 4 hapa:

I. HISTORIA E RASTIT

- 1- Identifikimi i informacionit
- 2- Ankesat
- 3- Prezantimi i shqetësimit
- 4- Historia psikiatrike
- 5- Historia familjare dhe sociale
- 6- Historia mjekësore
- 7- Përcaktimi i gjendjes mendore
- 8- Diagnoza sipas DSM-5

II. FORMULIMI I RASTIT

- 1- Shkaktarët e shfaqjes së çrregullimit
- 2- Vështrimi aktual ndërsektorial i konjicioneve dhe sjelljes
- 3- Pikat e forta
- 4- Përmbledhja e konceptimit

III. PLANI I TRAJTIMIT

- 1- Lista e probleleve
- 2- Qëllimet e trajtimit
- 3- Plani për trajtimin

IV. ECURIA E TRAJTIMIT

- 1- Marrëdhënia me klinikistin
- 2- Procedurat e ndërhyrjes
- 3- Pengesat
- 4- Ecuria për përmirësimin

RASTI 1

Formati për përshkrimin e historisë së rastit është bazuar në formatin e paraqitur në Akademia e Terapisë Konjiktive (Beck, 2011).

I. HISTORIA E RASTIT

Identifikimi i informacionit

Takimi i parë me D.A. ka ndodhur në Maj të vitit 2014, me këshillën e mjekut psikiatër që ndiqej. D.A. është femër, 44 vjeç, lindur dhe banuese në Elbasan. Jeton në shtëpi me bashkëshortin e saj dhe djalë 21 vjeç. Vajza 19 vjeç, studion jashtë vendit. Ka arsim të lartë, aktualisht nuk është e punësuar.

Ankesat

Ajo që e solli klienten ishte gjendja e rënduar psikologjike prej ankthit që përjetonte në pjesën më të madhe të kohës duke u bërë pengesë për funksionimin normal gjatë ditës. Ankthi i jep asaj shenja të tensionit motorik (lodhje, dhimbje muskulare), hiperaktivitet neurovegjetativ (marrje fryme, djersitje, ndjenjë lëmshi në fyt, marrje mendsh, përplasje të shpeshtë të qepallave), vigjilencë dhe alarm (gjendje e ekzagjeruar alarmi, nervozizëm). Këto simptoma janë shtuar gradualisht pas daljes nga puna, ndryshimi, riorganizimi i jetës nga ajo intensive në të ndenjurën në shtëpi.

Prezantimi i shqetësimit

Në takimin e parë klientja shfaqet e kuruar nga pamja e jashtme, nga mënyra e qëndrimit, duket e gatshme për të bashkëpunuar. Problemet që ajo shfaq janë ato familjare, shëndetësore dhe ekonomike. Klientja ka një shqetësim të vazhdueshëm për gjendjen e saj. Ajo ndjen se ankthi i kontrollon jetën. Ajo është e shqetësuar sepse ankthi që përjeton i ka ndërhyrë në të gjitha marrëdhëniet dhe i ka prishur ekuilibrin e saj si person. Gjithashtu është e shqetësuar sepse ankthi që përjeton nuk e ka një shkak konkret, që nëse do ta njihte, do të mund ta rregullonte.

Gjatë periudhës së rënduar psikologjike interesi për seksin ka qenë i ulët, nuk shfaqte asnjë tërheqje për bashkëshortin, aq sa vë në diskutim dhe ndjenjat që ka për të. Ajo është e shqetësuar se për shkak të problemit që ka, sjellja e saj me personat në familje përkeqësohet çdo ditë, kontaktet me miqtë dhe të afërmit me kalimin e kohës zbeheshin. Të kuptuarit se kjo gjendje nuk ishte normale dhe se kjo sjellje nuk do përmirësonte asgjë në jetën e saj, bënë që ajo të marrë vendimin për të kërkuar një ndihmë psikologjike, duke e ndjerë veten të aftë se mund t'ia dalë, njëkohësisht ndjehej e dobët për t'iu rikthyer prapë jetës së mëparshme.

Historia psikiatrike

Për shqetësimet që ndjente, ajo fillimisht ka kontaktuar një specialist neurolog. Ka shkuar me ankesa fizike, si djersitje, dridhje trupore, marrje mendsh. Mjeku neurolog përjashtoi mundësinë e një sëmundjeje neurologjike, duke e rekomanduar të qetësohet sepse ishte diçka emocionale, kalimtare. Mjeku i dha një qetësues, emrin e të cilit D.A. nuk e kujton, sepse ka kaluar më shumë sesa 2 vite. Jep si informacion që e ka marrë medikamentin qetësues për 2 muaj. Pas disa muajsh, D.A. ka shkuar tek mjeku psikiatër në spitalin e Elbasanit. Pas analizimit të gjendjes së pacientes, psikiatri i përcaktoi si diagnozë çrregullime të ankthit. Si medikament, psikiatri i përshkroi Xanax, Aprazolam, të cilin D.A. e mori për një vit. Duke u konsultuar në vazhdimësi për gjendjen e saj, duke vënë re dhe varësinë prej medikamentit, me këshillën e mjekut iu rekomandua të kërkonte mbështetje psikologjike për vlerësim të mëtejshëm në trajtim.

Historia familjare dhe sociale

Ambjenti familjar në të cilin klientja jeton është i karakterizuar nga harmonia dhe respekti mes tyre. D.A ka luajtur rolin kyç në familje dhe gjendja e saj aktuale jo e mirë tashmë trasmetohet dhe në marrëdhëniet dhe tensionet që po krijohen me familjarët. Kjo situatë e bën D.A të ketë ndjenja faji, që nuk mund të kujdeset më për familjarët e saj siç bënte më parë. Gjendja e ankthit sjell shqetësime të rënda saqë koha që kalon me familjarët nuk i sjell asnjë kënaqësi por një gjendje alarmi që e shoqëron në mënyrë të vazhdueshme jetën e saj, tashmë rutinë.

Me bashkëshortin janë njohur që të rinj dhe janë martuar pas 5 viteve fejesë. Martesa ka qenë e dëshiruar nga të dy, gjithashtu edhe ardhja në jetë e fëmijës së tyre të parë. D.A. është bërë nënë kur ka qenë 23 vjeç, në një moshë të re. Fëmija i dytë, vajza e tyre, nuk ka qenë e planifikuar nga të dy bashkëshortët. D.A. tregon se nuk e ka përjetuar shumë mirë shtatzaninë dhe periudhën pas lindjes. Kishte shumë ngarkesa në shtëpi, me dy fëmijë, në punë dhe shpesh herë ndjente se e kapte një gjendje angoshe, frike dhe shqetësimi a do t'ia dilte dot mbanë me çdo gjë. Me ndihmën e bashkëshortit dhe të familjarëve të saj ajo ia doli mbanë që t'i rriste fëmijët e saj dhe t'i edukonte siç duhej. Në familjen e saj nuk tregon ndonjë konflikt ose problematikë të rëndë. Kanë pasur marrëdhënie të mira gjithmonë, të dy me bashkëshortin kanë punuar për kujdesin dhe rritjen e fëmijëve në mënyrën sa më të mirë. Bashkëshorti i saj punonte ekonomist në një institucion shtetëror.

Bashkëshorti i klientes kohët e fundit është diagnostikuar me diabet. Mendimet se gjendja mund të rëndohet dhe ai do ketë më shumë nevojë për të, shfaq te klientja ndjenjën e frikës

se ankthi do ta mposhtë atë dhe në këtë mënyrë do humbasë vlerat në sy të familjes. D.A e shqetëson fakti i përkeqësimit të sëmundjes duke parë bashkëshortin të shndërrohet nga një njeri i fortë, në të sëmurë duke mos u kujdesur as për veten. Nga ana tjetër, bashkëshorti nuk është aspak i shqetësuar, sipas mjekëve sëmundja është në fazat e para dhe mundësia për t'u rënduar është e vogël.

Marrëdhënien me bashkëshortin e përshkruan shumë të mirë ku ka mbizotëruar gjithnjë respekti dhe mirëkuptimi mes tyre.

Kujtimet për fëmijërinë janë të pakta, ajo e përshkruan atë si një periudhë të trishtë të jetës, kujton se ka qenë një fëmijë i ndrojtur dhe shumë e tërhequr, kishte shumë vështirësi të shprehej dhe të ishte e lirshme edhe pse i njihnte vetes shumë cilësi dhe aftësi. Nuk kishte pavarësi në gjërat që donte dhe kërkonte, donte gjithmonë një shtysë për të relacionuar në situata jo të njohura për të. Figurën e të atit e përshkruan si një prind të egër, autoritar me të cilin ajo nuk ka arritur të krijojë kurrë një marrëdhënie të afërt. Nëna një grua e ftohtë, nuk u falte lehtë dashuri dhe aspak siguri fëmijëve të saj. Prindërit bënë shumë mirë rolin e tyre duke u kujdesur për ta që të mos iu mungonin gjërat e domosdoshme, por nuk iu jepnin shumë afërsi afektive. Gjatë fëmijërisë ajo tregon se nuk ishte shumë e guximshme për të bërë hapin e parë në krijimin e marrëdhënieve. Shfaqej e ndrojtur dhe e pasigurtë. I pëlqente të ishte aktive vetëm me njerëzit që i njihnte disi ose që i njihnin familjarët e saj. Tregon se gjatë viteve të shkollës nuk ka pasur miq të shumtë në numër dhe ata shokë e shoqe që kishte, ishin tipa të rezervuar dhe korrektë, ashtu siç ajo i pëlqente. Nuk tregon të konfliktohej me njerëzit. Tregon se marrëdhëniet për të merrnin fund kur dikush i bënte asaj, diçka që ajo nuk do t'ia bënte kurrë. E vogël ka pasur shumë pasiguri në marrëdhënie

me njerëzit sepse edhe nëse ankohej, nëna nuk e dëgjonte deri në fund dhe tregohej e ashpër. Arritjet akademike i ka pasur të mira, ka qenë e rregullt dhe e përkushtuar me mësimet. I pëlqente që në kohën e lirë të lexonte romane të ndryshme. Në lidhje me formën e reagimit në familje dhe në shoqëri, tregon se gjithmonë nuk vepronte para se të mendohej. Në këtë formë ajo mposhte pasigurinë që e shoqëronte gjithmonë brenda vetes.

Familja e saj e origjinës përbëhej nga prindërit, vëllai më i madh dhe motra më e vogël se ajo. Si fëmijë i dytë, shpesh ndjehej në hije, e lënë pas dore. Më shumë komunikonte me vëllain për ndonjë problem që kishte, sepse prindërit ishin të zënë me punë. Si një ndër kujtimet më të bukura të fëmijërisë, tregon festën e 15-vjetorit, ku morën pjesë familjarët dhe shoqet e saj. Kujton që ka marrë shumë dhurata dhe ka ndjerë një lumturi të madhe, ku ishte ajo njeriu më i rëndësishëm dhe në qendër të vëmendjes. Kujtimin më të keq të fëmijërisë, tregon një konflikt të madh mes prindërve të saj. Ajo tregon se prindërit kishin shumë konflikte, por përpiqeshin që mos t'i përfshinin fëmijët. Një herë ajo ka dëgjuar fshehurazi kur prindërit grindeshin. Aty ajo dëgjoi se babai i saj kishte një lidhje jashtë martesore dhe se e tradhëtonte nënën me një person që ishte shumë afër tyre. Në fillim nuk e thotë, por më pas tregon se ajo ishte kushërira e nënës së saj. E ka përjetuar shumë keq. Tregon se deri vonë e ka shoqëruar pasiguria në marrëdhënie me të tjerët prej kësaj gjëje.

Me bashkëshortin e saj është njohur që në shkollë të mesme, kur ajo ka qenë 17 vjeç. Familja e mori vesh që në fillim dhe lidhja e saj u kthye në diçka serioze, si fejesë. Rreth moshës 21.5 vjeç është martuar. Tregon se e dashuronte bashkëshortin, por nga mënyra se si eci lidhja, ndonjë herë i dukej sikur nuk ishte e sigurtë për ndjenjat e saj. Tregon se nuk

ka pasur probleme me bashkëshortin. Ai e ka respektuar gjithmonë dhe kanë pasur një marrëdhënie të mirë, ndoshta jo shumë pasionante, por pa konflikte.

Ngjarje të rëndësishme në jetën e saj tregon, lindjen e djalit, futja në punë, lindja e vajzës, vdekja e kunatit në moshë të re, aksidenti me makinë me bashkëshortin, vdekja e nënës së saj, tumori i vëllait, martesë e mbesës së saj, të cilën e ka rritur vetë, ikja e vajzës në kolegji.

D.A ka punuar për rreth 20 vjet në uzinën e përpunimit të metaleve si inxhinieri elektrike. Ky ka qenë një profesion i kryer me dëshirë dhe pasion prej saj. Nuk tregon që të ketë pasur probleme në vitet e punës nga ana e aftësive dhe kompetencave profesionale. Merrte shumë kënaqësi nga puna dhe përpiquej t'i kryente të gjitha detyrat me përgjegjësi e përgjegjshmëri maksimale. Meqenëse kishte një punë të rregullt dhe të rëndësishme në fushën e saj, përveç kënaqësisë profesionale ajo ishte e kënaqur dhe nga ana financiare. Gjithashtu personat me të cilët punonte, kolegët dhe eprorët, i përshkruan si pozitivë, me të cilët kishte marrëdhënie shumë të mira. Në dhjetor të vitit 2008 vendi i punës mbyllet, pa i paralajmëruar punonjësit. Punonjësit nuk kishin pasur mundësi as për dëmshpërblim, për shkak të shpalljes së falimentimit të firmës ku ishin punësuar 10-vjeçarët e fundit, pasi një pjesë e Uzinës ishte privatizuar. Kjo ngjarje ishte një traumë e vërtetë për të, siç e përshkruan ajo. Nuk arrinte ta merrte dot veten. Përveç të ardhurave fikse që ajo kishte, nëpërmjet punës së saj, arrinte të kishte dhe mundësi për të punuar privatisht si eksperte në fushën e saj. Papritur çdo gjë që lidhej me mirëqenien e saj dhe të familjes, u ndërpre. Në këtë kohë djali i saj ishte në vit të fundit në shkollë të mesme, ndërsa vajza në vit të 2 në një kolegji në Tiranë. Bashkëshorti ishte në punë dhe udhëtonte shpesh muajt e fundit. Të gjithë e përjetuan keq këtë situatë. Vajza u detyrua të kthehej në një shkollë publike në qytetin e saj, sepse nuk mund të

vazhdonin ta paguanin kolegjin. Aktualisht bashkëshorti i saj nuk është në punën që ishte, për shkak të disa ndryshimeve në organikën e administratës, por do të fillojë pas një periudhë 5 mujore.

Historia mjekësore

Veç shqetësimeve në familje, klientja shfaq gjendje angoshe si pasojë e problemeve shëndetësore. Shpreh se vuan nga hipertensioni dhe merr mjekime për ta mbajtur në kontroll të vazhdueshëm. D.A tregon se pas daljes nga puna, ndoshta nga ndryshimi i stilit të jetesës ka patur një ngritje të presionit arterial, që sipas saj është shfaqur te ajo me një gjendje alarmi që vazhdon dhe tani. I jep shumë rëndësi simptomave trupore me qëllim shfaqjen e problemeve me hipertensionin. Për t'u bindur se te ajo ka diçka që nuk shkon, kërkon informacione te personat që vuajnë nga i njëjti problem, ose shkon te mjeku për të bërë të gjitha vizitat dhe analizat e mundshme. Në nivel fiziologjik D.A shfaq një dhimbje koke të cilën ajo e emërton si cefale. Ka dhimbje dhe djegie stomaku që e pengojnë të ushqehet në mënyrë të rregullt. Shprehet se ka takikardi që shoqëron shpesh simptomat e ankthit. Për këtë arsye është kontrolluar tek kardiologu. Rezultatet kanë treguar se nuk ka asnjë problem në sistemin kardio-vaskular.

Përcaktimi i gjendjes mendore

Klinetja ndjehet e vetme, sikur të tjerët nuk e kuptojnë për gjendjen që ajo ndodhet, familja nuk i kupton shkaqet e ankthit të saj. Edhe pse familjarët e saj dëshirojnë që ajo të jetë e fortë dhe e guximshme si më parë, ajo ndjehet gjatë gjithë kohës e shqetësuar se më e keqja do të ndodhë. Klientja jeton me frikën se diçka e keqe do i ndodhë dhe shqetësimin se si do

e përballojë ajo situatën që mund t'i ndodhë. Shqetësohet se si do t'ia dalë të kalojë gjendjen e ankthit. Imagjinon ngjarje se si do mund t'i përballonte, ku mbizotërojnë mendimet negative. Këto mendime shoqërohen me ndjenjë lodhjeje, pafuqie për të reaguar. Gjithashtu këto mendime shoqërohen dhe me ndjenjën e fobisë se çfarë do ndodhë me familjarët e saj, si do ja dilnin pa të, mendimi për përshtypjet e njerëzve që e rrethonin kur të merrnin vesh se ajo nuk ishte më e aftë të përballonte jetën e saj. Gjendja e ankthit bën që të humbasë vetëkontrollin dhe të shfaqet gjendja e vigjilencës së tepruar, duke vëzhguar negativisht çdo gjë rreth saj. Besimi i klientes është që kjo terapi do ta ndihmojë të heqë ankthin dhe jeta e saj të kthehet ajo që ishte". Të qenit shpesh herë e demoralizuar, të menduarit se gjendja aktuale në të cilën ndodhet po përmirësohet dhe papritur fillon sërish të përjetojë një gjendje tensioni ku çdo gjë i duket e pamundur dhe e vështirë për t'u kaluar. Klientja kalonte pjesën më të madhe të kohës duke menduar për gjendjen e saj shëndetësore jo të mirë, duke u përqendruar te simptomat që ajo shfaqte, matja e tensionit shumë herë në ditë, duke e mbajtur nën kontroll. Pas çdo mendimi negativ për gjendjen e saj aktuale duke mos gjetur asnjë shpresë për të dalë, shoqëroheshin me angoshë, vështirësi në frymëmarrje, gjendje tensioni.

Diagnoza sipas DSM-V

Në mbështetje të dianozës së ÇAP jepen pikët e Inventarit të Matjes së ÇAP tek Adultët:

Tabela 2. Pikët e Inventarit të Matjes së ÇAP tek Adultët

Pyetjet	Pikët 1	Pikët 2
1	1	2
2	4	3
3	3	4
4	3	4
5	4	4
6	4	4
7	4	3
8	4	3
9	3	4
10	3	4
Totali	33	35

Sipas këtij rezultati, të dy subjektet kanë ÇAP në nivel të lartë – ekstremisht i rëndë.

Rastit iu bë një përpunim klinik bazuar në rezultatet e testeve psikodiagnostike dhe Inventarëve, të dhënat e marra gjatë seksioneve të vlerësimit dhe vëzhgimin e klientes. Mbi këtë analizë të detajuar dhe të strukturuar u formulua diagnoza e:

Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar 300.02 (F 41.1).

Pjesëmarrësja ka ankth dhe shqetësim të tepruar, për më shumë se 6 muaj, për një numër ngjarjesh ose aktivitetsesh (Kriteri A).

Pjesëmarrësja ka vështirësi të mëdha në kontrollimin e shqetësimit (Kriteri B).

Pjesëmarrësja ka ankth dhe shqetësim të lidhur me katër nga gjashtë simptomat e mëposhtme. Gjatë gjithë muajve të shkuar këto simptoma kanë qenë prezente:

1. Nervozizëm
2. Lodhje e lehtë
3. Irritueshmëri
4. Tension muskolor (Kriteri C)

Ankthi, shqetësimi dhe simptomat fizike i kanë shkaktuar pjesëmarrëses distres klinik (shëndeti i saj mendor nuk është si më parë), dëmtime sociale (marrëdhëniet e saj me të tjerët nuk janë më si më parë) dhe në fusha të tjera funksionimi të rëndësishme (Kriteri D).

Shqetësimet nuk i atribuohen ndonjë efekti fizik ose të substancave [(si abuzimi me drogat, medikamentet) ose ndonjë kushti tjetër mjekësor (si hipertiroidizëm) (Kriteri E)].

Shqetësimet nuk shpjegohen mirë nga ndonjë çrregullim tjetër mendor (ankthi ose shqetësimi i të paturit atake paniku në Çrregullimin e Panikut, vletësimi negativ në Çrregullimin e Ankthit Social (Fobia Sociale), kontaminimi ose obsesione në Çrregullimin Obsesiv-Kompulsiv, ndarja nga figurat e atashimit në Çrregullimin e Ankthit të Ndarjes, kujtimin e ngjarjes traumatike në Çrregullimin e Stresit Post-Traumatik, shtimi në peshë në Çrregullimin e Anoreksisë Nervore, ankesa fizike në Çrregullimin e Simptomave Somatike, të meta në perceptimin e pamjes së jashtme në Çrregullimin Dismorfik, të paturit sëmundje serioze në Çrregullimin e Ankthit, ose përmbatje të besimeve deluzionale në Çrregullimin Deluzional ose në Skizofreni (Kriteri F).

II. FORMULIMI I RASTIT

Shkaktarët e shfaqjes së çrregullimit

Pavarësisht se nuk arrin të japë një shkak madhor, konkret për ankthin e shqetësimin që përjeton, pjesëmarrësja jep shumë arsye që mund ta kenë çuar drejt asaj gjendjeje. Simptomat e përshkruara nga klientja gjatë muajve që kishte dalë nga puna, ndodhin si pasojë e riorganizimit ndryshe të jetës, me ritme tërësisht ndryshe nga ato më parë. Marrëdhëniet me figurat prindërore kanë qenë jo të forta e të sigurta. Ndjehej shpesh e lënë pas dore. Për çdo gjë i duhej të pyeste vëllain e madh, ndërsa vëmendja ishte më shumë tek motra e saj më e vogël. Shpesh prindërit nuk shfaqnin disponibilitet në nivel afektiv. Kjo pasiguri dhe ky boshllëk e bënin D.A. të shqetësuar përballë situatave që kërkonin një zgjidhje. Problemi rrjedh nga zona e mendimeve, ushqehet në zonën e emocioneve dhe ruhet në zonën sjellore. Pra janë të prekura të treja zonat.

Tema dominuese: energji dhe vitalitet i ulët;

Konfliktet: mospërballja me realitetin;

Humbje të papranueshme: humbja e punës;

Uni: i pasigurtë.

Vështrimi aktual ndërsektorial i konjicioneve dhe i sjelljeve

Të menduarit është gjithnjë hipervigilent – mendon se është e paaftë për jetën, mendon se do të sëmuret prej ankthit që përjeton, mendon se të tjerët e vlerësojnë negativisht, situatat nuk i percepton gjithnjë ashtu siç janë, ka vështirësi për të arsyetuar si më parë. Ndjenja e

alarmit dhe frika e vazhdueshme nga ajo se çfarë mund t'i ndodhë krijojnë një barrierë midis njerëzve rreth saj, ndjenja e paaftësisë se s'mund të jetë e dobishme për familjen, se s'mund të arrijë të rikrijojë lidhje me njerëz ose të arrijë të menaxhojë situata të ndryshme jashtë familjes. Ajo është e fokusuar te vetja, te ajo çfarë ndjen dhe çfarë pasojash mund të kenë te ajo, jetësore dhe fizike. Ndjehet e çorientuar duke patur në mendje se momentalisht është e papunë dhe kjo gjendje do vazhdojë për shumë kohë.

Përsa i përket anës sjellore - nuk shprehet më lirshëm me asnjë, me idenë se asnjë nuk do e kuptojë se çfarë po kalon. Kërkon siguri nga të tjerët dhe u shmanget situatave ku i duhet të arsyetojë. Në sjelljet me të tjerët shfaqet e axhituar dhe e shqetësuar.

Sipas vlerësimit të problematikave evolutive:

Ngjarje jetësore stresuese në nivel të ndërgjegjshëm:

- Papunësia e saj

Ngjarje jetësore stresuese në nivel të pandërgjegjshëm:

- Mospërballja me prindërit

Nuk identifikohet me asnjë nga figurat prindërore. Shfaq një ego të brishtë.

Pikat e forta

Klientja pavarësisht gjendjes që po përjeton, ka një ego të vendosur. Kur merr një iniciativë e çon deri në fund. Ka aftësi të krijojë marrëdhënie të shëndetshme. Është racionale në lidhje me situatat që lidhen me të tjerët. Klientja ka aftësi shumë të mira gjuhësore,

komunikimi, intelektive, përpunuese, memorizuese, kuptuese, ekzaminuese dhe përmbledhëse. Nuk ka ndonjë bindje patogjene të theksuar.

Tabela 3. Përmbledhja e konceptimit të Rastit 1.

Të dhëna shqetësuese në lidhje me fëmijërinë Pasiguria në marrëdhënie Mungesa e vëmendjes
Besimi bazë Nuk jam e aftë dhe e sigurtë me të tjerët
Rregulla të kushtëzuara Pozitive – Nëse nuk shprehem shumë, atëherë nuk do e tregoj pasigurinë Negative- Nëse unë shprehem lirshëm pasiguritë do të dalin në pah
Mënyra të kompesimit - nuk i shpreh ndjenjat - kërkon të duket gjithnjë mirë - mendon anën negative të gjërave - nuk pranon të flasë me personat që e rrethojnë
Situata Mbyllja e punës, ndenjura në shtëpi
Mendimi Automatik Do jem e papunë gjithmonë
Kuptimi i Mendimit Automatik Jam e paaftë
Emocioni Trishtim
Sjellja Ankth dhe tension

Shënim: Të dhënat nga analizimi i problematikës u përpunuan dhe u paraqitën në formën e një tabele për t’u pasqyruar më qartë.

RASTI 2

Formati për përshkrimin e historisë së rastit është bazuar në formatin e paraqitur në Akademia e Terapisë Konjiktive, (Beck, 2011).

I. HISTORIA E RASTIT

Identifikimi i informacionit

Takimi i parë me E.R është zhvilluar në muajin Prill, me këshillën e mjekut psikiatër që ndiqej. E. R është femër, 40 vjeçe, lindur dhe banuese në Elbasan. Që prej 4 vitesh jeton në shtëpi me vajzën e saj 15 vjeçe. E.R ka mbaruar arsimin e lartë universitar dhe aktualisht praktikon profesionin e mësueses në një nga shkollat e mesme të qytetit të Elbasanit.

Ankesat

Arsyeja që E.R iu drejtua studios psikodiagnostike ishte shqetësimi dhe gjendja e ankthit që përjetonte në mënyrë të vazhdueshme dhe intensive. Gjendja e ankthit i shkaktonte E.R shqetësime fiziologjike si dhimbje koke, rënie të humorit, tension motorik si: lodhje të menjëhershme, këputje të këmbëve, hiperaktivitet neurovegjetativ si: djersitje të ftohta, vështirësi në frymëmarrje, ndjesi mbytëse në krahavor, ndjesi vigjilence dhe alarmi si: zmadhim të situatave. Këto shqetësime ishin rikthyer dhe ishin rënduar përgjatë 1 viti dhe këto simptoma kishin krijuar pengesa në raportet familjare, sociale dhe okupacionale.

Prezantimi i shqetësimit

Në takimin e parë klientja shfaqet e rregullt nga pamja e jashtme, me qëndrim të mbajtur duke treguar vendosmëri për ardhjen tek psikologu. Shfaqet nervoze në xhesturat e duarve

dhe në lëvizjet e shpejta të syve. Klientja shfaqej e shqetësuar për gjendjen e ankthit që përjetonte duke ç'ekuilibruar mënyrën e saj të jetesës. Është e shqetësuar sepse mendon se nuk ka aftësinë që mund të veprojë ose të marrë vendime, të arrijë të kontrollojë gjendjen emocionale duke e shoqëruar shpesh herë me rënie të humorit, ndonjëherë të pakuptimta, frikë të vazhdueshme që nuk është në gjendje të bëjë mirë punën dhe do ta largojnë. Gjithashtu është edhe shqetësimi për vajzën që e ka në fazën e adoleshencës.

Shqetësimet e E.R janë shfaqur pas ndarjes me bashkëshortin, duke u shqetësuar për reagimin e vajzës, opinionin e të tjerëve dhe mënyrën sesi do të përballonte jetën nga ana ekonomike. Përgjatë 5 viteve edhe pse me periudha qetësuese, klientja vazhdonte të kishte shqetësime dhe gjendjen e ankthit. Raportet me vajzën, të afërmit dhe kolegët e punës nuk ishin të mira dhe vitin e 5-të të gjendjes së saj, marrëdhëniet e saj sociale po përkeqësoheshin.

Prej rikthimit të shqetësimeve në mënyrë “agresive” vendosi që të konsultohet me mjekun psikiatër duke u orientuar drejt një ndihme psikologjike, për t'u rikthyer në përballimin e situatave të jetës së përditshme.

Historia psikiatrike

Klientja E.R ka qenë e dyzuar në shprehjen ankesave gjatë konsultave që ka zhvilluar me specialistë të shëndetit mendor. Fillimisht ajo ka përjetuar lodhje, marrje mendsh, ndjesi mbytëse në kraharor dhe shpesh kishte rrahje të shpeshta zemre. Klientja ka zhvilluar një sërë analizash dhe eko të ndryshme trupore duke rezultuar pozitive dhe përjashtuar mundësinë e ndonjë patologjie. Edhe konsulta me mjekun neurolog përjashtoi mundësinë e

ndonjë problematike neurologjike duke e orientuar për një takim me psikologun. Klientja nuk i kushton rëndësi dhe mendohej të qetësonte veten me medikamente qetësuese. Mbas 8 muajsh përjetimesh ankthi të shtuara shkon në Itali, tek motra e saj dhe u konsultua me një psikolog klinik. Ai i rekomandoi që të fillonte një trajtim psikologjik. Ishte e pamundur që të qendronte në Itali, sepse nuk mund të largohej nga puna për një kohë të gjatë edhe të linte vajzën vetëm. Rikthimi në Shqipëri nuk ishte i këndshëm. Gjatë rrugës së kthimit përjetoj shqetësime të tepruara, si emocionale dhe fiziologjike të shoqëruara me mendime konfuze se çfarë do të ndodhte me jetën e saj. Mbas 2 javësh E.R ka shkuar tek mjeku psikiatër në spitalin e Elbasanit me gjendje të rënduar psikologjike. Psikiatri e diagnostikoi me çrregullim ankthi por nuk i përshkroi medikamente. Ai e këshilloi që të kryente një vlerësim dhe terapi psikologjike. E.R nuk mundi të kontaktonte me ndonjë psikolog në atë kohë. Tregon se përpiqej të lexonte dhe ta kontrollonte vetë gjendjen e saj. Për një periudhë 2 vite e gjysëm është ndjerë mirë për afërsisht 6 muaj. Shqetësimet dhe gjendja ankthioze u rikthyen dhe pas një konsulte me mjekun psikiatër, iu rekomandua përdorimi i medikamentit, Xanax dhe Valium përgjatë 1 viti. Vitin e fundit gjendja ankthioze u përkeqësua. Klientja iu drejtua mjekut psikiatër që ishte trajtuar që në fillim dhe ai prapë i rekomandoi një trajtim nga një psikolog klinik.

Historia familjare dhe sociale

Aktualisht E.R jeton me vajzën e saj në një shtëpi komode, ku mbizotëron qetësia. Ka raste që ka edhe debate midis tyre. E.R gjithmonë ka qenë e mbështetur nga familja e saj e origjinës, si në nivel emocional ashtu edhe nga ana financiare. Gjendja e tensionuar dhe ankthioze e E.R ka ndërhyrë në raportet e saj familjare duke përjetuar ndjenja faji, duke

ndjerë që nuk është e aftë të marrë vendime, ndjenja inferioriteti duke krahasuar veten me të tjerët që janë më lartë, si në aspektet e arsimimit, ana materiale dhe emocionale. Ndjen vazhdimisht se po gjykohet nga të tjerët për divorcin duke ndikuar në mbyllje në vetvete dhe duke menduar se asnjë nuk e kupton gjendjen që po përjeton. Gjatë kohës që është në punë përpiqet të mos shfaqë shqetësim duke shmangur kontaktet me kolegët.

Në çdo situatë që përballej edhe e parëndësishme nëse ishte, do ta analizonte e më pas do ta hiperbolizonte rëndësinë e saj. Kjo gjë më pas ia rriste nivelin e përjetimit të ankthit.

E.R shfaqet vetëndëshkuese, nuk arrin të tolerojë dhe është shumë kërkuese. Vazhdimisht fajëson veten për gjendjen që përjetonte. Ndjen që asnjë nuk e kupton dhe nuk e mbështet. Gjendja e ankthit nuk e lejon që të përjetojë kënaqësi kur është pranë personave të afërt dhe të dashur. Edhe në ngjarjet festive, si ditëlindja e vajzës, mbledhje familjare, ardhja e motrës nga Italia, ose ngjarje të tjera, përjeton siklet dhe gjendje shqetësimi të tepruar.

E.R me ish-bashkëshortin janë njohur që kur ishte 21 vjeçe dhe ai ishte 25 vjeç. Janë martuar pas 3 vitesh fejesë. Është bërë nënë kur ka qenë 24 vjeçe dhe tregon se nuk ka qenë shumë e vendosur për këtë gjë. Fillimisht raportet kanë qenë shumë të mira, nuk kishin asnjë konflikt serioz, vetëm debate të zakonshme. E.R bashkë me bashkëshortin nuk arrinin që të gjenin një pikë të përbashkët kur duhej të merrnin vendime të rëndësishme për familjen e tyre. Më pas, gjatë martesës debatet filluan të ishin të vazhdueshme për shkak se E.R kërkonte vazhdimisht që të mbizotëronte dhe të vendoste vetë duke insistuar vazhdimisht. E.R përjetonte situata stresuese për shkak të konflikteve të vazhdueshme me ish-bashkëshortin duke ndikuar edhe tek vajza e tyre. E.R kishte ngarkesë në shtëpi, të

kujdesej për shtëpinë, të kujdesej për vajzën dhe për ndihmesën në mësimet e në punë. Nga kjo ngarkësesë i krijohej gjendje acarimi, nervorizmi, faji dhe shqetësohej nëse do të arrinte të përmbushte të gjitha përgjegjësitë. Mosmarrëveshjet e vazhdueshme me bashkëshortin sollën ndarjen që kishte hezituuar dhe shmangur për shkak të opinionëve të të tjerëve.

E.R gjithmonë është paraqitur gjithmonë si një femër e përmbajtur, e rregullt, duke treguar delikatesë dhe seriozitet si në komunikim edhe në veprime. Divorci i E.R u përjetua me gjendje ankthi dhe zemërimi dhe fajësim ndaj vetes. Nuk arrinte të shkonte në punë sepse ndjente turp dhe ndjente sikur të tjerët do ta shihnin me një sy tjetër. Mendimet se të tjerët do ta gjykonin, se nuk arrinin ta kuptonin, shqetësimi sesi do ta përjetonte vajza dhe gjendja shqetësuese në përballimin nga ana financiare ishin shqetësimet e përditshme të saj. Kanë kaluar 5 vite dhe E.R ndjehet nën gjendjen e ankthit se mendon se nuk po e përballon dot dhe ka humbur shumë vlera dhe opinionin e shëndetshëm që ka pasur tek të tjerët.

Marrëdhëniet me vajzën i përshkruan të mira, por shpesh herë debatojnë me njëra-tjetrën për arsye të pakuptimta dhe të panevojshme. E.R është kërkuese ndaj vajzës për mësimet, duke ndikuar që të dalë me rezultate të larta në shkollë, të marrë pjesë në olimpiada të ndryshme. E.R ndihet fajtores për pakënaqësitë që i ka krijuar vajzës për gjendjen e ankthit që përjeton. Mendon se nuk është e aftë si dikur të kujdeset për familjen dhe nuk arrin të shijojë kohën që kalon me të.

Periudhën e fëmijërisë e cilëson si periudhë të bukur. Ajo kujton se ka qenë një fëmijë i dashur, shprehte afeksion me të tjerët dhe mërzhitej shumë kur nuk fitonte në lojë. E.R

përshkruan një rast kur ka humbur një lojë, ka qarë gjithë ditën dhe nuk ka ngrënë bukë, si ndëshkim ndaj vetes që nuk fitoi.

Gjatë fëmijërisë tregon se ishte shumë aktive, e shkathët dhe çdo ditë do të kërkonte ndonjë gjë të re për të luajtur për të rënë në sy tek të tjerët. E.R është përkëdhelur shumë nga prindërit por figurën e babai e përshkruan si një prind strikt, me rregulla të cilin e kishte shumë frikë nëse do të bënte ndonjë rrëmujë në shtëpi. Nënë e përshkruan si një grua e dashur, që falte shumë dashuri. Të dy prindërit janë kujdesur duke plotësuar çdo nevojë të domosdoshme për fëmijët. E.R është fëmija e parë dhe ka një motër dhe një vëlla më të vogël. Kujtimet e fëmijërisë E.R i përshkruan me buzëqeshje dhe me siguri, duke lënë përshtypjen që dëshironte të kthehej ajo periudhë e bukur.

Gjatë viteve të shkollës, nuk ka pasur miq të shumtë në numër, sepse i përzgjidhte kush ishin më të mirë në mësim dhe të shkathët. Nuk konfliktohej me njerëzit, pavarësisht natyrës ekspresive, gjithmonë u shmangej situatave me konflikte. E vogël, mendohej të mos e shfaqte veten të pasigurtë dhe shpesh justifikohesh duke ua hedhur fajin të tjerëve. Figura strikte e babait kompesohej me afeksionin dhe mbështetjen e nënës. Arritjet akademike ishin shumë të mira, përpiquej shumë që të dilte e para e klasës dhe shumë e përkushtuar në mësim duke ndikuar edhe babai që ishte shumë kërkues ndaj saj. I pëlqente të merrte pjesë në aktivitete të ndryshme, të jepte mendime, zbatonte çdo gjë që mund t'i kërkohej, duke treguar se ishte e aftë të bënte shumë gjëra.

Familja e E.R përbëhej nga prindërit, ajo, motra dhe vëllai më i vogël. Si fëmijë i parë, prindërit i janë përkushtuar shumë. Mbas 5 vitesh lindi motra e saj dhe vëmendja u

zhvendos tek ajo. Pas 8 vitesh lindi vëllai i vogël, i shumëpritur nga prindërit duke krijuar mënjanim dhe mungesë përkujdesjesh që ishte mësuar të kishte nga të tjerët. Këtë gjë e përjetoj keq dhe i shkaktonte ankth, që e mbante përbrenda.

Ka marrëdhënie shumë të mira me motrën, arrin të komunikojë e të tregojë për çdo gjë që e shqetëson, kurse me vëllain kanë marrëdhënie të rregullta por jo shumë të ngushta për shkak edhe të largesës së tij në Angli. Mbart kujtime shumë të bukura me motrën dhe vëllain edhe kur ishte e vogël. Kujton që luanin dhe ndonjë herë i ngatërronte me njëri-tjetrin por që shpesh nuk e bënte për inat. Kujton situata kur kujdesej që mos dëmtoheshin dhe i mbronte para të tjerëve. Përshkruan ngjarje kur i ndihmonte në mësimet dhe insistonte shumë që të dilnin me rezultate të larta. Një herë i ka bërë titull vëllait të vogël sepse nuk shkruante bukur dhe nuk e dëgjonte që të përsëriste detyrën derisa të mësonte të shkruante bukur. Natyra mbizotëruese ka ndikuar shumë në jetën e saj duke e shoqëruar me konflikte dhe mospërshtatje me të tjerët.

Më bashkëshortin janë njohur kur ishte në shkollën e lartë, për pedagogji dhe ai punonte në një shtypshkronjë. Njohja e tyre u mundësua nga shoqja e saj që e kishte kushërirë dhe rastësisht janë takuar të tre në rrugë. Ngjarjet pasuan dhe lidhja e tyre u bë serioze. Tregon se kishin një marrëdhënie shumë të bukur dhe të veçantë, shpesh kishin debate por nuk u kushtonin vëmendje sepse ishin shumë të dashuruar me njëri-tjetrin dhe gjithmonë ka mbizotëruar respekti. Edhe kur kishin diskutime, secili mbronte mendimin e vet në mënyrë intelektuale.

Ngjarje të rëndësishme në jetën e saj ishin largimi i motrës dhe vëllait jashtë vendit, martesa, lindja e vajzës, divorci, jetesa vetëm me vajzën adoleshente.

E,R ka punuar për 11 vite si mësuese në shkollë të mesme. Ka qenë një zgjedhje e saj me dëshirë dhe e mbështetur nga familja. Nuk tregon se ka pasur probleme me kolegët sepse është shmangur nga situatat problematike. Tregon se kënaqej kur ndërmernte përgjegjësi, por edhe lodhej gjatë ditës me nxënësit. Lodhja dhe stresi që përjetonte reflektohej në sjelljet në familje duke krijuar situata të pakëndshme. Kolegët që punojnë, e përshkruajnë si një person serioz në punë, e gatshme për të bashkëpunuar, nuk ndërhyjnë në jetën e të tjerëve, e dashur dhe e qeshur.

Aktualisht jeton në një shtëpi, që e përballon vetëm nga ana financiare duke i krijuar edhe gjendjen e ankthit për plotësimin e nevojave aktuale dhe të ardhmes të vajzës.

Historia mjekësore

Klientja shfaqet me gjendje stresi, ankthi të lartë duke munduar veten se pse po i ndodhin këto shqetësime, nuk do arrijë të jetë si më parë, të jetë e qeshur. Ndjen se nuk është e aftë të bëjë mirë punën dhe ka frikëse mos e pushojnë nga puna. E,R nuk vuan nga ndonjë sëmundje patologjike. Simptomat fizike që përjeton, e bindin që është e sëmurë dhe vazhdimisht kryen analiza dhe frika se diçka e keqe do të ndodhë. Kur përjeton vështirësi në frymëmarrje, fillon të ketë rrahje të shpeshta zemre, takikardi duke i cilësuar si gjendje alarmi, duke mos kontrolluar gjendjen e shqetësimit. Gjendja e ankthit e ka penguar në aktivitetet e përditshme por edhe në cilësinë e gjumit dhe të ushqimit. Nuk arrin të flejë

gjumë qetësisht, mbizotëron frika të shtrihet në krevat se do të përjetojë gjendje ankthi. Nuk arrin të ushqehet rregullisht duke mos shijuar asgjë.

Përcaktimi i gjendjes mendore

Klientja ndihet e braktisur nga të tjerët. Ajo shprehet se ata nuk arrijnë të kuptojnë mënyrën se si ndihet ajo dhe ndihet konfuze për arsyet që e kanë çuar në këtë gjendje. Klientja bashkëjeton me frikën se diçka e keqe do të ndodhë me të dhe çfarë do të ndodhë me vajzën. Ndihet se paragjykohet nga të tjerët për ndarjen nga bashkëshorti, ndihet nën stres se nuk është e aftë të kapërcejë gjendjen në të cilën ndodhet. Gjendja e ankthit i krijon bindjen që nuk do arrijë asnjëherë të jetë mirë dhe e qetë. Gjendja e saj përgjatë 5 viteve ka qenë me periudha ku ankthi ka mbizotëruar me mendime negative, emocione pesimiste që nuk përmirësoheshin. Një shqetësim sado i lehtë mund të ishte, do të zmadhohej duke krijuar lodhje trupore. Ndjen që nuk ka kontroll në mendime dhe veprime, nuk arrin të jetë “perfekte”, ashtu siç ka qenë përpara përjetimeve të ankthit. Mendimet negative ishin prezente në çdo moment të ditës që shoqërohej me frikën që të tjerët do ta merrnin vesh dhe do ta shihnin me keqardhje. Sjelljet e saj më të shpeshta ishin dalja përpara pasqyrës për të qenë e rregullt dhe qëndrimi shtrirë pjesën më të madhe të kohës.

Diagnoza sipas DSM-V

Rastit iu bë një përpunim klinik bazuar në rezultatet e testeve psikodiagnostike dhe Inventarëve, të dhënat e marra gjatë seksioneve të vlerësimit dhe vëzhgimin e klientes. Mbi këtë analizë të detajuar dhe të strukturuar u formulua diagnoza e:

Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar 300.02 (F 41.1)

Pjesëmarrësja ka ankth dhe shqetësim të tepruar, për më shumë se 6 muaj, për një numër ngjarjesh ose aktivitete (Kriteri A).

Pjesëmarrësja ka vështirësi të mëdha në kontrollimin e shqetësimit (Kriteri B).

Pjesëmarrësja ka ankth dhe shqetësim të lidhur me katër nga gjashtë simptomat e mëposhtme. Gjatë gjithë muajve të shkuar këto simptoma kanë qenë prezente:

5. Nervozizëm
6. Lodhje e lehtë
7. Irritueshmëri.
8. Tension muskular (Kriteri C)

Ankthi, shqetësimi dhe simptomat fizike i kanë shkaktuar pjesëmarrëses distres klinik (shëndeti i saj mendor nuk është si më parë), dëmtime sociale (marrëdhëniet e saj me të tjerët nuk janë më si më parë) dhe në fusha të tjera funksionimi të rëndësishme (Kriteri D).

Shqetësimet nuk i atribuohen ndonjë efekti fizik ose të substancave [(si abuzimi me drogat, medikamentet) ose ndonjë kushti tjetër mjekësor (si hipertiroidizëm) (Kriteri E)].

Shqetësimet nuk shpjegohen mirë nga ndonjë çrregullim tjetër mendor (ankthi ose shqetësimi i të paturit atake paniku në Çrregullimin e Panikut, vletësimi negativ në Çrregullimin e Ankthit Social (Fobia Sociale), kontaminimi ose obsesione në Çrregullimin Obsesiv-Kompulsiv, ndarja nga figurat e atashimit në Çrregullimin e Ankthit të Ndarjes, kujtimin e ngjarjes traumatike në Çrregullimin e Stresit Post-Traumatik, shtimi në peshë në

Çrregullimin e Anoreksisë Nervore, ankesa fizike në Çrregullimin e Simptomave Somatike, të meta në perceptimin e pamjes së jashtme në Çrregullimin Dismorfik, të paturit sëmundje serioze në Çrregullimin e Ankthit, ose përmbatje të besimeve deluzionale në Çrregullimin Deluzional ose në Skizofreni (Kriteri F).

II. FORMULIMI I RASTIT

Shkaktarët e shfaqjes së çrregullimit

Klientja nuk arrin të japë një shkak thelbësor dhe madhor për gjendjen e shqetësimit dhe të ankthit.

Problemi rrjedh nga zona e mendimeve, ushqehet në zonën e emocioneve dhe ruhet në zonën sjellore. Pra janë të prekura të treja zonat.

- Tema dominuese: shqetësimi për të qenë në krye
- Konfliktet: të qenit në garë
- Humbje të papranueshme: - vetja para të tjerëve
- Uni: konfuz

Vështrimi aktual ndërsektorial i konjicioneve dhe i sjelljeve

Sipas vlerësimit të problematikave evolutive:

Ngjarje jetësore stresuese në nivel të ndërgjegjshëm:

- Divorci

Ngjarje jetësore stresuese në nivel të pandërgjegjshëm:

- Ndjenjat e frenuara

Identifikohet me figurën e babait. Shfaq një ego të dyjëzuar.

Pikat e forta

Ka një karakter të fortë para të tjerëve. Përpiqet të gjejë zgjidhjet më të mira në lidhje me problemet e veta. E kupton që është ajo që duhet ta zotërojë veten për t'u bërë më mirë. Ka iniciativë dhe krijimtari të zhvilluar. Është e qendrueshme përballë hapave të reja që ndërmerr. Është e aftë të kuptojë gabimet e veta në lidhje me të tjerët dhe me botën.

Tabela 4. Përmbledhja e konceptimit të Rastit 2

Të dhëna shqetësuese në lidhje me fëmijërinë Rivaliteti në familje
Besimi bazë Jam e gjykuar nga të tjerët
Rregulla të kushtëzuara Pozitive – Nëse qendroj gjithnjë e distancuar, të tjerët nuk do kenë c'të thonë për mua. Negative- Nëse krijoj afrimet me të tjerët ata do shprehin paragjykimin e tyre ndaj meje.
Mënyra të kompesimit: - nuk afrohet me njerëzit - kërkon perfeksionizëm - mendon për gjënë më të keqe - nuk mendon pozitivisht
Situata Përjetimi i ankthit të zgjatur
Mendimi Automatik Do të çmendem
Kuptimi i Mendimit Automatik Nuk do e kem veten nën kontroll

Emocioni Mërzitje, zemërim
Sjellja Ankth dhe axhitim

KAPITULLI IV. MODELI I TRAJTIMIT PËR 12 SEANCAT

Studimi për integrimin e teknikave të TKB dhe RA për trajtimin e ÇAP do të kryhet nga klinikistja Jonida Mustafaraj.

Në këtë kapitull do të paraqitet nëpërmjet 12 seancave terapeutike, si përdoret ndërhyrja e RA dhe teknikave të TKB, gjatë trajtimit.

Arsyetimi për zgjedhjen e këtij modalitet-trajtimi

Njohuritë për modelin konjektiv-bihejvioral i kam përvetësuar dhe thelluar që në nivelin master të studimeve në psiklogji klinike. Në këtë cikël studimesh kam punuar për temën “Efikasiteti i Terapisë Racional Emocionale Sjellore për ÇAP, aspekte teorike”. U orientova më shumë drejt teknikave dhe modelit njohës-sjellor, si një model më i strukturuar, me teknika aktive dhe me një kohëzgjatje të përcaktuar. Tek klientët me ÇAP edhe pse kishte një ristrukturim të të menduarit prej trajtimit psikologjik dhe teknikave të TKB, ngeleshin aktive simptomat fizike të ankthit, gjendja e tensionit muskolor dhe vështirësitë me frymëmarrjen. Duke u bazuar në studime të autorëve të fushës dhe nga eksperiencia klinike e profesionistëve të tjerë, u mendua se teknikat relaksuese do të jepnin efekte pozitive në simptomat e mësipërme (siç është parashtruar dhe në kapitullin e literaturës). Një ndër teknikat alternative të përdorura nga shumë psikologë është Relaksimi Progresiv i Muskujve, që ka treguar efikasitet të lartë te pacientët (Jefrey E, Barnett, Allison J, Shale, APA, 2013). RA është një teknikë që ka të integruar brenda saj dhe relaksim muskolor dhe gjithashtu ka relaksim e shpejtë që mund të kryhet në çdo kohë e në çdo vend. Fakti që kjo teknikë ka një ndarje të qartë dhe të thjeshtë, e bën të

përdorshme lehtësisht nga çdo klinikist dhe të kuptueshme nga personat që do e praktikojnë. Pas mësimit të kësaj teknike, e kam praktikuar në auditor me studentë të degës së psikologjisë, viti III, gjatë punës me teknikat e relaksimit. Gjithashtu e kam praktikuar dhe me profesionistë të fushës së psikologjisë. Është një teknikë relaksimi që mund të përdoret nga të gjithë. E kam përdorur në 3 klientë me probleme me ankthin, por jo me diagnozë të ÇAP. Nga analizimi dhe shënimet e mbajtura ka rezultuar mjaft efektive në relaksim të përgjithshëm të gjendjes mendore dhe fizike. Kombinimi i RA me teknikat e TKB-së është bërë për herë të parë në disertacion. Kjo teknikë ishte më e plotë, sepse relaksimi progresiv e vendos personin në një situatë disi robotike, teknika tibetiane për relaksim psiko-fizik është shumë e gjatë dhe të merr shumë kohë kur integrohen dy lloje trajtimi, trajnimi autogjenik kërkon trajnim të veçantë që mund të kryhet vetëm jashtë vendit. Teknika e RA është një teknikë e shpejtë, e qartë, e strukturuar dhe e aplikueshme në formë autonome nga kushdo. Për këtë arsye, ajo zë një pjesë të përcaktuar në seancat e trajtimit, nuk e nxjerr klinikistin jashtë fokusit të punës së tij, por e plotëson. Në specializimin tim për procesin psikodiagnostik, testet psikodiagnostike dhe forma të trajtimit të çrregullimeve të ankthit e të humorit, kam marrë njohuritë bazë për të gjitha format e teknikave të relaksimit. Ndër to zgjedha RA, për arsyet e sipërpërmendura.

Përshkrimi i trajtimit

Trajtimi dymbëdhjetë javor i integritetit i RA me teknikat e TKB. Qëllimi i dymbëdhjetë javëve të trajtimit të integruar u dizenjua për t'u mësuar individëve aftësi të reja për menaxhimin e ankthit. Trajtimi fokusohet në besimet e klientit dhe përdor teknikat e Relaksimit të Aplikuar. Në këtë studim, individët do të mësojnë rreth ankthit, ndikimet e

ankthit në mendje dhe në trup dhe mënyra të reja sesi të bashkëveprojnë me të. Ndërhyja në nivel sjellor do të ndikojë në simptomat e ankthit. Do të krijohet një plan sjellor, që do të ulë sjelljet problematike dhe do të rrisë sjelljet pozitive të klienti. Ndërhyrjet në nivel konjektiv do çojnë në zëvendësimin e konjicioneve ose të besimeve të pashëndetshme në të shëndetshme. Sistemi i besimeve do të analizohet që të vërehet impakti që ka për ÇAP. Individidi do të ekzaminojë veten e tij në lidhje me vetëpërmbajtjen dhe vetëkontrollin nëpërmjet teknikave të RA. Ky model trajtimi ka në qendër përqsasjen e Teknikave Konjektiv-Bihejviorale (TKB).

Trajtimi konsiston në dymbëdhjetë seanca, të cilat do të përshkruhen më poshtë. Çdo seancë do të zgjasë përafërsisht 60 minuta. Klienti do të kryejë shënimet dhe detyrat e shtëpisë nëpërmjet seancave, për të aplikuar dhe praktikuar teknikat që i jepen.

Marrëdhënia klinikist-klient. Kjo marrëdhënie midis klinikistit dhe klientit duhet të ketë një aleancë të stabilizuar që të çojë në suksesin e trajtimit. Klinikisti duhet të ketë aftësi që të tregojë empati, ngrohtësi, të jetë i vërtetë dhe të krijojë një raport me klientin (Roxhers, 1951). Klinikisti dhe klienti duhet të punojnë së bashku për organizimin e axhendës, për testimin e konjicioneve dhe për punën që duhet bërë për shënimet e detyrave të shtëpisë. Klinikisti duhet të krijojë kushte të përshtatshme për t'i ofruar klientit sigurinë e nevojshme për të kryer teknikat e RA. Klinikisti në këtë pjesë duhet të krijojë një mjedis komforti që të arrihen qëllimet e trajtimit. Në fund të çdo seance, klienti kryen ushtrimet përkatëse të Relaksimit të Aplikuar dhe merr udhëzimet e duhura për detyrat e shtëpisë.

Konfidencialiteti. Konfidencialiteti është një pjesë që kërkon vëmendjen e duhur për çdo lloj trajtimi. Klinikistit nuk i lejohet që të ndajë informacionin e marrë në çdo seancë, përveç rrethanave të caktuara. Klinikisti duhet të lajmërojë personat e duhur nëse beson se klienti mund të jetë në rrezik për të tjerët apo për veten. Konfidencialiteti mund të thyhet në këto rrethana në mënyrë të atillë që të mbrohet vetë klienti ose personi që ai ka ndërmend të dëmtojë. Klinikisti gjithashtu ka detyrime edhe nga ana ligjore që të raportojë nëse dyshon për abuzime ndaj të miturve dhe në raste të tilla do të pyetet për atë që është diskutuar në seancën e trajtimit. Gjithashtu informacioni mund të ndahet me supervizorin e klinikistit gjatë supervizimit. Çdo informacion tjetër që do të shpërndahet duhet të bëhet me konsensusin informativ të klientit.

Tabela 5. Kohëzgjatja e trajtimit për të dyja pjesëmarrëset

Pjesëmarrëset	Pjesëm.e 1-rë	Pjesëm.e 2-të
Vlerësimi	24 Maj-29 Qeshor	22 Prill-23 Maj
12 seancat bazë	Korrik(7,14,21),	Qershor(6,13,20,27)
	Gusht(4,11,18,25)	Korrik(4,11,18,25)
	Shtator(1,8,15,22,29)	Gusht(1,8,15,22)
	6 tetor	29 Gusht
Seancat 13\14	5 Nëntor	24 Shtator

Modeli i ÇAP

Më poshtë do të jepet një përshkrim i shkurtër i ÇAP. Një përshkrim më i gjatë do të jepet në Shtojcën C.

1. ÇAP është një çrregullim që prek konjicionet, emocionet, gjendjen fizike dhe sjelljet e individit.
2. ÇAP dallon nga ankthi apo shqetësimi i zakonshëm, sepse shoqërohet zakonisht me disa simptoma që zgjasin për një kohë të gjatë.
3. ÇAP ka një sërë shkaqesh.
4. Individi me ÇAP ka mësuar në mënyrë të gabuar të shqetësohet për ngjarje që ende nuk kanë ndodhur.
5. Individi me ÇAP pritet të jetë parashikues.
6. Individi me ÇAP ka vështirësi që të relaksohet.
7. Individi me ÇAP ka vazhdimisht një gjendje shqetësimi dhe pasigurie.
8. Individi me ÇAP ka një sërë mendimesh automatike në lidhje me ngjarjet që janë të pakontrollueshme dhe të pavullnetshme.
9. Trajtimet më të zakonshme për ÇAP janë psikofarmakët dhe terapia Konjektiv-Bihejviorale.

Teknikat e TKB shoqëruar me RA si modalitet trajtimi. Ky modalitet trajtimi mund të jetë efektiv për trajtimin e ÇAP. Karakteristikat bazë të kësaj metode janë:

- 1- Fokusimi tek mendimet, ndjenjat dhe sjelljet e individit.

- 2- Mendimet kanë ndikim tek ndjenjat dhe sjelljet, sjelljet kanë ndikim tek mendimet dhe ndjenjat dhe ndjenjat kanë ndikim tek mendimet dhe sjelljet.
- 3- Mendimet pozitive çojnë në ndjenja dhe sjellje pozitive. Mendimet negative çojnë në ndjenja dhe në sjellje negative. Mendimet negative që mund të kenë individët me ÇAP mund të çojnë në rritjen e simptomave të ankthit.
- 4- Trajtimi i integruar i RA me teknikat e TKB ka fokus ndryshimin e mendimeve negative. Kjo bëhet nëpërmjet teknikave konjiktive, sjellore, modelit ABC, relaksimit dhe detyrave të shtëpisë.
- 5- Individi me ÇAP nga shqetësimi dhe pasiguria e vazhdueshme, ka fituar besime jo funksionale duke formuar një qark jo të shëndetshëm mendor. Ky qark i duhet ndryshuar duke i vënë çdo besimi të vjetër një besim të ri për funksionimin e tij mendor.
- 6- Trajtimi i integruar i RA me teknikat e TKB fokusohet në besimet negative që ka personi për veten, të tjerët, botën dhe të ardhmen. Ndryshimet do të lidhen me besimet negative dhe irracionale.
- 7- Trajtimi i integruar i RA me teknikat e TKB fokusohet në shtrembërimet konjiktive, ku do të ketë ndryshime në mënyrën e të menduarit për çdo konjicion të shtrembëruar.
- 8- Individi me ÇAP ka një sërë simptomash fiziologjike që nuk arrin t'i kontrollojë dot edhe pse të menduarit mund të jetë funksional. Ky modalitet trajtimi do e njohë me rëndësinë e tyre dhe mënyrën e relaksimit me anë të RA që të mund t'i kontrollojë dhe të bashkëpunojë me reagimet fiziologjike që vijnë prej ankthit.

9- Trajtimi i integruar i RA me teknikat e TKB do të fokusohet në ndjenjën e vetë-përmbajtjes dhe kontrollit dhe përcakimin e përgjegjësive tek individit me ÇAP.

10- Ndryshimet tek individit me ÇAP që do ndjekë modalitetin e trajtimit të integruar të RA me teknikat TKB, do të vijnë dhe prej punës me shënimet për detyrat e shtëpisë.

Pjesëmarrësja e parë

Sipas pikëve të inventarëve dhe asaj që referon pjesëmarrësja vetë, këto simptoma i ka prej një periudhe shumë të gjatë, më shumë se 6 muajt e fundit.

Tabela 6. Plani Fillestar i Trajtimin për Rastin 1

Simptomat	Qëllimet e trajtimit	Teknikat
Shtrembërimet njohëse/besime të keqformuara	Reduktimi i shtrembërimeve dhe ndryshimi i besimeve.	Ristrukturimi konjektiv, Psikoedukim
Tension muskolor/hipervigjilencë	Reduktimi i gjendjes së zgjimit	Relaksimi i Aplikuar, Teknika të frymëmarrjes
Kontroll i tepruar/shmangie	Ulja e frekuencës	Parandalimi i përgjigjeve, skedë e aktiviteteve të këndshme
Stimuj të brendshëm e të jashtëm që aktivizojnë shqetësimin	Heqja e përgjigjeve shqetësuese për stimujt	Skedë për shqetësimin

Shqetësim i tepruar	Ulja e frekuencës, intensitetit dhe kohëzgjatjes së shqetësimit	Vetë-kontroll dhe RA
Orientim i ulët për problemet	Gjetja e orientimit për problemin	Përmirësim i orientimit për problemin
Sjellje interpersonale pasive	Rritja e sjelljeve ndërpersonale	Trajnimi për sigurinë me të tjerët

Pjesëmarrësja e dytë

Sipas pikëve të inventarëve dhe asaj që referon pjesëmarrësja vetë, këto simptoma i ka prej një periudhe shumë të gjatë, më shumë se 6 muajt e fundit.

Tabela 7. Plani Fillestar i Trajtimit për Rastin 2

Simptomat	Qëllimet e trajtimit	Teknikat
Shtrembërimet njohëse/besime të keqformuara	Reduktimi i shtrembërimeve dhe ndryshimi i besimeve.	Ristrukturimi konjektiv, ABC, Psikoedukim
Tension muskulator, gjendje alarmi, vështirësi për t'u relaksuar apo për të fjetur	Reduktimi i gjendjes së zgjimit	Relaksimi i Aplikuar, Teknika të frymëmarrjes
Mendime negative për situata që nuk kanë ndodhur ende	Ulja e frekuencës	Parandalimi i përgjigjeve, skedë e aktiviteteve të këndshme

Stimuj të brendshëm e të jashtëm që aktivizojnë shqetësimin.	Heqja e përgjigjeve shqetësuese për stimujt	Skedë për shqetësimin, MA, ABC
Ndjesi ankthi, shqetësim ose nervozizëm	Ulja e frekuencës, intensitetit dhe kohëzgjatjes së shqetësimit	Vetë-kontroll dhe RA
Shmangia nga problemet.	Gjetja e orientimit për problemin	Përmirësim i orientimit për problemin
Kërkim i sigurisë nga të tjerët	Rritja e sjelljeve ndërpersonale	Trajnimi për sigurinë me të tjerët

Në një takim paraprak (seancë jashtë 12 seancave të parashikuara), u diskutua për diagnozën, u prezantua problemi i pjesëmarrëseve, u paraqit dhe u firmos kontrata dhe u fol për çdo pjesë të studimit. Të dyja pjesëmarrëset u shprehën se ishin gati për të filluar dhe ishin të vendosura për t'iu futur kësaj rruge. Kishin shpresë dhe motivim për ta ndjekur procesin.

Strukturimi i Përgjithshëm i Seancave

Shënim: *Plani i trajtimit është i njëjtë për të dy pjesëmarrëset.*

Gjatë paraqitjes së trajtimit çdo aftësi që klienti do përdorë ose do e mësojë është e paraqitur në formë të strukturuar. Shtruktura e trajtimit shërben si një udhërrëfyes me aftësi dhe ndërhyrje që janë të nevojshme për reduktimin e simptomave të ankthit. Seancat zakonisht zgjasin një orë (60 minuta), seancat ndahen në katër pjesë përbërëse.

- 1- Në 15 minutat e para të seancës klinikisti i paraqet klientit strukturën e seancës, analizojnë gjendjen aktuale të klientit, flasin në lidhje me ndonjë ngjarje që i ka ndodhur klientit gjatë javës dhe diskutojnë shënimet për detyrat e shtëpisë.
- 2- 15 minutat e dyta të seancës përfshijnë psikoedukimin në lidhje me aftësitë e reja. Klinikisti do të diskutojë me klientin vështirësitë e mundshme që mund të ketë ai me këto aftësi.
- 3- Në 15 minutat e treta të seancës vazhdohet më tej me trajtimin duke u aplikuar teknikat e Relaksimit të Aplikuar.
- 4- Në 15 minutat e katërta të seancës planifikohen shënimet për detyrat e shtëpisë, i shpjegohet klientit rëndësia e detyrave të shtëpisë që do t'i jepen, mënyra se si do të plotësohen dhe problemet që mund të hasë.

Tabela 8. Paraqitja e temave për 12 seancat e trajtimit

Java	Temat	Kohëzgjatja
1	Shpjegimi i përgjithshëm i trajtimit, diskutimi për ÇAP-në, strukturën e seancave, detyrat e shtëpisë, kushtet për RA	60 minuta
2	Shpjegimi për integrimin e teknikave të TKB dhe RA	60 minuta
3	Lloji i trajtimit dhe shpjegimi i kuadratit konjektiv	60 minuta
4	Të menduarit disfunksional dhe teknika ABC	60 minuta
5	Vetëmonitorimi dhe regjistrimi i shqetësimit	60 minuta
6	Mendimet automatike dhe regjistrimi i pasigurisë	60 minuta
7	Sistemi i vjetër dhe i ri i besimeve	60 minuta
8	Analiza e kuadratit konjektiv dhe plotësimi	60 minuta
9	Puna me shtrembërimet konjiktive	60 minuta
10	Analizimi i ndryshimeve të simptomave fizike, konjiktive dhe sjellore të ankthit	60 minuta
11	Përsëritja e aftësive që janë mësuar deri tani në lidhje me simptomat e ankthit. Gjeneralizimi i këtyre aftësive në jetën e përditshme.	60 minuta
12	Përgatitja për vazhdimin e trajtimit në mënyrë autonome dhe për fazën ruajtëse të tij.	60 minuta

Pikat e planit të Trajtimit për 12 Seancat

Seanca e parë

- Qëllimet
- Shpjegimi i përgjithshëm i trajtimit, diskutimi për ÇAP, strukturën e seancave detyrat e shtëpisë, kushtet për RA

- Prezantimi i planit të seancave
- Njohja me konceptin dhe mënyrën e plotësimit të detyrave të shtëpisë

Seanca e dytë

- Qëllimet
- Shpjegimi për integrimin e TKB dhe RA
- Faza II “Relaksimi progresiv i muskujve” i RA
- Detyrat e shtëpisë

Seanca e tretë

- Qëllimet
- Prezantimi i psikoedukimit për llojin e trajtimit
- Njohja me kuadratin konjektiv
- Faza “Relaksimi Progresiv i Muskujve” i RA
- Detyrat e shtëpisë

Seanca e katërt

- Qëllimet
- Prezantimi i ditarit për të menduarin disfunksional
- Prezantimi dhe edukimi për teknikën ABC
- Faza “Vetëm Relaksim” për RA
- Detyrat e shtëpisë

Seanca e pestë

- Qëllimet
- Njohja me skedën e regjistrimit të shqetësimit
- Analizimi i shkaqeve që çojnë drejt shqetësimit
- Faza “Vetëm Relaksim” i RA
- Detyrat e shtëpisë

Seanca e gjashtë

- Qëllimet
- Prezantimi i psikoedukimit për mendimet automatike.
- Njohja me skedën e regjistrimit të pasigurisë
- Faza “Udhëzime për kontrollimin e relaksimit” i RA
- Detyrat e shtëpisë.

Seanca e shtatë

- Qëllimet
- Prezantimi i psikoedukimit për besimet që lidhen me ankthin
- Prezantimi me modelin e sistemit të vjetër dhe të ri të besimeve
- Faza “Udhëzime për kontrollimin e relaksimit” i RA
- Detyrat e shtëpisë

Seanca e tetë

- Qëllimet
- Analiza dhe praktika e kuadratit konjektiv

- Njohja me ndryshimet për veten, botën, të tjerët dhe të ardhmen
- Faza “Relaksimi i Diferencuar” i RA
- Detyrat e shtëpisë

Seanca e nëntë

- Qëllimet
- Puna me shtrembërimet konjiktive
- Krahasimi i të menduarit të mëparshëm me atë të tanishmin
- Faza “Relaksimi i Shpejtë” i RA
- Detyrat e shtëpisë

Seanca e dhjetë

- Qëllimet
- Analizimi i ndryshimeve fizike, konjiktive dhe sjellore
- Fokusi tek benefitet e trajtimit në lidhje me këto ndryshime
- Faza “Aplikimi i Relaksimit” i RA
- Detyrat e shtëpisë

Seanca e njëmbëdhjetë

- Qëllimet
- Përsëritja e aftësive që janë arritur deri tani në lidhje me simptomat e ankthit
- Analizimi i fushave vulnerabël në psikën e pjesëmarrëseve
- Faza “Aplikimi” i RA

- Detyrat e shtëpisë

Seanca e dymbëdhjetë

- Qëllimet
- Përgatitja për vazhdimin e trajtimit në mënyrë autonome
- Përgatitja për fazën ruajtëse të trajtimit
- Vendosja e objektivave afatgjatë në lidhje me funksionimin psikik
- Detyrat për seancën e radhës

Plani i trajtimit i përmbledhur, sipas seancave

SEANCA E PARË

Kjo është seanca e parë për klientin e zhvilluar gjatë periudhës së procesit të vlerësimit. Në këtë fazë është bërë gati plani i trajtimit dhe qëllimet që lidhen me të.

Qëllimet

Në këtë seancë do të diskutohet në përgjithësi për trajtimin, llojin, mënyrën, ecurinë që do të ketë. Klientja do të njihet me Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar, në formën psikoedukuese. Do të njihet me parimet e Relaksimit të Aplikuar dhe mënyrën e zbatimit të tij. Do njihet me detyrat e shtëpisë si koncept teknik brenda trajtimit dhe mënyrën se si duhet të veprojë me mbajtjen e shënimeve për to.

- Prezantimi i problemit të klientit dhe planit të seancës (diagnoza dhe struktura)

Në bazë të të dhënave që janë nxjerrë nga vlerësimi dhe nga instrumentat, rezulton se subjekti që është marrë në studim, përmbush kriteret sipas DSM-V, për Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar.

Strukturimi i përgjithshëm i seancës

- Prezantimi i psikoedukimit për ankthin dhe ÇAP.

ÇAP është një gjendje ku personat e kanë të vështirë të kontrollojnë ankthin dhe shqetësimin e ekzagjeruar që lidhet me përditshmërinë, rrethanat e rutinës jetësore,

përgjegjësitë në punë, shëndeti, financat, shëndeti i familjarëve, deri në shqetësime të vogla që lidhen me vonesën në një takim.

Simptomat

1. Ndjenja shqetësimi ose të ndjerit i tensionuar
2. Lodhja e shpejtë
3. Vështirësi në përqendrim
4. Irritim
5. Tension muskular
6. Çrregullime të gjumit

Gjithashtu janë edhe simptomat somatike (psh:djersitje, nauzea ,diarre).

Simptoma të vetëpërmbytjes dhe kontrollit (shpejtimi i rrahjeve të zemrës, bllokimi i frymëmarrjes, marrje mendsh).

Kushte të tjera që mund të lidhen me stresin (sindroma e kolonit të irrituar dhe dhimbja e kokës).

Simptomat e shqetësimit të ekzagjeruar dhe të ankthit mund të shfaqen që herët në jetë dhe të manifestohen nëpërmjet një temperamentit ankthioz.

Klinikisti do të vlerësojë simptomat specifike që lidhen me ankthin të cilat i ka klienti. Këto simptoma do regjistrohen me përpikmëri dhe do vlerësohen në vazhdimësi gjatë trajtimit. Ky informacion do përftohet nëpërmjet Inventarit të Ankthit të Beck. Në këtë fazë

klinicisti mund të bëjë një pyetësor të thjeshtë me pyetje në formën e një liste për simptomat e përmendura më sipër.

Vlerësimi i ndjenjës së alarmit/frika e humbjes së vetëkontrollit. Personat me ÇAP kanë vazhdimisht ndjesinë e gjendjes së alarmit ku fillojnë e mendojnë se do u ndodhë diçka jo e mirë, e paparashikuar. Këto mendime të gjendjes së alarmit mund të lidhen me situata si:

- Shëndeti i familjes
- Që lidhen me përditshmërinë
- Financat
- Përgjegjësitë në punë
- Rrethanat e rutinës jetësore

Kur personi ka ndjesinë e gjendjes së alarmit, për pasojë fillon dhe përjeton simptomat e humbjes së vetëpërmbytjes dhe kontrollit (shpejtimi i rrahjeve të zemrës, mbajtjen ose bllokimin e frymëmarrjes, marrje mendsh).

Klinicisti në këtë pikë duhet të marrë informacion të specifikuar në lidhje me 3 pika:

1. Kur janë momentet gjatë ditës që personi i ka më shumë këto ndjesi
2. Kush janë emocionet që shoqërojnë këto mendime
3. Kush janë përpjekjet personale që bën klienti për të ulur / normalizuar simptomat e vetëpërmbytjes dhe kontrollit

- Prezantimi i teknikës së RA.

Qëllimi i kësaj teknike është të mësuarit e aftësive të relaksimit, të cilat mund të aplikohen shumë shpejt dhe praktikisht në çdo situatë. Këto aftësi mund të krahasohen me çdo aftësi tjetër. Për shembull të mësuarit për të notuar, si të ngasin një biçikletë ose një makinë, që marrin kohë dhe praktikë për t'u mësuar, por kur zotërohen mund të përdoren kudo. Qëllimi është shpëlodhja në një kohë prej 20-30 sekondash dhe përdorimi i këtyre aftësive për të luftuar reagimet fiziologjike që janë zakonisht të pranishme në situatat ankth-provokuese.

Faza 1-rë e RA është vlerësimi.

Protokolli i plotë që fillon me analizën e sjelljes dhe vetë-monitorimin, zakonisht zhvillohet për një javë. Klientëve gjatë javës së parë iu kërkohet regjistrimi i përvojave të tyre në një vetë-monitorim, formë shumë e thjeshtë që përmban titujt në vijim:

Data, Situata, Intensiteti (vlerësuar 0-10), “Reagimi” (Çfarë mendoni ju?; Përqendrohet në shenjat më të hershme) dhe “Veprimi” (Çfarë ke bërë?).

- Detyrat e shtëpisë

Ditari i Relaksimit

Jepen detyrat e shtëpisë, për sjelljet dhe vetë-monitorimin përgjatë një jave.

SEANCA E DYTË

Qëllimi

Qëllimi i kësaj seance është psikoedukimi i klientit në lidhje me përfaqshjen e trajtimit. Klinikisti bën një përsëritje të seancës së shkuar dhe vazhdohet si informacion në lidhje me seancën e re.

- Prezantimi i psikoedukimit për llojin e trajtimit.

Trajtimi përfshin një përfaqshje që integron Relaksim të Aplikuar me metoda të Terapisë Konjektiv-Bihejviorale. Gjatë praktikës së trajtimit me persona të diagnostikuar me ÇAP ka qenë shumë efektive përdorimi i metodave të TKB. Gjithsesi edhe pse ndryshohet të menduarit, emocionet dhe sjelljet, pasojat që ngelet tek këta persona është gjendja e ankthit në nivel fizik, që mund të shfaqet herë pas here. Relaksimi i Aplikuar është efikas në ecurinë e trajtimit sepse relakson gjendjen e irrituar të individit dhe zbut simptomat fizike të ÇAP.

- Prezantimin i psikoedukimit për TKB

TKB është një formë e psikoterapisë që fokusohet tek roli i rëndësishëm i mendimeve, ndjenjave dhe sjelljeve.

Parimet bazë të Terapisë Konjektive Bihejviorale janë:

1. TKB-ja bazohet në formulimin gjithpërfshirës të problemit të pacientit dhe një konceptim të cdo pacienti me terma konjektive.
2. TKB-ja kërkon një aleancë terapeutike të theksuar.

3. TKB-ja kërkon bashkëpunim dhe pjesëmarrje aktive.
4. TKB-ja orientohet drejt qëllimeve dhe fokusimit tek problemet.
5. TKB-ja fillimisht lidhet me të tashmen.
6. TKB-ja është edukative, ka si qëllim ta mësojë pacientin të bëhet terapist i vetes.
7. TKB-ja është e limituar në kohë.
8. TKB-ja ka seanca të strukturuar.
9. TKB-ja i mëson pacientët të identifikojnë, të vlerësojnë dhe t'u përgjigjen mendimeve dhe besimeve të tyre disfunktionale.
10. TKB-ja përdor një sërë teknikash për të ndryshuar të menduarit, humorin dhe sjelljen.

TKB, është përcaktuar si diskrete, me kohë të kufiuar, me ndërhyrje psikologjike të strukturuar, që rrjedhin nga modelet konjektiv-bihejviorale të çrregullimit të ankthit dhe ku individi:

- Punon në bashkëpunim me terapistin për të identifikuar llojet dhe efektet e mendimeve, besimeve dhe interpretimeve mbi simptomat aktuale, ndjenjat dhe / ose fushat problematike.
- Zhvillon aftësi për të identifikuar, monitoruar dhe pastaj për të luftuar mendimet problematike, besimet dhe interpretimet në lidhje me simptomat ose problemet e synuara.
- Përvetëson aftësitë e duhura për t'u përballur në përshtatjen me mendimet e synuara, besimet, sjelljet dhe / ose zonat problematike.

- Faza “Relaksimi Progresiv i Muskujve” i RA

Relaksimi progresiv i muskujve do të ndihmojë të dallohet diferenca midis tensionit dhe relaksimit në secilin grup të muskujve. E çuditshme sesi mund të duket, këto dallime janë të thjeshta për t’u vënë re. Një herë që mund të ndjesh diferencën midis një muskuli të tensionuar dhe një tjetri thellësisht të relaksuar, do të jesh në gjendje të dallosh telashet kronike dhe në mënyrë të ndërgjegjshme i shpëton ata nga tensioni. Do të jeni në gjendje të sillni muskujt tuaj në gjendjen më të thellë të relaksimit pasi ju t’i relaksoni ato. Në këtë seancë do të aplikohet teknika e RA, për të shtensionuar dhe relaksuar çdo pjesë të sipërme të muskujve të trupit (1) të dy duart, (2) të dy krahët, (3) fytyra, (4) qafa, (5) të dy shpatullat. Për secilin grup, forcohu për 5 sekonda; relaksohu për 15 sekonda. Qëllimi do të jetë të relaksosh trupin në një seancë 15-20 minuta.

- Detyrat e shtëpisë

Ditari i Relaksimit

SEANCA E TRETË

Qëllimi:

Në këtë seancë fokusi do të jetë në strategjitë sjellore. Klienti do të bëjë një rritje të aktiviteteve ditore. Klinikisti do të punojë me klientin për të krijuar një plan sjellor me skema të reja.

Qëllimi i kësaj seance është që të identifikohen aktivitetet dhe sjelljet e klientit që lidhen me gjendjen ankthioze të tij, të identifikohen gjithashtu situatat gjatë së cilave ai nuk përjeton ankth.

- Prezantimi i strategjive sjellore për ankthin

Klinikisti me klientin do flasin dhe njëherë për simptomat e ankthit dhe përgjigjet që dolën në inventarin e plotësuar në seancën e parë. Individët me ÇAP zakonisht përjetojnë këto simptoma: të qenit i pasigurtë, lodhja, çrregullime në të ngrënë, seksi, gjumi, dhimbjet fizike.

Të qenit i pasigurtë

Kur ndjehesh i/e pasigurtë?

Çfarë bën kur ndjehesh i/e pasigurtë?

Të ndjerit i/e pasigurtë, ndikon në ndjenjën tënde ankthioze?

Si ka qënë ndjenja e sigurisë/pasigurisë përpara ÇAP?

Si do të doje të ndryshonte kjo ndjenjë pasigurie?

- Lodhja

Problemet me lodhjen e shpejtë?

Në ç'pjesë të ditës ndjeheni më shumë i/e lodhur?

A ke vështirësi për t'u shpëlodhur?

Si ka qenë ndjenja e lodhjes përpara ÇAP?

Si do të doje të ndryshonte kjo ndjenjë lodhjeje?

- Çrregullime në të ngrënë

Ha shumë apo pak?

Ke probleme me mbipeshën ose me humbjen në peshë?

Si ka qenë mënyra e të ngrënit përpara ÇAP?

Si do të doje të ndryshonte kjo mënyrë e të ngrënit?

- Seksi

Si është dëshira për seksin, e lartë apo e ulët?

Interesi për seksin?

Si ka qenë interesi për seksin përpara ÇAP?

Si do të doje të ndryshonte kjo dëshirë për seksin?

- Gjumi

Flini shumë apo pak?

Vështirësitë me gjumin?

Bëni gjumë të rehatshëm?

Si ka qënë kjo gjendje përpara ÇAP?

Si do të doje të ndryshonte kjo gjendje në lidhje me gjumin?

- Dhimbjet fizike

Përjetimi i simptomave të sëmundjeve të ndryshme?

Ndjenja të vazhdueshme lodhjeje dhe rënie e energjisë?

Si ka qenë përjetimi i këtyre simptomave përpara ÇAP?

Si do të doje të ndryshonte kjo gjendje?

Krijimi i një plani sjellor

Pasi janë identifikuar simptomat e ankthit, klinikisti dhe klienti do identifikojnë së bashku ato mendime që i shtojnë apo pakësojnë simptomat e ankthit.

Fokusi do të jetë tek mendimet automatike të klientit, besimet e klientit dhe të menduarit racional dhe irracional.

- Faza “Relaksimi Progresiv i Muskujve” i RA

Relaksimi progresiv i muskujve do të ndihmojë të dallojmë diferencën midis tensionit dhe relaksimit në secilin grup të muskujve. E çuditshme sesi mund të duket, këto dallime janë të thjeshta për t'u vënë re. Një herë që mund të ndjesh diferencën midis një muskuli të tensionuar dhe një tjetri thellësisht të relaksuar, do të jesh në gjendje të dallosh telashet kronike dhe në mënyrë të ndërgjegjshme i shpëton ata nga tensioni. Do të jeni në gjendje të sillni muskujt tuaj në gjendjen më të thellë të relaksimit pasi ju t'i relaksoni ato. Tek pjesa e sipërme e trupit, shtoj grupet e pjesës së poshtme të trupit: (6)kurrizi, (7) krahbarori, (8) stomaku, (9) ijet, (10) të dy këmbët, (11) të dy shputat e këmbëve. Për secilin grup, forcohu

për 5 sekonda; relaksohu për 15 sekonda. Qëllimi do të jetë të relaksosh trupin në një seancë 15-20 minuta.

- Detyrat e shtëpisë

Ditari i Relaksimit

SEANCA E KATËRT

Qëllimi:

Qëllimi i kësaj seance do të jetë përqendrimi në ndërhyrjet konjiktive. Klinikisti do i shpjegojë klientit rëndësinë e konjicioneve tek ÇAP.

Në këtë seancë do të shikohet dhe mënyra se si mund të integrohet RA me teknikat konjektiv-bihejviorale.

- Identifikimi i mendimeve pozitive dhe negative sipas modelit të TKB.

Llojet e mendimeve që ne zhvillojmë, nuk varen nga vetë situata që përjetojmë, por më shumë nga mënyra se si e perceptojmë atë. Një situatë e njëjtë mund të përjetohej ndryshe nga individë të ndryshëm. Në personat me ÇAP mendimet që shoqërojnë situatat shkaktare të problemit, janë gjithnjë negative. Me anë të teknikave të TKB, individët me ÇAP mësojnë se si të ndryshojnë nuancat e të menduarit të tyre, nga negative në pozitive.

- Skeda për regjistrimin e konjicioneve që lidhen me ankthin dhe shqetësimet

Klinikisti do të rishikojë bashkë me klientin, konjicionet që janë diskutuar në pjesën e parë për pyetësin në lidhje me simptomat ankthioze.

Është e rëndësishme që klienti të kuptojë rëndësinë e ekzaminimit të këtyre mendimeve të tij dhe se sa i rëndësishëm është ky proces për ecurinë e trajtimit. Klinikisti do t'i shpjegojë klientit që në katër seksionet e ardhshme do të zhvillohet vështrimi në proceset individuale të të menduarit dhe ekzaminimin e mënyrave se si këto mendime lidhen me ankthin.

- Faza “Vetëm Relaksim” për RA.

Faza e ardhshme e RA, përqendrohet në trajtimin " vetëm relaksim" për një kohëzgjatje 1-2 javë. Në këtë fazë, sforcimi fillestar i muskujve është përjashtuar. Kjo gjithashtu do të thotë një reduktim në kohën e marrë për të nxitur relaksim nga 15-20 minuta në 5-7 minuta.

- Detyrat e shtëpisë

Klinicisti do t’i japë si detyrë klientit që të plotësojë një skedë të aktiviteteve që i janë dhënë për të kryer.

Klienti do të pyetet kur ka ndryshime të gjendjes së tij, qoftë nga gjendja pozitive në negative ose nga ajo negative në pozitive. Gjatë këtij momenti klinicisti do t’i japë si detyrë klientit të jetë i vëmendshëm dhe të pyesë veten “çfarë isha duke menduar?” dhe t’i mbajë shënim të gjitha këto mendime. Klinicisti duhet t’i shpjegojë rëndësinë e mbajtjes shënim të këtyre konjicioneve në procesin e të menduarit.

Në mbajtjen shënim të aktiviteteve të klientit do të bëjë pjesë matja e shkallës së ankthit dhe kryerja e ushtrimeve të relaksimit.

- Ditari i Relaksimit

SEANCA E PESTË

Qëllimi:

Klientja do të njihet me konceptin e emocioneve, mënyrën e përjetimit të tyre dhe teknika për regjistrimin dhe ndryshimin e tyre.

- Prezantimi i psikoedukimit për emocionet

Mennin, Himberg Turk dhe Fresco (2002) kanë propozuar që individët me ÇAP kanë vështirësi shumë të mëdha në kuptimin e eksperiencave emocionale të tyre. Ata nuk kanë aftësi për të rregulluar këtë eksperiencë, kështu që ata përdorin shqetësimin e tepërt si një strategji konjiktive për të shtypur apo për të kontrolluar eksperiencat e tyre emocionale. Ndonjë shmangie e emocioneve (siç është sugjeruar nga Borkovec, Alcaine dhe Behar 2004) do të përmirësonte dhe/ose do të përkeqësonte këto mangësi.

Rreth emocioneve dhe shqetësimit

Rreth emocioneve

- Emocionet përfshijnë dashurinë, gëzimin, zemërimin, mërzinë, frikën, ankthin, turpin dhe fajin.
- Emocionet kanë qëllime të dobishme:
 1. Ato na tregojnë ne dhe të tjerëve rreth nevojave tona bazë.
 2. Ato motivojnë veprimet tona.
- Veprimet e motivuara nga emocionet mund të jenë konstruktive, shkatërruese apo neutrale.

Rreth shqetësimit dhe Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar (ÇAP).

- Mendimet e shqetësuara kanë tendencën të jenë racionale, analitike, rregulluese, me qëllim zgjidhjen e problemit.
- Mendimet e shqetësuara në mënyrë natyrale shtypin emocionet intensive.
- Individët me ÇAP i shohin emocionet intensive si probleme që duhen zgjidhur.
- Individët me ÇAP i përdorin mendimet e shqetësuara në përpjekje për të zgjidhur problemet e emocioneve intensive.

Çfarë ndihmese jep shqetësimi në ÇAP?

- Të bën të kuptosh që një emocion nuk është një “problem”. Nuk është në mënyrë të arsyeshme e zgjidhur.
- Të kuptuarit se një emocion është, në të vërtetë, një sinjal i rëndësishëm që nevojat bazë, shqetësimet apo qëllimet janë (ose nuk janë) kompletuar.
- Rilidhja me nevojat bazë nëpërmjet eksperiencave emocionale të thella.
- Të mësuarit i rrugëve më të mira për të kompletuar nevojat.
- Të mësuarit i rrugëve më të mira për të menaxhuar emocionet intensive apo të pakëndshme.

Strategjitë për rregullimin e emocioneve

Funksionet adaptive kërkojnë që individët të rregullojnë emocionet e tyre në disa nga rrethanat. Individët me ÇAP e përdorin së tepërmi shqetësimin për të ulur intensitetin e

emocioneve. Prandaj kjo vjen në ndihmë për të trajnuar klientin për të kontrolluar eksperiencat e tyre emocionale me një shumëllojshmëri strategjish të tjera më të përshtatshme se shqetësimi në disa rrethana.

Linehan (1993, 1993) ka prezantuar pesë mënyra me anë të të cilave intensiteti dhe zgjatja e emocioneve mund të rregullohen. Këto përfshijnë reduktimin e një dobësie të emocioneve reaktive; rritjen e eventeve emocionale pozitive; aplikimi i ndërgjegjes tek emocionet aktuale; kryerja e veprimeve të kundërta; përdorimi i teknikave të tolerancës së ankthit.

Përveç klientëve që shfaqin vështirësi në kontrollin e zemërimit, në këto raste prezantohet një strategji për menaxhimin e zemërimit: kjo strategji mësohet si një metodë alternative për rregullimin e eksperiencave emocionale pa e shtypur apo penguar atë.

Reduktimi i dobësive të emocioneve reaktive, është një hap i parë i rëndësishëm në menaxhimin e emocioneve. Faktorët që rrisin ndjeshmërinë në emocionet reaktive, janë stresorët mjedisorë dhe fizikë.

Dieta e varfër dhe/ose zakonet në të ngrënë, gjumi jo i mjaftueshëm, kujdesi jo i mirë kur janë sëmurë, mbingarkesat e orareve të ditës dhe aktivitete fizike të papërshtatshme, munden të gjitha të rrisin këtë ndjeshmëri.

Klientët mund të ndjekin hapa aktive për të korrigjuar secilin prej këtyre faktorëve. Klienti mund të alternojë zakonet e të ngrënit duke i ndarë vaktet në intervale të rregullta dhe duke ngrënë një dietë të balancuar me ushqyerjen në porcione me të përshtatshme.

Zakonet e gjumit mund të alternohen duke vendosur orare të rregullta të fjetjes, orare strikte të gjumit dhe të marrëdhënieve intime.

Këshillohet zhvillimi i një rutine të rregullt relaksimi përpara se të flenë dhe/ose konsultimi për marrjen e medikamenteve nëse pagjumësia është kronike. Sëmundjet fizike duhet të trajtohen sipas rekomandimeve të mjekut. Nëse është e mundur, sasia e tepërt e aktiviteteve të detyruara, duhet të shqyrtohen për t'u lehtësuar. Gjendja fizike mund të përmirësohet me anë të ushtrimeve të rregullta.

Njohja me hapat në procesin emocional dhe trajtimi për rregullimin e tyre

Këshilla për menaxhimin e emocioneve

1. Reduktimi i dobësive nëpërmjet kujdesit ndaj vetes (marrja e mjaftueshme e ushqimeve, gjumit, ushtrimeve, etj).
2. Kryerja e gjërave që ju kënaqin. Kryerja e më shumë aktiviteve që pëlqeni.
3. Të qenit i ndërgjegjshëm. Kushtimi i vëmendjes tek e tashmja. Largoje vëmendjen nga e kaluara apo e ardhmja.
4. Veprimet të bëhen në përputhje me ato që kërkojnë emocionet tuaja. Psh, nëse ndjehesh i shqetësuar apo i turpshëm, qëndro me kokën lart dhe shpatullat mbrapa, me një gjysmë buzëqeshje të qetë në fytyrë.
5. Ndhimjoje veten tënde të tolerojë ankthin duke menduar për pro-të dhe kundër, shpërqendrimet, vetë-qetësimin dhe përmirësimin të momentit.

Faza “Vetëm Relaksim” i RA

Faza e ardhshme e RA, përqendrohet në trajtimin " vetëm relaksim" për një kohëzgjatje 1-2 javë. Në këtë fazë, sforcimi fillestar i muskujve është përjashtuar. Kjo gjithashtu do të thotë një reduktim në kohën e marrë për të nxitur relaksim nga 15-20 minuta në 5-7 minuta

- Detyrat e shtëpisë

Ditari i Relaksimit

SEANCA E GJASHTË

Qëllimi:

- Prezantimi i psikoedukimit për mendimet automatike.

Mendimet automatike janë një rrymë e të menduarit që bashkekziston me një rrjedhë të mendimeve (Beck, 1964). Këto mendime nuk janë karakteristike për njerëzit me ankth psikologjik; ato janë një përvojë e ngjashme për të gjithë ne. Në pjesën më të madhe të kohës, këto mendime nuk mund të jenë të vetëdijshme, megjithëse, vetëm me pak trajtim, mund të arrihet që këto mendime të arrijnë në vetëdije. TKB, mund të mësojë mënyra për të vlerësuar mendimet në vetëdije, mënyra e strukturimit, sidomos kur individët janë të mërzhitur. Mendimet automatike duken në mënyrë spontane, ato bëhen mjaft të parashikueshme pasi janë identifikuar besimet themelore të pacientëve.

Mendimet automatike, zakonisht janë mjaft të shkurtra dhe pacientët shpesh janë më të vetëdijshëm për emocionin që ndjejnë si rezultat i mendimeve të tyre se sa nga vetë mendimet e veta. Mendimet automatike, shpesh janë në formë "stenografi", por mund të shqiptohen lehtësiht kur kërkohet kuptimi i mendimit. Mendimet automatike, mund të jenë në formë verbale, formë vizuale (imazhe), ose të dyja.

- Njohja me metodën Sokratike për regjistrimin e mendimeve automatike.

Pasi është shkaktuar një mendim automatik, duke parë se është e rëndësishme dhe shqetësuese dhe të jenë identifikuar reagimet që e shoqërojnë (emocionale, psikologjike dhe sjellore), duhet bashkëpunim midis klinikistit dhe pacientit për ta vlerësuar atë.

Pyetjet Sokratike

- 1.Kush është e dhëna që mbështet idenë?
2. Kush është e dhëna që kundërshton idenë?
- 3.Ka ndonjë shpjegim alternativ ose këndvështrim tjetër?
4. Çfarë është gjëja më e keqe që mund të ndodhë (nëse nuk je duke menduar për më të keqen).
- 5.Nëse do të ndodhte, si mund ta përballoje?
- 6.Çfarë është gjëja më e mirë që mund të ndodhte?
- 7.Kush mund të jetë rezultati më i vërtetë?
- 8.Kush është efekti i të besuarit të mendimit automatik?
- 9.Kush mund të ishte efekti i të ndryshuarit të mendimit?
- 10.Çfarë do t'i thojë (një shoku ose anëtar i familjes)
nëse ata do të ndodheshin në të njëjtën situatë?
- 11.Çfarë duhet të bëj?

- Faza “Udhëzime për të Kontrolluar e Relaksim” i RA

Faza e ardhshme, udhëzime për të kontrolluar relaksim, përfshin trajtimin në një "udhëzim verbal" ose "vetë-mësimim" që sjell relaksim sa më të shpejtë, zakonisht përreth

2-3 minuta, duke përdorur fjalën "Qetësohu", e cila praktikohet për një kohëzgjatje 1-2 javë.

Gjatë seancës, klienti qetësohet sa më shumë të jetë e mundur duke përdorur vetëm qasjen e çlirimit, kur e kanë kompletuar këtë veprim, e sinjalizojnë, duke ngritur një gisht (kjo metodë sinjalizimi është përdorur në versionin origjinal nga është marrë teknika). Kjo fazë fillon me ushtrime vetëm për çlirim. Kur klienti është thellësisht i relaksuar, i udhëzohet: "Merr frymë", duke sugjeruar nga frymarrja e klientit dhe "Qetësohu" përpara fymënxjerrjes. Përsërit pesë herë. Më pas klientit i është udhëzuar të përsërisë mendërisht "Merr frymë" dhe "Qetësohu" në çdo fymëmarrje dhe fymënxjerrje që të arrijë një gjendje të thellë relaksimi pa asistencën e terapistit. Përsërit katër ose pesë herë. Më pas klientit i kërkohet që të masë kohën për të arritur gjendjen e relaksuar me këtë metodën e fundit. Matjet e gabuara korrigjohen. Shumica e klientëve e arrijnë relaksimin e thellë në 2-3 minuta.

Terapisti duhet të kërkojë nga klienti vlerësimin se sa kohë iu desh për t'u shpëlodhur plotësisht dhe përgjigjen e saktë të reagimeve, sepse klientët zakonisht e mbivlerësojnë kohëzgjatjen. Kjo rutinë duhet të praktikohet rreth dy herë në ditë, për të ndihmuar të kushtëzojë një lidhje midis udhëzimeve verbale "Qetësohu" dhe çlirimit të relaksimit të shpejtë.

- Detyrat e shtëpisë

Ditari i Relaksimit

SEANCA E SHTATË

Qëllimet:

Klientja do të arrijë të ndajë besimet irracionale nga ato racionale. Racionaliteti është aftësia e njeriut për të vendosur mendjen në shërbim të ekzistencës dhe diturisë së vet. Irracionaliteti është aftësia e njeriut për të penguar mendjen e tij që ajo të vihet në shërbim të ekzistencës dhe të lumturisë.

Besimet irracionale konsiderohen si të vërteta nga njeriu. Besimet irracionale janë joelastike, nuk përputhen me realitetin, janë jo logjike dhe çrregullojnë gjendjet psikologjike të njeriut. Besimet irracionale ç'ekuilibrojnë jetën emocionale të njeriut (Tamo, 2007).

- Prezantimi i psikoedukimit për besimet që lidhen me ankthin

Duke filluar që në fëmijëri, njerëzit zhvillojnë ide të caktuara për veten, të tjerët dhe botën. Besimet kryesore janë të kuptueshme në mënyrë të thellë dhe fundamentale sa që shpesh nuk e artikulojnë atë edhe për veten. Personi i konsideron këto ide të vërteta në mënyrën sesi gjërat janë (Beck, 1987). Besimet që individët me ÇAP mbajnë një lidhje me shqetësimin kanë marrë studime të ndryshme. Ne fokusohemi në zbulimin e besimeve pozitive për shqetësimin sepse kjo linjë studimi ka pasoja të drejtpërdrejta për trajtimin.

Është e rëndësishme për pacientin të kuptojë çështjet e mëposhtme rreth besimeve kryesore:

- Që është një ide, jo domosdoshmërisht një e vërtetë.

- Që ata e besojnë atë fuqishëm, madje “ndjejnë” se ajo është e vërtetë dhe pse ajo mund të jetë pjesërisht ose plotësisht jo e vërtetë.
- Që, si një ide, mund të testohet.
- Që, mund të jetë e rrënjosur që nga ngjarjet e fëmijërisë dhe mund ose nuk mund të ketë qenë e vërtetë në atë kohë që ata filluan ta besojnë atë.
- Që, ajo vazhdon të ruhet nëpërmjet veprimit të skemave të tyre, në të cilat dallohen lehtë të dhëna që mbështesin thelbin e besimeve dhe njëkohësisht injorojnë ose nuk i konsiderojnë të mirëqena.
- Që, klienti duke punuar, mund të përdorë një shumëllojshmëri strategjish kohë pas kohe për të ndryshuar këtë ide kështu që ata mund ta shohin veten e tyre në një mënyrë më realiste.

- **Prezantimi me modelin ABC të TKB**

Kur kemi parasysh këtë model (ABC), fokusohemi tek dy procese në dukje të kundërta: njëri është identifikimi apo prezenca e një problemi dhe tjetri është zgjidhja apo zgjidhjet e mundshme të problemit apo problemeve ekzistuese.

Ky proces është pjesë e asaj që quhet trajtimi i kompetencave sociale dhe ka një përdorim mjaft të gjerë në një grup çrregullimesh dhe ajo që është e rëndësishme tek çrregullimet psikosomatike është që janë një formë komplekse bashkëdiagnozash mes çrregullimeve psikike dhe atyre fizike. Nëse në trajtimin e kompetencave sociale ne kemi si qëllim rindërtimin e formave sjellore në situata specifike, të cilat janë rrjedhojë e formave disfunktionale të të menduarit, këtu ne mundohemi të identifikojmë ato forma

disfunksionale të të menduarit që iniciojnë dhe ajo që është më e rëndësishme ruajnë çrregullime të caktuara psikologjike, duke shfaqur veten e tyre nëpërmjet çrregullimeve fizike apo sjelljeve specifike. Format disfunksionale të të menduarit janë ato që pastaj çojnë në kërkimin e situatave të ngjashme me situatën fillestare iniciuese të çrregullimit dhe që i bëjnë klientët tanë të bien në rrethin vicioz e të pafund të përforcimeve.

- Faza “Udhëzime për të Kontrolluar Relaksimin” i RA

Faza e ardhshme, udhëzime për të kontrolluar relaksimin, përfshin trajtimin në një "udhëzim verbal" ose "vetë-mësimin" që sjell relaksim sa më të shpejtë, zakonisht përreth 2-3 minuta, duke përdorur fjalën "Qetësohu", e cila praktikohet për një kohëzgjatje 1-2 javë.

Gjatë seancës, klienti qetësohet sa më shumë të jetë e mundur duke përdorur vetëm qasjen e çlirimit, kur e kanë kompletuar këtë veprim, e sinjalizojnë, duke ngritur një gisht. Kjo fazë fillon me ushtrime vetëm për çlirim. Kur klienti është thellësisht i relaksuar, i udhëzohet: “Merr frymë”, duke sugjeruar nga frymëmarrja e klientit dhe “Qetësohu” përpara frymënxjerrjes. Përsërit pesë herë. Më pas klienti është udhëzuar të përsërisë me vete “Merr frymë” dhe “Qetësohu” në çdo frymëmarrje dhe frymënxjerrje që të arrijë një gjendje të thellë relaksimi pa asistencën e terapistit. Përsërit katër ose pesë herë. Më pas klientit i kërkohet që të masë kohën për të arritur gjendjen e relaksuar me këtë metodën e fundit. Matjet e gabuara korrigjohen. Shumica e klientëve e arrijnë relaksimin e thellë në 2-3 minuta.

Terapisti duhet të kërkojë nga klienti vlerësimin se sa kohë i mori për t'u relaksuar plotësisht dhe përgjigjen e saktë të reagimeve, sepse klientët zakonisht e mbi-vlerësojnë kohëzgjatjen. Kjo rutinë duhet të praktikohet rreth dy herë në ditë, për të ndihmuar të kushtëzojë një lidhje midis udhëzimeve verbale "Qetësohu" dhe çlirimit të relaksimit të shpejtë.

- Detyrat e shtëpisë

Ditari i Relaksimit

SEANCA E TETË

Qëllimi:

Klienti të punojë me mënyrën se si duhet t'i ndyshojë besimet në formë të pavarur.

- Prezantimi i kuadratit konjektiv

Kuadrati konjektiv përfshin besimet rreth vetes së tyre, të tjerëve, të ardhmes dhe botës shpirtërore. Klinikisti do të fokusohet në secilën prej këtyre fushave dhe mënyrave se si të edukohet kjo pjesë tek klienti. Klinikisti do të punojë me klientin për të identifikuar rrënjët e këtyre besimeve dhe të përpiqen t'i modifikojnë në një mënyrë që të përputhen ana shpirtërore me mënyrën e jetesës.

Psikoedukimi rreth kuadratit konjektiv

- A. Besimet rreth vetvetes
- B. Besimet rreth të tjerëve
- C. Besimet rreth botës
- D. Besimet rreth së ardhmes

Individët që janë në ankth kanë tendencën që të shohin veten e tyre, eksperiencat e tyre të tanishme dhe të ardhmen në një mënyrë shumë të keqe. Kjo përcaktohet si një triadë konjiktive. Triada konjiktive ka tre komponentë: besimet rreth vetvetes, besimet rreth të tjerëve dhe botës dhe besimet rreth të ardhmes. Dr. William Librizzi shtoi një komponent të katërt në triadën konjiktive të Beck, besimet rreth botës shpirtërore, e cila kompletion dimensionin final të kuadratit konjektiv.

Besimet në secilin kuadrat janë të pavarura dhe të ndara nga njëra-tjetra.

A. Besimet rreth vetvetes

Individët që përjetojnë simptomat e Ankthit të Përgjithësuar zakonisht përjetojnë një ndjenjë negative për veten, kanë një imazh negativ dhe mund të ndjehen dhe inferiorë ndaj të tjerëve. Ata përjetojnë ndjenja të pavlefshmërisë dhe fokusohen në cilësitë negative për veten e tyre duke injoruar të mirat. Individët me ankth ndjehen të papërshtatshëm, jo të aftë dhe si rezultat besojnë se në të gjitha situatat do të dështojnë.

B. Besimet rreth të tjerëve

Këta individë besojnë se nuk vlejnë shumë dhe gjithashtu besojnë se nuk e meritojnë mbështetjen e të tjerëve. Individët me ankth kanë tendencën të ndjehen të izoluar, të shkëputur nga realiteti dhe ndjejnë që të tjerët nuk janë të interesuar për nevojat e tyre. Ky besim mund të bëhet i vërtetë dhe klienti mund të humbasë vërtet mbështetjen e të tjerëve si rezultat i vetë sjelljes së tij.

C. Besimet rreth botës

Individët me ankth kanë tendencën për të zhvilluar një pamje negative për botën dhe për marrëdhëniet e tyre me të tjerët. Këta individë e shohin botën si një betejë e cila nuk mbaron kurrë dhe të tjerët i shohin me sy kritik, jo mbështetës dhe refuzues.

D. Besimet rreth të ardhmes

Komponenti i tretë i kuadratit konjektiv është imazhi negativ që këta individë kanë për të ardhmen. Individët me ankth mund të parashikojnë vazhdimisht vështirësi dhe mundësi të vogla në të ardhmen. Ata nuk besojnë se gjërat do të bëhen më mirë, përkundrazi e shohin të ardhmen në mënyrën më të keqe. Kjo mund t'i çojë në një stad më të thellë të ankthit.

- Ekzaminimi i besimeve të klientit në lidhje me kuadratin konjektiv.
- Diskutimi i mënyrave se si këto besime ndikojnë në jetën e klientit dhe mënyra për të krijuar besime të shëndetshme në përputhje me botën shpirtërore.
- Zhvillimi i aftësive racionale në të menduar.

Faza “Relaksimi i Diferencuar” i RA

Faza tjetër përfshin "relaksim të diferencuar", përsëri rrjedh nga qasja e Jacobson, i cili përbëhet nga të mësuarit për t'u çlodhur duke përdorur disa muskuj. Klientit i është kërkuar të nxisë udhëzime për të kontrolluar relaksim, ulur në një karrige të rehatshme ose në këmbë dhe të mbetet në qetësi ndërsa lëviz kokën ose krahët, apo këmbët dhe në fund duke ecur. Theksi është vendosur në reduktimin e mëtejshëm të kohës që është marrë për të sjellë relaksim, i cili zakonisht arrihet për 60-90 sekonda.

- Detyrat e shtëpisë

Ditari i Relaksimit

SEANCA E NËNTË

Qëllimi:

Qëllimi i kësaj seance është përqendrimi më tepër në mënyrën e të menduarit të klientëve, duke u fokusuar jo vetëm në fushat ku janë prezente shtrembërimet konjiktive por ato faktorë që janë akoma rezistentë tek individët pjesëmarrës.

- Psikoedukimi për shtrembërimet konjiktive

Shtrembërimet konjiktive janë shtrembërimet të proceseve njohëse si, të menduarit, përfytyrimit, kujtesës, etj.

Shtrembërimet konjiktive janë shtrembërimet të të menduarit që individët kanë për veten, të tjerët dhe për botën. Të tilla janë për shembull të menduarit bardh e zi, të menduarit të gjitha ose asgjë.

Kur klienti percepton një situatë kërcënuese, shkalla e rrezikut është lehtësisht e mbivlerësuar dhe shkalla e sigurisë është e nënvlerësuar. Mbivlerësimi i rrezikut dhe nënvlerësimi i sigurisë janë dy shtrembërimet të mëdha konjiktive që ndodhin në interpretimin e situatave në individët me ÇAP.

Mbivlerësimi i rrezikut dhe nënvlerësimi i sigurisë mund të njihen në tipe të ndryshme të shtrembërimeve, si katastrofizmi, njenjat e fajit, ekzagjerimi i situatave dhe polarizimi. Minimizimi i faktorëve mbrojtës mund të jetë gjithashtu i dukshëm. Shtrembërimet lidhur me përgjigjet përballuese mund të shihen në minimizimin e aftësive përballuese.

Një listë e shtrembërimeve tipike mund t'i jepet klientit. Diskutimi i listës me klientin duke përdorur shembuj nga jeta e tij/saj, mund të rrisë ndërgjegjësimin për shtrembërimet (Sanderson, 2004).

- **Njohja me ndryshimet për shtrembërimet konjiktive**

- Faza “Relaksimi i Shpejtë” i RA

Faza e trajnimit "Relaksimi i shpejtë", ka si synim për të ndihmuar klientët të relaksohen drejtpërdrejtë në mënyrë natyrale në situata stresante ose ankthioze, duke reduktuar kohën e marrë për relaksim për 20-30 sekonda. Klientit i është kërkuar për t'u çlodhur 15-20 herë çdo ditë si detyrë shtëpie. Natyrisht, kjo do të thotë se kjo teknikë është përdorur shumë shpesh gjatë gjithë ditës, si sugjerim janë identifikuar që të veprojnë si përkujtesa, kështu që çdo herë që klienti kontrollon orën ose hap një derë, të përdorë teknikën e relaksimit.

- Detyrat e shtëpisë

Ditari i Relaksimit

SEANCA E DHJETË

Qëllimet:

Qëllimi i kësaj seance është njohja e klientit me ndryshimet në aspektin fiziologjik, konjektiv dhe sjellor.

- *Rishikimi hierarkik i formës së ndryshimeve-përgjigjet fizike, konjiktive, sjellore.*

Procesi i shqetësimit është si të shkelësh pedalën e gazit dhe ta thyesh atë, të dyja në të njëjtën kohë. Me fjalë të tjera, shqetësimi ul dhe ngre përgjigjen e ankthit menjëherë. Shqetësimi intensifikon ankthin duke identifikuar të gjitha llojet e kërcënimit potencial dhe redukton ankthin duke e fokusuar vëmendjen në fitimin e kontrollit ose shmangien e kërcënimit (Rygh, 2004). Nëse ndodhesh në një situatë që përmban shumë rreziqe potenciale, ky kombinim është ideal. Për të ndihmuar të kuptoni dhe njihni procesin e shqetësimit në vetvete, ky proces është ndarë në katër pjesë:

- Një nxitës, që është çdo gjë që përcakton procesin e shqetësimit.
- Çfarë është në mendjen tënde (mendime, imazhe).
- Çfarë ndjen në trupin tënd (ndjenja fizike).
- Si vepron/silleh.

Çdo pjesë mund të vendosë automatikisht pjesën tjetër të procesit. Ju mund të mësoni të njihni çdo pjesë të procesit të shqetësimit në vetvete. Kur i njihni pjesët, mund të mësoni mënyrën se si të ndërprisni procesin.

Diçka për secilën pjesë.

“Nxitës” është çdo gjë që mund të fillojë procesin e shqetësimit. Disa shembuj: shikon orën dhe menjëherë ndjehesh i kërcënuar nga mendimet për vonesën në punë; dëgjon një zhurmë të lartë që të befason dhe imagjimon sikur makina jote u godit nga një makinë tjetër, etj. Situata, evente, objekte ose persona mund të shërbejnë si një “nxitës”.

- Çfarë është në mendjen tënde.

Kur shqetësimi nxitet, mendja juaj ka mendime, imazhe ose rreziqe tek interesat e jetës. Mund të mendosh sa i paprekshëm je dhe sa mirë mund ta përballosh rrezikun. Ju mund ta çoni veten në mendime për të planifikuar ose në përgatitje duke u përpjekur për t’i larguar situatat e mërzitshme.

- Çfarë ndjen në trupin tënd.

Kur shqetësimi nxitet, trupi psikologjikisht vepron. Ju mund të ndjeni tension të muskujve, shqetësim, dridhje, lëkundje, frymëmarrje të cekët, rrahje të ngadalta të zemrës ose takikardi, gojë të thatë, vështirësi në gëlltitje, duar të ftohta ose të lagështa, djersitje, nxitje për të urinuar vazhdimisht.

- Çfarë bën në veprime/sjellje.

Ndjesitë trupore janë përgatitur për të vepruar, ose për të zhdukur, luftuar ose për të ngrirë në fytyrën e mërzitur. Njerëzit e shqetësuar veprojnë në mënyra që mund të duken si sjellje “fluturim”, “luftim” ose “ngrirje”.

Sjelljet fluturuese mund të përfshijnë zvarritje, shmangie, arratisje dhe sigurinë e kërkuar.

Sjelljet luftuese mund të përfshijnë kontrollimin e gjërave disa herë, mbrojtje dhe sigurinë e kërkuar.

Sjelljet e ngrira mund të përfshijnë çdo sjellje që mund të ndalohej.

- Krahasoni i simptomave të mëparshme me ato të tanishme.

- **Faza “ Aplikimi i Relaksimit” i RA**

Faza e Aplikimit përfshin ekspozimin e shkurtër të një shumëllojshmërie të gjerë të stimuljeve dhe situatave të provokimit të ankthit. Klienti është inkurajuar që të përdorë “ udhëzime për të kontrolluar relaksimin” si aftësi përballuese menjëherë përpara ekspozimit, dhe për të vazhduar përdorimin e teknikës përgjatë ekspozimit, në përgjigje të ndonjë shenje fillestare të tensionit të shkallëzuar. Ekspozimi me përdorimin e Relaksimit të Aplikuar zakonisht zgjat 10-15 minuta, shumë herë më të shkurtra se seancat normale të zgjatura të ekspozimit, e cila mund të zgjasë 1-2 orë. Megjithatë, qëllimi nuk është që të zhdukin ankthin plotësisht, por më tepër për të mësuar për ta përballuar atë, duke përdorur “ udhëzime për të kontrolluar relaksimin” si një strategji përballuese. Klienti mund të jetë i ekspozuar drejtëpërdrejtë me objektet ose ngjarje shqetësuese, ose nëpërmjet ekspozimit interoceptiv për ndjesi paniku, ose duke përdorur ekspozimin imagjinar, sidomos për shqetësimet e mëdha katastrofike dhe për ÇAP.

Detyrat e shtëpisë.

Ditari i Relaksimit

SEANCA E NJËMBËDHJETË

Qëllimi:

Qëllimi i kësaj seance është rishikimi i aftësive të mësuara përgjatë seanceve terapeutike

- Përsëritja e aftësive që janë mësuar deri tani
- Diskutimi se ku mund të përdoren aftësitë e mësuara
- Faza “Aplikimi” i RA

Faza e “Aplikimit” përfshin ekspozimin e shkurtër të një shumëllojshmërie të gjerë të stimuljeve dhe situatave të provokimit të ankthit. Klienti është inkurajuar që të përdorë “udhëzime për të kontrolluar relaksimin” si aftësi përballuese menjëherë përpara ekspozimit dhe për të vazhduar përdorimin e teknikës përgjatë ekspozimit, në përgjigje të ndonjë shenje fillestare të tensionit të shkallëzuar. Ekspozimi me përdorimin e Relaksimit të Aplikuar zakonisht zgjat 10-15 minuta, shumë herë më të shkurtra se seancat normale të zgjatura të ekspozimit, e cila mund të zgjasë 1-2 orë. Megjithatë, qëllimi nuk është që të zhdukin ankthin plotësisht, por më tepër për të mësuar për ta përballuar atë, duke përdorur “udhëzime për të kontrolluar relaksimin” si një strategji përballuese. Klienti mund të jetë i ekspozuar drejtëpërdrejtë me objektet ose ngjarje shqetësuese, ose nëpërmjet ekspozimit interoceptiv për ndjesi paniku, ose duke përdorur ekspozimin imagjinar, sidomos për shqetësimet e mëdha katastrofike dhe për ÇAP.

- Detyrat e shtëpisë.
- Ditari i Relaksimit

SEANCA E DYMBËDHJETË

- Rishikimi i rezultateve të arritura prej fillimit të trajtimit dhe deri tani
- Përgatitja e klientit që ta vazhdojë trajtimin në mënyrë autonome
- Rishikimi i shënimeve në lidhje me detyrat e shtëpisë
- Faza “Ruajtja” e RA

Kjo fazë shërben për të ndihmuar që të sigurojë zotërimin e aftësisë përballuese për të ndihmuar më tej në gjeneralizimin e situatave të ndryshme në të ardhmen. Për të ndihmuar në ruajtjen e kësaj aftësie, klientëve iu kërkohet që të vërejnë trupin e tyre të paktën një herë në ditë dhe të përdorin metodën e tyre të shpejtë të relaksimit, për të larguar ndonjë tension të identifikuar dhe për të ushtruar ose relaksimin e shpejtë ose diferencial, të paktën dy herë në javë. Klienti mund të mbajë kontakte me terapistin duke iu treguar atyre të dhënat e progresit të tyre, për shembull, për një periudhë prej gjashtë muajsh pas trajtimit.

Ecuria e Trajtimit

(Marrëdhënia me klinikistin, procedurat e ndërhyrjes, pengesat, ecuria për përmirësimin).

Gjatë këtij trajtimi u kryen procedura psikoedukative, ku ndryshimet e pjesëmarrëseve ndodhën prej të mësuarit dhe ristrukturimit të proceseve njohëse dhe sjellore. Në fund të trajtimit të dyja pjesëmarrëset u liruan nga të gjitha simptomat që i kishin në nivel të rëndë në fillim dhe kjo mund të quhet si eliminim i çrregullimit. Këto ndryshime mund të jenë të qendrueshme në kohë nëse edhe konteksti mjedisor do të jetë i favorshëm. Gjithashtu, për këtë arsye me pjesëmarrëset u planifikuan veprime që mund t'i kishin si “rezervë”, për të modifikuar kontekstin e tyre mjedisor, me anë të procedurave problem-zgjidhëse.

Pengesat në këtë proces kaq aktiv ishin sepse duhej një nivel i caktuar intelektual për reflektimin e të menduarit dhe të regjistrimit të tyre. Gjithashtu duhej motivim, i vazhdueshëm, që ishte gjithnjë i pranishëm. Në fund të 12 seancavë bazë të trajtimit, u planifikuan dhe 2 seanca të tjera. Në seancën e 13-të, u pa aftësia e përgjithshme e relaksimit të pjesëmarrëseve. Në seancën e 14-të, që u krye 5 javë pas seancës së fundit, të dyja pjesëmarrëset konfirmuan gjendjen e tyre të mirë psikologjike.

U planifikuan dhe 2 seanca pas 6 muajsh nga përfundimi i trajtimit. Gjatë këtyre 6 muajve ka pasur kontakt telefonik mes 2 pjesëmarrëseve dhe klincistes, për ndonjë pyetje në lidhje me gjendjen e shqetësimit. Ky komunikim dhe seancat shitesë janë jashtë qëllimit të këtij studimi. Gjithsesi në seancën e fundit për pjesën ruajtëse të trajtimit, të dyja pjesëmarrëset rikonfirmuan mirëqenien e tyre psikologjike dhe ndjeheshin më të forta e aktive në jetët e tyre.

Shënim: Këtu do të paraqitet protokoll i RA hap pas hapi, siç u është dhënë pjesëmarrësve në seanca dhe në shtëpi. Gjithashtu do të paraqiten teknikat që ka plotësuar pjesëmarrësja, siç janë dhënë në shtojca.

Tabela 9. Paraqitja e RA sipas hapave

Faza I
Vlerësimi, formulimi, dhe vetë-monitorimi
Relaksimi i Aplikuar është përdorur fillimisht për të trajtuar pacientë me fobi, kishte një gamë të gjerë aplikimesh në zona të tjera, përfshirë çrregullimet e panikut, ÇAP, dhimbjet e kokës (tensioni, migrena dhe të tjera). Ti do të vëresh disa relaksime pasi ta përdorësh dy ose tre herë trajnimin e relaksimit të aplikuar. Ky është një program progresiv. Çdo

fazë do të të ndihmojë të relaksohesh më lehtë dhe më thellë, derisa të relaksohesh brenda një minute. Do të arrish të zotërosh çdo fazë të programit perpara se të kalosh në fazën tjetër. Jepi vetes dy ose tre javë, me dy seanca praktikë në ditë, do të ndjehesh e rehatshme me çdo hap. Seancat e praktikimit mund të jenë pjesa më relaksuese në ditën tënde. Relaksimi i aplikuar përfshin faza të ndryshme. Çdo fazë është ndërtuar në bazë të tjetrës kështuqë sigurohu të ndjekësh të gjitha fazat.

Faza e parë është Relaksimi progresiv i muskujve që do të ndihmojë të dallosh diferencën midis tensionit dhe relaksimit në secilin grup të muskujve. Një here që mund të ndjesh diferencën midis një muskuli të tensionuar dhe një tjetri thellësisht të relaksuar. Do të jeni në gjendje të sillni muskujt tuaj në gjendjen më të thellë të relaksimit pasi ju të relaksoni ato, por mund të keni përsëri tension, nëse nuk i keni tensionuar më parë. Ndiq udhëzimet me kujdes. Qëllimi do të jetë të relaksosh trupin në një seance 15-20 minuta.

Faza II

Relaksimi Progresiv i Muskujve dhe Vetëm Relaksim

Sforcimi fillestar i muskujve është i përjashtuar dhe përqendrohet vetëm në relaksim total.

Lëviz derisa të gjesh pozicionin tënd më të përshtatshëm...

- Fillo të fokusohesh në frymëmarrjen tënde. Merr frymë thellë dhe nxirre frymën nga goja ngadalë... Në këtë seancë do të fokusohemi në disa grupe muskujsh, fytyra, qafa, krahët, duart, pjesët e sipërme dhe të poshtme të gjoksit, shpatullat, shpina, beli, këmbët, gjunjët, thembrat...
- Mundohu të qetësohesh... Lejoja vetes këtë pushim... Merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë... Mundohu të largosh çdo mendim që të vjen në mendje...
- Merr frymë... Relaksohu... Merr frymë thellë dhe ndjeje ajrin e pastër në stomakun tënd, me gjoksin lart dhe gjoksin poshtë. Mbaj frymën për një moment relaksohu... Tani merr frymë lehtë nga goja, duke ndjerë të gjithë tensionin dhe mërzitjen.... Nxirre ajrin... Pasi ta kesh nxjerrë plotësisht, Relakso stomakun dhe gjoksin... Vazhdo të marrësh frymë shumë qetë derisa të kuptosh që po relaksohesh pas çdo procesi...

- Fokusohu tek balli... Ndjeje sesa i tensionuar është i gjithë balli yt... Ndjeje sa i rëndë është balli yt... Mundohu të mbash sa më shumë të tensionuar ballin tënd... Ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e ballit...
- Relakso ballin duke zbutur të gjitha linjat... Merr frymë thellë dhe ndjeje se sa i lehtë është balli yt... Mbaj sa më shumë të relaksuar ballin tënd...
- Fokusohu tek sytë... Ndjeje se sa të tensionuar janë sytë... Ndjeje se sa të rëndë janë sytë... Mundohu t'i mbash sa më shumë të tensionuar sytë e tu... Ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e syve... Merr frymë thellë dhe ndjeji se sa të lehtë janë sytë... Mbaj sa më shumë të relaksuar sytë...
- Lëre tensionin të zhduket tutje, në të gjithë rrugën deri tek nofulla jote.
- Lëre të shkojë. Tani lëri buzët të lira dhe relakso gjuhën. Fokusohu tek muskujt e gjuhës... Ndjeje sesa e tensionuar është e gjithë gjuha...Ndjeje se sa e rëndë është gjuha... Mundohu t'i mbash sa më shumë të tensionuar muskujt e gjuhës tënde... ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e gjuhës... Merr frymë thellë dhe ndjeje se sa e lehtë është gjuha jote... Mbaj sa më shumë të relaksuar gjuhën...
- Merr frymë dhe nxirre frymën ngadalë, relakso fytyrën. Shiko se sa e qetë dhe e lirë ndjehet fytyra jote tani.
- Lëviz kokën butësisht dhe ndjejeni qafën të relaksuar. Liroji shpatullat. Qafa jote është e lirë dhe shpatullat janë të rënda dhe të ulura. Tani lëre relaksim të kalojë përmes krahëve tek gishtat e tu. Krahët e tu janë të rëndë dhe të lirë. Buzët e tua janë përsëri të ndara sepse nofulla jote është relaksuar gjithashtu.
- Merr frymë thellë dhe ndjeje stomakun të zgjeruar pastaj gjoksin tënd. Mbaje frymën për një moment dhe pastaj merr frymë ngadalë përmes gojës tënde.
- Lëre ndjesinë e relaksimit të përhapet në stomakun tënd. Ndje të gjithë muskujt e barkut tënd të lirojnë tensionin dhe të marrin formën natyrale. Relakso belin dhe shpinën. Vazhdo të marrësh frymë thellë. Ndjeje se sa e lirë dhe e lehtë ndjehet

pjesa e sipërme e trupit tënd.

Merr tre herë frymë thellë dhe çliroje frymën duke u ndjerë akoma më e relaksuar... Pastaj hap sytë ngadalë... Rri pak... Pastaj lëviz trupin ngadalë...

Faza III

Relaksimi i Udhëzuar i Kontrolluar

Krijoni pozicionin më të përshtatshëm, në karrige me krahët në prehër dhe me këmbët e ulura në tokë.

- Merr frymë thellë... Mbaje për një moment... Përqëndrohu ti largosh shqetësimet e ditës larg duke nxjerrë ajrin nga goja... Boshatisi mushkëritë derisa të ndjesh stomakun dhe gjoksin të relaksuar.
- Tani fillo të relaksosh veten, duke filluar nga balli deri tek maja e gishtave të këmbës duke përdorur teknikën vetëm relaksim... Nëse mund ta relaksosh veten plotësisht në 30 sekonda....Nëse do më shumë kohë, është mirë...
- Ti ndjehesh e qetë dhe e lehtë tani... Stomaku dhe gjoksi yt po lëvizin me lehtësi... Merr frymë... Në çdo frymëmarrje ndjesia e relaksimit thellohet.
- Vazhdo të marrësh frymë thelle dhe rregullisht, duke thënë “Merr frymë” me veten, kur thith ajrin dhe “Relaksohu” kur e nxjerr ajrin.

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

- Ndje çdo frymëmarrje të tësjellë paqe dhe qetësi dhe largoje shqetësimin dhe tensionin.
- Vazhdo të marrësh frymë në këtë mënyrë për disa minuta, duke i thënë këto fjalë vetes- “Merr frymë” dhe “Relaksohu” – ndërkohë që merr frymë... Fokusoje të gjithë vëmendjen tek fjalët në mendje dhe tek procesi i frymëmarrjes. Ndje muskujt të relaksohen thellë e më thellë me çdo frymëmarrje...
- Lëre fjalën “Relaks” të kalojë në çdo mendim të mendjes tënde...
- Tani dëgjo përsëri fjalët duke vazhduar të marrësh frymë... Dhe të relaksohesh...

- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Vazhdo të marrësh frymë duke thënë këto fjalë në mendje edhe për disa minuta...
- Kur të ndihesh e relaksuar ngri një gisht si tregues.
- Tani, ndje çdo frymëmarrje të të sjellë paqe dhe qetësi dhe largoje shqetësimin dhe tensionin.
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Nëse ke kohë, përsërite të gjithë procesin e Udhëzimet për Kontrollimin e Relaksimit për një periudhë kohore 10-15 minuta.

Faza IV

Relaksimi i Diferencuar

Merrni pozicionin tuaj më të përshtatshëm... Mbajeni shpinën drejtë... Shpatullat e tua janë të rëna... Krahët e tu janë të rënë...

- Tani vendos dorën e djathtë në tavolinë.. Dorën tjetër mund ta mbash të lirë ose sipër këmbës... ose vendose në tavolinë...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Ndjeje trupin të rënë dhe qëndro e lehtë. Tani merr lapsin...
- Mbaj lapsin... Ndje... relakso pjesën e sipërme të krahut dhe shpatullat e tua...
- Tani fillo të shkruash fjalët që dëgjon...
- Vetëm një dorë është duke punuar...
- Dora jote është duke shkruar...
- Dora tjetër është e rëndë...
- Ndje dallimin e dorës që punon dhe dorës së relaksuar...
- Lëshoje lapsin... Ndje kyçin e dorës sa i lumtur është...
- Të dyja shpatullat janë të relaksuara...

- Në pjesën tjetër të relaksimit, do të ngrihesh në këmbë dhe do të vëzhgosh trupin kush grup muskujsh kanë mbetur të tensionuar dhe kush janë të relaksuar...
- Merr frymë thellë... Ngadalë...
- Lëviz kokën, shiko përreth dhomës... Rrotullo sytë për lart... Rrotullo sytë për poshtë... Majtas... Djathtas...
- Muskujt e qafës janë relaksuar duke vazhduar të rrotullosh sytë përreth dhomës...
- Nofullat janë të relaksuara... Leri të ndara buzët...
- Mirë... Është koha të lëvizësh kokën... Lëvize ngadalë anash... Lëviz kokën duke ndjekur drejtimin e shikimin... Shiko poshtë duke sjellë mjekrën ngadalë tek gjoksi... çoje në qendër kokën... Lëvize kokën në të djathtë... Lëvize në të majtë...
- Shpatullat e tua vazhdojnë të jenë të rënda...
- Tani lëviz kokën lirshëm përreth... Ndje lëvizjet duke tendosur muskujt për rreth qafës... Shpatullat e tua dhe pjesët e tjera të trupit janë të relaksuara...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Tani, lëre ngadalë krahun e majtë dhe bërrylin të hapur...
- Ngri dorën e majtë deri në lartësinë e supeve të tua... Shtriq krahun anash... Përkul gishtat për poshtë duke e lënë të lirë...
- Njëra dorë është e tensionuar dhe dora tjetër është e rënë dhe e relaksuar...
- Ngri dorën e djathtë deri në lartësinë e supeve të tua... Shtriq krahun anash... Përkul gishtat për poshtë duke e lënë të lirë...
- Shtriq krahun e djathtë... dorën dhe gishtat...
- Vëzhgo krahun tjetër për tension...
- Relakso qafën... Relakso nofullat..
- Tani Relakso duart e tua... Lëri krahët të lirë që të pushojnë duke u kushtuar të gjithë vëmendjen... Sa të rëndë janë të dy krahët tani...
- Përqendro vëmendjen te këmbët... Lëre të lirë ngadalë këmbën e majtë,
- Imagjino sikur të tërheqin gjurin... Ndje muskujt e kofshëve... Përkul këmbët... Kontrolllo barkun, shpatullat dhe shpinën për tension...

- Tani relakso këmbën e poshtme... Ule ngadalë këmbën poshtë...
- Relakso çdo muskul që nuk të nevojitet për të qëndruar i tendosur...
- Përqendro vëmendjen tek këmba e djathtë...
- Imagjino sikur të tërheqin gjurin... Ndje muskujt e kofshëve... Përkule këmbën...
- Sigurohu që barku, shpatullat dhe shpina janë të relaksuara...
- Tani relakso këmbët... Uli ngadalë këmbë poshtë...
- Përsëri relakso çdo muskul që nuk të nevojitet për të qëndruar i tendosur...

Faza V

Relaksimi i Shpejtë

Në këtë fazë është Relaksimi i shpejtë, merr pozicionin tënd më të përshtatshëm...

- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu... Vazhdo të shikosh ... Dhe relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë thellë... Relaksohu... Thuaj vetes merr frymë në momentin që merr frymë dhe relaksohu në momentin që nxjerr frymën... Relakso të gjithë trupin... Vëzhgo trupin për tension... Relakso sa më shumë të mundesh çdo grup muskujsh që nuk të nevojitet tani...
- Sa herë që praktikon udhëzime për relaksimim gjatë ditës... Kalo nëpër këto hapa...
- Në fillim merr tre herë frymë thellë... Ndje ajrin nëpër fyt dhe gojë...
- Së dyti, mendo... Relaksohu në çdo frymëmarrje...
- Së treti, vëzhgo trupin tënd për ndonjë tension...
- Relakso çdo grup muskujsh që mundesh...
- Praktikoje mbi 15 herë në ditë...

Faza VI

Relaksimi i Aplikuar (Trajnimi i Aplikimit)

Në këtë fazë është aplikimi i Relaksimit duke u bazuar në relaksim të shpejtë, në momentet që ndjeni që jeni të lodhur ose të tensionuar.

- Merrni frymë thellë... Ngadalë.. Relaksohu...

- Merrni frymë thellë.. Ngadalë... Rrelaksohu...
- Merrni frymë thellë... Ngadalë... Relaksohu...
- Merrni frymë thellë, duke thënë vetes merr frymë... Relaksohu...
- Ndje çdo frymëmarrje që sjell qetësi duke larguar tensionin jashtë...
- Vëzhgo trupin për ndonjë tension...
- Përqendrohu në relaksim e çdo grup muskujsh të panevojshëm...
- Merr frymë... Relaksohu..
- Merr frymë thellë... Relaksohu...
- Merr frymë thellë dhe hapi sytë ngadalë... Lëviz trupin ngadalë...

Ky protokoll i Relaksimit të Aplikuar, hap pas hapi, është marrë, përkthyer dhe përshtatur nga Trajnimi për RA (M.McKay, P.Fanning), versioni Cd. Udhëzimet janë bazuar në “The relaxation & stress Reduction workbook”, M.Davis.

Teknika të plotësuar nga pjesëmarrëset gjatë trajtimit

Tabela 10. Paraqitja e teknikës ABC e plotësuar nga Pjesëmarrësja e 1-rë

DATA	A SITUATA	B MENDIMET	C PASOJAT
05.08.2014	Telefonatë nga motra, që i thotë pse është larguar fare.	Jam e paaftë për t'u përballur me të tjerët.	Ndjeva ankth dhe u shqetësova se çfarë mendon motra e njerëzit e tjerë për mua.
06.08.2014	Debat me bashkëshortin sepse nuk mban regjim ushqimor për diabetin.	Ai do të përkeqësohet dhe nuk do jetë i aftë për asgjë.	Ndjesi mbytëse, dhimbje koke, shqetësim i tepruar, pagjumësi.
07.08.2014	Filloj të kem takikardi	Do më pushojë zemra	Më shtohet ankthi, djersitja, tensioni.
08.08.2014	Konflikt me djalë sepse u vonua në darkë dhe nuk përgjigjej në telefon.	Do i ketë ndodhur diçka e keqe.	Shqetësim dhe ankth.
09.08.2014	Pritja e gjatë në rradhë në bankë.	Do më merret fryma, do më kapë gjendja e ankthit, do më shohin njerëzit, do më bjerë të fikët.	Ankthi rritet, takikardi.

10.08.2014	Debat me bashkëshortin për gjendjen time.	Jam e paaftë për t'u bërë e fortë.	Fillova të qaj, të ndjehem e pafuqishme, anthe rritej, më merrej fryma.
-------------------	---	------------------------------------	---

Tabela 11. Paraqitja e teknikës së regjistrimit të të menduarit disfunksional e plotësuar nga Pjesëmarrësja e 1

DATA	SITUATA	MENDIMI AUTOMATIK	EMOCIONI
Java e plotësimit	Çfarë situatash të pakëndshme ke pasur? Çfarë çon në emocione të pakëndshme?	Përshkruaj ndonjë mendim irracional, që ke pasur për veten, të tjerët, për të ardhmen apo botën. Sa shumë e besove atë mendim (0-100%)	I mërzitur, në ankth, i nevrikosur, etj. Sa i madh ishte emocioni? 0-100%
05.08.2014	Telefonatë nga motra, që i thotë pse është larguar fare.	Motra mendon se unë nuk e dua. Unë kam dështuar në marrëdhënie me të tjerët. 90%	E mërzitur, në ankth 90%
06.08.2014	Debat me bashkëshortin sepse nuk mban regjim ushqimor për diabetin.	Bashkëshorti im mund të vdesë dhe do mbetem e vetme. 80%	Ankth 90%
07.08.2014	Filloj të kem takikardi	Kam probleme me zemrën. 80%	Shqetësim, ankth 90%
08.08.2014	Konflikt me djalin sepse u vonua në darkë dhe nuk i përgjigjej në telefon.	Djali do të ketë bërë aksident. 80%	Shqetësim, ankth 100%
09.08.2014	Pritja e gjatë në rradhë në bankë.	Të gjithë këtu do e kuptojnë që vuaj nga ankthi e do thonë që jam e çmendur. 80%	Ankth 90%
10.08.2014	Debat me bashkëshortin për gjendjen time.	Ai mendon se unë jam një e çmendur 80%	Ankth 90%

Tabela 12. Paraqitja e skedës për regjistrimin e shqetësimit e plotësuar nga Pjesëmarrësja e 1

Data dhe ora	Përmbajtja e shqetësimit (përshkrim i shkurtër)	Përcaktimi i nivelit të shqetësimit (0-100)	Çfarë ndodhi pas përfundimit të gjendjes së shqetësimit?
12.08.2014	U shqetësova sepse djali dhe bashkëshorti donin të më shoqëronin për pazaret.	80 %	Nuk e mendova gjatë
13.08.2014	Po shqetësohesha se po ndjeja një boshllëk dhe mërzi.	60 %	Nuk do jem prapë siç kam qenë
14.08.2014	Më doli gjumi natën, po shqetësohesha pse kisha rrahje të shpejta zemre.	50 %	Bëra relaksimin, u ndjeva më mirë, fjeta.
15.08.2014	Pse po tregojnë shumë përkujdesje ndaj meje, nuk e kuptojnë që po bëhem më mirë?	60 %	U fola për ecurinë e trajtimit, diskutuam.
16.08.2014	Djali më tha që unë nuk jam më ajo nëna e dashur siç kam qenë.	70 %	U mërzita, por pastaj i dhashë forcë vetes që do të bëhesha më mirë.
17.08.2014	Kisha gjendje tensioni...pasiguri për të ardhmen.	60 %	Bëra relaksimin e hoqa mendjen.

Tabela 13. Paraqitja e skedës për regjistrimin e ndjenjës së pasigurisë e plotësuar nga Pjesëmarrësja e 1

Data dhe ora	Shqetësimet që përcaktojnë pasigurinë	Çfarë ndodh kur ndjehesh i/e pasigurtë?	Përpjekjet për të ulur ndjenjën e pasigurisë	Përcaktimi i nivelit të shqetësimit (o-100)
19.08.2014	Papunësia	Ndjehem pa shpresë	Mendoj për të mirat që kam.	50%
20.08.2014	Shëndeti i bashkëshortit	Mendoj më të keqen	Kujtoj rezultatet objektive të analizave, të cilat nuk janë keq	50 %
21.08.2014	Studimet e vajzës	Mos i lër përgjysmë studimet.	Mendoj për rezultatet dhe kursimet që i kam veç vetëm për atë.	40 %
22.08.2014	Gjendja ime	Ndjej se duhet të bëhem shumë e fortë	Përpiqem të kujtoj çdo gjë të re që kam mësuar.	50 %
23.08.2014	Marrëdhëniet me familjarët	Dua të rivendos marr.me ta	Mendoj që ata më vlerësojnë dhe se unë jam larguar.	40 %
24.08.2014	Gjendja ekonomike	Ndjehem e trishtuar prej ndryshimit.	Kujtoj që bashkëshorti dhe djali punojnë dhe ka njerëz që janë më keq.	60 %

Tabela 14. Paraqitja e teknikës sistemi i vjetër/i ri i besimeve e plotësuar nga Pjesëmarrësja 1

Data e plotësimit		25.08.2014
Sistemi i vjetër : Si është	Kam dështuar në jetën time	
Besimet e mia të vjetra	Unë jam e paafte. Njerëzit janë egoistë Bota është e pasigurtë	
Rregullat e vjetra që më mbrojnë	Nëse unë nuk rri me njerëz, atëherë s'do më shtohet ankthi	
Sistemi i ri: Si duhet të jetë	Më pret një e ardhme më e mirë	
Besimet e mia të reja	Unë jam e aftë. Njerëzit janë ata që janë. Bota është vend me mundësi.	
Rregullat e reja që më mbrojnë	Të kem marrëdhënie të shëndetshme dhe aktive me njerëzit më shton motivimin për të qenë më mirë.	

Shënim: Në këtë tabelë paraqiten të dhënat që janë marrë nga shtojca K

KAPITULLI V.REZULTATET

Ky studim cilësor bazua në një studim rasti. Analiza e të dhënave u krye përmes inspektimit vizual. Përmes këtij inspektimi vizual, u përcaktua se të dhënat kanë rezultate të rëndësishme klinike për hulumtimin.

Në këtë studim morën pjesë 2 pjesëmarrës dhe asnjë prej tyre nuk pati dëshirë të braktisë procesin në ndonjë moment gjatë trajtimit.

Të dy pjesëmarrëset e përfunduan trajtimin.

Rezultatet do të paraqesin të dhënat për secilën nga pjesëmarrëset.

Hipoteza kryesore e këtij studimi dhe integriteti i tij u vlerësuan me anë të teknikave konjiktive bihejviorale, teknikës së relaksimit të aplikuar, përgjigjet e pjesëmarrësve në lidhje me ndryshimet e përjetuara dhe të dhënat objektive nga instrumentat.

Të dhënat e pjesëmarrëseve të marra nga analiza cilësore e përgjigjeve

1.IAB. Rezultatet e këtij studimi parashtrojnë eksperiencat e të dy pjesëmarrëseve dhe rëndësinë e reduktimit të simptomave të ankthit që përfshijnë humorin, sjelljen dhe konjicionet. Të dyja pjesëmarrëset bashkëpunuan për reduktimin e simptomave të ankthit, duke përvetësuar teknikat e ndërhyrjes së TKB-së dhe RA-së. Të dhënat bazohen në transkriptimet e seancave të pjesëmarrëseve. Fillimisht të dyja pjesëmarrëset kishin nivele të larta të ankthit, që shpesh kur flisnin kishin vështirësi në frymëmarrje, të qara, irritime. Në çdo javë vërehej reduktimi i simptomave të ankthit. Pjesëmarrësja e parë në fillim shprehej, “ Nuk marr frymë lirisht...” ; “Shpesh herë ndjej sikur jam në një lëvizje, sikur

nuk e ndaloj dot, ndonjëherë vendos dorën në kraharor sepse më duket sikur do të më dalë zemra nga vendi ”; “ Të tjerët nuk do të arrinin të më kuptonin”; “Konfuze në marrjen e ndonjë vendimi shumë të rëndësishëm”; “Nuk vlej për asgjë, rri kot në shtëpi”; “Çdo gjë do të shkojë për poshtë, për keq”; “Unë jam e padobishme”; “Nuk mendoja se isha e aftë për të gjetur një arsye por...”; “Ndjesi parehatie, gjendje të vazhdueshme tensioni ”.

Në vazhdimësi dhe në përfundim ajo shprehet: “Ndjeva veten shumë aktive”; “Shikoj të ardhmen me optimizëm”; “Nuk po ndjej aq ankth sa ndjeja më përpara”; “Gjumin e bëj më mirë...”.

Pjesëmarrësja e dytë raportoi se Teknikat Konjitiv-Bihejviorale dhe ushtrimet e Relaksimit të Aplikuar e ndihmuan në reduktimin e ankthit duke u shprehur që “ Mbas shumë kohësh, fillova të besoja se unë vleja, mund të bëja gjëra shumë të mira siç më thonin edhe njëherë e tjerë, mund të shoh të vërtetën dhe ta ndjej atë. Mendoj se jam në gjendje për t’i menduar gjërat ndryshe, të mos lejoj që emocionet e mia të marrin drejtime jo të mira, të shfrenuara duke më bërë mua të “çmendur”. Ndjej që kam mësuar shumë gjëra të mira rreth vetes dhe që kam cilësi shumë të mira. Në fakt nuk ndjehem e kompletuar, por ndjej që kam filluar të jetoj jetën time përsëri, sikur kam gjetur veten time... Por, kam shumë gjëra për të mësuar, duke i thënë vetes çdo ditë, që kam akoma të tjera për gjetur, dua të kem kohë që ta bëj këtë. Ndihem mirë për arritjet...”.

Të dy pjesëmarrëset raportuan përmirësim në gjendjen e tyre të përjetimit të ankthit dhe motivimin për të përmirësuar gjendjen akoma më mirë. Bazuar në ecurinë tyre gjatë

seancave dhe në IAB tregohet një pikë mbështetëse e hipotezës dhe impakti pozitiv i teknikave të TKB dhe RA.

2.IPGJSH. Të dhënat e pjesëmarrëseve janë bazuar në transkriptimet e seancave terapeutike. Rezultatet e këtij studimi parashtrojnë eksperiencat e të dy pjesëmarrëseve dhe rëndësinë e reduktimit të simptomave të shqetësimit. Të dy pjesëmarrëset mbartnin nivel të lartë të shqetësimit. Në çdo javë trajtimi dhe vlerësimi, vërehej reduktim. Pjesëmarrësja e parë në fillim shprehej: “Nuk do të gjej asnjëherë punë ”; “U ndjeva keq se nëse do isha në punë... Nuk vlej për asgjë... Jam e padobishme” ; “Nuk më do njeri mua”; “Nuk vlej për asgjë”; “Tani këto gjëra më shqetësojnë”; “Mendjen e kam po aty... Mërzitem gjatë gjithë kohës...”; “Familja ime ka nevojë për mua”; “Më mungojnë shumë gjëra, si ekonomia, kur isha në punë ishim në gjendje të përballonin situatat e vështira, tani nëse dua të blej duhet ta mendoj dy herë”; “Mundohem të bëj më të mirën, të mos shpenzoj shumë”; “Por prapë kam nevojë të bëj akoma më mirë...”; “ Dua shumë që t’ia dal mbanë” ; “Do t’ia dal”.

Sikurse edhe Pjesëmarrësja e dytë, arriti që të ketë një reduktim të nivelit të shqetësimit në jetën e saj. “Dua që kjo rrugë të vazhdojë, të bëhem më e fortë dhe më mirë. Mendoj momentin kur kam ardhur këtu për herë të parë, o Zot sa keq kam qenë. Dua të ndihem më mirë dhe të mos shqetësohem për çdo gjë që ndodh”.

Këto qëndrime tregojnë rritjen e pjesëmarrëseve në çdo seancë trajtimi. Të dyja pjesëmarrëset vazhduan të kishin reduktim të shqetësimeve për gjërat e vogla që mund të ndodhnin. Të dyja pjesëmarrëset raportuan që shqetësimi i tyre ishte më i ulët por edhe mundoheshin që të arsyetonin çdo situatë që përjetonin sidomos në ato që u shkaktonin më

tepër shqetësim dhe ankth. Bazuar në ecurinë e tyre gjatë seancave dhe në IPGJSH tregohet një pikë që mbështet hipotezën, dhe efikasitetin e TKB dhe RA.

3.ISHKA. Pjesëmarrësja e parë në seancat e para shprehte fajësim dhe zemërim ndaj vetes se nuk arrinte të ishte si më përpara. Ajo zemërohej me anëtarët e familjes dhe mos veprimin e tyre që e konsideronte si mos interesim. Injoronte situatat pozitive dhe të gëzueshme që mund të përjetonte duke u ndjerë në ankth dhe duke përjetuar shqetësime fizike.

“Pata debat me bashkëshortin... Debatuam shumë rëndë... E lëndova. Nuk duhet t’i flisja ashtu. U zemërova me të sepse nuk më dëgjoi për këshillat që i jap për regjimin e ushqimit, u nxeha dhe me veten sa e pafuqishme që jam...”; “Sado që mundohem të qetësoj mendjen dhe të largoj ankthin përsëri është e kotë... Mendjen e kam po aty... Mërzitem gjatë gjithë kohës dhe ndjej shumë lodhje...”; “Por nuk e di, më duket e perealizueshme... Dua shumë që t’ia dal mbarë... Do t’ia dal...”.

“Jam e shumë e emocionuar, ndjehem shumë mirë, por kam edhe pak si frikë ”; “Tani mundohem të shoh gjërat mirë ose t’i marr me sportivitet (lehtësi, fleksibilitet)”.

Pjesëmarrësja e dytë në seancat e para të terapisë shprehte zemërim të theksuar ndaj vetes dhe personave që mendonte se nuk e mbështesnin. Nuk arrinte të pranonte emocionet pozitive duke e fajësuar veten. “Unë e kam fajin... Nuk arrij të vendos gjërat në vendin e duhur... Jam e ngathët... Budallaqe...”; “ Nuk e di pse nuk arrij të kënaqem edhe kur jam me personat që i kam të afërt, të dashur...”; “Pse duhet të më ndodhë kjo gjë mua...”; “ Kalova mirë dje por se si më dukej vetja, si e tepërt, mbase nuk duhet të kënaqem”; “ Arrita që të

flisja me shoqen që isha zënë kohët e fundit, i fola se pse u solla ashtu”; “Dua shumë që çdo gjë të jetë si më parë dhe të ndihem e lirë...”; “Mendoj se mund t’ia arrij”.

4.IMAAA. Rezultatet e këtij studimi parashtrojnë eksperiencat e të dy pjesëmarrëseve dhe ashpërsinë e nivelit të ankthit. Të dy pjesëmarrëset, në fillim të seancave mbartin nivel të lartë të ankthit të përgjithësuar që është reduktuar përgjatë 12 seanceve.

Pjesëmarrësja e parë - “Më duket sikur diçka do të shkojë keq”; “Më duket sikur kam humbur kontrollin e gjërave”; “Kam frikë se çfarë do të ndodhë në të ardhmen”; “ Kam përshtypjen se gjërat do të ndryshojnë “; “Nuk arrij të fokusohem në gjëra të tjera, më rri mendja tek shqetësimet që ndjej në trupin tim”; “Sado që mundohem të qetësoj mendjen dhe të largoj ankthin përsëri është e kotë...”; “Mërzitem gjatë gjithë kohës dhe ndjej shumë lodhje”; “Ndjehem mirë, por prapë kam nevojë të përmirësohem”; “Nuk jam në ankth. Ndjej që unë mund të përballoj dhe më shumë se kaq dhe kam aftësi të reja për të përballuar gjërat”; “Fle më mirë, ndjej që nuk kam ankth... Ndjej më shumë... Diçka që nuk arrij ta shpjegoj... Ndihehem mirë, shumë energjike”.

Pjesëmarrësja e dytë - “Nuk jam mirë”; “Ndjej vazhdimisht sikur mbytem... Nuk marr frymë lirshëm”; “Është e tmerrshme kjo ndjesi, më duket se nuk do të duroj dot më”; “ Nuk arrij të iki në punë se kam ndjesinë se nuk do ta bëj mirë dhe do më pushojnë nga puna”; “ Nuk përqendrohem dot gjatë punës”; “Kur flisnin shoqet e punës që më tregonin biseda nuk u ndjeva mirë por e përmbajta veten”; “Kur nuk e ndjej veten mirë që më merret fryma nuk rri, por largohem deri sa të qetësohem dhe kthehem në punë”; “Kam filluar të mos bëj pushime nga puna”; “ Ndihehem mirë... Ndihehem e lehtë”.

5.ISHK.Duke u nisur që nga faktori i Personalizimit, sipas rezultateve shtrebbërimet konjiktive ishin reduktuar. Pjesëmarrësja e parë, mohonte çdo mendim, eksperiencat pozitive që mund të përjetonte, fajësonte për çdo gjë veten, sidomos për situatat negative edhe kur nuk ishte përgjegjëse duke arritur në pranimin e mendimeve pozitive dhe bashkëjetesën me to. Sikurse edhe te Pjesëmarrësja e dytë, ka reduktim të vetëfajësimit të vetes dhe krahasimi i tepruar me të tjerët.

Duke vazhduar me faktorët e tjerë, Zmadhimi, pjesëmarrësja e parë vazhdimisht ekgagjeronte situatën e shëndetit të bashkëshortit të saj dhe të gjendjes ekonomike, duke fajësuar vazhdimisht veten. Më pas kishte tendencën që t'i zmadhonte situatat por jo në nivel siç i përjetonte në fillim. Pjesëmarrësja e dytë, për çdo ngjarje sado e vogël të ishte, e zmadhonte në mënyrë aq dramatike sa kjo i krijonte lodhje të madhe trupore.

Faktor tjetër i shtrebbërimëve konjiktive është edhe parashikimi i të ardhmes dhe eksternalizimi i vetvetes, duke qenë se pjesëmarrëset mohonin eksperiencat pozitive dhe ekgagjeronin situatat negative, parashikimi për të ardhmen ishte drejt negativitetit dhe pjesëmarrëset kishin nevojë vazhdimisht për vlerësim nga të tjerët. Pjesëmarrësja e parë, e shihte të ardhmen të errët saqë nuk dëshironte që të fliste por edhe të mendonte. Konfuzioni i krijonte gjendjen e humbjes duke e personalizuar veten të humbur në një botë të ashpër. Sikurse edhe pjesëmarrësja e dytë e cilësonte të ardhmen jo të qartë, e shihte veten të veçuar nga e gjithë bota dhe kishte shumë pak kontroll në jetën e saj. Në fund të terapisë të dy pjesëmarrëset arritën që të ishin optimiste, të shihnin me pozitivitet të ardhmen e afërt.

Perfeksionizmi ishte një faktor që i rëndonte pjesëmarrëset, duke kërkuar vazhdimisht performancë të lartë në çdo veprim dhe vendimarrjen e tyre. Pjesëmarrësja e parë në nivelin e perfeksionizmit ka qenë disi e kontrolluar, por shpesh herë shfaqte tendencën për të arritur

në nivele të larta. Kjo lidhet edhe me fëmijërinë e saj, ku vazhdimisht duhej të mos gabonte. Në fund të terapisë u arrit që të kishte nën kontroll dhe të arsyetonte për veprimet që duhet të ndërmerre. Pjesëmarrësja e dytë, nuk e toleronte veten por kërkonte me insistim të ishte perfekte në çdo gjë që vepronte. Në fund të terapisë pjesëmarrësja arriti të ishte tolerante ndaj vetes, duke gjetur arsye që e mundonin të ishte vazhdimisht nën tensionin e perfeksionizmit.

Të menduarit absolut, tendencën për të përjetuar situatat me negativitet. Në çdo situatë, ngjarje dhe mendime Pjesëmarrësja e parë ishte e prirur drejt negativitetit duke mos parë elementët pozitivë. Gjatë seancës terapeutike duke u fokusuar në mendimet automatike Pjesëmarrësja e parë arriti që t'i kthente në mendime pozitive duke vazhduar që t'i përjetonte situatat me optimizëm. Tek Pjesëmarrësja e dytë u vu re nivel më i lartë i shtrembërimeve dhe në rastin konkret, në situata ku kishte performancë jo të mirë e cilësonte vetën të dështuar. Në fund të seancës terapeutike mendimet orientoheshin drejt pozitivitetit dhe të menduarit se gjërat do të vijnë duke u përmirësuar.

Faktor tjetër i rëndësishëm është edhe rritja e arsytimit emocional. Të dyja pjesëmarrëset karakterizoheshin me nivel të ulët të arsytimit emocional, duke ndjerë mërzitje, ankth, duke qenë konfuze nga ana emocionale i shihnin ngjarjet me negativitet. Duke lejuar këto emocione të ndikonin në perceptimin e vetes, të tjerëve dhe të situatave. Rezultatet treguan rritje të nivelit të arsytimit emocional. Pjesëmarrëset ishin më të vetëdijshme për emocionet që ndjejnë, të cilat rrjedhimisht reflektojnë në mënyrën se si janë ngjarjet në të vërtetë.

Faktor tjetër që lidhet me shtrembërimet konjiktive është edhe minimizimi. Të dyja pjesëmarrëset rezultojnë me pikë të larta. Eksperiencat pozitive pjesëmarrëset i

minimizimin deri në atë pikë sa i konsideronin të parëndësishme, duke parë të gjitha ngjarjet që përjetonin me familjen dhe shoqërinë, të dyshimta dhe me negativitet.

Tendenca për të krahasuar veten me të tjerët, është element që është i pranishëm tek personat që kanë çrregullime ankthi. Pjesëmarrësja e parë paraqitej me nivel të moderuar të krahasimit me të tjerët. Episodet e krahasimit lidheshin më tepër me papunësinë dhe gjendjen e saj të shqetësuar. Pjesëmarrësja në fjalë arriti që të fokusohet tek vetja dhe të gjente mënyra se si të përmirësohet në ato fusha shqetësuese. Pjesëmarrësja e dytë paraqitej në nivel më të theksuar të krahasimit me të tjerët, duke e parë veten inferiore, duke dalë në konkluzione negative për veten. Përgjatë seancave, pjesëmarrësja kishte tendencën që të vazhdonte të bënte krahasime duke nënvlerëuar veten. Teknikat që u përdorën gjatë seancave arritën që pjesëmarrësja të fitonte besimin në vetvete dhe të mos ndjehej inferiore. Gjendje të mundshme, është një faktor që i referohet pritshmërive që kanë për veten. Të dyja pjesëmarrëset ndjehen nën presion për faktin se si “duhet” të kishin performuar, pavarësisht aftësive të tyre. Kjo gjendje i krijonte subjekteve, ndjenja keqardhjeje, zemërimi, faji, frustrimi. Rezultatet përfundimtare treguan nivel të ulët të këtyre ndjenjave, si pasojë e arsytimit emocional.

Faktor tjetër është katastrofizimi, që ishte prezent tek të dyja pjesëmarrëset. Në procesin e vlerësimit të situatave pjesëmarrëset besonin se më e “keqja” do të ndodhë, duke menduar dhe besuar se gjërat sa do të vinin dhe do të përkeqësoheshin, duke parë botën e ashpër dhe të errët. Në përfundim të seancave pjesëmarrëset kishin perceptime optimiste për të ardhmen e tyre duke besuar se e “keqja” kishte kaluar.

Faktori i fundit i shtrembërimeve konjiktive është arsytimi emocional dhe marrja e vendimeve. Të dy pjesëmarrëset arritën të arsyetonin jo vetëm gjendjen emocionale por

edhe të kishin besim tek vetvetja, të merrnin iniciativën në marrjen e vendimeve për jetën e tyre.

6.IDB. Të dyja pjesëmarrëset shprehen se humorin depresiv e kanë në ditë të caktuara ose në momente të caktuara kur rrinin e mendonin për problemet që kishin me ankthin. Simptomat depressive ato i hasnin vetëm në momente kur përjetonin ankth ekstrem dhe pasojat që linte ai. Një nga ankesat e fillimit që lidhej me gjendjen depressive të pjesëmarrësja e parë, “Ndjej se nuk ka asnjë shpresë për të ardhmen time dhe se situata nuk mund të përmirësohet”, nuk ishte më e pranishme gjatë vazhdimësisë së trajtimit. Ajo ishte e motivuar dhe e nxitur për të punuar në kalimin e gjendjes së saj. Gjithashtu ajo ndryshoi qëndrim dhe në lidhje me marrëdhëniet, ku në fillim shprehej se kishte ndjenjën e një dështimi të plotë në marrëdhëniet e saj me bashkëshortin dhe me fëmijët. Tek pjesëmarrësja e parë ndryshuan dhe simptomat fizike që lidheshin me humorin depresiv ku shprehej: “Jam aq e shqetësuar nga ndijimet e shumta në trup, sa e kam të vështirë të mendoj për ndonjë gjë tjetër”. Në vazhdimësi të trajtimit ajo u distancua prej shqetësimeve fizike, e ndjente trupin më energjik dhe më të gjallë, siç shprehej vetë.

Pjesëmarrësja e dytë rezultoi me një nivel më të lartë të depresionit. Këto ndjenja depressive ajo shprehej se i kishte përjetuar së fundmi sepse ndjehej e ngecur dhe e pashpresë për gjendjen e ankthit. Pra gjendja depressive i ishte zhvilluar javët e fundit prej çrregullimit të ankthit që ajo kishte për më shumë se 5 vite. Trishtimi i madh që ndjente për shkak të ankthit, u reduktua në vazhdimësi të trajtimit. Ajo shprehej se më në fund po shihte një dritë, një mundësi për të kaluar gjendjen e saj. Ndjente se mund të buzëqeshte. Pashpresshmëria e saj e fillimit që lidhet me simptomat depressive, u transformua përgjatë

trajtimit, ku ajo filloi të ishte pozitive dhe kishte shumë shpresë që do ta ndalonte këtë problem. Iu shtua interesi për gjërat e njerëzit dhe u bë më aktive për vendimarrjen.

7.IAPT. Në fillim të trajtimit u vu re motivimi dhe disponibiliteti nga ana e të dyja pjesëmarrëseve për të bashkëpunuar në zgjidhjen e problemit të tyre. Që prej fillimit u respektuan rregullat nga ana e të dyja palëve. Ndjenja e besimit filloi të rritej më vonë, gjatë vazhdimit të trajtimit. Gjatë gjithë procesit pjesëmarrëset ishin të mbrojtura nga gjykimet morale, konsideratat mbi vlerat personale, vlerësimet se sa ishin socialisht të pranueshme sjelljet e tyre. Në qendër të punës së kryer gjatë seancave të trajtimit ishin problemet e pjesëmarrëseve, vuajtja e tyre, projektet e ardhshme për jetën. Në vazhdimësi të trajtimit nuk pati asnjë censurë në lidhje me argumentet që pjesëmarrëset donin të shprehnin. Klinikistja u sinkronizua me gjuhën e pjesëmarrëseve duke ndarë në mënyrë empatike emocionet, duke vënë në dispozicion kompetencën vetjake për vendosjen e një lidhjeje që do gjeneronte ndryshime në gjendjet emotive dhe në proceset mendore përgjegjëse për vuajtjen e tyre. Stili i trajtimit i orientuar drejt modelit konjektiv-bihejvioral, si një model bashkëpunues dhe aktiv, i vendosi pjesëmarrëset në pozita pune. Ato kuptuan drejt idenë e kësaj përjasjeje se ishin ato vetë njohëset më të mira të eksperiencës së tyre problematike dhe se hapësirën mes tyre dhe botës e kishin vendosur ato vetë. Në këtë proces të njohjes së vetes dhe punës për ndryshim, aftësitë e klinikistes u fokusuan në gjetjen e aspekteve problematike të pjesëmarrëseve për t'i diskutuar më pas me to, për zgjidhje të mundshme, sipas një prospektive të jashtme. Të dyja pjesëmarrëset u përfshinë në një marrëdhënie cilësore, ku krijuan besim, u ndjenë të mirëpritura dhe e perceptuan hapësirën fizike dhe emotive të seancave si një kontekst të sigurtë, ku shprehën edhe gjërat

më delikate të jetës së tyre. Të gjitha këto dinamika të kësaj marrëdhënieje u konfirmuan edhe nga të dhënat objektive e IAPT.

Të dhënat nga pikët e Inventarëve, të administruar në javën e 1, 3, 6, 9, 12

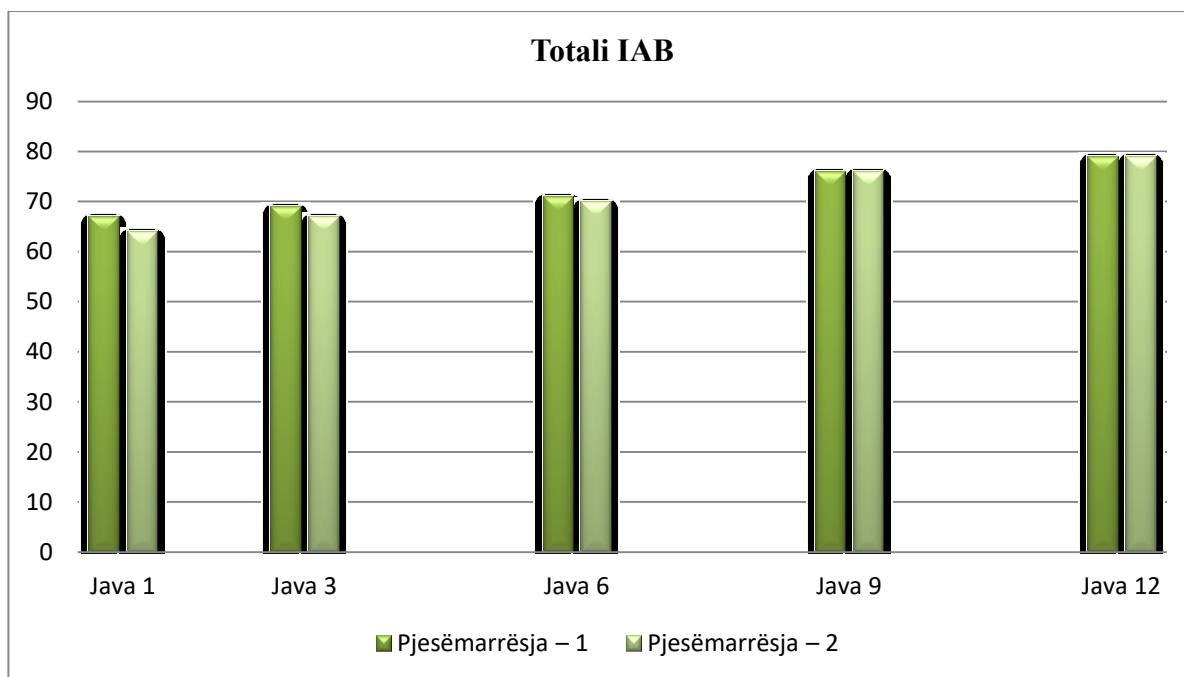
Të dhëna objektive.

Inventari i Beck për Ankthin. Në bazë të rezultateve për të dy pjesëmarrëset, në javën e parë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 56 pikë dhe Pjesëmarrësja-2 me 54 pikë, që tregojnë përjetim të lartë të ankthit. Në javën e tretë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me një shumë prej 40 pikësh dhe Pjesëmarrësja-2 me një shumë prej 39 pikësh, që tregojnë nivel të lartë të përjetimit të ankthit por më pak se javën e parë. Në javën e gjashtë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me një shumë prej 24 pikësh dhe Pjesëmarrësja-2 me një shumë prej 22 pikësh, që tregojnë nivel të moderuar të ankthit. Në javën e nëntë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me një shumë prej 14 pikësh dhe Pjesëmarrësja-2 me 13 pikë, që tregojnë nivel të lehtë të përjetimit të ankthit. Në javën e fundit, javën e dymbëdhjetë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me një shumë prej 6 pikësh dhe Pjesëmarrësja-2 me një shumë prej 5 pikësh, që do të thotë se përjetimi i ankthit për të dy pjesëmarrëset ishte në nivele minimale, duke treguar edhe efikasitetin e trajtimit përgjatë seancave.

Tabela 15. Pikët për Inventarin e Ankthit Beck

<u>Pikët IAB</u>		
Javët	Pjesëmarrësja – 1	Pjesëmarrësja -2
Java 1	56 pikë	54 pikë
Java 3	40 pikë	39 pikë
Java 6	24 pikë	22 pikë
Java 9	14 pikë	13 pikë
Java 12	6 pikë	5 pikë

Grafiku 1.Pikët për Inventarin e Ankthit Beck



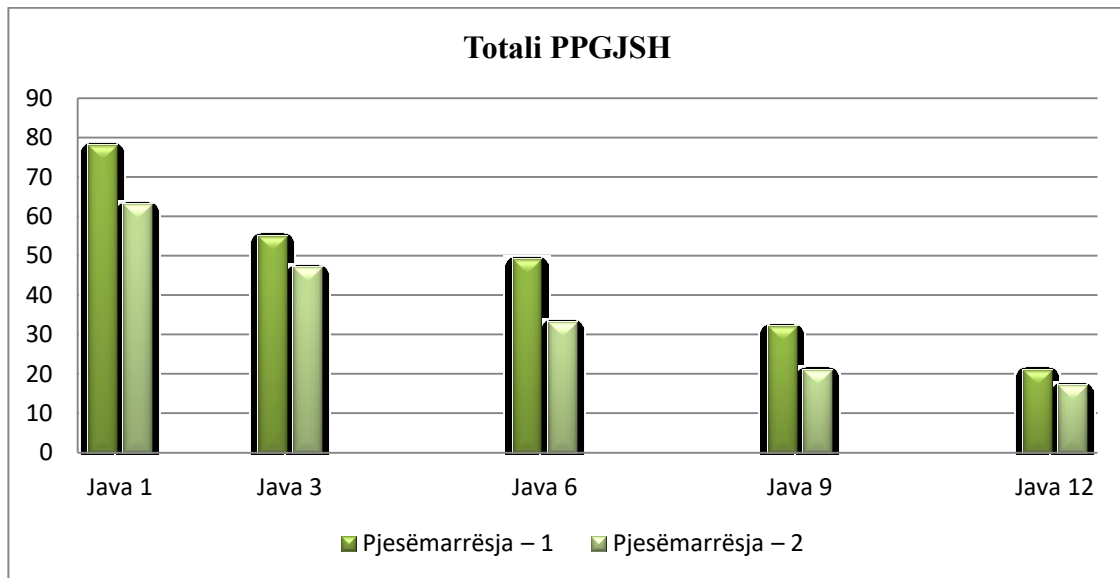
Të dhënat objektive

Pyetësi i Penn për Gjendjen e Shqetësimit (PPGJSH). Në bazë të rezultateve për të dy pjesëmarrëset në studim, për javën e parë, Pjesëmarrësja - 1 ka rezultuar me 78 pikë dhe Pjesëmarrësja-2 me 63 pikë, që tregon nivel të lartë të shqetësimit. Në javën e tretë, Pjesëmarrësja -1 rezultoi me 55 pikë dhe Pjesëmarrësja-2 me 47 pikë, që tregojnë nivel të moderuar të shqetësimit. Në javën e gjashtë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 49 pikë që tregon përsëri një nivel të moderuar por duke u reduktuar simptomat e shqetësimit. Pjesëmarrësja-2, me 33 pikë, që tregon nivel të ulët të shqetësimit. Në javën e nëntë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 32 pikë, që tregon reduktim të shqetësimit, sikurse edhe Pjesëmarrësja-2 me 21 pikë, nivel të ulët të shqetësimit. Në javën e fundit, të dymbëdhjetën, Pjesëmarrësja-1 ka përfunduar seancat terapeutike me një shumë prej 21 pikësh dhe Pjesëmarrësja-2 me një shumë prej 17 pikësh, që tregojnë që niveli i shqetësimit është ulur duke treguar edhe efikasitetin e trajtimit përgjatë seancave.

Tabela 16. Pikët e Pyetësit të Penn për Gjendjen e Shqetësimit

<u>Pikët e PPGJSH</u>		
Javët	Pjesëmarrësja-1	Pjesëmarrësja -2
Java 1	78 pikë	63 pikë
Java 3	55 pikë	47 pikë
Java 6	49 pikë	33 pikë
Java 9	32 pikë	21 pikë
Java 12	21 pikë	17 pikë

Grafiku 2. Pikët e Pyetësorit të Penn për Gjendjen e Shqetësimit



Të dhëna objektive

Inventari i Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve. Fillimisht do të demonstrohen për secilën pjesëmarrëse shuma totale e pikëve, shkalla e afeksioneve për çdo javë. Në bazë të rezultateve të të dy pjesëmarrëseve në studim, në javën e parë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me një shumë prej 85 pikësh dhe Pjesëmarrësja-2 me 92 pikë, që demonstroi nivel shumë të ulët në kontrollin e emocioneve të forta.

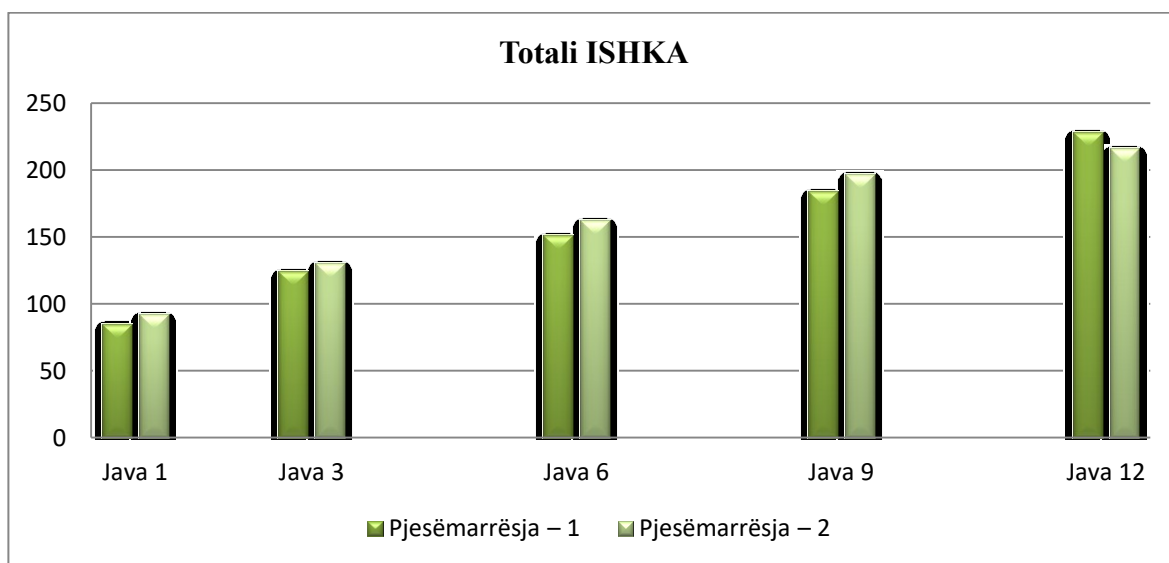
Në javën e tretë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 124 pikë, që tregon nivel të ulët kurse Pjesëmarrësja-2, me 130 pikë që ka arritur në nivele disi të moderuara. Në javën e gjashtë, Pjesëmarrësja -1 ka marrë 151 pikë dhe Pjesëmarrësja-2 me 162 pikë, që tregon nivel disi të moderuar në përballimin e situatave me emocione të forta. Në javën e nëntë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 184 pikë dhe Pjesëmarrësja-2 me 197 pikë, që tregon kontroll të frikërave në

nivel të moderuar. Në javën e fundit, java e dymbëdhjetë, Pjesëmarrësja - 1 rezultoi me 228 pikë dhe Pjesëmarrësja - 2 me 216 pikë, që tregon se kontrolli i emocioneve të forta është në nivele të larta.

Tabela 17. Pikët e Inventarit së Shkallës të Kontrollit të Afeksioneve

Pikët për ISHKA		
Javët	Pjesëmarrësja 1	Pjesëmarrësja 2
Java 1	85 pikë	92 pikë
Java 3	124 pikë	130 pikë
Java 6	151 pikë	162 pikë
Java 9	184 pikë	197 pikë
Java 12	228 pikë	216 pikë

Grafiku 3. Pikët e Inventarit të Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve



Të dhëna për secilën fushë të ISHKA

Zemërimi: Për të kuptuar më tepër kontrollin e afeksioneve për secilën pjesëmarrëse në fushën e zemërimit që përmban 8 pohime me një shkallë nga (1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort), ku 1-8 Asnjë; 9-16 Shumë i ulët; 17-24 i ulët; 25-32 Disi i moderuar; 33-40 i moderuar; 41-48 i lartë; 49-56 Shumë i lartë. Bazuar në rezultatet për javët përkatëse, fillimisht Pjesëmarrësja-1 ka pasur nivel të ulët prej 14 pikësh të kontrollit të zemërimit, që ka vazhduar duke u reduktuar në javën e tretë me 23 pikë. Në javën e gjashtë me 33 pikë, nivel të moderuar të kontrollit të zemërimit. Duke vazhduar në javën e nëntë me 34 pikë, nivel të moderuar të kontrollit dhe në javën e dymbëdhjetë me 41 pikë, nivel të lartë të kontrollit të zemërimit.

Pjesëmarrësja -2, rezultoi në javën e parë me 20 pikë dhe në javën e tretë me 24 pikë, që tregon nivel të ulët të kontrollit të afekteve. Në javën e gjashtë, rezultoi me 27 pikë që tregon nivel disi të moderuar. Në javën e nëntë me 37 pikë, që tregon nivel të moderuar dhe në javën e dymbëdhjetë. Pjesëmarrësja -2 rezultoi me 44 pikë, që tregon nivel të lartë të kontrollit të zemërimit.

Afektet Pozitive: Për të kuptuar më tepër kontrollin e afeksioneve për secilin pjesëmarrës në fushën e afekteve pozitive, që përmban 13 pohime me një shkallë nga (1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort), ku 1-13 Asnjë; 14-26 Shumë i ulët; 27-39 i ulët; 40-52 Disi i moderuar; 53-65 i moderuar; 66-78 i lartë; 79-91 Shumë i lartë. Bazuar në rezultatet për javët përkatëse. Fillimisht Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 21 pikë, nivel shumë të ulët të afekteve pozitive. Në javën e tretë me 30 pikë tregon nivel të ulët. Në javën e

gjashtë me 37 pikë tregon nivel të ulët. Në javën e nëntë me 50 pikë, tregon nivel disi të moderuar dhe në javën e dymbëdhjetë 67 pikë, tregon nivel të lartë të kontrollit të afekteve pozitive.

Pjesëmarrësja-2, fillimisht ka rezultuar me 23 pikë, që tregon nivel shumë të ulët dhe në javën e tretë me 32 pikë tregon nivel të ulët. Në javën e gjashtë me 46 pikë, që tregon nivel disi të moderuar dhe në javën e nëntë me 51 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 54 pikë, që tregon nivel të moderuar të afeksioneve pozitive.

Gjendja Depressive: Për të kuptuar më tepër kontrollin e afeksioneve për secilën pjesëmarrëse në fushën e gjendjes së depresionit, që përmban 8 pohime me një shkallë nga (1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort), 1-8 Asnjë; 9-16 Shumë i ulët; 17-24 i ulët; 25-32 Disi i moderuar; 33-40 i moderuar; 41-48 i lartë; 49-56 Shumë i lartë. Bazuar në rezultatet për javët përkatëse, Pjesëmarrësja-1, rezultoi me 14 pikë, nivel shumë të ulët të kontrollit të depresionit. Në javën e tretë 20 pikë, tregon nivel të ulët. Në javën e gjashtë me 25 pikë dhe në javën e nëntë me 33 pikë, që tregon nivel disi të moderuar. Në javën e dymbëdhjetë me 42 pikë, që tregon nivel të lartë të kontrollit të depresionit.

Pjesëmarrësja-2, fillimisht rezultoi me 14 pikë, që tregon nivel shumë të ulët të kontrollit të depresionit që ka vazhduar në javën e tretë me 25 pikë, nivel i ulët. Në javën e gjashtë me 34 pikë, tregon nivel të moderuar. Në javën e nëntë me 39 pikë, tregon nivel të moderuar dhe në javën e dymbëdhjetë me 41 pikë që tregojnë nivel të lartë të kontrollit të depresionit.

Ankthi: Për të kuptuar më tepër kontrollin e afeksioneve për secilën pjesëmarrëse në fushën e ankthit, që përmban 13 pohime me një shkallë nga (1-Nuk jam aspak dakort deri në 7-Jam plotësisht dakort), ku 1-13 Asnjë; 14-26 Shumë i ulët; 27-39 i ulët; 40-52 Disi i moderuar; 53-65 i moderuar; 66-78 i lartë; 79-91- Shumë i lartë. Bazuar në rezultatet për javët përkatëse, fillimisht Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 36 pikë, nivel të ulët të kontrollit të ankthit. Në javën e tretë me 51 pikë, nivel disi i moderuar. Në javën e gjashtë me 56 pikë, tregon nivel të moderuar. Në javën e nëntë me 67 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 78 pikë, që tregon nivel të lartë të kontrollit të ankthit. Pjesëmarrësja -2, fillimisht rezultoi me 36 pikë, që tregon nivel të ulët të kontrollit të ankthit. Në javën e tretë me 49 pikë, tregon nivel disi i moderuar. Në javën e gjashtë me 55 pikë, tregon nivel të moderuar. Në javën e nëntë me 70 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 77 pikë, që tregon nivel të lartë të kontrollit të ankthit.

Tabela 18.1 Pikët për secilën fushë të Inventarit të Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve për Pjesëmarrësen -1

Pikët për secilën fushë të ISHKA për Pjesëmarrësen-1				
Java	Zemërimi	Afekti Pozitiv	Gjendja e Depresionit	Ankthi
Java 1	14 pikë	21 pikë	14 pikë	36 pikë
Java 3	23 pikë	30 pikë	20 pikë	51 pikë
Java 6	33 pikë	37 pikë	25 pikë	56 pikë
Java 9	34 pikë	50 pikë	33 pikë	67 pikë
Java 12	41 pikë	67 pikë	42 pikë	78 pikë

Tabela 18.2 Pikët për secilën fushë të Inventarit të Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve për Pjesëmarrësen -2

Pikët për secilën fushë të ISHKA për Pjesëmarrësen-2				
Java	Zemërimi	Afekti Pozitiv	Gjendja e Depresionit	Ankthi
Java 1	20 pikë	23 pikë	14 pikë	35 pikë
Java 3	24 pikë	32 pikë	25 pikë	49 pikë
Java 6	27 pikë	46 pikë	34 pikë	55 pikë
Java 9	37 pikë	51 pikë	39 pikë	70 pikë
Java 12	44 pikë	54 pikë	41 pikë	77 pikë

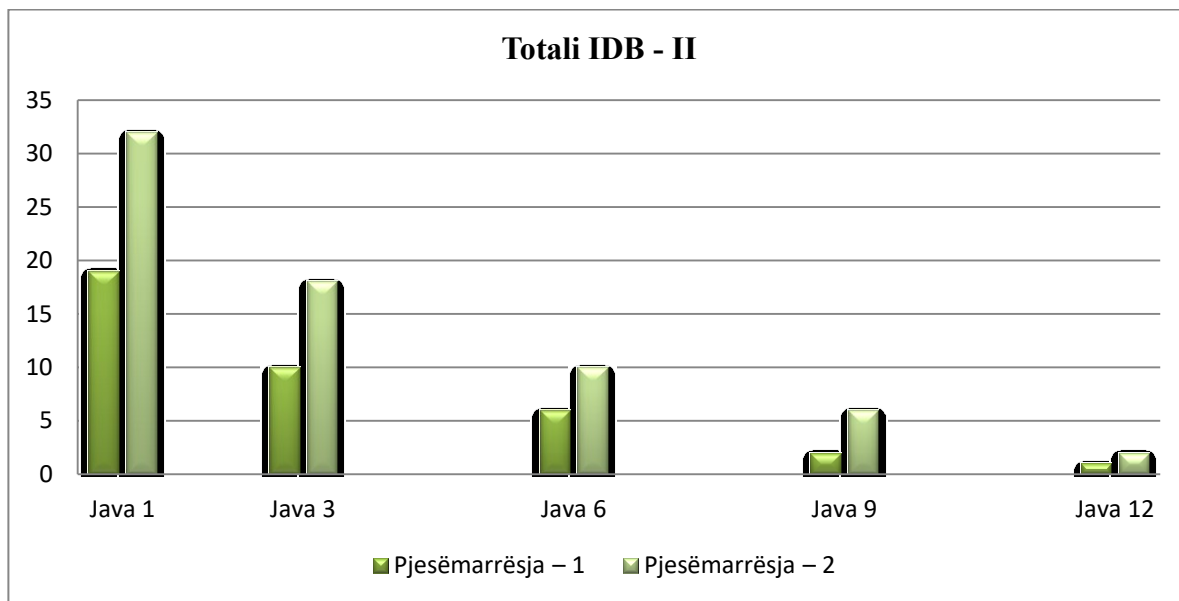
Të dhënat objektive

Inventari i Depresionit Beck. Në bazë të rezultateve për të dy pjesëmarrëset në studim, për javën e parë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 19 pikë, tregon nivel të depresionit në kufi, kurse Pjesëmarrësja-2, me 32 pikë, që tregon një nivel të rëndë të depresionit. Në javën e tretë, Pjesëmarrësja-1 rezultoi me 10 pikë, tregon se niveli i depresionit është ulur, në një nivel normal. Pjesëmarrësja-2 me 18 pikë, tregon nivel të depresionit në kufi. Në javën e gjashtë, Pjesëmarrësja - 1 ka rezultuar me 6 pikë, tregon ulje të nivelit të depresionit, sikurse edhe Pjesëmarrësja-2, me 10 pikë, që tregon nivel të ulët të depresionit. Në javën e nëntë dhe të dymbëdhjetë Pjesëmarrësja-1 ka marrë 2 dhe 1 pikë, tregon që për çdo matje për javët përkatëse, niveli i depresioni është reduktuar ndjeshëm, sikurse edhe Pjesëmarrësja-2, ka marrë 6 dhe 2 pikë nivel të ulët të depresionit duke treguar edhe efikasitetin e trajtimit përgjatë seancave.

Tabela 19. Pikët e Inventarit të Depresionit Beck

<u>Pikët për IDB-II</u>		
Javët	Pjesëmarrësja 1	Pjesëmarrësja 2
Java 1	19 pikë	32 pikë
Java 3	10 pikë	18 pikë
Java 6	6 pikë	10 pikë
Java 9	2 pikë	6 pikë
Java 12	1 pikë	2 pikë

Grafiku 4. Pikët e Inventarit të Depresionit Beck



Të dhëna objektive

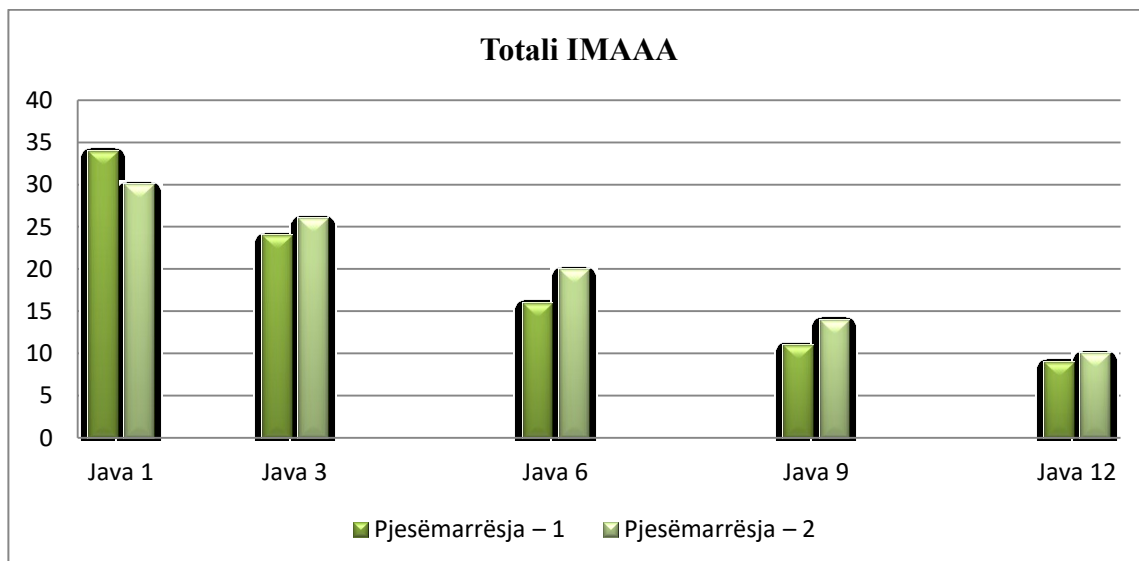
Inventari për Matjen e Ashpërsisë të Ankthit tek Adultët. Në bazë të të dhënave, Pjesëmarrësja - 1, rezultoi me 34 pikë, që tregon nivel ashpërsie të lartë të ankthit, kurse te Pjesëmarrësja -2, me 30 pikë, që tregon nivel ashpërsie të lartë të ankthit. Në javën e tretë, Pjesëmarrësja-1, rezultoi me 24 pikë, që tregon nivel ashpërsie të moderuar të ankthit, kurse pjesëmarrësja-2, me 26 pikë, që tregon nivel ashpërsie të moderuar të ankthit.

Në javën e gjashtë, Pjesëmarrësja-1, rezultoi me 16 pikë, tregon nivel ashpërsie të lehtë të ankthit, kurse Pjesëmarrësja-2, me 20 pikë, tregon nivel ashpërsie të moderuar të ankthit. Në javën e nëntë dhe të dymbëdhjetë, Pjesëmarrësja-1 ka marrë 11 dhe 9 pikë, që do të thotë që përjetimet e ankthit janë në nivele shumë minimale. Pjesëmarrësja-2, ka marrë 14 dhe 10 pikë, që tregon që nuk ka përjetime të ankthit.

Tabela 20. Pikët e Inventarit të Matjes së Ashpërsisë së Ankthit tek Adultët

Pikët IMAAA		
Javët	Pjesëmarrësja -1	Pjesëmarrësja- 2
Java 1	34 pikë	30 Pikë
Java 3	24 pikë	26 pikë
Java 6	16 pikë	20 pikë
Java 9	11 pikë	14 pikë
Java 12	9 pikë	10 pikë

Grafiku 5. Pikët e Inventarit të Matjes së Ashpërsisë së Ankthit tek Adultët



Të dhëna objektive

Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive ISHK. Bazuar në të dhënat, në tabelën 9 dhe grafikun 6, paraqiten totali i pikëve për të dyja pjesëmarrëset. Në javën e parë, Pjesëmarrësja-1, ka rezultuar me 188 pikë nivel të moderuar të shtrembërimeve konjiktive. Pjesëmarrësja-2, me 233 pikë, nivel të lartë të shtrembërimeve konjiktive. Në javën e tretë, Pjesëmarrësja-1, ka rezultuar me 178 pikë, nivel të moderuar, Pjesëmarrësja-2, me 185 pikë nivel të moderuar të shtrembërimeve konjiktive.

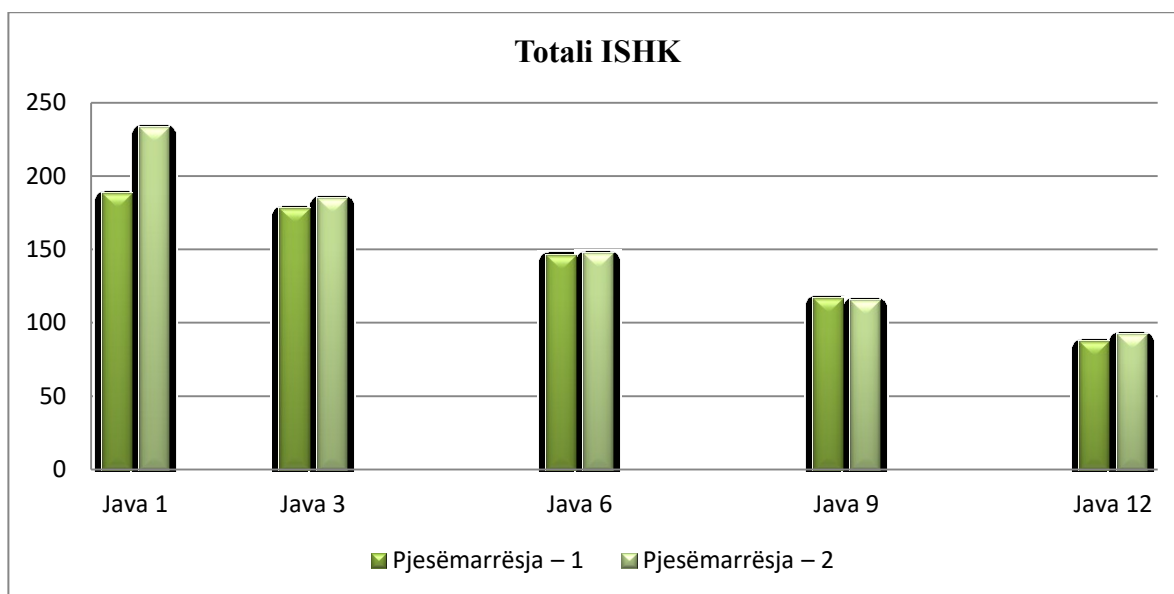
Në javën e gjashtë, Pjesëmarrësja-1, ka rezultuar me 146 pikë dhe Pjesëmarrësja-2, me 147 pikë, nivel të moderuar por duke u reduktuar që nga java e parë e seancës.

Në javën e nëntë dhe të dymbëdhjetë Pjesëmarrësja-1 ka rezultuar me 117 dhe 87 pikë dhe Pjesëmarrësja-2 me 115 dhe 92 pikë, që tregon se shtrembërimet konjiktive janë reduktuar duke arritur në nivele të ulëta.

Tabela 21. Pikët e Inventarit të Shtrebbërimeve Konjiktive

Pikët e ISHK		
Javët	Pjesëmarrësja 1	Pjesëmarrësja 2
Java 1	188 pikë	233 pikë
Java 3	178 pikë	185 pikë
Java 6	146 pikë	147 pikë
Java 9	117 pikë	115 pikë
Java 12	87 pikë	92 pikë

Grafiku 6. Pikët e Inventarit të Shtrebbërimeve Konjiktive



Faktorët specifikë të ISHK. Siç u përmendën pak më lartë, inventari i ISHK është ndarë në faktorët për vlerësimin e mendimeve disfunksionale. Bazuar jo vetëm në totalin e pikëve të ISHK, por edhe në faktorët përkatës. Për faktorin e Personalizimit,

Pjesëmarrësja-1 ka rezultuar në javën e parë me 63 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 21 pikë. Pjesëmarrësja-2, ka rezultuar në javën e parë me 67 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 19 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Zmadhimi, Pjesëmarrësja-1 ka rezultuar në javën e parë me 26 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 9 pikë, kurse Pjesëmarrësja-2, ka rezultuar në javën e parë me 33 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 11 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Parashikimi për të ardhmen, Pjesëmarrësja -1 ka rezultuar në javën e parë me 23 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 5 pikë, kurse Pjesëmarrësja-2, ka rezultuar në javën e parë me 23 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 5 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Eksternalizimi i vetvetes, Pjesëmarrësja -1 ka rezultuar në javën e parë me 20 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 6 pikë, kurse Pjesëmarrësja-2, ka rezultuar në javën e parë me 25 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 7 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Perfeksionizmi, Pjesëmarrësja-1 ka rezultuar në javën e parë me 11 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 4 pikë, kurse Pjesëmarrësja-2, ka rezultuar në javën e parë me 13 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 4 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Të menduarit dihotomik ose absolut, Pjesëmarrësja-1 ka rezultuar në javën e parë me 15 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 8 pikë, kurse Pjesëmarrësja - 2, ka rezultuar në javën e parë me 20 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 4 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Arsjetimi emocional, Pjesëmarrësja - 1 ka rezultuar në javën e parë me 4 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 15 pikë, kurse Pjesëmarrësja - 2, ka rezultuar në javën e parë me 3 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 15 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Minimizimi, Pjesëmarrësja - 1 ka rezultuar në javën e parë me 4 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 2 pikë, kurse Pjesëmarrësja - 2, ka rezultuar në javën e parë me 6 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 3 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Krahësimi me të tjerët, Pjesëmarrësja -1 ka rezultuar në javën e parë me 6 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 3 pikë. Pjesëmarrësja-2, ka rezultuar në javën e parë me 9 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 5 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Gjendje të mundshme, Pjesëmarrësja - 1 ka rezultuar në javën e parë me 4 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 2 pikë. Subjeti - 2, ka rezultuar në javën e parë me 22 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 7 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Katastrofizmi, Pjesëmarrësja - 1 ka rezultuar në javën e parë me 8 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 3 pikë. Pjesëmarrësja - 2, ka rezultuar në javën e parë me 9 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 2 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Për faktorin - Arsjetimi emocional dhe marrja e vendimeve, Pjesëmarrësja-1 ka rezultuar në javën e parë 4 pikë deri në javën e dymbëdhjetë me 9 pikë. Pjesëmarrësja-2, ka rezultuar në javën e parë me 3 pikë dhe në javën e dymbëdhjetë me 10 pikë, që ka ardhur duke u reduktuar.

Tabela 22.1 Pikët e faktorëve të Inventarit të Shtrembërimeve Konjiktive për Pjesëmarrësja-1

<u>Faktorët</u>	<u>Pikët e faktorëve të ISHK sipas javës përkatëse për Pjesëmarrësen-1</u>				
	<u>Java 1</u>	<u>Java 3</u>	<u>Java 6</u>	<u>Java 9</u>	<u>Java 12</u>
1. Personalizimi	<u>63</u>	<u>58</u>	<u>44</u>	<u>32</u>	<u>21</u>
2. Zmadhimi	<u>26</u>	<u>25</u>	<u>21</u>	<u>16</u>	<u>9</u>
3. Parashikimi për të ardhmen	<u>23</u>	<u>19</u>	<u>14</u>	<u>10</u>	<u>5</u>
4. Eksternalizimi i vetvetes	<u>20</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>10</u>	<u>6</u>
5. Perfeksionizmi	<u>11</u>	<u>11</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>4</u>
6. Të menduarit dihotomik ose absolut	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>12</u>	<u>10</u>	<u>8</u>
7. Arsjetimi emocional	<u>4</u>	<u>6</u>	<u>9</u>	<u>11</u>	<u>15</u>
8. Minimizimi	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
9. Krahassimi me të tjerët	<u>6</u>	<u>6</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>3</u>
10. Gjendje të mundshme	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
11. Katastrofizimi	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>4</u>	<u>3</u>
12. Arsjetimi emocional dhe marrja e vendimeve	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>8</u>	<u>9</u>

Tabela 22.2 Pikët e faktorëve të Inventarit të Shtrembërimeve Konjiktive për Pjesëmarrësja-2

<u>Faktorët</u>	<u>Pikët e faktorëve të ISHK sipas javës përkatëse për Pjesëmarrësen-2</u>				
	<u>Java 1</u>	<u>Java 3</u>	<u>Java 6</u>	<u>Java 9</u>	<u>Java 12</u>
1. Personalizimi	<u>67</u>	<u>49</u>	<u>40</u>	<u>28</u>	<u>19</u>
2. Zmadhimi	<u>33</u>	<u>27</u>	<u>21</u>	<u>14</u>	<u>11</u>
3. Parashikimi për të ardhmen	<u>23</u>	<u>19</u>	<u>11</u>	<u>8</u>	<u>5</u>
4. Eksternalizimi i vetvetes	<u>25</u>	<u>20</u>	<u>13</u>	<u>8</u>	<u>7</u>
5. Perfeksionizmi	<u>13</u>	<u>11</u>	<u>7</u>	<u>5</u>	<u>4</u>
6. Të menduarit dihotomik ose absolut	<u>20</u>	<u>16</u>	<u>12</u>	<u>9</u>	<u>4</u>
7. Arsyetimi emocional	<u>3</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>12</u>	<u>15</u>
8. Minimizimi	<u>6</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>
9. Krahassimi me të tjerët	<u>9</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>5</u>
10. Gjendje të mundshme	<u>22</u>	<u>11</u>	<u>10</u>	<u>8</u>	<u>7</u>
11. Katastrofizimi	<u>9</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>4</u>	<u>2</u>
12. Arsyetimi emocional dhe marrja e vendimeve	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>6</u>	<u>8</u>	<u>10</u>

Të dhëna objektive

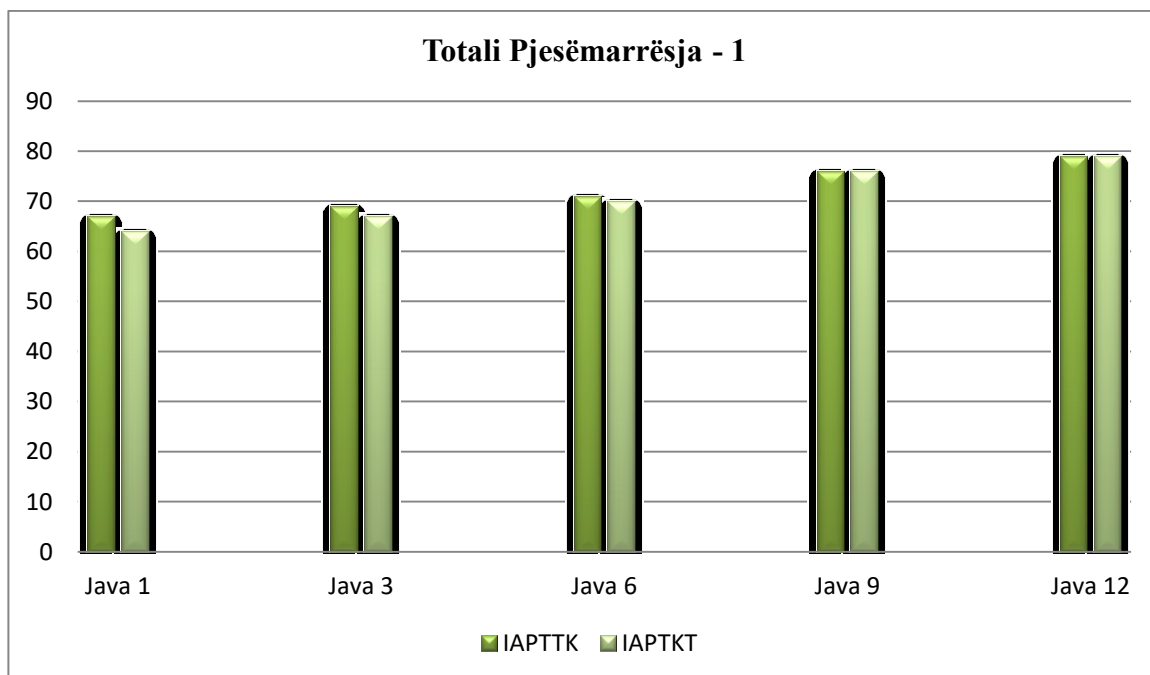
Inventari i Aleancës për Punën Terapeutike IAPT. Në tabelën e mëposhtme paraqiten të dhënat për javët përkatëse për të dy inventarët të plotësuar nga klinikistja dhe Pjesëmarrësja-1. Në bazë të të dhënave, në javën e parë, në inventarin e terapistit rezultoi me 67 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klientin. Pjesëmarrësja-1, rezultoi me 64 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klinikistin. Në javën e tretë, terapisti rezultoi me një shumë prej 69 pikësh, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klientin edhe Pjesëmarrësja-1, rezultoi me një shumë 67 pikësh, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klinikistin.

Në javën e gjashtë, terapisti rezultoi me 71 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klientin edhe Pjesëmarrësja-1, rezultoi me një shumë 70 pikësh, që tregon një cilësi të fortë të marrëdhënies me klinikistin. Në javën e nëntë, terapisti rezultoi me një shumë prej 76 pikësh, që tregon cilësi shumë të fortë të marrëdhënies me klientin edhe Pjesëmarrësja - 1, rezultoi me një shumë prej 76 pikësh, që tregon cilësi të shumë të fortë të marrëdhënies me klinikistin. Në javën e dymbëdhjetë, terapisti rezultoi me 79 pikë, që tregon cilësi shumë të fortë të marrëdhënies me klientin edhe Pjesëmarrësja-1, rezultoi me 79 pikë, që tregon cilësi shumë të fortë të marrëdhënies me klinikistin, përgjatë trajtimit të seancave.

Tabela 23.1 Pikët e Inventarit të Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-1

Pikët e Inventarit të Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-1.		
Javët	IAPTTK	IAPTKT
Java 1	67 pikë	64 pikë
Java 3	69 pikë	67 pikë
Java 6	71 pikë	70 pikë
Java 9	76 pikë	76 pikë
Java 12	79 pikë	79 pikë

Grafiku 7.1.Pikët e Inventarit të Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-1



Në tabelën e mëposhtme, paraqiten të dhënat për javët përkatëse për të dy inventarët të plotësuar nga klinicisti dhe Pjesëmarrësja - 2.

Në bazë të të dhënave, në javën e parë, në inventarin e klinicistit rezultoi me 68 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhëniës me klientin edhe Pjesëmarrësen-2, rezultoi me 66 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klinicistin.

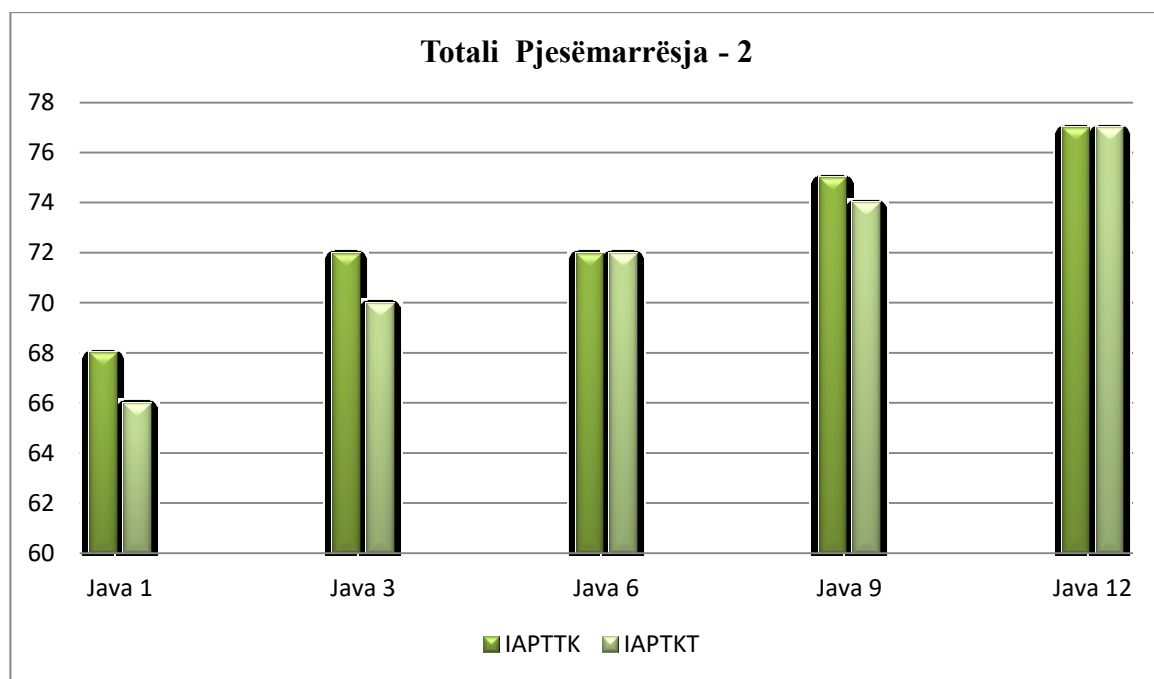
Në javën e tretë, terapeuti rezultoi me 72 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klientin. Pjesëmarrësja-2, rezultoi me 70 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klinicistin. Në javën e gjashtë, terapeuti rezultoi me 72 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klientin edhe Pjesëmarrësja -2, rezultoi me 72 pikë, që tregon cilësi të fortë të marrëdhënies me klinicistin.

Në javën e nëntë, terapeuti rezultoi me 75 pikë, që tregon cilësi shumë të fortë të marrëdhënies me klientin edhe Pjesëmarrësja-2, rezultoi me 74 pikë, që tregon cilësi të shumë të fortë të marrëdhënies me klinicistin. Në javën e dymbëdhjetë, terapeuti rezultoi me 77 pikë, që tregon cilësi shumë të fortë të marrëdhënies me klientin edhe Pjesëmarrësja-2, rezultoi me 77 pikë, që tregon cilësi shumë të fortë të marrëdhënies me klinicistin, përgjatë trajtimit të seancave.

Tabela 23.2 Pikët e Inventarit të Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-2

Pikët e Inventarit të Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-2.		
Javët	IAPTTK	IAPTKT
Java 1	68 pikë	66 pikë
Java 3	72 pikë	70 pikë
Java 6	72 pikë	72 pikë
Java 9	75 pikë	74 pikë
Java 12	77 pikë	77 pikë

Grafiku 7.2 Pikët e Inventari i Aleancës për Punën Terapeutike për Pjesëmarrësen-2



KAPITULLI VI. DISKUTIMET

Bazuar në përgjigjet e pjesëmarrëseve dhe në të dhënat objektive të inventarëve hipoteza kryesore është vërtetuar, ku integrimi i RA dhe i teknikave të TKB ka rezultuar efektiv në reduktimin e simptomave të ankthit. Bazuar edhe në studime të tjera që tregojnë për trajtimin e Çrregullimit të Ankthit të Përgjithësuar janë efikase teknikat e terapisë Konjektiv-Bihejviorale dhe Relaksimi i Aplikuar (Borkovec & Costello, 1993; Fisher & Durham, 1999; Pagnini, Manzoni, Castelnovo, Molinari, 2008).

Fillimisht, u reflektua ulje e nivelit të ankthit për të dyja pjesëmarrëset. Të dyja pjesëmarrëset filluan trajtimin me nivele të larta të ankthit dhe në fund të trajtimit rezultuan me nivel të ulët të ankthit. Pati ndryshime në rezultatet e Inventari i Ankthit i Beck, Pyetësi Penn State për Shqetësimin, Inventari i Shkallës së Kontrollit të Afeksioneve, Inventari i Depresionit i Beck, Inventari i Matjes së Ashpërsisë të Ankthit tek Adultët, Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive si edhe në Inventari i Aleancës për Punën Terapeutike Klinikist-Klient dhe anasjelltas. Të dhënat e pjesëmarrëseve u përdorën për të vlerësuar ndryshimin e simptomave prej aplikimit të teknikave të TKB dhe RA. Pjesëmarrëset kanë raportuar ndryshime përgjatë të gjithë seancave të trajtimit individual. Klinikistja regjistroi dhe transkriptoi të gjitha seancat, duke identifikuar komentet dhe çfarë kanë sugjeruar për reduktimin e simptomave.

Për pyetjen kërkimore të këtij studimi se si do të ndikonte integrimi i TKB dhe RA në uljen e shtrembërimeve konjiktive, u punua për të gjithë faktorët në nivel subjektiv dhe objektiv. Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive është ekzaminuar në popullata të ndryshme

klinike dhe ka rezultuar efektiv për identifikimin e tyre. Teoritë konjiktive theksojnë se shtrembërimet konjiktive janë një faktor ndikues në çrregullimet emocionale (Beck, 1967).

Përgjatë javëve në vazhdim, të dy pjesëmarrëset arritën që të ulin shtrembërimet konjiktive në nivele minimale, kjo në sajë të terapisë efikase, motivimit dhe angazhimit të tyre.

Paraqitëm totalin e përgjithshëm të nivelit të shtrembërimeve konjiktive për secilën pjesëmarrëse. Në faktorët përkatës të ISHK, përgjatë gjithë trajtimit u vunë re ndryshime të ndjeshme.

Duke u nisur që nga faktori i Personalizimit, sipas rezultateve shtrembërimet konjiktive ishin reduktuar. Pjesëmarrësja e parë, mohonte çdo mendim, eksperiencat pozitive që mund të përjetonte, fajësonte për çdo gjë veten, sidomos për situatat negative edhe kur nuk ishte përgjegjëse duke arritur në pranimin e mendimeve pozitive dhe bashkëjetesën me to. Sikurse edhe te Pjesëmarrësja e dytë, ka reduktim të vetëfajësimit të vetes dhe krahasimi i tepruar me të tjerët.

Duke vazhduar me faktorët e tjerë, Zmadhimi, pjesëmarrësja e parë vazhdimisht ekzagjeronte situatën e shëndetit të bashkëshortit të saj dhe të gjendjes ekonomike, duke fajësuar vazhdimisht veten. Më pas kishte tendencën që t'i zmadhonte situatat por jo në nivel siç i përjetonte në fillim. Pjesëmarrësja e dytë, për çdo ngjarje sado e vogël të ishte, e zmadhonte në mënyrë aq dramatike sa kjo i krijonte lodhje të madhe trupore.

Faktor tjetër i shtrembërimeve konjiktive është edhe parashikimi i të ardhmes dhe eksternalizimi i vetvetes, duke qenë se pjesëmarrëset mohonin eksperiencat pozitive dhe ekzagjeronin situatat negative, parashikimi për të ardhmen ishte drejt negativitetit dhe pjesëmarrëset kishin nevojë vazhdimisht për vlerësim nga të tjerët. Pjesëmarrësja e parë, e

shihnte të ardhmen të errët saqë nuk dëshironte që të fliste por edhe të mendonte. Konfuzioni i krijonte gjendjen e humbjes duke e personalizuar veten të humbur në një botë të ashpër. Sikurse edhe pjesëmarrësja e dytë e cilësonte të ardhmen jo të qartë, e shihnte veten të veçuar nga e gjithë bota dhe kishte shumë pak kontroll në jetën e saj. Në fund të terapisë të dy pjesëmarrëset arritën që të ishin optimiste, të shihnin me pozitivitet të ardhmen e afërt.

Perfeksionizmi ishte një faktor që i rëndonte pjesëmarrëset, duke kërkuar vazhdimisht performancë të lartë në çdo veprim dhe vendimarrjen e tyre. Pjesëmarrësja e parë në nivelin e perfeksionizmit ka qenë disi e kontrolluar, por shpesh herë shfaqte tendencën për të arritur në nivele të larta. Kjo lidhet edhe me fëmijërinë e saj, ku vazhdimisht duhej të mos gabonte. Në fund të terapisë u arrit që të kishte nën kontroll dhe të arsyetonte për veprimet që duhet të ndërmerete. Pjesëmarrësja e dytë, nuk e toleronte veten por kërkonte me insistim të ishte perfekte në çdo gjë që vepronte. Në fund të terapisë pjesëmarrësja arriti të ishte tolerant ndaj vetes, duke gjetur arsyet që e mundonin të ishte vazhdimisht nën tensionin e perfeksionizmit.

Të menduarit absolut, tendencën për të përjetuar situatat me negativitetit. Në çdo situatë, ngjarje dhe mendime, Pjesëmarrësja e parë ishte e prirur drejt negativitet duke mos parë elementë pozitivë. Gjatë seancës terapeutike duke u fokusuar në mendime automatike Pjesëmarrësja e parë arriti që t'i kthente në mendime pozitive duke vazhduar që t'i përjetonte situatat me optimizëm. Tek Pjesëmarrësja e dytë u vu re nivel më i lartë i shtrembërimeve dhe në rastin konkret, në situata ku kishte performancë jo të mirë e cilësonte veten të dështuar. Në fund të seancës terapeutike mendimet orientoheshin drejt pozitivitetit dhe të menduarit se gjërat do të vijnë duke u përmirësuar.

Faktor tjetër i rëndësishëm është edhe rritja e arsytimit emocional. Të dyja pjesëmarrëset karakterizoheshin me nivel të ulët të arsytimit emocional, duke ndjerë mërzi, ankth, duke qenë konfuze nga ana emocionale i shihnin ngjarjet me negativitet. Duke lejuar këto emocione të ndikonin në perceptimin e vetes, të të tjerëve dhe të situatave. Rezultatet treguan rritje të nivelit të arsytimit emocional. Pjesëmarrëset ishin më të vetëdijshme për emocionet që ndjejnë, të cilat rrjedhimisht reflektojnë në mënyrën se si janë ngjarjet në të vërtetë.

Faktor tjetër që lidhet me shtrembërimet konjiktive është edhe minimizimi. Të dyja pjesëmarrëset rezultojnë me pikë të larta. Eksperiencat pozitive pjesëmarrëset i minimizonin deri në atë pikë sa i konsideronin të parëndësishme, duke parë të gjitha ngjarjet që përjetonin me familjen dhe shoqërinë, të dyshimta dhe me negativitet.

Tendenca për të krahasuar veten me të tjerët, është element që është i pranishëm tek personat që kanë çrregullime ankthi. Pjesëmarrësja e parë paraqitej me nivel të moderuar të krahasimit me të tjerët, episode të krahasimit lidheshin më tepër me papunësinë dhe gjendjen e saj shqetësuese. Pjesëmarrësja në fjalë arriti që të fokusohet tek vetja dhe të gjente mënyra se si të përmirësohet në ato fusha shqetësuese. Pjesëmarrësja e dytë paraqitej në nivel më të theksuar të krahasimit me të tjerët, duke e parë veten inferiore, duke dalë në konkluzione negative për veten. Përgjatë seancave, pjesëmarrësja kishte tendencën që të vazhdonte të bënte krahasime duke nënvlerëuar veten. Teknikat që u përdorën gjatë seancave arritën që pjesëmarrësja të fitonte besimin në vetvete dhe të mos ndjehej inferiore. Gjendje të mundshme, është një faktor që i referohet pritshmërive që kanë për veten. Të dyja pjesëmarrëset ndjehen nën presion për faktin se si “duhet” të kishin performuar, pavarësisht aftësive të tyre. Kjo gjendje i krijonte subjekteve, ndjenja keqardhjeje,

zemërimi, faji, frustrimi. Rezultatet përfundimtare treguan nivel të ulët të këtyre ndjenjave, si pasojë e arsytimit emocional.

Faktor tjetër është katastrofizimi, që ishte prezent tek të dyja pjesëmarrëset. Në procesin e vlerësimit të situatave pjesëmarrëset besonin se më e “keqja” do të ndodhë, duke menduar dhe besuar se gjërat sa do të vinin dhe do të përkeqësoheshin, duke parë botën e ashpër dhe të errët. Në përfundim të seancave pjesëmarrëset kishin perceptime optimiste për të ardhmen e tyre duke besuar se e “keqja” kishte kaluar.

Faktori i fundit i shtrembërimeve konjiktive është arsytimi emocional dhe marrja e vendimeve. Të dyja pjesëmarrëset arritën të arsyetonin jo vetëm gjendjen emocionale por edhe të kishin besim tek vetvetja, të merrnin iniciativën në marrjen e vendimeve për jetën e tyre.

Bazuar në të dhënat e rezultateve të Inventarit të Shtrembërimeve Konjiktive, Pjesëmarrësja e parë filloi trajtimin me një shumë pikësh prej 188, që sipas pikëzimit përkatës tregon një nivel të moderuar të shtrembërimeve konjiktive. Kurse Pjesëmarrësja e dytë, rezultoi nivel të lartë të shtrembërimeve konjiktive, prej 233 pikë, që sipas pikëzimit përkatës, tregon nivel të lartë të shtrembërimeve konjiktive, për çdo gjë që mund të përjetonte, duke formuar skema disfunksionale.

Një pikë kryesore e këtij studimi ishte që integrimi i TKB dhe RA, të ishte efektiv për zhvillimin e një marrëdhënieje cilësore mes klinikistes dhe pjesëmarrëseve. Matja u fokusua tek angazhimi, serioziteti që tregonin në respektimin e orarit të caktuar për seancën, në përpikmërinë e detyrave të shtëpisë, besimin dhe mënyrën e lirshmërisë së shprehjes të shqetësimeve. Të dyja pjesëmarrëset u përfshinë në një marrëdhënie cilësore,

ku krijuan besim, u ndjenë të mirëpritura dhe e perceptuan hapësirën fizike dhe emotive të seancave si një kontekst të sigurtë, ku shprehën edhe gjërat më delikate të jetës së tyre.

Nga të dhënat subjektive dhe objektive të pjesëmarrëseve, pyetja kërkimore u arrit të vërtetohet që me aplikimin e teknikave të TKB dhe RA u rrit aleanca e marrëdhënies klinicist- klient gjatë punës terapeutike.

Element i rëndësishëm i këtij studimi është edhe reduktimi i simptomave fizike tek të dy pjesëmarrëset, në fund të trajtimit edhe 6 muaj më vonë. Vlerësimi nga ana subjektive e klinicistes, duke u bazuar edhe në komentet e pjesëmarrëseve (Mendoj se tani arrij ta kontrolloj ankthin vetë, ndjehem më e fortë para tij, kështu që nuk do përjetoj më siklete edhe në trup...); (Nuk e kam atë ndjesinë e frikës se do të sëmurem sa herë djersitem, më dhemb koka apo ndjej rënie të energjisë...), u arrit që të minimizohen edhe simptomat fizike që për to ishin shqetësuese.

Personat me ÇAP, shoqërohen nga shqetësime fizike. Pjesëmarrësja e parë përjetonte shqetësime trupore si dhimbje koke, djegie stomaku, çrregullime në të ngrënë. Takikardi që shoqëron shpesh simptomat e ankthit, humbje të energjisë, shqetësime gjatë gjumit, paaftësi për t'u relaksuar, të qara. Ndjenjat e ankthit i sillnin shenja të tensionit motorik si: lodhje, dhimbje muskulare; hiperaktivitet neurovegetativ si: vështirësi në frymëmarrje, djersitje, ndjenjë lëmshi në fyt, marrje mendsh, përplasje të shpeshtë të qepallave; ndjesi vigjilence dhe alarmi si: gjendje e ekzagjeruar alarmi, nervozizëm për çdo situatë që përjetonte dhe kur mendonte të kaluarën e saj. Në fund të seancave terapeutike përjetimi aktual është në nivele të ulëta fiziologjike duke mos mbartur shumë siklet dhe shumë nervozizëm. Në një këndvështrim të përgjithshëm është normale që pjesëmarrësja të përjetojë siklet dhe nervozizëm për nga e gjithë situata shqetësuese që ka kaluar.

Pjesëmarrësja e dytë, kishte përjetime të ankthit që shoqëroheshin me shqetësime fiziologjike si dhimbje koke, humbje të energjisë, tension motorik (lodhje të menjëhershme, këputje të këmbëve; hiperaktivitet neurovegjetativ si: djersitje të ftohta, vështirësi në frymëmarrje, ndjenjë lëmshi në kraharor, marrje mendsh), ndjesi vigilance dhe alarmi (zmadhim të situatave kur duhet të ndërmerre vendime apo të vepronte në mënyrë të pavarur). Në fund të seancave terapeutike përjetimi aktual është në nivele të ulëta fiziologjike. Pyetja tjetër kërkimore e këtij studimi që bazohej në integrimin e Relaksimit të Aplikuar me teknikat e Terapisë Konjektiv - Bihejviorale, për reduktimin e simptomave fizike të ankthit për të dy pjesëmarrëset, u arrit.

KONKLUZIONET

Nëse një problem nuk identifikohet, atëherë është e pamundur që të ndërmerren hapa për ta zgjidhur atë, apo të zhvillohen teknika për ta zvogëluar dhe parandaluar atë.

Ky studim ishte një përpjekje për të identifikuar jo vetëm se çfarë është dhe se si trajtohet ÇAP por edhe të tregonte efikasitetin e integritit të teknikave konjektiv – bihejviorale me ushtrimet e RA në Shqipëri.

Një konkluzion i rëndësishëm që doli nga ky studim është se teknikat Konjitiv-Bihejviorale dhe Relaksimi i Aplikuar reduktuan nivelin e ankthit tek pjesëmarrëset që përjetonin ankth dhe shqetësim.

Të dyja pjesëmarrëset patën këto përfitime nga procesi i trajtimit:

- Ulje të simptomave të ankthit
- Krijimin e një mirëqënieje psikike dhe emocionale
- Mësuan aftësi të reja për të bashkëpunuar me simptomat e ankthit në të ardhmen
- Ishin të afta të kontrollonin të menduarit irracional nëpërmjet përdorimit të teknikave të TKB
- Mësuan aftësi për t'u relaksuar në formë të pavarur në të ardhmen duke u njohur me RA
- Duke pasur një marrëdhënie të stabilizuar me klinikisten, patën mundësi që të zhvillojnë marrëdhënie më të shëndetshme me familjarët dhe miqtë

LIMITET

Limitet e vlerësimit të brendshëm

Dizenjimi i këtij studimi ka përfitimet dhe limitet e tij. Një nga limitet mund të lidhet me faktin se vetëm një klinikist, ka qenë përgjegjës për zhvillimin e këtij trajtimi, në strukturimin e terapisë, në mbledhjen e të dhënave dhe paraqitjen e rezultateve. Konsultat për supervizim janë bërë çdo muaj, pra pas 4 seancave me klinikistë më me përvojë. Këto konsulta nuk janë bërë drejtë për së drejti sepse psikoterapistja që supervizonte, jeton dhe punon në një shtet tjetër. Qëllimi i supervizimit ka qenë reduktimi i paragjytimeve dhe dhënies së këshillave për rregullime në mënyrën e trajtimit klinik.

Ky trajtim edhe pse është zhvilluar në bazë të hulumtimeve të gjera, u shqyrtua vetëm nga një klinikiste dhe përmbajtja përfundimtare e trajtimit u përcaktua nga vetë klinikistja. Kjo e fundit ka punuar vetëm me secilën nga pjesëmarrëset në studim. Studimi nuk ka përfshirë ndonjë element të dyfishtë, mundet që paragjykimi mund të ketë hyrë në seanca dhe në analizën e të dhënave. Ky trajtim është punuar mirë me këto dy subjekte duke patur të njëjtin çrregullim. Duhet të theksohet se të dy pjesëmarrëset vlerësuan ndërhyrjet konjektiv-bihejviorale dhe ndërhyrjet me relaksim, siç dëshmohet nga raportet e tyre subjektive gjatë seancave. Gjithashtu, të dhënat e vlerësimit, matjet shtesë mund të kenë qenë përdorur për të kontrolluar dhe për të vlerësuar gjendjen e pjesëmarrëseve në studim.

Limitet e vlerësimit të jashtëm

Ky studim është bazuar në një hulumtim cilësor dhe janë marrë vetëm dy pjesëmarrës, ku mundësia për të përfaqësuar të gjithë popullatën, që kanë Çrregullim të Ankthit të

Përgjithësuar është shumë e vështirë. Pra nuk mund të bëhen përgjithësime nga një sasi e kufizuar e të dhënave dhe me një kampion të kufizuar që janë mbledhur në këtë studim. Mund të jetë e nevojshme që të bëhen vlerësime shtesë në përcaktimin e rezultateve të mbledhura në këtë studim. Prandaj rezultatet duhen të interpretohen me kujdes. Në të ardhmen duhet të studiohen edhe etniciteti, kultura, mosha, gjinia sikurse edhe nga ana e klinikistit duhen studiuar besimet, eksperiencat në punë, që mund të ndikojnë në përgjithësimin e rezultateve. Megjithatë është e rëndësishme që të bëhen kërkime të vazhdueshme në popullata të ndryshme.

Limitet e këtij disertacioni lidhen edhe me metodën e përzgjedhur kërkimore. Këto rezultate të arrira nuk mund të gjeneralizohen për një popullatë të gjerë të personave me ÇAP, ndryshimet në kulturë, edukim, trajtime të mëparshme, medikamente, gjinisë. Ndjenjat subjektive të klinikistit mund të influencojnë në studimin e rastit (paragjykimi në kërkim). Konsumimi i kohës është gjithashtu një limit tjetër. Vështirësia për të replikuar, është një limit i vetë studimit të rastit dhe e studimit gjithashtu.

Sasia e përshkrimit, analizës ose materialit përmbledhës i takon studiuesit dhe kjo përbën një lodhje dhe limit në lidhje me studimin sepse vetë studiuesi mund t'u japë rrjedhën që dëshiron rezultateve. Një tjetër limit përfaqësohet nga fakti se është vetë studiuesi që do të vendosë se sa do të tregojë prej raportit, si do e krahasojë dhe a do e krahasojë me raste të tjera, sa duhet të formalizojë gjeneralizimet, apo duhet t'ia lërë lexuesit në dorë këtë gjë, sa nga përshkrimi i tij do fusë në studim dhe sa do e ruajë anonimin.

Gjithashtu metoda e përzgjedhur lidhet dhe me ndjeshmërinë dhe integritetin e hulumtuesit, i cili është instrumenti primar i mbledhjes dhe analizës së të dhënave. Kjo ka limitet e veta. Kjo lidhet me faktin që nuk ka linja guide fikse për një raport final.

Hulumtuesi lihet i lirë të shprehë instiktet dhe aftësitë e veta nëpërmjet përpjekjeve të studimit. Kufizime të mëtejshme përfshijnë çështjet e besueshmërisë, vlefshmërisë dhe përgjithësueshmërisë. Nga shumë studiues vihet në pah se përdorimi i studimit të rastit prek standartin e “artë” të një kërkimi cilësor. Por Shields (2007), argumenton se studimet cilësore, llogarisin dhe përfshijnë dallimin ideologjik, epistemologjik, metodologjik. Nga ana njerëzore, këto studime nuk përpiqen të eliminojnë atë që nuk mund të zbritet, të thjeshtojnë atë që nuk mund të thjeshtohet. Studimi i rastit përfshin paradokse dhe pranon se nuk ka përgjigje të thjeshta dhe kjo duhet të kualifikohet si standarti i “artë” vetë metodës.

Matjet

Instrumentat që janë përdorur në këtë studim janë përshtatur për Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar. U përdorën këta instrumentë për të kuptuar nivelin e ankthit, të shqetësimit, shkallën e afeksioneve, niveli i ashpërsisë së ankthit, shtrembërimet konjiktive dhe aleanca terapeutike midis klinikist-klient dhe anasjellta që janë të nevojshme për të kuptuar shqetësimet e individëve sepse kryesisht shqetësimet bazohen në këto fusha kryesore siç u përmendën më lart. Në studimet e ardhme mund të përdoren edhe instrumenta shtesë që bazohen në matjen e çrregullimeve të ankthit.

REKOMANDIMET

U provua se trajtimi i integruar ishte efektiv në reduktimin e simptomave të ankthit për të dy pjesëmarrëset gjatë dymbëdhjetë seancave të trajtimit. Kërkime të tjera janë të nevojshme për të vlerësuar dhe identifikuar këta faktorë specifikë që lehtësuan shqetësimet e ankthit dhe mund të përdoren edhe ushtrime të tjera relaksimi. Ky studim mund të jetë mbështetës për studime të tjera në fushën klinike, në krijimin e një guide trajtimi. Modeli i përqasjes së integruar që u përdor në këtë studim mund të përdoret edhe për trajtimin e çrregullimeve të tjera si: Çrregullimi i Fobisë Sociale, Çrregullimet e Panikut, etj.

Më shumë kërkime janë të nevojshme në lidhje me klinikistët. Do të ishte e dobishme të përcaktohen ato karakteristika që janë të rëndësishme të futen në mënyrë efektive në terapinë integruese. Pra, është e domosdoshme që të përcaktohen cilësitë specifike dhe aftësitë e klinikistit gjatë seancave terapeutike për të lehtësuar efikasitetin në këtë fushë. Në vazhdim, kërkimet duhet të përdoren për të vlerësuar besimet e brendshme dhe ushtrimet e relaksimit.

Integrimi i trajtimit të Teknikave Konjitiv-Bihejviorale dhe Relaksimi i Aplikuar është efektiv tek individët me ÇAP. Duke u bazuar në rezultatet e këtij studimi, veprimi i parë që mund të sugjerohet është rritja e vëmendjes ndaj këtij çrregullimi dhe trajtimet efikase për të. Fokus kryesor për klinikistët që janë të specializuar në psikodiagnostikimin e personave adultë, është të shohin me kujdes teknika, trajtime përkatëse për shqetësimet e klientëve. Klinikistët dhe kërkuesit mund të familjarizohen me dimensionet e këtij studimi dhe veçanërisht me teknikat e trajtimit si, kuadrati konjektiv, regjistrimi i të menduarit, ditari për mendimet automatike, teknika ABC, RA. Të gjitha këto ndërhyrje janë teknika që

ndihmojnë për të luftuar shtrembërimet konjiktive, besimet negative dhe gjendjen e tensionuar fizike të klientëve. Klinikistët duhet të jenë mendjehapur për të integruar në trajtime shumëllojshmeri teknikash, të cilat duhet të jenë të strukturuar paraprakisht e të kenë një qëllim përkatës. Siç u tregua nga studimi dhe arritjet e tij, integrimi i teknikave të TKB-së dhe RA-së shërben si një mjet shtesë dhe efikas me metodat ekzistuese, siçishin teknikat e TKB-së dhe RA më vete, të cilat kanë pasur dhe kanë vlefshmëri empirike. Studentë, psikologë dhe klinikistë të rinj, mund të përfitojnë nga ky studim për të kuptuar procesin e të menduarit dhe funksionimin e skemave. Studime të mëtejshme duhen bërë në fushën e lidhjes terapeutike. Në mënyrë specifike, në lidhje me këtë studim, duhet të ketë kërkime të mëtejshme për lidhjen terapeutike që zhvillohet në një trajtim ku përdoren më shumë se një teknikë. Integrimi vazhdon të jetë një fushë ku kërkimet janë të vazhdueshme për shëndetin mendor. Siç u krye dhe në këtë studim ku pjesëmarrëset u trajtuan në formë holistike, me anë të trajtimit të integruar, ku u përfshinë të gjithë elementët e identitetit të tyre, duke marrë në konsideratë faktorët psikologjikë e socialë. Kjo formë integrimi dhe të ngjashme me të, duhet t'i bashkohen praktikës klinike që të mund të zhvillohen të gjitha dimensionet e mirëqenies dhe identitetit të individëve që mbartin një çrregullim.

BIBLIOGRAFIA

Burime parësore

- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorder: The similarities are more important than the differences. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*, New York: Guilford Press, 3-20.
- Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (ED), *History of psychotherapy: A century of change*. Washington, DC: American Psychological Association. 657–694.
- Barman Balfour, J. A., & Jarvis, B. (2000). Venlafaxine extended–release: A review of its clinical potential in the management of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs*. 483–503.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). Nje inventar për matjen klinike të ankthit: Vetitë psikometrike, ditar i konsultimit dhe psikologji klinike. 893-897.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40–year retrospective. *Archives of General Psychiatry*. 953–959.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy worksheet packet* (3rd ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck institute for Cognitive Behavior Therapy. 1–2.
- Beck, A. T., (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*. 561-571.

- Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitivebehavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 611-619.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* Chichester, England: John Wiley & Sons. 5-33
- Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 126-138.
- Borkovec, T. D. (1985). Worry: A potentially valuable concept. *Behaviour Research and Therapy*. 481-482.
- Borkovec, T. D. & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*. 25-30,a,b
- Borkovec, T. D. & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behavior Research & Therapy*. 153-158.
- Breznitz, S.(1971). A study of worrying. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 271-279.
- Bitran, S., Barlow, D. H. & Spiegel, D. A. (2009). Generalized anxiety disorder. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (eds M. G. Gelder, M. G. Andreasen, J. J. Lopez-Ibor & J. R. Geddes),. New York: Oxford University Press. 729–739

- Borkovec, T.D, Alcaine, O.M, Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg C.L. Turk, & D.S Mennin(Eds.), Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. New York: Guildford Press. 77-108.
- Butler, A. C., Chapman, J. E. Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 17-31.
- Chambless, D., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions. *Annual Review of Psychology*. 685-716.
- Culpepper, L. (2009). Generalized anxiety disorder and medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (Suppl 2) 20-24.
- Cox, B. J., Wessel, I., Norton, G. R., Swinson, R. P., & Dorenfeld, D. M. Publication trends in anxiety disorders research: 1990-1992. *Journal of Anxiety Disorders*, 531-538, 1995.
- Carter, R. M., Wittchen, H.-U., Pfister, H. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety* 78-88.
- Clark, D. A., & Beck A. (2012) *The anxiety & worry workbook. The cognitive behavioral solution.* New York, London: Guilford Press. 87-88
- Cougle, J. R., Keough, M. E., Riccardi, C. J., (2009). Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey – replication. *Journal of Psychiatric Research*. 825-829.
- Dobson, K. S., & Dozois D. J. A. (2009). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed) , *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, New York: Guilford Press. 3-37.

- Davey, G. C. L., Hampton, J., Farrell, J. L., & Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*. 133-147.
- Davey, G. C. L. (1994). Pathological worrying as exacerbated problem solving. In G. C.L. Davey and F.Tallis(Eds), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment*. Chichester, England: Wiley, a: 35-59.
- Davey, G. C. L., (1994). Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*. b:327-330.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behavior Research and Therapy*. 215-226.
- Davey, G. C. L., & Hampton, J., Farrell, J., & Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*. 133-147.
- Davis, M. Eshelman. E. R., & McKay, M., (2008). *The Relaxation & Stress Reduction Workbook* (6nd ed), New harbinger Publications Inc., 5674 Shattuck Aveneu, Oakland, CA. 75-83.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Leger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M.D., & Boisvert. J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 821-825.
- Falsetti, S. A. & Davis, J. (2001). The nonpharmacologic treatment of generalized anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 99-117.

- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary met-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry*. 34-41.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., (2005). Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*. 1747–1759.
- Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 228-234.
- Heimberg, Richard G, Turk, Cynthia L, Mennin. Douglas S, *Generalized Anxiety Disorder- Advances in Research and Practice*, New York, London: Guilford Press. 14-15
- Higgins, Diana M. (2006). "Preventing Generalized Anxiety Disorder in an At-risk Sample of College Students: A Brief Cognitive-behavioral Approach". *Electronic Theses and Dissertations*. 34.
- Horvath, A. O. and Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*. 223-233.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62. 617–627.

- Kessler, R. C., Brandenburg, N., Lane, M. (2005). Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*. 35:1073–1078.
- Kessler, R. C. & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*. 29:115–129.
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J. B. W. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*. 146:317–25.
- Levy, S., & Guttman, S. (1976). Worry, fear, and concern differentiated. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*. 13:211-228.
- Ladouceur, R., Blais, B., Freeson, M.H. & Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*. 13:139-152.
- Lewinsohn, P.M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*. 17:322-334.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Lieb, R., Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*. 15:445–452.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 8:41.

- Meyer, T. J. Miller, M. L. Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*. 487-495
- Mc Williams, N., (1999). *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, via Rossini 4. 237-238.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 487-495
- Mahe, V., & Balogh, (2000). A. Long-term pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 99–105.
- Norton, G. R., Cox, B. J, Asmundson, G. J. G., & Maser, J. D. (1995). The growth of research on anxiety disorders in the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*, 75-85.
- O'Neill, G. W. (1985). Is worry a valuable concept? *Behaviour Research and Therapy*. 479-480.
- Öst, L. & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Öst, L. G. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 1987.
- Öst L-G. Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*. 1987;25(5):397.
- Öst L-G. Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1988;26(1):13–22.
- Pruzinsky, T., & Borkovec, T. D. (1990). Cognitive and personality characteristics of worries. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 507-512.

Pagnini Francesco MS, Manzoni Gian Mauro Psy.D, Castelnovo Gianluca Ph.D & Molinari

Enrico Ph.D,(2008), “The efficacy of relaxation training in treating anxiety”, IJBCT
Consolidated Volume 5, Nr. 3 & 4, f: 264-269.

Qirjako. E. (2010). Teknika per Psikoterapine e Avancuar.U.F.O Press. 18-21.

Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow
(Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, New York:
The Guilford Press. 477-515.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. Comparative efficacy of cognitive therapy
and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and
Research*, 1977:17–37.

Rachman & J. Maser, *Panic: Psychological perspectives*, Hillsdale, Nj: Erlbaum. 91-109.

Rickels, K. & Rynn, M. A. (2001). What is generalized anxiety disorder? *Journal of Clinical
Psychiatry*, 62 (Suppl. 11). 4–12.

Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: A preliminary report. *Behaviour
Research and Therapy*. 55-56.

Stober, J. (1998). Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: Sel-report and
self-peer convergence. *Personality and Individual Differences*, 24, fq:887-890.

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., (2006). Disability and poor quality of life associated with
comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*. 2109–
2116.

- Schweizer, E., & Rickels, K. (1996). The long-term management of generalized anxiety disorder: Issues and dilemmas. *Journal of Clinical Psychiatry*. 9–12.
- Shadis, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Philips, G. (2001). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 512-529.
- Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemmarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 751-756.
- Stirman, S. W., Buchhofer, R., McLaulin, B., Evans, A. C., & Beck, A. T. (2009). Public-academic partnerships: The Beck initiative: A partnership to implement cognitive therapy in a community behavioral health system. *Psychiatric Services*. 1302-1304.
- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1991). Elevated evidence requirements and worry. *Personality and Individual Differences*, 12, 21-27.
- The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. (2011). National Collaborating Centre for Mental Health, Generalised anxiety disorder in adults: management in primary, secondary and community care. National Clinical Guideline Number 113 :: 135-136
- Tyrer, P. & Baldwin, D. S. (2006). Generalised anxiety disorder. *Lancet*. 2156–2166
- Tyrer, P., Seivewright, H. & Johnson, T. (2004). The Nottingham study of neurotic disorder: predictors of 12-year outcome of dysthymia, panic disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 34. 1385–1394.

- Uzma Ali. (2010). “The Effectiveness of Relaxation Therapy in the Reduction of Anxiety Related Symptoms (A Case Study)”. *International Journal of Psychological Studies*. Vol. 2: 2.
- Vallardi. A. (2016). *Mindfulness, 100 esercizi per una vita piu serena*. Titolo originale: “Mindfulness Pocketbook: Little Exercises for a Calmer Life, Hasson, G. Gruppo editorial Mauri Spagnol. 123.
- White, R. J. (1999). Overcoming generalized anxiety disorder. A relaxation, cognitive restructuring, and exposure-based protocol for the treatment of GAD.
- Wells. A. (1995). Meta-cognition and worry. A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 301-320.
- Wittchen, H., Zhao, S., Kessler, K. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.
- Wittchen, H. & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 15-19.
- White, J. & Keenan, M. (1990). Stress control: A pilot study of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioral Psychotherapy*. 143-146.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depression and Anxiety*, 162–171.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*. 357–376.

- Wittchen, H. U., Carter, R., Pfister, H. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*. 319–328
- Wittchen, H.-U., Zhao, S., Kessler, R. C.,. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 336- 355
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 585-594.
- York, D., Borkovec, T. D., Vasey, M. W., & Stern, R. (1987). Effects of worry and somatic anxiety induction on thoughts, emotion and physiological activity. *Behaviour Research and Therapy*. 523-526.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O.,. (1996). Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*. 308–313.
- Zebb, B. J., & Beck, J. G. (1998). Worry versus anxiety: Is there really a difference? *Behaviour Modification*. 45-61.

Burime sekundare:

- Alford, B. A., & Beck, B. A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition) (DSM-III)*. Washington, DC: APA.

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5rd edition) (DSM-V)*.

Washington, DC: APA.

Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Ballenger, J. C.(1999). *Current treatments of the anxiety disorder in adults*. Biological Psychiatry

Beck, J. S. (2011)*Cognitive Behavior Therapy*. (2nd.ed) New York, 72 Spring Street: Guilford Press.

Blazer, D. G., Hughes, D., George, L. K.,(1991). *Generalized anxiety disorder*. In *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (eds L. N. Robins & D. A. Regier). New York: The Free Press,

D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2006) *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed). New York: Springer.

Durand de Bousingen, R.,. (1993). *Distensione e training autogeno. Tecnica e pratica del rilassamento e dell’allenamento autogeno*. S:T.A.R. Rome.

Dobson, D. & Dobson, K.. (2009). “*Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*”, 72 Spring Street, ”. New York:Guilford Press,.

Ellis, A.(1962) *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

- Fisher, P. L. & Durham, R.C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes-Skelton S.A & Roemer Lizabeth (2013). A Contemporary View of Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Journal Cognitive Behaviour Therapy*. Volume 42:4.
- Hayes-Skelton SA, Usmani A, Lee J, Roemer L, Orsillo SM. A fresh look at potential mechanisms of change in Applied Relaxation: A case series.(2012). *Cognitive and Behavioral Practice*. 19(3):451–462.
- Linehan, M. M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mullin, R, E, Mc., (2000). “The New Handbook of Cognitive Therapy Technique”, W.W. Norton & Company, Inc, 500 Fifth Avenue, New York.
- McKay, M., Davis M., & Fanning P. (2009). *Messages: The communication skills book* (ed2), Oakland, CA: New Harbinger,.
- Mc Williams, N., (1999). *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, via Rossini 4.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*.

- McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., (2009). Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: Results of a Household Survey. Leeds: The NHS Information Centre for Health and Social Care,.
- Mahe, V., & Balogh, (2000). A. Long-term pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International Clinical Psychopharmacology*.
- Meichenbaum, D. Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum Press.
- Norton, G. R., Cox, B. J, Asmundson, G. J. G., & Maser, J. D. (1995). The growth of research on anxiety disorders in the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*.
- O'Neill, G. W. (1985). Is worry a valuable concept? *Behaviour Research and Therapy*. 479-480.
- Öst, L. & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38: 777-790.
- Öst L-G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*.25(5):397.
- Öst L-G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*.26(1):13-22.
- Pango, Y., (2004). "Psikoterapia e njohjes dhe e sjelljes". Shtwipia Botuese e Librit Universitar, Tirane.
- Pruzinsky, T., & Borkovec, T. D. (1990). Cognitive and personality characteristics of worries. *Behaviour Research and Therapy*, 28: 507-512.

Pagnini Francesco MS, Manzoni Gian Mauro Psy.D, Castelnovo Gianluca Ph.D & Molinari

Enrico Ph.D,(2008), “The efficacy of relaxation training in treating anxiety”, IJBCT
Consolidated Volume 5, Nr. 3 & 4: 264-269.

Qirjako. E. (2010). Teknika per Psikoterapine e Avancuar.U.F.O Press. 18-21.

Rygh, Jayne L, & Sanderson, William C. (2004). Treating Generalized Anxiety Disorder,
Evidence-Based Strategies Tools, and Techniques, New York, 72 Spring Street: Guildford
Press.

Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow
(Ed.), Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, New York:
The Guilford Press.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive
therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive Therapy
and Research. 17–37.

Rachman & J. Maser, Panic: Psychological perspectives, Hillsdale, Nj: Erlbaum. 91-109.

Rickels, K. & Rynn, M. A. (2001). What is generalized anxiety disorder? Journal of Clinical
Psychiatry, 62 (Suppl. 11). 4–12.

Risick, P. A., & Schnicke , M. K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A
treatment manual. Newbury Park, CA: sage.

Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: A preliminary report. Behaviour
Research and Therapy. 55-56.

- Stober, J. (1998). Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergence. *Personality and Individual Differences*, 24:887-890.
- Schweizer, E., & Rickels, K. (1996). The long-term management of generalized anxiety disorder: Issues and dilemmas. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Stephen E. Melka, Steven L. Lancaster, Andrew R. Bryant, Benjamin F. Rodriguez, Rebecca Weston, Published online : 3 June 2011, Springer Science + Business Media . LLC 2011
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*. 2109–2116.
- Schweizer, E., & Rickels, K. (1996). The long-term management of generalized anxiety disorder: Issues and dilemmas. *Journal of Clinical Psychiatry*. 9–12.
- Shadis, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Philips, G. (2001). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*.
- Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemmarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 751-756.
- Stirman, S. W., Buchhofer, R., McLaulin, B., Evans, A. C., & Beck, A. T. (2009). Public-academic partnerships: The Beck initiative: A partnership to implement cognitive therapy in a community behavioral health system. *Psychiatric Services*. 1302-1304.

- White, R. J. (1999). Overcoming generalized anxiety disorder. A relaxation, cognitive restructuring, and exposure-based protocol for the treatment of GAD.
- Wittchen, H. & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 15-19.
- White, J. & Keenan, M. (1990). Stress control: A pilot study of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioral Psychotherapy*. 143-146.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depression and Anxiety*, 162–171.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*. 357–376.
- Wittchen, H. U., Carter, R., Pfister, H. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*. 319–328
- Wittchen, H.-U., Zhao, S., Kessler, R. C., (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 336- 355
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 585-594.

Burime Interneti

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

<http://www.ukhypnosis.com>

<http://www.sciencedirect.com>

<http://www.sciencedirect.com>

<http://www.nhs.uk/Conditions/Anxiety/Pages/Treatment>

<http://www.integrativetherapy.com/en/integrative-psychotherapy.php>

<http://www.nhs.uk/conditions/anxiety/pages/treatment>

<http://www.tandfonline.com>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

www.getselfhelp.co.uk

www.FeelingGood.com

SHTOJCAT

SHTOJCA A

Kontrata për ndjekjen e trajtimit dhe konfidencialitetin.

Elbasan më: _____

Mirë se erdhët në praktikën tonë klinike. Më poshtë do të gjeni disa informacione kryesore në lidhje me trajtimin që do të ndiqni. Jeni i/e lutur ta lexoni dhe të vendosni një firmë në fund të dokumentit për të treguar që jeni në njohje të tij.

Kohëzgjatja dhe frekuentimi i trajtimit: Ky trajtim do të zgjasë gjithsej 12 seanca, që do të kryhen brenda 3.5 muaj. Një seancë do të zgjasë 45-60 minuta sipas problemit dhe nevojave tuaja individuale.

Konfidencialiteti: Të dhënat që ju do të ndani me mua janë ekstremisht konfidenciale dhe nuk do të bëhen asnjëherë publike, vetëm nëse ju do të jepni një leje me shkrim, sepse të drejtat për konfidencialitet dhe për të ruajtur sekretin mbrohen me ligj. Gjithashtu ju jeni i/e detyruar që mos komentoni jashtë seancave me persona jo kompetentë marrëdhënien tonë, teknikat, bisedat në formë opinioni.

Politika e pagesave: Gjatë gjithë këtij procesi trajtimi, ju nuk do të keni detyrime financiare.

Telefonata dhe kontakte urgjente: Nëse ju keni nevojë të më kontaktoni në telefon, mos hezitoni ta bëni. Në momentin që nuk iu përgjigjem, ju lutem mund të lini një mesazh.

Liria për t'u tërhequr: Do të jeni të lirë të tërhiqeni në çdo moment, në çdo fazë të trajtimit, duke pasur parasysh që kjo do të dëmtonte rezultatet e arritura deri në atë moment për vazhdimësinë e trajtimit.

Konsensi informativ: E lexova dhe e kuptova gjithë materialin e kontratës. Jam dakort ta nënshkruaj këtë kontratë me Psikologjen - Jonida Mustafaraj.

Klienti: _____

Data: _____

Kjo tip kontrate është bazuar në Mc Williams, 1999

SHTOJCA B

Të dhëna profesionale për doktoranten.

Jonida Mustafaraj është diplomuar në degën e Psikologjisë në Fakultetin e Shkencave të Edukimit në Universitetin e Elbasanit “Aleksandër Xhuvani” në vitin 2009. Ka vazhduar studime në Master Shkencor në “Albanian University”, ku është diplomuar në Psikologji Klinike në vitin 2011. Ka ndjekur kursin e specializimit në Procesin Psikodiagnostik në Qendrën Klinike dhe të Formimit “Procontinuum” në Romë, gjatë vitit 2012.

Ka punuar si terapistë zhvillimi me 28 raste fëmijësh në moshën evolutive. Që nga viti 2012 ka punuar privatisht si Psikologe Klinike me 37 raste adultësh me Çrregullime të Ankthit dhe Çrregullime të Humorit. Si psikologe pranë Gjykatës së Rrethit Gjyqësor Elbasan ka punuar me rreth 150 çështje përZgjidhje Martese, Caktim Kujdestarie. Që prej vitit 2011 deri tani është pjesë e stafit akademik në UE “Aleksandër Xhuvani”. Prej vitit 2014 dhe në vijim jam personel akademik me kohë të plotë në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, titullare e disa lëndëve në fushën e psikologjisë së përgjithshme, të psikologjisë klinike, etikës psikologjike dhe logopedisë. Gjithashtu e ushtron profesionin e psikologes klinike dhe në Qendrën Spitalore “Xh.Kongoli”, Elbasan, si staf me kohë të pjesshme.

Në prill të vitit 2017 është regjistruar dhe anëtarësuar në regjistrin Themeltar të Urdhërit të Psikologut me nr.rendor 109. E liçensuar pranë QKB, me numër identifikimi L72713201N. Ushtron aktivitetin privatisht si psikologe klinike në qytetin e Elbasanit në studion psikodiagnostike që prej vitit 2012.

Backgroundi i Klinikistes.

Që prej fillimit të punës klinike në fushën private jam hasur kryesisht me çrregullimet e ankthit. Në konceptualizimin e rasteve studimore, strukturën e planifikimin e mëtejshëm të trajtimit, kam zgjedhur përjasjen Konjektiv-Bihejviorale dhe teknikat e saj. Gjatë punës klinike në fushën private, me persona me ÇAP, mendova fillimisht që të integroja bashkë me disa teknika kryesore të TKB edhe teknika relaksimi për arsyet që janë parashtruar në kapitullin IV. Praktikisht kam punuar me persona me ÇAP nëpërmjet teknikave të TKB dhe fillimisht me teknikën 1-2-3-4-5. Kjo teknikë e marrë nga proceset hipnoterapike të Yvonne dhe Betty Erickson (Fliegel S. dhe Kammerer A, 2006), është përshtatur dhe paraqitur në Teknika për Psikoterapinë e Avancuar (E.Qirjako, 2010). Qëllimi i kësaj teknike është të relaksojë individin, të tentojë ta “fikë” të menduarin për disa momente, duke arritur një gjendje të lehtë transi. Këtë teknikë fillimisht e kam mësuar dhe praktikuar me supervizim në studimet e nivelit të dytë në Msc Psikologji Klinike. Gjithashtu kam punuar dhe me metodën e Relaksimit Psikofizik (E.Irvin, 2000). Kjo metodë përfshin një sërë teknikash tibetiane për të hequr tensionet dhe balancuar frymëmarrjen. Kam ndjekur seminare për teknikën e Trajnimit Autogjenik, por nuk e kam aplikuar sepse për këtë nevojiten trajnime specifike të çertifikuara. Që prej vitit 2013 kam marrë seminare on line për protokollin e Relaksimit të Aplikuar që ofrohen në UK College of Hypnosis & Hypnotherapy (www.ukhypnosis.com). Këtë teknikë e kam praktikuar në auditore me studentë të vitit të 3-të, në prag diplomimi që ankoheshin për simptomat e ankthit. Më pas e kam përdorur në praktikën time klinike. Gjatë seancave të ruajtjes së trajtimit tek pacientët vura

repërmirësim të dukshëm për gjendjen e tyre të ankthit dhe shqetësimit. Kontaktet me ta kanë qenë të vazhdueshme edhe pas përfundimit të trajtimit. Feedback-u prej tyre ka qenë pozitiv pas përfundimit të trajtimit. Pasi vija re efektivitetin e teknikave të TKB-së dhe efektivitetin e relaksimit, mendova të integroja TKB me RA, sepse RA ishte një teknikë më gjithpërfshirëse dhe më e lehtë për t'u kryer individualisht në shtëpi nga klientët.

SHTOJCA C

Informacion për Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar

Simptomat më të shpeshta që përjetojnë individët me ÇAP janë fiziologjike si: rritje të rrahjeve të zemrës, gulçim, dhimbje gjoksi ose presion, ndjesi sikur po mbytet, marrje mendsh, djersitje, të vjella, probleme me stomakun, diarre, të dridhura ose tundje të trupit, ndjesi sikur po e shpojnë me gjilpëra ose mpirje në krahëve apo këmbëve, dobësi, ligështi, muskuj të tensionuar, ngurtësi, goja e thatë.

Simptoma konjiktive si: Frika e humbjes së kontrollit, paaftësi për t'u përballur, frika e lëndimit fizik ose vdekja, frika që mos "çmendet", frika nga vlerësimi negativ i të tjerëve, mendimet, imazhe, ose kujtime të frikshme, perceptimet irreale, përqëndrim i dobët, konfuzion, vëmendje e dobët, hipervigjilencë për ndonjë kërcënim, kujtesë e dobët, vështirësi në arsyetim, humbja e objektivitetit.

Simptoma sjellore: Vështirësi në të folur, shmangia e situatave sfiduese, hipervigjilencë, agjitacion. Si dhe simptoma emocionale: ndjesi nervozizmi, ndjesi frikësimi, ndjenja tensionimi, padurimi, ndjesi frustrimi.

ÇAP tek meshkujt, femrat, fëmijë, të rriturit: ÇAP gjendet në një përqindje më të lartë tek të rriturit se sa tek adoleshentët. Femrat preken më shumë se sa meshkujt me ÇAP.

Çrregullime të tjera të ankthit: Çrregullimi i Ankthit të përgjithësuar bën pjesë në grupin e çrregullimit të ankthit, sipas DSM-V (APA, 2013). Çrregullimet e Ankthit janë të ndryshëm nga zhvillimi normativ i frikës dhe i ankthit për nga ekzagjerimi dhe nga vazhdimësia e çrregullimit. Në Çrregullimin e Ankthit bëjnë pjesë, Çrregullimi i Ankthit të ndarë,

Mutizmi Selektiv, Fobia Specifike (fobia nga kafshët; mjedisi natyral; i situatave; nga gjaku dhe fobi të tjera). Çrregullimi i Ankthit social (fobia sociale), Çrregullimi i panikut, specifikues të atakeve të panikut, Agorafobia, Çrregullimi i Ankthit të përgjithësuar, Çrregullimit i Ankthit shkaktuar nga substancat/medikamentet, Çrregullimi i Ankthit për shkak të një gjendjeje mjekësore, Çrregullime Specifike të tjera të ankthit, Çrregullime të Paspecifikuara të Ankthit (APA, 2013).

Trajtimi

Medikamente antipsikotike përdoren edhe për individët me ÇAP. Benzodiazepinë që përfshijnë Ativan, (lorazepam), Valium (Diazepam), Xanax (alprazolam) priren të përdoren, pasi ato ofrojnë lehtësim të menjëhershëm nga ankthi. Efektet anësore (lodhje që zhduket, me përdorimin të vazhdueshëm) janë më pak të dëmshëm se sa ato që lidhen me klasat e tjera të drogave. Izolim i papritur ose tërheqja e menjëhershme është i lidhur me rritjen e ankthit, problemet e gjumit, dhimbjet e kokës, agjitacion, përzierje, dridhje dhe (megjithatë rrallë) momente të tërheqjes. Toleranca dhe varësia e përdorimit afatgjatë ka çuar në rritjen e shqetësimeve dhe kritikave për përdorimin benzodiazepine si medikamente parësorë tek individët me ÇAP.

SHTOJCA D

Informacion për Relaksimin e Aplikuar

Qëllimi i kësaj teknike është për të mësuar aftësi të relaksimit, të cilat mund të aplikohen shumë shpejt dhe praktikisht në çdo situatë. Këto aftësi mund të krahasohen me çdo aftësi tjetër, për shembull të mësuarit për të notuar, si të ngasin një biçikletë ose një makinë, ato që marrin kohë për t'u mësuar, por kur ju e keni zotëruar një herë atë, mund ta përdorni kudo. Nuk ka kufizime për relaksimin, mund të jemi në zyrë apo në shtëpi. Qëllimi është që të jeni në gjendje për t'u shpërndur në 20-30 sekonda dhe ta përdorni këtë aftësi për të luftuar ankthin dhe në fund të shpëtojë nga reagimet fiziologjike në situata ankthioze.

Komponentët kryesorë të Relaksimit të Aplikuar

1. Vlerësimi, formulimi, dhe vetë-monitorimi.
2. Relaksimi Progresiv i Muskujve.
3. Vetëm Relaksim.
4. Relaksimi i Udhëzuar i Kontrolluar.
5. Relaksimi i Diferencuar.
6. Relaksimi i Shpejtë.
7. Relaksimi i Aplikuar (Trajnimi i Aplikimit)

SHTOJCA E

Informacion për Terapinë Konjektiv-Bihejviorale dhe teknikat e saj

Terapia Konjektiv Bihejviorale është një formë e psikoterapisë që fokusohet tek roli i rëndësishëm i mendimeve, ndjenjave dhe sjelljeve.

Parimet bazë të Terapisë Konjiktive Bihejviorale janë:

11. TKB-ja bazohet në formulimin gjithëpërfshirës të problemit të pacientit dhe në konceptin e çdo pacienti me terma konjektivë.
12. TKB-ja kërkon një aleancë terapeutike të theksuar.
13. TKB-ja kërkon bashkëpunim dhe pjesëmarrje aktive.
14. TKB-ja orientohet drejt qëllimeve dhe fokusimit tek problemet.
15. TKB-ja fillimisht lidhet me të tashmen.
16. TKB-ja është edukative, ka si qëllim ta mësojë pacientin të bëhet terapist i vetes.
17. TKB-ja është e limituar në kohë.
18. TKB-ja ka seanca të strukturuar.
19. TKB-ja i mëson pacientët të identifikojnë, të vlerësojnë dhe tu përgjigjen mendimeve dhe besimeve të tyre disfunktionale.
20. TKB-ja përdor një sërë teknikash për të ndryshuar të menduarit, humorin dhe sjelljen.

EDUKIMI I PACIENTIT RRETH BESIMEVE KRYESORE DHE MONITORIMI I

TYRE

Është e rëndësishme për pacientin të kuptojë çështjet e mëposhtme rreth besimeve kryesore:

- Që, është një ide, jo domosdoshmërisht një e vërtetë.

-Që, ata e besojnë atë fuqishëm, madje “ndjejnë” se ajo është e vërtetë, dhe pse ajo mund të jetë pjesërisht ose plotësisht jo e vërtetë.

-Që, si një ide, mund të testohet.

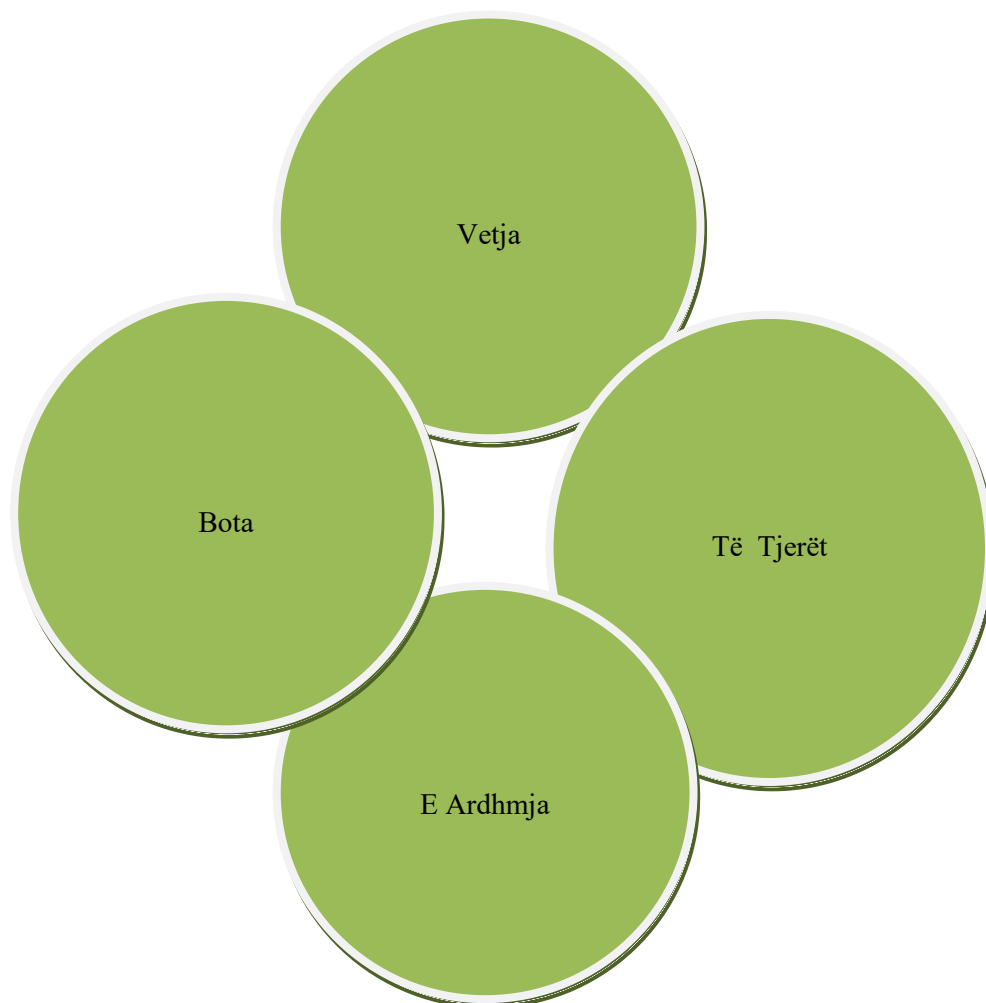
-Që, mund të jetë e rrënjosur që nga ngjarjet e femijërisë dhe mund ose nuk mund të ketë qenë e vërtetë në atë kohë që ata filluan ta besojnë atë.

-Që, ajo vazhdon të ruhet nëpërmjet veprimit të skemave të tyre , në të cilat dallohen lehtë të dhëna që mbështesin thelbin e besimeve dhe njëkohësisht injorojnë ose nuk i konsiderojnë të mirëqena.

-Që, duke punuar së bashku, mund të përdorin një shumëllojshmëri strategjish kohë pas kohe për të ndryshuar këtë ide dhe të shohin veten e tyre në një mënyrë më realiste/të vërtetë.

SHTOJCA F

Kuadrati Konjektiv



SHTOJCA G

TEKNIKA ABC

DATA	A SITUATA	B MENDIMET	C PASOJAT

ABC me 3 kolona është elementi kryesor i TKB -: na ndihmon të kapim mendimet dhe ne e përdorim atë të bashkojmë mendimet me ndjenjat-zakonisht duke punuar në drejtim të kundërt! Ne plotësojmë “Emocionet dhe sjelljen” që po na shqetësojnë ose krijon probleme si fillim, pastaj identifikojmë ndodhinë dhe mendimet ekzakte që e shoqërojnë atë. Këto forma të thjeshta na ndihmojnë të ndërjegjësohemi se si ne mendojmë, na ndihmojnë të shohim modele dhe lidhje me kalimin e kohës dhe më e rëndësishmja, na ndihmojnë të shohim që mendimet tona janë irracionale, jo logjike dhe të padobishme kështu që ne mund ti kundërshtojmë ato dhe ti zëvendësojmë me “self-talk” pozitiv.

Kujto-Ne i identifikojmë ndjenjat tona të këqija, lidhim ngjarjen\situatën, pastaj identifikojmë mendimet, pastaj diskutojmë rreth tyre.

Lloje të diskutimit: Çfarë janë të dhënat? Çfarë pikëpamje alternative kanë ato?

Kush është efekti i të menduarit në mënyrën që mendoj unë?

Çfarë do t’i them shokëve të mi ?

Vendos formën tënde ABCD

A	B	C	D
SITUATA	BESIMET	PASOJAT	DISKUTIMI

SHTOJCA H

Regjistrimi i të menduarit disfunksional

DATA	SITUATA	MENDIMI AUTOMATIK	EMOCIONI
	Çfarë situatash të pakëndshme ke pasur? Çfarë çon në emocione të pakëndshme?	Përshkruaj ndonjë mendim irracional, që ke pasur për veten, të tjerët, për të ardhmen apo botën. Sa shumë e besove atë mendim (0-100%)	I mërzitur, në ankth, i nevrikosur etj. Sa i madh ishte emocioni? 0-100%

Udhëzim: kur ndjen se humori yt përkeqësohet, pyete veten: “Çfarë po më kalon në mendje në këtë moment?” dhe sapo të mundesh shkruaje mendimin ose imazhin mendor në kolonën e mendimit automatik.

Pyetjet për të nxjerrë një përgjigje adaptive - Përdor pyetjet e mëposhtme për t’u përgjigjur mendimeve automatike për veten, të tjerët, të ardhmen dhe botën. Sa shumë e beson çdo përgjigje? 0-100%.

- 1) Kush është prova që mendimi im automatik është i vërtetë? Jo i vërtetë? 2) Nëse njohuria ime është e vërtetë, kush është më e keqja që mund të ndodhë? Mund të jetoj duke e menduar atë? Si mund të jetë jeta ime ndryshe në 3 muaj (6 muaj, 1 vit) duke filluar që tani?
- 3) Kush është më e mira që mund të ndodhë? 4) Çfarë mund të ndodhë? 5) Ka ndonjë shpjegim tjetër—Një mënyrë tjetër e të parit të situatave? 6) Nëse një shok do të ishte në

tënjëjtën situatë duke përjetuar të njëjtat mendime, çfarë do t'i thoja atij/asaj? 7) Kush janë avantazhet e të besuarit të mendimeve automatike? 8) Kush është vlera e të menduarit në këtë mënyrë? Benefitet? 9) Kush është në interesin tim, të vazhdoj të pranoj mendimet automatike si të vërteta, apo të ndryshoj këtë mënyrë të menduari?

Rezultatet: Sa shumë e beson tani?(0-100%) Çfarë emocionesh ndjen tani dhe me çfarë intensiteti?

Situata Kur? Ku? Çfarë? Me kë?	Mendime ose Imazhe Çfarë mendova ose imagjinova atë moment? Çfarë kalonte në mendjen sime? Çfarë do të thotë për mua apo për situatën?
Sjellje Çfarë bëra unë atë moment? Çfarë shmanga unë? Kush ishte përgjigja ime e menjëhershme? Çfarë kanë parë që unë kam bërë?	Ndjenjat Emocionet\Gjendja Çfarë emocioni ndjeva në atë moment? Sa e fortë ishte ajo ndjenjë?(0-100%) Ndjesia trupore \Fizike Çfarë vura re në trupin tim? Çfarë ndjeva? Kur e ndjeva atë?

Marrë nga: www.getselfhelp.co.uk

©Lejohet përdorimi për qëllime terapeutike

SHTOJCA I

Skeda për regjistrimin e shqetësimit.

Udhëzimet: Kjo skedë duhet të plotësohet për shqetësimin që haset gjatë ditës. Duhet plotësuar sa më afër episodit.

Data dhe ora	Fillimi i përjetimit të shqetësimit	Përmbajtja e shqetësimit (përshkrim i shkurtër)	Përcaktimi i nivelit të shqetësimit (0-100)	Çfarë ndodhi pas përfundimit të gjendjes së shqetësimit?

Ky protokoll është përpunuar referuar metodës dhe informacioneve të TKB.

SHTOJCA J

Skeda për regjistrimin e ndjenjës së pasigurisë.

Udhëzim: Kjo skedë duhet të plotësohet për gjendjen e pasigurisë që haset gjatë ditës.

Duhet plotësuar sa më afër episodit.

Data dhe ora	Shqetësimet që përcaktojnë pasigurinë	Çfarë ndodh kur ndjehesh i/e pasigurtë?	Përpyekjet për të ulur ndjenjën e pasigurisë	Përcaktimi i nivelit të shqetësimit (0-100)

Ky protokoll është përpunuar referuar metodës dhe informacioneve të TKB.

SHTOJCA K

Sistemi i vjetër/i ri i besimeve

Sistemi i vjetër : Si është Sistemi i ri: Si duhet të jetë

Besimet e mia të vjetra Besimet e mia të reja

Unë jam ...	Njerëzit janë ...	Bota është..
-------------	-------------------	--------------

Unë jam ...	Njerëzit janë ...	Bota është..
-------------	-------------------	--------------



Rregullat e vjetra që më mbrojnë Rregullat e reja që më mbrojnë

Nëse..atëherë..

Nëse..atëherë..

Marrë nga: www.getselfhelp.co.uk

Lejohet përdorimi për qëllime terapeutike.

SHTOJCA L

Relaksimi i Aplikuar.

Ditari i Relaksimit të Aplikuar							
Data/Ora	E hënë	E martë	E mërkurë	E Enjte	E premte	E shtunë	E dielë
Situata							
Reagimi (çfarë mendoni ju?)							
Intensiteti 0-100%							
Veprimi (çfarë ke bërë?)							

Ditari i Relaksimit							
Data/Ora	E hënë	E martë	E mërkurë	E enjte	E premte	E shtunë	E dielë
Komponenti (Teknika)							
Tensioni para(0-100%)							
Tensioni pas (0-100%)							
Kohëzgjatja (minutat)							
Komentet (çdo vështirësi)							

Ky protokoll është marrë dhe përpunuar nga literatura Relaksimi i aplikuar, Öst, 1988.

SHTOJCA M

Instrumentat e përdorur për studimin

Matja e ÇAP për Adultë

Emri: _____ Mosha: _____ Jëksi: ☐ M ☐ F Data: _____

Udhëzime: Pyetjet e mëposhtme janë për mendimet, ndjenjat dhe sjelljet, shpesh rreth familjes, shëndetit, financave, shkollës dhe punës. Ju lutem përgjigjuni çdo pyetjeje duke shënuar (+ ose -) në çdo kuti të rreshtit.

	Gjatë 7 ditëve të shkuara, kam...	Asnjëherë	Me raste	Gjysmën e kohës	Shumicën e kohës	Gjatë gjithë kohës	Pikët
1	Ndjerë momente terrori, frike ose drithërimi	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
2	Ndjerë ankth, shqetësim ose nervozizëm	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
3	Pasur mendime se do të ndodhnin gjëra të këqija, tragjedi në familje, sëmundje, humbje e punës ose aksidente	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
4	Ndjerë rritje të rrahjeve të zemrës, djersitje, vështirësi në frymëmarrje, zbehje, dridhje	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
5	Ndjerë tension muskulator, gjendje alarmi dhe kam pasur vështirësi për t'u relaksuar apo për të fjetur	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
6	Shmangur ose nuk jam bërë pjesë e situatave rreth të cilave shqetësohem	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	

7	Jam larguar shpejt prej situatave ose kam marrë pjesë minimalisht në to, prej shqetësimit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
8	Shpenzuar shumë kohë për të marrë vendime ose për t'u përgatitur për situatat prej shqetësimit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
9	Kërkuar siguri prej të tjerëve prej shqetësimit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
10	Pasur nevojë për ndihmë për të përballuar ankthin (p.sh. mjekime, objekte supersticioze ose njerëz)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
Rezultati total/i pjesshëm i papërpunuar							
Përlllogaritja e rezultatit total të papërpunuar (nëse 1-2 çështje janë lënë pa përgjigje)							
Mesatarja e rezultatit total							

Craske M, Bogels S, Stein M, Andrews G, Lebeu R, APA, 2013

Ky material mund të riprodhohet pa leje nga studiuesit dhe nga klinikistët për përdorim me pacientët e tyre.

Inventari i Ankthit i BECK

Poshtë është një listë e simptomave të ankthit. Ju lutem lexoni me kujdes çdo artikull në listë. Tregoni sa shumë jeni mërziur nga ato simptoma gjatë muajve të shkuar, përfshirë sot, duke qarkuar numrin në hapësirën përkatëse në kolonë për çdo simptomë.

	Jo të gjitha	I lehtë por nuk më shqetëson shumë	I mesëm por jo i kënaqshëm ndonjëherë	I rëndë por më shqetëson shumë
1.Të ndjerit parehati	0	1	2	3
2.Ndjenja nxehtësie	0	1	2	3
3.Shtrengime te këmbët	0	1	2	3
4.I paaftë për tu qetësuar	0	1	2	3
5.Frika nga ndodhi të keqija	0	1	2	3
6.Rrahje të forta zemre	0	1	2	3
7.Marrje mendsh	0	1	2	3
8.Paqëndrueshmëri	0	1	2	3
9.Ndjenja terrori	0	1	2	3
10.Nervozizëm	0	1	2	3
11.Të ndjerit i	0	1	2	3

shokuar				
12.Dridhje duarsh	0	1	2	3
13.Ndjesi shkundjeje	0	1	2	3
14.Frika se mos humb kontrollin	0	1	2	3
15.Vështirësi në frymëmarrje	0	1	2	3
16.Frikë se do të vdesë	0	1	2	3
17.Frikë	0	1	2	3
18.Indigestion (vështirësi në tretje)	0	1	2	3
19.Skuqje në fytyrë	0	1	2	3
20.Djersitje	0	1	2	3

Pyetësi i Penn State për Shqetësimin

	Aspak tipike e imja		Tipike e imja		
1. Nëse nuk kam mjaftueshëm kohë për të bërë çdo gjë, unë nuk shqetësohem.	1	2	3	4	5
2. Shqetësimet më trullosin.	1	2	3	4	5
3.Unë nuk tentoj të shqetësohem për gjërat.	1	2	3	4	5
4.Shumë situata më shqetësojnë.	1	2	3	4	5
5.E di që nuk duhet të shqetësohem për gjërat, por nuk mund ta shmang atë.	1	2	3	4	5
6.Kur jam nën presion unë mërzitem shumë.	1	2	3	4	5
7.Jam gjithmonë i/e shqetësuar për diçka .	1	2	3	4	5
8.E kam të lehtë t'i largoj mendimet shqetësuese.	1	2	3	4	5
9.Sa mbaroj një detyrë, filloj të shqetësohem për detyrën tjetër.	1	2	3	4	5
10.Unë nuk shqetësohem për asgjë.	1	2	3	4	5
11.Kur nuk mund të bëj dot gjë për një çështje, nuk shqetësohem më për të.	1	2	3	4	5
12.Kam qenë i shqetësuar gjithë jetën.	1	2	3	4	5
13.Unë kam vënë re që shqetësohem për gjërat.	1	2	3	4	5
14.Po fillova të shqetësohem, nuk ndaloj më.	1	2	3	4	5
15.Unë mërzitem gjatë gjithë kohës.	1	2	3	4	5
16.Unë shqetësohem për projektet derisa ato mbarojnë.	1	2	3	4	5

Inventari i Shkallës të Kontrollit të Afekteve

Ju lutem plotësoni numrin me të cilin ju jeni dakort tek çdo formulim i mëposhtëm, duke qarkuar numrin e duhur me formulimin ngjitur.

1	2	3	4	5	6	7
Nuk pranoj kursesi	Mospranim i fortë	Nuk pranoj	Neutral	Pranoj	Pranim i fortë	Pranim shumë i fortë

1. Jam i/e bindur se do të them fjalë për të cilat do të pendohem kur të jem i zemëruar.

1 2 3 4 5 6 7

2. Entuziazmohem shumë kur jam i/e lumtur .

1 2 3 4 5 6 7

3. Mund të zhytem në depresion, prandaj është e rëndësishme ti luftoj të gjitha mendimet e mërzitshme.

1 2 3 4 5 6 7

4. Nëse bëhem me depresion jam i/e bindur se do ta kaloj.

1 2 3 4 5 6 7

5. Jam nervoz, tronditem aq shumë saqë nuk arrij të mendoj dot qartë.

1 2 3 4 5 6 7

6. Të jesh i mbushur me gëzim është gjë shumë e mirë, por jam i bindur se do të humbja kontrollin e veprimeve të mia nëse emocionohem shumë.

1 2 3 4 5 6 7

7. Trembem kur ndjej të dridhura.

1 2 3 4 5 6 7

8. Kam frikë se do të dëmtoj dikë nëse nevrikosem.

1 2 3 4 5 6 7

9. Ndjehem mirë që mund ta kontrolloj nivelin tim të ankthit.

1 2 3 4 5 6 7

10. Të arrij një orgazëm është e frikshme për mua sepse mund të humb kontrollin.

1 2 3 4 5 6 7

11. Nëse njerëzit zbulojnë sesa i /e zemëruar ndjehem ndonjëherë, pasojat mund të jenë të këqija.

1 2 3 4 5 6 7

12. Kur ndjehem mirë e le veten të lirë dhe e shijoj deri në fund.

1 2 3 4 5 6 7

13. Kam frikë se do të futem në depresion saqë nuk mund të dal dot.

1 2 3 4 5 6 7

14. Kur ndjehem shumë i/e lumtur, i kaloj barrierat dhe nuk dua të kaloj në ekstazë.

1 2 3 4 5 6 7

15. Kur bëhem nervoz\e mendoj se do të çmendem.

1 2 3 4 5 6 7

16. Ndjehem mirë kur shpreh ndjenjat e zemërimit.

1 2 3 4 5 6 7

17. Jam i /e aftë ta parandaloj veten nga të bërit shumë ankthioz.

1 2 3 4 5 6 7

18. Nuk ka rëndësi sesa i/e lumtur mund të jem, jam gjithmonë me këmbë në tokë.

1 2 3 4 5 6 7

19. Kam frikë se mund të dëmtoj veten time nëse bëhem depresiv/e.

1 2 3 4 5 6 7

20. Frikësohem kur jam nervoz/e.

1 2 3 4 5 6 7

21. Të jesh nervoz/e nuk është e këndshme, por unë mund ta përballoj.

1 2 3 4 5 6 7

22. Adhuroj të ndjehem i/e entuziazmuar, është një ndjenjë e bukur.

1 2 3 4 5 6 7

23. Shqetësohem nga humbja e vetëkontrollit kur jam nën stres.

1 2 3 4 5 6 7

24. Nuk mund të bëj asgjë për të ndaluar ankthin nëse ai ka filluar të shfaqet.

1 2 3 4 5 6 7

25. Nëse ndjehem i/e mërziur mendoj se duhet ta lë mërzinë të veprojë.

1 2 3 4 5 6 7

26. Sa bëhem nervoz/e, mendoj se do të më largohet ankthi.

1 2 3 4 5 6 7

27. Të jesh me depresion nuk është edhe aq keq sepse e di se do të më kalojë shpejt.

1 2 3 4 5 6 7

28. Do të turpërohesha shumë nëse do të humbisja kontrollin tim përballë njerëzve të tjerë.

1 2 3 4 5 6 7

29. Kur unë ndjehem i/e mërziur çdo gjë më duket sikur do të dështojë

1 2 3 4 5 6 7

30. Kur zemërohem nuk shqetësohem për humbjen e kontrollit .

1 2 3 4 5 6 7

31. S'ka rëndësi nëse jam i /e lumtur ose jo, vetëkontrolli im është i njëjtë.

1 2 3 4 5 6 7

32. Kur emocionohem për diçka, shqetësohem, mos entuziazmi im do të më dalë nga kontrolli.

1 2 3 4 5 6 7

33. Kur bëhem nervoz/e ndjej sikur do të bërtas.

1 2 3 4 5 6 7

34. Nervozohem të jem i/e zemëruar, sepse kam frike se do t'i tejkaloj dhe do të pendohem më vonë.

1 2 3 4 5 6 7

35. Kam frikë se unë do të flas kot ose do të bëhem qesharak kur të jem nervoz.

1 2 3 4 5 6 7

36. Të kalosh në ekstazë për diçka është një problem për mua sepse të jesh i lumtur zbeh gjykimin tim.

1 2 3 4 5 6 7

37. Depresioni është i frikshëm për mua – unë kam frikë se mund të bëhem depresiv/e dhe nuk mund të shërohem më.

1 2 3 4 5 6 7

38. Se mendoj fare nëse do të jem nervoz/e, e di që është diçka kalimtare.

1 2 3 4 5 6 7

39. Kam frikë nëse e lë veten të ndjehem shumë i zemëruar për diçka, mund të më çojë
mua në një zemërim të panjohur më parë.

1 2 3 4 5 6 7

40. Kur bëhem nervoz/e kam frikë se do të sillem si i/e marrë.

1 2 3 4 5 6 7

41. Kam frikë se do të bëj diçka prej “budallai” nëse mbushem me shumë lumturi.

1 2 3 4 5 6 7

42. Mendoj se gjykimi im vuan kur unë jam me të vërtet i/e lumtur.

1 2 3 4 5 6 7

Inventari i Depresionit i Beck

Rrethoni një përgjigje për çdo njëërën prej 21 çështjeve:

1.

0.Nuk ndjehem i trishtuar.

1.Ndjehem i mërzhitur ose pa humor.

2.Ndjehem gjithë kohën i mërzhitur ose i trishtuar dhe nuk arrij dot të dal nga kjo gjendje.

2.Jam kaq i trishtuar dhe fatkeqësisht një gjëndje të tillë nuk e duroj dot.

2.

0.Nuk jam i dekurajuar dhe as pesimist për sa i përket të ardhmes sime.

0.Kam një gjendje dekurajimi për të ardhmen.

2.Nuk kam asnjë motiv për të ardhmen.

2.Ndjej se nuk ka asnjë shpresë për të ardhmen time dhe se situata nuk mund të përmirësohet.

3.

0.Nuk e kam aspak ndjenjën e dështimit rreth jetës sime.

0.Kam përshtypjen se s'kam dështuar në jetë më shumë se të tjerët.

2.Kam përshtypjen se kam përmbushur shumë pak gjëra në jetë,që kanë vlerë ose janë të rëndësishme.

2.Kur e analizoj jetën time të kaluar, gjithcka që kam bërë, është vetëm një dështim.

3.Kam ndjenjën e një dështimi të plotë në të gjithë jetën time (në marrëdhëniet e mia me prindërit, me bashkëshorti/e. dhe me fëmijët e mi).

4.

0.Nuk kam ndonjë ndjenjë të veçantë pakënaqësie.

1.Shumicën e kohës jam i mërzhitur dhe nuk e di se cfarë të bëj.

1.Nuk di të përfitoj në mënyrë të kënaqshme nga rrethanat e jetës.

2.Nuk kam asnjë kënaqësi e çfarëdo lloji qoftë ajo. Jam i pakënaqur nga gjithçka.

5.

0.Nuk e ndjej veten fajtor.

1.Një pjesë të mirë të kohës ndjehem keq ose pa dinjitet.

2.Ndihem fajtor.

2.Gjithë kohën ndihem keq ose pa dinjitet.

3.E gjykoj keq veten dhe kam përshtypjen se nuk vlej asgjë.

6.

0.Nuk kam përshtypjen se meritoj një ndëshkim.

1.Kam përshtypjen se do të më ndodhë diçka jo e këndshme.

2.Kam përshtypjen se jam ndëshkuar ose që do të ndëshkohem së shpejti.

3.Kam përshtypjen se e meritoj të ndëshkohem.

3.Dëshiroj që të ndëshkohem.

7.

0.Nuk jam i zhgënjyer nga vetvetja.

1.Jam i zhgënjyer nga vetvetja.

1.Nuk e dua veten.

2.Me vjen ndot nga vetja.

3.E urrej veten.

8.

0.Nuk kam përshtypjen se jam më i keq nga kushdo tjetër.

1.Kam një sens të fortë kritik për sa u përket dobësive ose gabimeve të mia.

2.Jam njollosur nga gjithçka që nuk më ka shkuar mbarë.

3.Kam përshtypjen se kam bërë shumë gabime të rënda.

9.

0.Nuk mendoj kurrë t'i bëj keq vetes.

1.Ndonjëherë mendoj t'i bëj keq vetes, por nuk do ta bëj një gjë të tillë.

2.Mendoj se vdekja do të më çlirojë nga këto vuajtje.

2.Kam plane të përcaktuara mirë për të vrarë veten.

2.Kam përshtypjen se familja do të çlirohej nëse do të vdisja.

3.Po të mundja, do ta kisha vrarë veten.

10.

1.Qaj më shpesh se më parë.

1.Nuk qaj më shumë se zakonisht.

2.Tani qaj më shpesh dhe nuk jam në gjendje ta ndërpres të qarën.

3.Ndonjëherë më ndodh të qaj, por tani, megjithëse dua të qaj,nuk jam në gjendje ta bëj një gjë të tillë.

11.

0.Nuk jam më shumë i irrituar se zakonisht.

1.Zemërohem lehtë dhe iritohem shumë më lehtë se përpara.

2.Jam gjithë kohën i irrituar.

12.

0.Nuk e kam humbur interesin për njerëzit e tjerë.

1.Në krahasim me më parë tani interesohem më pak për të tjerët.

2.E kam humbur pothuajse çdo interes dhe ndjenjë që kisha dikur për njerëzit.

3.E kam humbur çdo lloj interesi për njerëzit e tjerë; tani asgjë nuk ka rëndësi.

13.

0.Jam i aftë të marr vendime ashtu si edhe më përpara.

1.Jam më pak i sigurt në vetvete në krahasim me më parë dhe përpiqem të mos marr vendime.

3.Jam i paaftë të marr qoftë edhe vendimin më të vogël.

14.

0.Kam përshtypjen se tani jam më dembel se më përpara.

1.Kam frikë se dukem dembel.

2.Kam përshtypjen se ka ndodhur një ndryshim në paraqitjen time fizike, që më bën të dukem jo i këndshëm.

4.Kam përshtypjen se jam dembel dhe të tjerët nuk më afrojnë.

15.

0.Punoj me po atë lehtësi si edhe më parë.

1.Më duhet të bëj një sforcim plotësues që të filloj të bëj dicka.

1.Tani nuk punoj aq mirë sa më parë.

2.Më duhet të bëj një sforcim shumë të madh për të nisur një punë të
çfarëdo lloji.

3.Jam i paaftë për të kryer edhe një punë sado të vogël.

16.

0.Fle po aq mirë sa edhe më parë.

1.Në mëngjes zgjohem më i/e lodhur sesa zakonisht.

2.Zgjohem dy orë më herët në mëngjes se zakonisht dhe e kam të vështirë
të më zërë gjumi përsëri.

3.Zgjohem shumë herët çdo ditë dhe nuk kam mundësi të fle më shumë se 5
orë.

17.

0.Nuk lodhem më shumë se zakonisht.

1.Nuk lodhem më lehtë dhe më shpesh se zakonisht.

2.Çfarëdo që të bëj lodhem shpejt.

3.Jam shumë i lodhur për të bërë çdo punë.

18.

0.Oreksin e kam të mirë njëlloj si më parë.

1.Nuk kam oreks të mirë si më parë.

2.Oreksi më ka rënë në krahasim me më parë.

3.Nuk kam fare oreks.

19.

0.Nuk kam rënie në peshë, nëse kam humbur, kjo ka ndodhur vetëm kohët e fundit.

1.Kam humbur më shumë se dy kilogram në peshë.

2.Kam rënë në peshë më shumë se 4 kg.

3.Kam rënë më shumë se 7 kg në peshë.

20.

0.Shëndeti nuk më shqetëson më shumë më parë.

1.Jam i/e shqetësuar për dhimbjet, ngacmimet dhe therjet e barkut me

konstipacion ose për faktin se kam një sërë ndijimesh të pakëndshme.

2.Jam aq i shqetësuar nga ndijimet e shumta në trup, sa e kam të vështirë të mendoj për ndonjë gjë tjetër.

3.Jam plotësisht i/e përqëndruar në atë që ndodh në trupin tim.

21.

0.Këto kohët e fundit nuk kam vënë re ndonjë ndryshim në dëshirat e mia seksuale.

1.Jam më pak i/e interesuar sesa zakonisht për marrëdhëniet seksuale.

2.Jam shumë më pak i/e interesuar se zakonisht për marrëdhëniet seksuale.

3.Kam humbur çdo interes për marrëdhëniet seksuale.

Matja e Ashpërsisë të Ankthit tek Adultët

Shqetësimi Emocional- Ankth- forma e shkurtër

Emri: _____ Mosha: _____ Gjinia: Mashkull Femër Data: _____

Nëse ky pyetësor po plotësohet nga informuesi, kush është marrëdhënia jote me individin? _____

Në një javë të zakonshme, përafërsisht sa kohë shpenzon ti me individin? _____ orë/javë

							Klinicisti
Në 7 ditët e kaluara ...							Shuma e pikëve
		Asnjëherë	Rrallë	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë	
1.	U ndjeva i/e frikësuar.	1	2	3	4	5	
2.	U ndjeva me ankth.	1	2	3	4	5	
3.	U ndjeva i/e shqetësuar.	1	2	3	4	5	

4.	E kisha të vështirë të fokusohesha tek diçka tjetër përveç ankthit.	1	2	3	4	5	
5.	U ndjeva nervoz.	1	2	3	4	5	
6.	Nuk u ndjeva rehat.	1	2	3	4	5	
7.	U ndjeva i/e tensionuar.	1	2	3	4	5	
Totali i pjesshëm i pikëve							
Përlllogaritja e totalit të pikëve							
T-pikëve							

Inventari i Shtrembërimeve Konjiktive

Emër Mbiemër: _____ Gjinia: Femër Mashkull Mosha: _____

Afër me çdo formulim janë vendosur 7 shkallë :

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

Nëse çdo formulim përshkruan mënyrën që ju ndjeni gjithmonë atëherë qarkoni numrin 7, nëse nuk ndikon tek ju, qarkoni numrin 1. Përdorni numrat midis për të përshkruar varietet midis këtyre dy ekstremeve.

Punoni qetë, përshtypja e parë është ajo që duam të shohim.

Ju lutemi mos harroni ti përgjigjeni çdo teme .

Pohimet	
4. Kam tendencën të veçoj gjërat e mira.	1 2 3 4 5 6 7
10. Është më e rëndësishme se çfarë mendojnë të tjerët për mua, sesa unë për veten time.	1 2 3 4 5 6 7
17. E fajësoj veten time për gjërat e këqija.	1 2 3 4 5 6 7
18. Mendoj se njerëzit më shohin në mënyrë negative edhe pa i pyetur fare.	1 2 3 4 5 6 7
20. Bëj veten përgjegjës për gjërat që nuk janë në kontrollin tim.	1 2 3 4 5 6 7

21.Kam tendencën t'i ndaloj tiparet pozitive që kam.	1	2	3	4	5	6	7
28.Minimizoj arritjet e mia.	1	2	3	4	5	6	7
35.Në krahasim me të tjerët, unë e gjej veten të mangët.	1	2	3	4	5	6	7
50.Marr përsipër fajin për çdo gjë.	1	2	3	4	5	6	7
52.Nuk kam shumë gjëra pozitive në jetën time.	1	2	3	4	5	6	7
58.Kam tendencën t'i minimizoj komplimentat.	1	2	3	4	5	6	7
62.Kur e krahasoj veten me të tjerët, ndihem më inferior/e se ata.	1	2	3	4	5	6	7
63.E lejoj veten të mërzitem.	1	2	3	4	5	6	7
65.Ndalem në gjërat që nuk më pëlqejnë për veten.	1	2	3	4	5	6	7
Pohimet							
8.Plotësoj mirë gjërat, përtej rëndësisë së tyre në jetë.	1	2	3	4	5	6	7
24.Kam tendencën të ekzagjeroj rëndësinë e gjërave të vogla.	1	2	3	4	5	6	7
30.Shquhem që ti zmadhoj gjërat më shumë sesa janë.	1	2	3	4	5	6	7
32.Kam tendencën ti zmadhoj gjërat madje edhe ato që janë shumë të vogla.	1	2	3	4	5	6	7
43.Zakonisht bëj gjykime pa kontrolluar më parë të gjitha faktet.	1	2	3	4	5	6	7
47.Dal në konkluzione pa marrë në konsideratë këndvështrimet e tjera.	1	2	3	4	5	6	7
69.I ndaj gjërat me porcione/pjesë.	1	2	3	4	5	6	7

	1 2 3 4 5 6 7
	1 2 3 4 5 6 7
Pohimet	1 2 3 4 5 6 7
2.Kam ndjesi parashikuese, që gjëra të këqija do të më ndodhin.	1 2 3 4 5 6 7
9.Ndihem sikur kam një sferë kristali, parashikoj ngjarjet negative në jetën time.	1 2 3 4 5 6 7
26.Kam zakon të parashikoj se gjërat do të shkojnë keq në çdo situatë.	1 2 3 4 5 6 7
36.Besoj se parashikimet negative që kam për të ardhmen, do të ndodhin.	1 2 3 4 5 6 7
55.Të gjitha parashikimet negative që kam, më dalin të vërteta.	1 2 3 4 5 6 7
	1 2 3 4 5 6 7
	1 2 3 4 5 6 7
Pohimet	1 2 3 4 5 6 7
1.Kam nevojë për të tjerët që të më miratojnë në mënyrë që unë të ndjej se vlej.	1 2 3 4 5 6 7
7.Krahasoj veten time me të tjerët, gjatë gjithë kohës.	1 2 3 4 5 6 7
15.Ndjehem mirë kur të tjerët më pranojnë.	1 2 3 4 5 6 7
41.Kam nevojë për shumë lavdërime nga të tjerët, në mënyrë që të ndihem mirë me veten.	1 2 3 4 5 6 7
46.Kam nevojë për feedback nga të tjerët për t'u ndjerë sa më mirë.	1 2 3 4 5 6 7

Pohimet	
25.Përpiqem për të arritur përsosmërinë në të gjitha fushat e jetës.	1 2 3 4 5 6 7
39.Kur mendoj për ndonjë gjë, jam mjaft perfeksionist.	1 2 3 4 5 6 7
57.Është e rëndësishme të arrij perfeksionizmin në çdo gjë që bëj.	1 2 3 4 5 6 7
Pohimet	
5.Ose e pëlqej një person ose jo, nuk ka vijë të mesme.	1 2 3 4 5 6 7
22.Në jetën time gjërat më shkojnë ose mirë ose keq.	1 2 3 4 5 6 7
42.Në mendjen time, gjërat janë ose të bardha ose të zeza, nuk ka zona gri.	1 2 3 4 5 6 7
48.Sa më shumë kalon koha, gjërat shkojnë ose mirë ose keq.	1 2 3 4 5 6 7
Pohimet	
40.Nëse gjej një rrugë të caktuar për diçka, zakonisht kam të drejtë.	1 2 3 4 5 6 7
56.Ndjenjat e mia reflektojnë sesi gjërat janë.	1 2 3 4 5 6 7
60.Ndjenjat e mia janë një reflektim i mënyrës sesi gjërat janë në të vërtetë.	1 2 3 4 5 6 7
Pohimet	

6.Nuk i kushtoj rëndësi edhe situatave më serioze.	1	2	3	4	5	6	7
45.Kam tendencën të minimizoj pasojat e veprimeve të mia sidomos kur ato rezultojnë negative.	1	2	3	4	5	6	7
68.Nënvlerësoj seriozitetin e situatës.	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7
Pohimet	1	2	3	4	5	6	7
19.I bëj gjërat aq mirë sa edhe të tjerët.	1	2	3	4	5	6	7
31.Shumë njerëz janë më të mirë në disa gjëra sesa unë.	1	2	3	4	5	6	7
Pohimet	1	2	3	4	5	6	7
11.Në jetën time pendimet kanë ardhur nga gjërat që duhet ti kisha bërë, por që nuk i kam bërë.	1	2	3	4	5	6	7
16.Motivoj veten sipas mënyrës sesi duhet të jem.	1	2	3	4	5	6	7
27.Në jetën time kam shumë përgjegjësi dhe detyrime.	1	2	3	4	5	6	7
Pohimet	1	2	3	4	5	6	7
33.Në qoftë se një rregull i ri del në punë, shkollë ose shtëpi mendoj se janë vënë prej diçkaje që unë kam bërë.	1	2	3	4	5	6	7
59.Është e tmerrshme kur ndodhin gjëra negative.	1	2	3	4	5	6	7

Pohimet	1 2 3 4 5 6 7
12.I marr vendimet në bazë të asaj që ndjej.	1 2 3 4 5 6 7
66.Kur vendos për diçka hyj në mendime të thella.	1 2 3 4 5 6 7

Inventari i Aleancës për Punën Terapeutike

Forma e shkurtër (Terapisti-Klient)

Këshilltari _____

Rasti i klientit _____

Data _____

Pikët e marra (qarko një) :

Udhëzime :

Në faqen pasardhëse janë disa fjali që përshkruajnë çfarë mendoni ose ndjeni ju për klientin tuaj.

Ndërsa ju lexoni fjalinë, mendërisht vendosni emrin e klientit tuaj _____ në tekst.

Afër me çdo formulim janë vendosur 7 shkallë :

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

Nëse çdo formulim përshkruan mënyrën që ju ndjeni gjithmonë atëherë qarkoni numrin 7, nëse nuk ndikon tek ju, qarkoni numrin 1. Përdorni numrat midis për të përshkruar varietet midis këtyre dy ekstremeve.

Punoni qetë, përshtypja e parë është ajo që duam të shohim.

Ju lutemi mos harroni ti përgjigjeni çdo teme .

1. _____ pranoj për hapat që do merren për të përmirësuar situatën e tij.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

2.Klienti im dhe unë ndjehemi të vetëdijshëm për dobinë e aktiviteteve në këshillim.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

3.Besoj se _____ më pëlqen mua.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

4.Kam dyshime për çka po provojmë të përmbushim në këshillim.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

5.Jam i/e vetëdijshëm në aftësitë e mia për të ndihmuar _____.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

6.Ne jemi duke punuar në drejtim të të rënit dakort mbi qëllimet.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

7.E vlerësoj _____ si person.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

8. Ne jemi dakort me atë që është e rëndësishme për _____ për të punuar.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

9. _____ dhe unë kemi ndërtuar një besim të njëjtë.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

10. _____ dhe unë kemi ide të ndryshme se cili është problemi i vërtetë i tij.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

11. Kemi arritur një mirëkuptim midis nesh mbi ndryshimet që do të ishin të mira për _____.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

12. _____ beson se mënyra mbi të cilën po punojmë është e duhura për të.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

Inventari i Aleancës për Punën Terapeutike-Klienti

Forma e shkurtër (Klient-Terapist)

Këshilltari _____ Rasti i klientit _____

Data _____

Pikët e marra (qarko një) :

Udhëzime :

Në faqen pasardhëse janë disa fjali që përshkruajnë çfarë mendoni ose ndjeni ju për këshilltarin tuaj.

Ndërsa ju lexoni fjalinë, mendërisht vendosni emrin e këshilltarit tuaj _____ në tekst.

Afër me çdo formulim janë vendosur 7 shkallë:

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

Nëse çdo formulim përshkruan mënyrën që ju ndjeni gjithmonë atëherë qarkoni numrin 7, nëse nuk ndikon tek ju, qarkoni numrin 1. Përdorni numrat midis për të përshkruar varietet midis këtyre dy ekstremeve.

Punoni qetë, përshtypja e parë është ajo që duam të shohim .

Ju lutemi mos harroni ti përgjigjeni çdo pohimi.

1. _____ dhe unë jemi dakort për çfarë unë kam nevojë në këshillim për të përmirësuar situatën time .

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

2.Ajo çfarë bëj në këshillim më jep mua një mënyrë të re të këndvështrimit të problemit tim.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

3.Besoj se _____ më pëlqen mua.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

4. _____ nuk e kupton atë që unë dua të përmbush në këshillim.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

5.Jam i/e vetëdijshëm/e në aftësitë e _____ për të më ndihmuar.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

6. _____ dhe unë po punojmë në drejtim të të rënit dakort mbi qëllimet.

1	2	3	4	5	6	7
Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë

7.Ndjej se _____ më vlerëson.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë
-----------	--------	---------------	------------	--------	--------------	-----------

8. Ne jemi dakort mbi punën që është e rëndësishme për mua .

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë
-----------	--------	---------------	------------	--------	--------------	-----------

9. _____ dhe unë i/e besojmë njëri tjetrit.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë
-----------	--------	---------------	------------	--------	--------------	-----------

10. _____ dhe unë kemi ide të ndryshme mbi problemet e mia.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë
-----------	--------	---------------	------------	--------	--------------	-----------

11. Kemi arritur një mirëkuptim mbi ndryshimet që do të ishin të mira për mua.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë
-----------	--------	---------------	------------	--------	--------------	-----------

12. Unë besoj se mënyra e të punuarit me problemin tim është e duhura.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Asnjëherë	Rrallë	Herë pas here	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë
-----------	--------	---------------	------------	--------	--------------	-----------

SHTOJCA N

Transkriptimet e Seancave Terapeutike për rastin 1

Seanca e parë

Klinicisti: Në fillim të çdo seance dua t'iu njoh me planin e seancës. Në këtë mënyrë do kemi mundësi për të diskutuar dhe bashkëpunuar për procesin terapeutik.

Në këtë seancë do ju jap një kopje të planit të trajtimit dhe do të firmosni kontratën që lidhet me kushtet e trajtimit dhe me konfidencialitetin. Do të diskutojmë në lidhje me problemin tuaj dhe disa informacione psikoedukuese për Çrregullimin e Ankthit të Përgjithësuar. Do njiheni me të gjitha llojet e simptomave që përjetoni, me rëndesën e tyre. Gjithashtu do njiheni me teknikën e Relaksimit të Aplikuar, lidhjen e kësaj teknike me trajtimin dhe përfitimet pozitive që mund të japë ajo për uljen e simptomave të ankthit. Si përfundim do diskutojmë për një çështje që do ndjekim çdo seancë që lidhet me shënimet për detyrat e shtëpisë. “Klientja u njoh me strukturën e planit të trajtimit dhe me kontratën e trajtimit”.

Klinicisti: Nëse ka diçka që doni ta diskutojmë apo ta shtojmë në axhendën e sotshme të trajtimit jeni e lirë të shprehni.

Klientja: Nuk kam diçka shtesë në lidhje me planin e trajtimit.

Klinicisti: “ Klientja konfirmoi se e kuptoi informacionin për detyrat e shtëpisë. Gjithashtu u diskutua dhe informacioni i materialit për ÇAP “.

Tani të flasim pak për mënyrën se si ndjehesh në këtë periudhë. Më thuaj si ndjehesh në të shumtën e kohës?

Klientja: Jam në një gjendje ankthi të vazhdueshëm. Më duket sikur diçka e keqe do të më ndodhë.

Klinicisti: Kjo diçka e keqe që mendon se mund të të ndodhë, je në gjendje të më thuash se çfarë mund të jetë?

Klientja: Nuk e di ta përcaktoj.

Klinicisti: Duket sikur as nuk e lidh dot me diçka konkrete apo me një person konkret?

Klientja: Po, ndjehem konfuze në lidhje me këtë ndjesi.

Klinicisti: Si ndjehesh gjatë gjithë ditës dhe kur është pjesa e ditës që ndjehesh më keq?

Klientja: Pjesa më e vështirë për mua është pasditja e vonë dhe mbrëmja. Këto janë pjesë të ditës që ndjehem bosh sikur nuk kam me çfarë të merrem që ta heq mendjen nga mendimet ankthioze.

Klinicisti: Pra po më thoni që kur jeni e zënë me punë dhe impenjime, keni përjetime më të ulta të ankthit?

Klientja: Jo tamam. Sepse kur jam e mbingarkuar dhe kam shumë gjëra për të bërë ndjej shumë ankth dhe nga ana fizike kam përjetime jo të mira. Por pasdite dhe në mbrëmje ndjehem bosh dhe mendoj më shumë rreth problemit që kam.

Klinicisti: Në lidhje me simptomat që folëm për ÇAP, a jeni në gjendje të ndani shqetësimet psikologjike nga shqetësimet trupore që përjetoni?

Klientja: Besoj se jam më e aftë të them shqetësimet trupore që përjetoj.

Klinicisti: Mund të më përmendni disa prej tyre?

Klientja: Në lidhje me trupin tim, shpesh herë ndjej sikur jam në një lëvizje sikur nuk e ndaloj dot, ndonjëherë vë dorën në kraharor sepse më duket sikur do të më dalë zemra nga vendi. Shpesh herë më bllokohet frymëmarrja, trupi më mbushet me djersë dhe ka raste që më errësohen sytë, dhimbje të forta koke, djegie stomaku, takikardi. Nuk arrij të fokusohem në gjërat e tjera, më rri mendja tek shqetësimet që ndjej në trupin tim.

Klinicisti: Këto janë simptoma trupore që ju shkaktojnë parehati me veten tuaj, mund të më tregoni ndërkohë se çfarë bëni kur jeni duke i përjetuar?

Klientja: Në ato momente më duket sikur çdo gjë ndalon dhe përpiqem të qëndroj pa lëvizur që të frenoj këtë gjendje alarmi që më pushton. Nuk jam shumë e kthjellët, nuk bëj diçka konkrete. Kjo gjendje kalon vetë pas pak kohësh.

Klinicisti: Si ndjeheni pasi kaloni këtë gjendje?

Klientja: Ndjem e lodhur, thuajse e rraskapitur, vazhdoj të ndjej tension muskular, kam një gjendje irritimi dhe nuk përqëndrohem dot në lidhje me diçka që duhet të bëj. Më prishet humori i gjithë ditës.

Klinicisti: Në lidhje me këtë gjendje ankthi që po kaloni arrini të gjeni ndonjë shkak konkret?

Klientja: Në fakt mendohem shpesh në lidhje me këtë gjë... Më ndodh që nuk e gjej një shkak konkret ose shkaqet janë banale.

Klinicisti: Pra mendoni që shqetësimi që ju përjetoni është i ekzagjeruar me gjendjen e ankthit që ju përjetoni.

Klientja: Gjendja e ankthit që kaloj është shumë e fortë dhe reale dhe më ndodh kur jam e mbingarkuar ose kam një problem që duhet ta zgjidh por në lidhje me të shkuarën. Situatat që tani më shkaktojnë këtë gjendje ankthi, më parë kanë qenë ndoshta të parëndësishme për mua.

Klinicisti: A keni pasur edhe më përpara situata ku keni përjetuar ankth, si e kujtoni veten?

Klientja: Gjithmonë i kam përjetuar me ankth ngjarjet e rëndësishme të jetës sidomos ato ngjarje ku duhet të kryeja disa gjëra njëkohësisht, disa detyra, kur më duhet të diskutoja me njerëz, kur më duhet të konkuroja për të arritur diçka, kur duhet të merrja vendime të prera. Ankthi në disa situata ka qenë në nivel normal me aq sa mund të përceptoj unë.

Klinicisti: Pra po më thoni që nuk keni përjetuar më përpara gjendje kaq të forta të ankthit?

Klientja: Jo, nuk kam përjetuar gjendje të tilla që prej momentit që më kanë nisur shqetësimet.

Klinicisti: Gjendja e frikës që përjetoni ose e alarmit është më e madhe në situata të paparashikuara, apo në situata që lidhen me familjen, me përditshmërinë, me financat apo me rrethana të rutinës së përditshme?

Klientja: Në fakt nuk mund t'i ndaj dot situatat nga njëra-tjetra, varet më shumë nga lloji i problemit sesa nga vetë situata. Di vetëm të them që gjendjen më të madhe të alarmit e përjetoj më shumë në vendet kur detyrat e mia janë strikte, në këto momente më duket sikur nuk e përmbaj veten.

Klinicisti: Kur janë momentet gjatë ditës që i ke më shumë këto ndjesi?

Klientja: Në lidhje me detyrat këto ndjesi i kam më shpesh gjatë asaj pjese të ditës kur duhet të merrem me gjërat.

Klinicisti: Çfarë mendimesh ke në këto momente?

Klientja: Mendimet lidhen me faktin që ndjehem e paaftë për t'i kryer gjërat në kohën e duhur dhe mënyrën e duhur, kam frikë se diçka e keqe do të ndodhë.

Klinicisti: Kush janë emocionet që i shoqërojnë këto mendime?

Klientja: Emocionet lidhen me gjendjen e paqëndrueshmërisë, të ndjerit bosh dhe ankth të vazhdueshëm.

Klinicisti: Çfarë përpjekjesh bën në ato momente për t'i qetësuar këto simptoma?

Klientja: Përpiqem të largoj mendjen por nuk e arrij dot, përpiqem të marr frymë thellë por nuk ja dal dot.

Klinicisti: Kur është një moment që ju ndjeheni mirë?

Klientja: Janë të pakta momentet kur unë nuk përjetoj ankth por gjithsesi ndjehem mirë në ato raste kur nuk kam probleme që mund të lidhen me shëndetin e familjarëve të mi, me financat ose me një detyrë që kërkohet në kohë të shkurtër.

Klinicisti: Nëse mendohesh, kush është gjëja më e vështirë për ty për ta bërë?

Klientja: Një gjë që e kam shumë të vështirë për ta bërë është të kontrolloj mendimet negative për diçka që ende nuk ka ndodhur... aty më ngrihet tensioni, gjë që më shkakton shumë vuajtje dhe të kontrolloj shqetësimet trupore kur jam duke përjetuar gjendje të forta ankthi.

Klinicisti: Më thuaj një problem konkret kur ti ke përjetuar një gjendje ankthi shumë të lartë?

Klientja: Ka qenë një ditë dhe në një moment po mendoja sesi do të paguaja ilaçet e bashkëshortit, fatura e energjisë elektrike kishte ardhur e lartë, unë isha... Dhe jam e papunë, bashkëshorti po ashtu... U ndjeva shumë keq.

Klinicisti: Pra, jeni ndjerë keq në atë kohë sepse...

Klientja: U ndjeva keq se nëse do isha në punë... Nuk vlej për asgjë... Jam e padobishme... Nuk do jemi më si përpara.

Klinicisti: Si vazhdoi ajo ditë më pas?

Klientja: Ndjesitë e ankthit vazhduan pothuajse përgjatë ditës... Më merrej fryma... Fluks mendimesh... Nervozizëm... Lëvizja nëpër shtëpi... Bashkëshorti që ankohej... Dhe nuk e

duroja dot... Çdo gjë më dukej errësirë... Ndjesi mbytëse... E kam përjetuar shumë keq atë ditë...

Klinicisti: Po më thoni se gjatë ditës keni përjetuar ndjesi ankthi, po gjatë mbrëmjes... ?

Klientja: Sikur u qetësova pak nga mbrëmja... U shtriva por nuk më zinte gjumi... Ankthi nuk më lëshonte, jo shumë sa gjatë ditës, por kam qëndruar zgjuar pothuajse gjithë natën dhe fjeta në mëngjes.

Klinicisti: Po më thoni se jeni ndjerë e pafuqishme për të përballuar këtë situatë?

Klientja: Po.

Klinicisti: Pra, nuk do të ndjeheshit në këtë mënyrë nëse...

Klientja: Sikur të vazhdoja të punoja që të sillja të ardhura, asgjë nga këto nuk do të ndodhte... Sikur gjërat të ishin ndryshe...

Klinicisti: Si mendoni se mund të shkojnë gjërat në vazhdim?

Klientja: Nuk e di... E ndjej veten shumë në ankth... Për çdo gjë... Shpresoj për mirë...

Klinicisti: Ju u shprehët se shpresoni, dëshironi që të punoni me veten, por hezitoni.

Klientja: Po, e di, kam frikë se çfarë do të ndodhë në të ardhmen.

Klinicisti: Është e vështirë. Ju jeni kujdesur vazhdimisht për të tjerët, ndërsa tani ndjeheni e pafuqishme për të vazhduar?

Klientja: Është e tmerrshme, nuk arrij të ndihmoj as veten as familjen time.

Klinicisti: Pra fjala e ardhme, ju krijon frikë, ankth dhe konfuzion?

Klientja:... .. Nuk e di.. nuk dua ta mendoj fare atë.

Klinicisti: Në këtë pjesë të seancës do të fokusohemi tek teknika e relaksimit të aplikuar. Relaksimi i aplikuar është përdorur fillimisht për të trajtuar pacientë me fobi, kishte një gamë të gjërë aplikimesh në zona të tjera, përfshirë çrregullimet e panikut, ÇAP, dhimbjet e kokës (tensioni, migrena dhe të tjera). Ti do të ndjesh gjendje relaksimi pasi ta përdorësh dy ose tre herë trajnimin e relaksimit të aplikuar. Ky është një program progresiv. Çdo fazë do të të ndihmojë të relaksohesh më lehtë dhe më thellë, derisa të relaksohesh brenda një minute. Do të arrish të zotërosh çdo fazë të programit përpara se të kalosh në fazën tjetër. Jepi vetes dy ose tre javë, me dy seanca praktikë në ditë, do të ndjehesh e rehatshme me çdo hap. Seancat e praktikimit mund të jenë pjesa më relaksuese në ditën tënde. Relaksimi i aplikuar përfshin faza të ndryshme. Çdo fazë është ndërtuar në bazë të tjetrës kështu që sigurohu të ndjekësh të gjitha fazat. Faza e parë është Relaksimi progresiv i muskujve që do të ndihmojë të dallosh diferencën midis tensionit dhe relaksimit në secilin grup të muskujve. Kur të ndjesh diferencën midis një muskuli të tensionuar dhe një tjetri thellësisht të relaksuar, do të jesh në gjendje të çosh muskujt në gjendjen më të thellë të relaksimit. Por mund të keni përsëri tension, nëse nuk i keni tensionuar më parë. Ndiq udhëzimet me kujdes. Qëllimi do të jetë të relaksosh trupin në një seancë 15-20 minuta.

Klinicisti përmbledhi informacionin duke u bazuar në sjelljen e Klientes edhe për gjendjen e saj ankthioze. Ajo shprehte se mbyllej në vetvete, nuk u përgjigjej telefonatave të familjarëve, komunikonte më së shumti me fëmijët, nuk shijonte aktivitetet e mëparshme,

nuk vizitonte familjarët ose për të darkuar jashtë shtëpisë. U shpreh për emocionet e saj dhe çfarë kishte punuar dhe vepruar në të kaluarën. Klientja raportoi për tensionin muskular, lodhjen e vazhdueshme trupore, gjendjen e irritimit. Diskutoi për situatat në të cilat nuk ishte ndjerë mirë dhe në rastet ku kishte ndjerë përjetime të larta ankthi. Në fund të seancës, klinikisti e pyeti nëse kishte patur ndonjë mendim ose veprim suicidal. Klientja nuk kishte menduar për të arritur deri në suicid. Klientja u informua për procesin e teknikës së relaksimit të aplikuar duke e praktikuar. Nga matjet për tensionin para dhe pas ushtrimeve të relaksimit, rezultoi me 90% në 70%.

Më pas plotësoi inventarët si: Inventari i Ankthit i Beck, Pyetësori Penn State për Shqetësimin, Inventari i Depresionit i Beck, Inventari i Shkallës të Kontrollit të Afekteve, Niveli i Ashpërsisë së Ankthit, Inventari i Shtrembërimëve Konjiktive, Inventari i Aleancës Terapeutike Klinikist-Klient si dhe Klient-Klinikist. Seanca përfundoi duke vendosur detyrat e shtëpisë si: Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit. Klientes iu dha dhe Backgroundi i Klinikistit; Kontrata e konfidencialitetit.

Seanca: e parë

Klinikisti: Jonida Mustafaraj

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klinikistit, Min 0 – Max 84, rezultat (67).

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klientes, Min 0 – Max 84, rezultat (64).

Komente: Seanca e parë ishte një nisje e mirë, Klientja u shpreh lirshëm dhe u arrit grumbullimi i mjaftueshëm i të dhënave për gjendjen ankthioze. Klientja ka mbrojtje të dobëta në përballimin e stresorëve. Ndihet vazhdimisht e padobishme se nuk mund të punonte dhe gjendja e ankthit nuk e lejonte të përqëndrohej në aktivitetet e përditshme. Raportoi se është e motivuar për të bërë ndryshime të nevojshme në jetën e saj.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e dytë

Klinicisti: Sot do të doja të vendosnim tek axhenda, se çfarë bërë javën e kaluar. Fillimisht dua të di nëse ke ndonjë pyetje në lidhje me detyrat e shtëpisë. Nëse ka ndonjë gjë tjetër që dëshiron të vendosësh në axhendë dhe më pas do të flasim për ÇAP, TKB dhe RA. Specifikisht, me psikoedukimin e Teknikave Konjitiv-Bihejviorale, roli kryesor, parimet bazë etj, do të vazhdojmë me ushtrimet e Relaksimit të Aplikuar, dhe në fund të seancës do të doja të rishikonim detyrat e shtëpisë dhe plotësimi i tyre për ditën e sotme.

Nëse ka diçka që do ta diskutojmë apo ta shtojmë në axhendën e sotshme të trajtimit je e lirë të shprehesh.

Klientja: Jo nuk kam asgjë për të shtuar, por nuk kam pasur një javë të mirë.

Klinicisti: Kanë pasur lidhje me detyrat e shtëpisë?

Klientja: Jo.

Klinicisti: Do të doja të ndanim bashkë disa eksperiencia personale në lidhje me përjetimet e tua ankthioze. Mund të më përshkruash eksperiencën tënde të parë kur je ndjerë me ankth?

Klientja: Mirë, kur dola nga puna, qëndroja vazhdimisht në shtëpi, kujdesesha për anëtarët e familjes për shtëpinë por jo aq sa duhet të kujdesesha. Kur bashkëshorti u sëmur, gjatë kohës që nuk ka qenë mirë, fillova të ndjeja veten jo mirë. Më duket sikur kam humbur kontrollin e gjërave. Gjendja ekonomike jo e mirë, sa vinte e vështirësohej, unë isha e

papunë... Fëmijët kërkonin nevojat e tyre, nuk ua plotësoja dot të gjitha... Situata stresuese, mendoja vazhdimisht për më të keqen që mund të ndodhte.

Klinicisti: Ke folur me ndonjë njeri për gjendjen tënde?

Klientja: Jo, nuk kam folur me asnjë.

Klinicisti: Nuk ke folur me asnjë njeri sepse...

Klientja: Nuk mendoj se do arrinin të më kuptonin... Apo të më ndihmonin... Nuk e di... Ndjehem e ngatërruar për ato që ndjej... Më mirë të mos e dinë të tjerët...

Klinicisti: Pra po më thua që nuk do të flasësh me asnjë njeri?

Klientja: Po... Sidomos me familjarët.

Klinicisti: Mendon se nuk do mund të të ndihmonin?

Klientja: Jo... Nuk dua që ata të kuptojnë gjendjen time... Që nuk mundem t'u gjendem pranë si më parë... Frikën... Shqetësimin që kam...

Klinicisti: Po më thua që nuk do të flasësh me familjarët sepse nuk do që të shqetësohen?

Klientja: Po, prandaj nuk dua... Se... Nuk do iu dukem si isha më përpara, e fortë, e aftë për gjërat e veta edhe për të tjerët... Edhe pse ata e kanë parë se si jam...

Klinicisti: Pra e kuptojnë shqetësimin, fajin, mërzitjen që ti përjeton?

Klientja: Po...

Klinicisti: Pjesën tjetër të seancës do të doja të flisnim rreth teknikave konjektiv-bihejviorale. Do të doja të sillje një shembull nga jeta jote për mendimet negative dhe pozitive që ke.

Klientja: Janë shumë... gjëja e parë që më vjen në mendje është gjendja ekonomike në të cilën ndodhemi tani...

Klinicisti: Pra kjo është situata. Cili ishte mendimi që të erdhi në mendje?

Klientja: Që fajtorja jam unë... Nëse do isha ende në punë do isha e dobishme për familjen time.. do vazhdoja të kujdesesha për ta..

Klinicisti: Si të bëri kjo që të ndjeheshe?

Klientja: U mërzita shumë... Nuk doja të dëgjoja asnjë të fliste... Isha shumë në ankth... Doja të rrija vetëm...

Klinicisti: Çfarë ndodhi më pas?

Klientja: Isha me nerva gjatë gjithë kohës... I flisja ftohtë burrit dhe fëmijëve... Ata nuk e kuptonin pse... U mërzitën me mua...

Klinicisti: E gjitha kjo mund të çojë në një mendim tjetër negativ?

Klientja: Po, çdo gjë është për poshtë, çdo gjë ecën për keq...

Klinicisti: Mund të më thuash ndonjë situatë pozitive?

Klientja: Mmm... Një ditë dola se kisha për të bërë disa pagesa dhe kur kthehem në shtëpi, bashkëshorti ishte ngritur dhe atë ditë kisha dhe fëmijët në shtëpi dhe po më prisnin, kishin përgatitur drekën...

Klinicisti: Çfarë mendove?

Klientja: U çudita... Ato më thanë se ngaqë je lodhur shumë e meritoja këtë gjë dhe është pak sa kemi bërë, ti meriton më shumë, kujdesesh vazhdimisht për ne... (Në këtë moment klientja qan).

Klinicisti: Si u ndjeve?

Klientja: U ndjeva shumë mirë, e vlerësuar...

Klinicisti: Pra, mund të shikosh fuqinë dhe impaktin që kanë mendimet në ndjenja dhe në sjellje.

Klientja: Po...

Në pjesën tjetër të seancës, u fokusua në ushtrimet e relaksimit të aplikuar, në fazën e “Relaksimit Progresiv të muskujve”. Klientja u pozicionua në pozicionin ulur, që ishte më i përshtatshëm dhe i rehatshëm dhe në sfond ishte vendosur muzikë për të krijuar më tepër situatë qetësuese.

Klinicisti: Të lutem... Lëviz derisa të gesh pozicionin tënd më të përshtatshëm...

- Fillo të fokusohesh në frymëmarrjen tënde. Merr frymë thellë dhe nxirre frymën nga goja ngadalë... Në këtë seancë do të fokusohemi në disa grupe muskujsh, fytyra,

qafa, krahët, duart, pjesën e sipërme dhe të poshtme të gjoksit, shpatullat, shpina, beli, këmbët, gjunjët, thembrat...

- Mundohu të qetësohesh... Lejoja vetes këtë pushim... Merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë... Mundohu të largosh çdo mendim që të vjen në mendje...
- Merr frymë... Relaksohu... Merr frymë thellë dhe ndjeje ajrin e pastër në stomakun tënd, me gjoksin lart dhe gjoksin poshtë. Mbaj frymën për një moment relaksohu... Tani merr frymë lehtë nga goja, duke ndjerë të gjithë tensionin dhe mërzitjen.... Nxirre ajrin... Pasi ta kesh nxjerrë plotësisht, relakso stomakun dhe gjoksin... Vazhdo të marrësh frymë shumë qetë derisa të kuptosh që po relaksohesh pas çdo procesi...
- Fokusohu tek balli... Ndjeje sesa i tensionuar është i gjithë balli yt... Ndjeje sa i rëndë është balli yt... Mundohu të mbash sa më shumë të tensionuar ballin tënd... Ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e ballit...
- Relakso ballin duke zbutur të gjitha linjat... Merr frymë thellë dhe ndjeje se sa i lehtë është balli yt... Mbaj sa më shumë të relaksuar ballin tënd...
- Fokusohu tek sytë... Ndjeje se sa të tensionuar janë sytë... Ndjeje se sa të rëndë janë sytë... Mundohu t'i mbash sa më shumë të tensionuar sytë e tu... Ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e syve... Merr frymë thellë dhe ndjeji se sa të lehtë janë sytë... Mbaj sa më shumë të relaksuar sytë...
- Lëre tensionin të zhduket tutje, të gjithë rrugën deri tek nofulla juaj.
- Lëre të shkojë. Tani lëri buzët të lira dhe relakso gjuhën. Fokusohu tek muskujt e gjuhës... Ndjeje sesa e tensionuar është e gjithë gjuha...Ndjeje se sa e rëndë është gjuha... Mundohu t'i mbash sa më shumë të tensionuar muskujt e gjuhës tënde...

ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e gjuhës... Merr frymë thellë dhe ndjeje se sa e lehtë është gjuha jote... Mbaj sa më shumë të relaksuar gjuhën...

- Merr frymë dhe nxirre frymën ngadalë, relakso fytyrën. Shiko se sa e qetë dhe e lirë ndjehet fytyra jote tani.
- Lëviz kokën butësisht dhe ndjejeni qafën të relaksuar. Liroji shpatullat. Qafa jote është e lirë dhe shpatullat janë të rënda dhe të ulura. Tani lëre relaksimin të kalojë përmes krahëve tek gishtat e tu. Krahët e tu janë të rëndë dhe të lirë. Buzët e tua janë përsëri të ndara sepse nofulla jote është relaksuar gjithashtu.
- Merr frymë thellë dhe ndjeje stomakun të zgjeruar pastaj gjoksin tënd. Mbaje frymën për një moment dhe pastaj merr frymë ngadalë përmes gojës tënde.
- Lëre ndjesinë e relaksimit të përhapet në stomakun tënd. Ndje të gjithë muskujt e barkut tënd të lirojnë tensionin dhe të marrin formën natyrale. Relakso belin dhe shpinën. Vazhdo të marrësh frymë thellë. Ndjeje se sa e lirë dhe e lehtë ndjehet pjesa e sipërme e trupit tënd.

Merr tre herë frymë thellë dhe çliroje frymën duke u ndjerë akoma më e relaksuar... Pastaj hap sytë ngadalë... Rri pak... Pastaj lëviz trupin ngadalë...

Në fund të seancës kliniciisti rishikoi ndërhyrjet e ndryshme që do të përdoren në 10 seancat e ardhshme. Përshkrimi i secilës prej tyre është e përfshirë në manualin e trajtimit. Në fund kliniciisti i përcaktoi klientes detyrat e shtëpisë, Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit.

Seanca e dytë

Klinicisti: Jonida Mustafaraj

Komente: Manuali i trajtimit është ndjekur pothuajse njësoj si është shkruajtur. U bë e mundur trajtimi i çështjeve më të nevojshme. Klientja ishte e lirshme gjatë seancës dhe shprehte se nuk ishte mirë, kishte shumë ankth dhe ndjente vazhdimisht lodhje trupore. Gjatë gjithë seancës shprehte se trupin e ndjente të këputur edhe gjatë aplikimit të relaksimit e kishte të vështirë të qetësohej. Në mesin e relaksimit pati pak vështirësi në frymëmarrje dhe u përlot. Më pas e vazhdoi teknikën. Ajo dha një feedback pozitiv që i kuptoi konceptet e llojit të trajtimit dhe arsyetimin për një përjasje integrale.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e tretë

Klinicisti: Sot dua të kotrolloj dhe të shoh se si je, të shikoj detyrat nga java e kaluar, të shoh ecurinë e sjelljes tënde, si ka shkuar java, kur je ndjerë mirë dhe keq dhe të rishikojmë sjelljen tënde lidhur me ankthin. Për disa nga këto ne kemi biseduar por do të flasim për disa çështje specifike për të cilat nuk kemi diskutuar në të shkuarën por unë nga vëzhgimi që kam bërë, kam mbledhur disa gjëra në lidhje me sjelljen tënde dhe kam krijuar disa qëllime për ty për të punuar gjatë gjithë javës dhe mënyra për të monitoruar këto qëllime dhe më pas rishikimin e tyre. Kjo është një mënyrë e mirë për të modeluar sjelljen tuaj. Ka ndonjë gjë që dëshiron të vendosësh tek axhenda?

Klientja: Jo, nuk kam asgjë për të shtuar.

Klinicisti: Mirë, i ke marrë detyrat e shtëpisë me vete?

Klientja: Po, i kam marrë detyrat e shtëpisë dhe librin ku i kam shkruar. Nuk e kam plotësuar të gjithë ditarin e djeshëm, por e mbaj mend.

Klinicisti: Mirë, po shikoj ditarin, përjetimet e larta të ankthit i ke pasur ditën e martë, që mund të ketë qenë një ditë vertet stresuese, por që është përmirësuar ditën e nesërme. E mërkura nuk paska qenë një ditë e keqe, duket jo e mirë gjatë mbasditeve. Çfarë ndodhi të mërkurën?

Klientja: Mmm... Pata debat me bashkëshortin... Debatuam shumë rëndë... E lëndova... Nuk duhet t'i flisja ashtu... U zemërova me të sepse nuk më dëgjoi për këshillat që i jap për regjimin e ushqimit, u nxeva dhe me veten sa e pafuqishme që jam.

Klinicisti: Dita e enjte duket ditë e mirë, por nga mbrëmja duket jo e mirë siç ka qenë në fillim.

Dita e premte, duket e mirë, e qetë, dita e shtunë, gjumë... Gjumë... Gjumë... Çfarë ka ndodhur?

Klientja: Unë nuk para fle shumë gjumë, por atë ditë doja shumë gjumë, nuk e ndjeja veten mirë, thjesht doja të rrija në shtrat.

Klinicisti: Dita e diela duket e qetë...

Klientja: Po, isha shumë mirë, bashkëshorti vendosi që ne të dilnim për shëtitje, më kapi një moment ankthi u kthyem në shtëpi.

Klinicisti: Mund të më thuash kur jeni ndjerë e pasigurtë?

Klientja: Për çdo vendim që mund marr ndihem e pasigurt.

Klinicisti: Çfarë bën kur ndjehesh e pasigurtë?

Klientja: Mundohem të qetësohem... Mundohem të mendoj për anën pozitive dhe më të mirën e mundshme... Mundohem të qetësoj veten sepse jam me tension mundohem të kontrolloj tensionin.

Klinicisti: Si e kontrollon tensionin?

Klientja: E mas disa herë në ditë...

Klinicisti: Kuptoj. Pra të ndjerit e pasigurt, ndikon në ndjenjën tënde ankthioze?

Klientja: ... Shpesh përjetoj shumë ankth. sepse kam përgjegjësi... Duhet të marr vendimin më të mirë, kjo më krijon shumë ankth.

Klinicisti: Si ka qenë ndjenja e sigurisë përpara përjetimit të ankthit?

Klientja: Mmm... Mendoj se mirë, më së shumti unë i merrja vendimet në shtëpi, ose kishte raste që në punë më linin shumë përgjegjësi sepse unë arrija t'i përfundoja në kohë dhe me sukses.

Klinicisti: Po ndjenja e pasigurisë si ka qenë përpara përjetimit të ankthit?

Klientja: Do të thoja më tepër konfuze në marrjen e ndonjë vendimi shumë të rëndësishëm.

Klinicisti: Si do të doje të ndryshonte kjo ndjenjë pasigurie?

Klientja: Mmm nuk e di... Dua shumë që kjo ndjenjë të ndryshonte...

Klinicisti: Mund të më thuash për nivelin tënd të energjisë?

Klientja: Ndihem e këputur... E ndjej trupin e lodhur... Edhe kur nuk kam bërë shumë punë ... Përsëri ndijhem e lodhur.

Klinicisti: Në ç'pjesë të ditës ndijehesh shumë e lodhur?

Klientja: Që kur zgjohem në mëngjes ndihem e lodhur edhe mbasditeve...

Klinicisti: A ndjen vështirësi për t'u shplodhur?

Klientja: Në të shumtën e rasteve nuk arrij të shplodhem... Sado që mundohem të qetësoj mendjen dhe të largoj ankthin përsëri është e kotë... Mendjen e kam po aty... Mërzitem gjatë gjithë kohës dhe ndjej shumë lodhje...

Klinicisti: Si ka qenë ndjenja e lodhjes përpara ankthit?

Klientja: Unë atëherë punoja çdo ditë... Kthehesha në shtëpi, përfundoja të gjitha punët, kujdesesha për të gjithë dhe nuk ndjeja kaq lodhje sa po ndjej tani... Tani këto gjëra më shqetësojnë.

Klinicisti: Si do të doje të ndryshonte kjo ndjenjë lodhjeje?

Klientja: Mendoj se do të ishte më mirë që të angazhohesha jo vetëm me punët e shtëpisë, por të kisha diçka më ndryshe... Nuk e di... Mbase ndonjë aktivitet që të më hiqte mendjen nga problemet që kam.

Klinicisti: Dua që të flasim për mënyrën e të ushqyerit, ngrënia e vakteve është e rregullt?

Klientja: Shumicën e vakteve nuk ha se shpesh kam djegie stomaku...

Klinicisti: Po sasia e ushqimit si është?

Klientja: Nuk ha shumë... Por kur ha, sasia është e madhe, janë të pakta ditët që ha shumë.

Klinicisti: Ke probleme me mbipeshën apo humbje në peshë?

Klientja: Kam pasur rënie në peshë, sepse nuk kam ngrënë shumë.

Klinicisti: Ne folëm për mënyrën e të ushqyerit dhe nuk ishte e qëndrueshme, në disa ditë ushqehesh shumë dhe në të shumtën e ditëve nuk ushqehesh mirë. Si ka qenë mënyra e të ngrënit përpara ankthit?

Klientja: Mua më pëlqen të ha ushqime të ndryshme, më përpara haja çdo gjë dhe isha e rregullt në vaktet e ditës. Por tani ha ushqime jo të shëndetshme.

Klinicisti: Si do të doje të ndryshonte kjo mënyrë e të ngrënit?

Klientja: Fillimisht duhet të gatuj dhe të ha shëndetshëm, jo vetëm për veten por edhe për familjen time, kam kohë që nuk po gatuj mirë.

Klinicisti: Do të doja që të flisnim për marrëdhëniet intime. Si janë marrëdhëniet seksuale?

Klientja: Jo mirë. Edhe pse disa raste nuk kanë qenë të mira.

Klinicisti: Si është interesi yt për marrëdhëniet seksuale?

Klientja: Tani, nuk kam dhe aq shumë dëshirë, nuk e ndjej veten shumë të përfshirë.

Klinicisti: Si ka qenë interesi për marrëdhënie seksuale përpara ankthit?

Klientja: Ka qenë mirë, normale jo si tani... (buzëqesh).

Klinicisti: Si do të doje të ndryshonte kjo dëshirë për marrëdhënie seksuale?

Klientja: Do të doja të kishim përsëri atë intimitet.

Klinicisti: Tani do të doja të riktheheshim tek gjumi. Si është gjumi yt tani?

Klientja: Nuk fle shumë gjumë.

Klinicisti: A ke vështirësi për të fjetur?

Klientja: Unë dua vetëm të fle... Por ndjesia mbytëse, ankthi nuk më lë të fle...

Klinicisti: Gjumi yt a është i rehatshëm?

Klientja: Jo, nuk është fare i rehatshëm, shikoj ëndrra të këqija, mankthe dhe zgjohem herë pas herë.. në javën e kaluar, nuk e mbaj mend ditën, u zgjova shumë herë pothuajse nuk fjeta gjumë sepse pashë një ëndërr shumë të keqe dhe mendimet nuk më linin të qetësohesha...

Klinicisti: Si ka qenë kjo gjendje përpara ankthit?

Klientja: Ka qenë e mirë, nuk zgjohesha shumë shpesh natën , nuk shikoja ëndrra, bëja gjumë të qetë.

Klinicisti: Si do të doje të ndryshonte kjo gjendje në lidhje me gjumin?

Klientja: Unë dua vetëm të fle rehat, të fle më shumë se 4 orë gjumë ,të shkoj në shtrat, të fle dhe më pas të zgjohem dhe shikoj se çdo gjë është mirë.

Klinicisti: Tani do të flasim për shqetësimet fizike. Mund të më thuash se si i përjetoni simptomat e sëmundjeve të ndryshme?

Klientja: Kur më ndodh që të kem ndonjë dhimbje në pjesën e barkut, alarmohem sepse mendoj se çfarë do të më ndodhë...Pse duhet të më ndodhë... Mendoj vetëm gjëra negative dhe dhimbja e kokës nuk më ndahet gjatë gjithë kohës, më lodh shumë.

Klinicisti: A ke ndjenja të vazhdueshme lodhjeje dhe rënie të energjisë?

Klientja: Zakonisht po, e ndjej trupin të lodhur vazhdimisht, irritim... E këputur gjatë gjithë kohës edhe kur nuk kam punuar fare në shtëpi...

Klinicisti: Si ka qenë përjetimi i këtyre simptomave përpara ankthit?

Klientja: Kur punoja, normalisht lodhesha, ndihesha energjike, por jo si tani edhe kur nuk punoj ndjehem e lodhur dhe ndjej tension muskular që shpesh më bën nervoze.

Klinicisti: Si do të doje të ndryshonte kjo gjendje?

Klientja: Unë dua që kjo gjendje të largohet, të ndjehem energjike si më parë...

Në pjesën tjetër të seancës, u përqëndruam në ushtrimet e relaksimit në fazën “Relaksimi progresiv i muskujve”.

Klinicisti: Ju lutem... Gjej pozicionin tënd më të rehatshëm...

- Fillo të fokusohesh në frymëmarrjen tënde. Merr frymë thellë dhe nxirre frymën nga goja ngadalë... Edhe në këtë seancë do të fokusohemi në grupet e muskujve, krahët dhe duart dhe grupe muskujsh të kokës, qafës, shpatullave.
- Mbylli sytë... Merr frymë thellë... Mbaje... Nxirre frymën ngadalë nga goja...
- Mundohu të qetësohesh... Është momenti yt që të relaksohesh... Merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë... Mundohu të largosh çdo mendim që të vjen në mendje...
- Fokusohu tek duart.. Ndjeje se sa të tensionuara janë duart e tua...
- Fokusohu tek balli... Ndjeje se sa i tensionuar është balli yt... Ndjeje se sa i rëndë është balli yt... Mundohu ta mbash sa më shumë të tensionuar ballin tënd...

Ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e ballit...

- Relakso ballin duke zbutur të gjitha linjat... Merrni frymë thellë dhe ndjej se sa i lehtë është balli yt... Mbaje sa më shumë të relaksuar ballin tënd...
- Fokusohu tek sytë.. Ndjej se sa të tensionuar janë sytë... Ndjej sa të rëndë janë sytë... Mundohu të mbash sa më shumë të tensionuar sytë e tu... Ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e syve... Merr frymë thellë dhe ndjej se sa të lehtë janë sytë... Mbaj sa më shumë të relaksuar sytë...
- Lëre tensionin të zhduket në të gjithë rrugën deri tek nofullat e tua... Lëre të shkojë...
- Tani lëri buzët të lira dhe relakso gjuhën. Fokusohu tek muskujt e gjuhës... Ndjej se sa e tensionuar është e gjithë gjuha... Ndjej se sa e rëndë është gjuha... Mundohu t'i mbash sa më shumë të tensionuar muskujt e gjuhës tënde... Ndërkohë merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë bashkë me tensionin e gjuhës... Merrni frymë thellë dhe ndjeje se sa e lehtë është gjuha jote... Mbaj sa më shumë të relaksuar gjuhën...
- Merr frymë, nxirre frymën ngadalë dhe relakso fytin. Shiko se sa e qetë dhe e lirë është fytyra jote tani.
- Lëviz kokën butësisht dhe ndjeje qafën të relaksuar... Liroji shpatullat.
- Qafa jote është e lirë dhe shpatullat janë të rënda dhe të rëna. Tani lëre relaksim të kalojë përmes krahëve tek gishtat e tu. Krahët e tu janë të rëndë dhe të lirë. Buzët e tua janë përsëri të ndara sepse nofulla jote është relaksuar gjithashtu.

- Merr frymë thellë dhe ndjeje stomakun të zgjeruar pastaj gjoksin tënd. Mばje frymën për një moment dhe pastaj merr frymë ngadalë përmes gojës tënde.
- Lëre ndjesinë e relaksimit të përhapet në stomakun tënd. Ndjej të gjithë muskujt e barkut tënd të lirojnë tensionin dhe të marrin formën natyrale. Relakso belin dhe shpinën. Vazhdo të marrësh frymë thellë. Ndjeje se sa e lirë dhe e lehtë ndjehet pjesa e sipërme e trupit tënd.
- Merr tre herë frymë thellë dhe çliroje frymën duke u ndjerë akoma më e relaksuar... Pastaj hap sytë ngadalë... Rri pak... Pastaj lëviz trupin ngadalë...

Më pas Klinikisti dhe Klientja identifikuan mendimet që i shtonin ose pakësonin gjendjen e ankthit për të krijuar një plan sjellor. Ndër mendimet, që i shtonin Klientes gjendjen e ankthit ishin se “Çdo gjë do të shkojë për poshtë, për keq”, besimi se “Nuk vlej për asgjë, rri kot në shtëpi”. U formulua dhe analizua kuadrati konjektiv dhe konceptet e tij për veten, botën, të tjerët dhe të ardhmen. Kjo teknikë do të realizohet e detajuar në seancën e tetë. Klientja u informua për ushtrimet e posaçme të teknikës së relaksimit të aplikuar, si edhe plotësoi inventarët si: Inventari i Ankthit i Beck, Pyetësi Penn State për Shqetësimin, Inventari i Depresionit i Beck, Inventari i Shkallës të Kontrollit të Afekteve, Niveli i Ashpërsisë së Ankthit, Inventari i Shtrembërimëve Konjitive, Inventari i Aleancës Terapeutike Klinikist-Klient si dhe Klient-Klinikist. Seanca përfundoi duke vendosur detyrat e shtëpisë, Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit.

Seanca e tretë

Klinicisti: Jonida Mustafaraj

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klinicistit, Min 0 – Max 84, rezultat (69).

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klientit, Min 0 – Max 84, rezultat (67).

Komentet: Kjo seancë e tretë shkoi shumë mirë, Klientja u përgjigj lirshëm çdo pyetjeje. Klientja u përball me episode të ndryshme të jetës të saj dhe dëshironte që të punonim së bashku. Klientja pranoi se e kishte vetë kontrollin e sjelljeve të saj dhe pohoi se sjelljet e saj kishin impakt direkt në sjelljet emocionale dhe fizike. Mohoi për çdo veprim suicidal dhe mohoi të ketë përdorur apo abuzuar me substanca gjatë kësaj jave.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e katërt

Klinicisti: Sot unë dua të vendosim axhendën. Do të doja të fillonim duke rishikuar detyrat e shtëpisë dhe se si kanë shkuar dhe më pas të flasim rreth zhvillimit të më shumë gjërave, rreth identifikimit të mendimeve pozitive dhe negative dhe rreth konjicioneve që lidhen me ankthin dhe shqetësimet. Llojet e mendimeve që ne zhvillojmë, nuk varen nga situatat që përjetojmë, por më shumë nga mënyra se si i përceptojmë. Një situatë mund të përjetohet ndryshe nga individë të ndryshëm. Në personat me ÇAP, mendimet që shoqërojnë situatat shkaktare të problemit, janë gjithnjë negative. Me anë të teknikave konjitive-bihejviorale, individët me ÇAP mësojnë se si ndryshojnë nuancat e të menduarit, nga negative në pozitive. Gjithashtu do të flasim rreth disa çështjeve që i kemi prekur më parë. Ka ndonjë gjë që do të doni që ta shtojmë në axhendë?

Klientja: Jo, çdo javë e njëjta gjë...

Klinicisti: Pra si shkuan detyrat e shtëpisë?

Klientja: Mendoj se mirë, jam munduar që të jem korrekte.

Klinicisti: Mund të më thoni si ka qenë java për ty?

Klientja: Përgjithësisht mirë, por ndjesitë e ankthit nuk më lenë të qetë...

Klinicisti: Gjatë javës që kaloi, cila ka qenë një ditë, që ti e cilëson të mirë?

Klientja: ...(mendohet)... Më duket se ishte ditë e shtunë... Po, po e shtunë... Ishte koha për të qenë bashkëshorte dhe nënë. U kujdesa për shtëpinë, me punët, bëra pazaret, gatova ushqimet e preferuara të burrit dhe të fëmijëve, dola për të pirë diçka me fëmijët, ja kalova mirë, por vazhdimisht ndjeja shqetësim, ankth, vështirësi, u mundova që çdo gjë të ishte perfekte që ta kënaqja familjen në darkë.

Klinicisti: Si përfundoi ajo ditë?

Klientja: Në darkë nuk arrita dot ta përballoja më gjithë atë tension... E ndjeva veten si të mbyllur në një kuti dhe nuk merrja dot frymë, kisha djersë të ftohta, kisha siklet, e ndjeja trupin tim të tensionuar... Përjetova shtrëngime te këmbët... Të qafës... Ndjesi mbytëse... Më vinin shumë mendime në mendje... Nuk mbushesha dot me frymë... U shtriva për të fjetur... Nuk më zuri gjumi... Mendova të praktikoja ushtrimet e relaksimit... Eeeh... Sikur u qetësova... Pastaj u ngrita dy herë gjatë natës... Përgjithësisht ishte gjumë jo shumë i qetë.

Klinicisti: Ju më thatë që gjatë ditës e ndjenit veten në tension, dëshironit që çdo gjë të ishte perfekte, me çfarë mendimesh u shoqërua dita jote?

Klientja: Mendoj se ishte ditë e mirë por prapë... Mendoja që t'i bëja gjërat sa më perfekte, nëse unë do të isha si më parë gjërat nuk do rridhnin kështu... Çdo gjë më duket e pa kuptimtë dhe faji është vetëm i imi. Mund t'i siguroja familjes time çdo gjë si më parë.

Klinicisti: Po tjetër?

Klientja: Më dukej se çdo gjë po merrte për poshtë... Nuk do jem më si më parë... Fëmijët ishin aty dhe unë nuk arrija të shprehja dot asgjë se çfarë ndjeja... E ndjeja veten akoma më të larguar... Vetëm... Mundohesha të qeshja kot për t'i bërë qejfin fëmijëve por kjo më jepte më shumë ndjesi parehatie, më krijonte më shumë vështirësi në frymëmarrje... Me shumë ankth... Do të jem mëshira e të tjerëve... Fëmijët janë këtu sepse më shikojnë me keqardhje... Burri im ka shumë nevojë për përkujdesje dhe unë nuk po bëj mjaftueshëm për të... Nuk do arrij kurrë të gjej një punë.

Klinicisti: Ëhë...

Klientja: ... Ndjehem shumë e mbingarkuar...

Klinicisti: Këto ishin mendimet e tua gjatë gjithë ditës, çfarë emocioni i shoqëronte ato?

Klientja: U mërzita shumë, fillova të qaja, një shqetësim shumë i madh... Ndjeja nervozizëm në çdo gjë dhe më dukej sikur do të çmendesha... Më dukej sikur emocionet po më mposhtnin dhe nuk po arrija dot të dilja...

Klinicisti: Ti më tregove pak më parë që kishe kaluar një ditë të këndshme dhe mendimet e tua negative, a mund të më thoni ndonjë mendim pozitiv që ju shoqëroi gjatë ditës?

Klientja: Interesi që tregonin fëmijët më bënte të mendoja sa me fat që jam...

Klinicisti: Si ndjehesh të jesh në shoqërinë e familjes?

Klientja: Rehat jo, sepse ndjehesha në tension për t'i plotësuar nevojat që ata kanë, janë të pakta rastet kur i përjetoj momentet që cilësohen të bukura...

Klinicisti: Ti u shprehe për kohën që kalove në shoqërinë e familjes tënde, gjatë javës ke pasur kontakte me individë jashtë familjes?

Klientja: Gjatë javës nuk është se kam takuar njerëz se nuk më pëlqen ti takoj ato por një ditë më duket se ishte e martë apo e mërkurë por gjithsesi nuk ka rëndësi... Papritur erdhën në shtëpi njerëz... Në atë moment u shtanga... E vetmja gjë që nuk dua është të më vijnë njerëz pa lajmëruar... U mërzita shumë... Bashkëshorti këtë gjë e vuri re... Filloi të më bënte me shenja por unë nuk arrija dot të kontrolloja mërzinë time... Gjatë gjithë kohës kam ndenjur indiferente.

Klinicisti: Çfarë ishe duke menduar në ato momente?

Klientja: Kisha inat me ata sepse nuk më mbështetën fare kur unë kisha nevojë... Nuk doja që të kuptonin gjendjen time që unë nuk isha e aftë t'i përballoja gjërat si më parë... Dhe më vinin në çdo moment mendimet se si ata nuk më mbështetën mua të cilët unë i konsideroja shumë të afërt... Si ata nuk më ndihmuan.... Kaq e parëndësishme qenkam unë për ata...Unë çfarë nuk kam bërë për ta...

Klinicisti: Si arrite ta kontrolloje këtë situatë?

Klientja: Mezi e kam kontrolluar veten, brenda meje ndjeja shumë irritim, ndjesi të ankthit deri në momentin që ata ikën.

Klinicisti: Si mendon, mendimet e tua negative lidhen me ndjesinë e shqetësimit dhe të ankthit?

Klientja: Nuk e di...

Klinicisti: Këto mendime të shoqëruan gjatë gjithë kohës?

Klientja: Deri në momentin që ata ishin në shtëpi po... Edhe pasi ata ikën debatova me bashkëshortin dhe nuk po arrija dot t'i kontrolloja këto mendime por vazhdoja të ndjeja ankth gjatë gjithë kohës deri në momentin kur u shtriva për të fjetur. Bëra pak ushtrime të relaksimit para se të shtrihesha... nuk u qetësova plotësisht... trupin nuk e ndjeja plotësisht të lehtë por mendimet negative i kisha pak më të rralla.

(Klinicisti i jep Klientes skedën për regjistrimin e konjicioneve që lidhen me ankthin dhe shqetësimet).

Klinicisti: Do të doja që së bashku në këtë skedë të shkruanim mendimet që keni më shpesh që lidhen me ankthin dhe shqetësimin deri tek ato më të rrallat.

Klientja: Mirë.

Klientja shkruajti në skedën e regjistrimit të konjicioneve që lidhen me ankthin dhe shqetësimin. Mendimet më të shpeshta ishin “Unë nuk vlej për asgjë”, “Jam e padobishme”, “Jam e paaftë për t'i bërë gjërat në kohën e duhur”, gjithashtu kishte edhe mendime të shpeshta në lidhje me shëndetin e bashkëshortit të saj. Klientja u përball me mendimet negative dhe me faktin se ato i shkaktonin shqetësime dhe ndjesi të ankthit.

Klinicisti: Ti listove mendimet e tua më të shpeshta që lidhen me shqetësimet që ju përjetoni, do përpiqemi së bashku që këto mendime t'i kthejmë në mendime pozitive.

Klientja: (Mendohet)... Nuk e di... Nuk do mundem t'i kthej dot.

Klinicisti: Do përpiqemi së bashku.

Klientja: Mirë.

Klinicisti: Ndër mendimet negative që ke shkruar “Unë jam e padobishme” të lutem ktheje atë në pozitiv.

Klientja: “Unë jam e dobishme”...

Klinicisti: Plotëso fjalinë “ Unë jam e dobishme sepse...

Klientja: ...Familja ime ka nevojë për mua...

Klinicisti: Mendimi tjetër “ Jam e paaftë për t’i bërë gjërat në kohën e duhur” ktheje atë në një mendim pozitiv.

Klientja: “ Unë jam e aftë për t’i bërë gjërat në kohën e duhur “...

Klinicisti: Plotësoni fjalinë “ Unë jam e aftë për t’i bërë gjërat në kohën e duhur sepse...

Klientja:... Jam e aftë t’i bëj gjërat në kohën e duhur...

Klinicisti: Si po ndjehesh tani që i ktheve mendimet negative në pozitive?

Klientja: Nuk mendoja se isha e aftë për të gjetur një arsye por... mirë (buzëqesh)

Klinicisti i kërkoi si detyrë shtëpie që për çdo gjendje pozitive dhe negative që do të kalonte të pyeste veten (çfarë ishte duke menduar) si dhe identifikimin e mendimeve pozitive dhe negative.

Në pjesën tjetër të seancës, u përqëndrua në ushtrimet e relaksimit në fazën “Vetëm Relaksim”.

Klinicisti: Ulu në një karrige të rehatshme me krahët përpara dhe lëviz derisa të gjesht pozicionin e përshtatshëm.

- Fillo të fokusohesh në frymëmarrjen tënde. Merr frymë thellë dhe nxirre frymën nga goja ngadalë... Edhe në këtë seancë do të fokusohesh vetëm te relaksimi i trupit dhe të çdo grup muskujsh të tensionuar...
- Merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë... Është koha jote që të relaksohesh... Merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë...
- Fokusohu në grupet e muskujve... Sigurohu që po largon të gjithë tensionin e çdo muskuli që po fokusohesh...
- Mos e lejo tensionin të zvarritet ndërkohë që ti i kushton vëmendjen muskujve...
- Merr frymë thellë... Nxirre frymën...
- Mundohu të largosh çdo mendim që të vjen në mendje...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Fillo të fokusohesh në frymëmarrjen tënde... Merr frymë thellë dhe ndjeje ajrin e pastër në stomakun tënd... Në pjesën e gjoksit lart dhe pjesën e gjoksit poshtë...Mbaje frymën për një moment dhe ulu drejt... Tani merr frymë lehtë nga goja duke ndjerë të gjithë tensionin dhe nxirre frymën bashkë me tensionin dhe mërzitjen... Pasi ta kesh nxjerrë plotësisht, relakso stomakun dhe gjoksin...
- Vazhdo të marrësh frymë shumë qetë, derisa të kuptosh që po relaksohesh pas çdo procesi.

- Tani relakso ballin, duke zbutur të gjitha linjat... Merr frymë thellë...Dhe tani relakso sytë... Lëre tensionin të zhduket tutje në të gjithë rrugën deri në nofullën tënde... Lëre të shkojë...
- Tani lëri buzët e lira dhe relakso gjuhën... Merr frymë, nxirre dhe relakso fytyrën... Shiko se sa e qetë dhe e lirë ndihet fytyra jote tani...
- Rrotullo kokën butësisht dhe ndjeje qafën të relaksuar... Liroji shpatullat...Qafa jote është e lirë dhe shpatullat e tua janë të rënda dhe të ulura.... Tani lëre relaksim të kalojë përmes krahëve deri tek gishtat e tu... Krahët e tu janë të rëndë dhe të lirë... Buzët e tua janë përsëri të ndara sepse nofulla jote është relaksuar gjithashtu.
- Merr frymë thellë dhe ndjeje stomakun të zgjeruar pastaj gjoksin... Mbylle frymën për një moment dhe pastaj merr frymë ngadalë përmes gojës tënde.
- Lëre ndjesinë e relaksimit të përhapet në stomakun tënd... Ndjeji të gjithë muskujt e barkut të lirojnë tensionin dhe të marrin formën natyrale... Relakso belin dhe shpinën. Vazhdo të marrësh frymë thellë... Vëzhgo se sa e lirë dhe e rëndë ndjehet pjesa e sipërme e trupit tënd.
- Tani relakso pjesën e poshtme të trupit. Ndjeji të ndenjurit të zhytura në karrige... Relakso kofshët... Relakso gjunjët... Ndjeje relaksim të kalojë nga pulpat e këmbës deri në fund të gishtërinjve të këmbës tënde... Këmba jote ndjehet e ngrohtë dhe e rëndë në dyshe. Me çdo frymëmarrje, ndjeje një relaksim të thellë.
- Tani heto trupin tënd për tension duke vazhduar të marrësh frymë... Këmbët tuaja janë të relaksuara... Shpina jote është relaksuar... Shpatullat dhe krahët e tua janë

relaksuar... Fytyra jote është relaksuar... Është vetëm një ndjesi qetësie, ngrohtësie dhe relaksimi.

- Nëse ndonjë muskul është i vështirë për t'u relaksuar, kaloni vëmendjen tek ai... Është shpina jote?... Shpatullat e tua? ... Nofulla jote?... Kap një muskul dhe tensionoje... Mbaje fort dhe liroje... Bashkoje me pjesën tjetër të trupit, me një relaksim të thellë.
- Merr tre herë frymë thellë dhe çliroje frymën duke u ndjerë akoma më e relaksuar... Pastaj hap sytë ngadalë... Rri pak... Pastaj lëviz trupin ngadalë.

Klientja zhvilloi relaksimin për seancën përkatës, që ishte “Vetëm relaksim” ku sforcimi fillestar i muskujve është i përjashtuar dhe përqëndrohet vetëm në relaksimin total. Në këtë seancë klientja punoi dhe asimiloi çdo informacion në lidhje me ditarin klinik dhe teknikën ABC, shtojca G. Seanca përfundoi me detyrë shtëpie vazhdonde të ishin ushtrimet e relaksimit të paktën dy herë në ditë dhe të shënohen në ditarin personal të relaksimit, përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese.

Seanca e katërt

Klinicisti: Jonida Mustafaraj

Komente: Përgjithësisht kjo seancë shkoi mirë. Klientja u përball me mendimet më të shpeshta dhe negative që përjetonte. Mori udhëzime për teknikën ABC. Plotësoi detyrat e shtëpisë për seancën e ardhshme. Klientja vazhdon të përjetojë ankth në situata të ndryshme

gjatë ditës. Vazhdon të jetë e motivuar gjatë seancës dhe arriti të përmbushë të gjitha udhëzimet që iu kërkuan. Udhëzimet për teknikën e relaksimit u ndoqën mirë dhe terapia në vazhdim shkoi mirë.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e pestë

Klinicisti: Do të doja të vendosnim tek axhenda, se çfarë bërë javën e kaluar. Fillimisht dua të di nëse ke ndonjë pyetje në lidhje me detyrat e shtëpisë. Nëse ka ndonjë gjë tjetër që dëshiron ta vendosësh në axhendë dhe më pas do të flasim për konceptimin e emocioneve në mënyrën e përjetimit të tyre dhe teknika për regjistrimin dhe ndryshimin e tyre, strategjitë, këshilla, për rregullimin e emocioneve, do të vazhdojmë me ushtrimet e relaksimit të aplikuar dhe në fund të seancës do të doja të rishikonim detyrat e shtëpisë dhe plotësimin e tyre për ditën e sotme.

Klientja: Jo nuk kam asgjë për të shtuar.

Klinicisti: Ke pasur vështirësi në detyrat e shtëpisë?

Klientja: Po, fillimisht e pata të vështirë regjistrimin e mendimeve tek skeda që më dhatë.

Nuk arrija dot t'i identifikoja specifikisht dhe t'i shprehja ato në letër.

Klinicisti: Si ka qenë java për ty?

Klientja: Përgjithësisht mirë, por me tensionin nuk kam qenë mirë... Kam debatuar edhe me bashkëshortin sepse nuk më dëgjon... Nuk ha ushqimet që unë i përgatis... Nuk kujdeset për shëndetin e tij... Ndërkohë që ai është me diabet një ditë e teproi me ngrënien e ëmbëlsirave dhe kjo e çoi në rritjen e diabetit...

Klinicisti: Pra, të shqetëson fakti që gjendja shëndetësore e bashkëshortit tënd mund të përkeqësohet?

Klientja: Po, nuk dua që asgjë e keqe t'i ndodhë atij, i flas gjatë gjithë kohës që të hajë ushqimet e duhura.

Klinicisti: Pra, ti më the që ke debatuar me bashkëshortin tënd sepse ai kishte konsumuar sasi të lartë të ëmbëlsirave, si u ndjeve në ato momente?

Klientja: U mërzita shumë... U zemërova sepse ai nuk më dëgjon...

Klinicisti: Po tjetër?

Klientja: Ndjeva ankth... Kisha frikë se diçka e keqe mund t'i ndodhte...

Klinicisti: Po tjetër?

Klientja: ... Kam qenë shumë e shqetësuar... Dhe mendoja shpesh se mund t'i ndodhte diçka e keqe... Por kjo mund të ishte edhe një pjesë e fajit tim.

Klinicisti: Ti sapo më shprehe që ke përjetuar në atë situatë ankth, frikë, faj, mërzitje. Këto janë emocionet që tregojnë nevojat tona bazë, motivojnë veprimet tona por këto emocione mund të jenë shkatërruese apo neutrale. Personat me ÇAP kanë tendencën që t'i shmangin emocionet e tyre kur janë përballë situatave ankthioze dhe i shikojnë emocionet intensive si një problem që duhet zgjidhur. Mendimet e shqetësuar në mënyrë natyrale shtypin emocionet intensive. Kjo ishte një situatë shqetësuese për ju ku emocionet që ke përjetuar janë jo të mira, si i ke përjetuar momentet e tjera gjatë javës?

Klientja: Java ka qenë pothuajse mirë... Jam munduar të bëj pak punët e shtëpisë por lodhem shpejt... Kam pasur djegie stomaku...djali bën shpesh rrëmujë.

Klinicisti: Mund të më thuash se si është mënyra jote e të ushqyerit?

Klientja: Zakonisht nuk ha shumë, ha mëngjesin vonë rreth orës 10:30 ose 11 dhe më pas ha pasdite vonë rreth orës 6.

Klinicisti: Çfarë ushqimesh konsumon?

Klientja: Shpesh herë ha ushqime të shpejta.

Klinicisti: Nuk ndjehesh e uritur gjatë ditës?

Klientja: Jo, ndonjëherë më merr uria para se të fle.

Klinicisti: Në seancat e mëparshme më ke thënë që nuk ke pasur gjumë të rehatshëm dhe orët e gjumit ishin të pakta, a ka ndonjë ndryshim?

Klientja: ... Nuk zgjohem aq shpesh natën... Mendoj se ka ndryshim.

Klinicisti: Si ndjehesh me këtë ndryshim?

Klientja: Vazhdoj të kem ndjesi parehatie, gjendje të vazhdueshme tensioni, në disa raste kam dhimbje koke natën.

Klinicisti: Si ndjehesh kur zgjohesh në mëngjes?

Klientja: E ndjej trupin të lodhur... Ndjehem e pafuqishme... Nuk dua të ngrihem nga krevati.

Klinicisti: Çfarë aktivitetesth bën gjatë ditës?

Klientja: Pasi qëndroj pak kohë në krevat, ngrihem, rregulloj shtëpinë, rrëmujën që më bën djali, ha pak mëngjes, pastaj rri shtrirë ose ulur, varet, ndonjëherë bëj pak edhe punët e shtëpisë, pastaj mendoj se çfarë mund të gatuaj, ka raste që mund të dal edhe në pazar por zakonisht më ngrihen nervat sepse nuk mund t'i ble të gjitha gjërat që më duhen, gatuaj dhe më pas hamë drekën, pastaj shtrihem sepse ndjej lodhje dhe qëndroj shtrirë pothuajse gjithë pasditen, në darkë gatuaj diçka dhe shtrihem përsëri.

Klinicisti: A ke ndonjë aktivitet që të sjell kënaqësi?

Klientja: Po... Të kaloj kohë me fëmijët, të dalim shëtitje, për kafe, jo vetëm kur vjen vajza nga Italia që të mblidhemi por edhe me djalin... Si atë rast që dolëm...

Klinicisti: Pra po më thua që të kalosh kohë me familjen të sjell kënaqësi, gëzim, ndjen dashurinë që keni midis njëri-tjetrit?

Klientja: Po nga gjithë kjo që po përjetoj tani kjo është ajo që më gëzon më shumë, ndjem e qetë, ndjej përkujdesje, kam vëmendjen e tyre.

Klinicisti: Në pjesën tjetër të seancës do të njihemi me hapat në procesin emocional dhe trajtimin për rregullimin e tyre. Do të japim disa këshilla për menaxhimin e emocioneve. Kemi diskutuar për mënyrën tuaj të të ushqyerit, orët e gjumit dhe bashkë kemi parë që ti nuk i ke të rregullta këto aktivitete dhe këto ndikojnë në përjetimin e emocioneve të tua. Mënyra të mira për të menaxhuar emocionet janë rregullimi i zakoneve të të ngrënit, duhet të hash në orare të caktuara, mjaftueshëm dhe ushqime të shëndetshme, mënyra më e mirë do të ishte të hash tre vakte të rregullta në orare të caktuara dhe midis tyre dy vakte të vogla. Përsa i përket gjumit disa mënyra për të pasur një gjumë më të qetë janë që të

mundohesh që dhoma të jetë pak e errët, krevati të jetë komod dhe mund të vendosësh nëse ke dëshirë ndonjë muzikë relaksuese gjithashtu nuk duhet të neglizhosh teknikat e relaksimit që kemi aplikuar bashkë, të ndjekësh të gjitha hapat. Një çështje tjetër e rëndësishme është kryerja e aktiviteteve që të pëlqejnë. Ti përmende që ndjehesh shumë mirë në praninë e familjes tënde dhe këtë gjë duhet ta përsërisësh më shpesh. Duhet që ti kushtosh vëmendje së tashmes, aktivitetet që bën tani, kohën që kalon me familjen dhe miqtë. Tani dhe të mos mendosh gjërat që kanë kaluar. Mundohu që gjithmonë t'i bësh veprimet në përputhje me ato që kërkojnë emocionet e tua. P.sh nëse ndjehesh e shqetësuar, qëndro me kokën lart dhe me një buzëqeshje të lehtë në fytyrë. Një këshillë e fundit dhe shumë e vlefshme është të ndihmosh veten tënde të tolerojë ankthin duke menduar për pro- të dhe kundër, shpërqëndrimet, vet-qetësimin dhe përmirësimin të momentit.

Tani do të doja të zhvillonim një teknikë, që quhet teknika e karriges bosh. Kjo teknikë përfshin të folurën tënde me një person tjetër të dashur, por që nuk ke pasur kontakte ose ke vështirësi në komunikim. Ti do të ulesh në një karrige dhe përballë teje do të vendoset një karrige bosh. Ti duhet të imagjinosh sikur në atë karrige është ulur personi i dashur por me të cilin ke një konflikt emocional të pazgjidhur.

Klientja: ... Mmm... Mirë... (u ul në karrige)

Klinicisti: Imagjino personin e dashur për ty por që nuk keni arritur t'i shprehni gjendjen, emocionet e vërteta...

Klientja: ... Motra ime...

Klinicisti: Çfarë do të doje që t'i thoje... ?

Klientja: ... Pse ma bëri këtë... Unë e doja aq shumë... Edhe tani e dua shumë... Por ajo nuk interesohet fare mua...

Klinicisti: Po tjetër...

Klientja: Kur kisha shumë nevojë ti nuk ishte pranë meje... Dhe të paktën me një telefonatë... (qan)... Ne kemi qenë gjithmonë afër... E inkurajonim, e mbështesim njëra-tjetrën... Ishte momenti më i vështirë për mua... Nuk jam ndjerë ndonjë herë kaq keq dhe ti nuk ishe... Unë nuk ta kam bërë asnjëherë këtë gjë ty... Kam lënë çdo gjë tjetër dhe të kam qëndruar pranë... (ngashërehet nga të qarat)... ... Pse ma bëre këtë.... E shihja se të gjithë të tjerët nuk më kuptonin, por nuk e prisja që ti të mos e bëje këtë gjë... Jam lënduar shumë... U ndjeva vetëm... ... E di që je e angazhuar me familjen, ke problemet e tua dhe largësia bën të vetën, por prapë... Një telefonatë mund të ma bëje... Ti... Si motër e mirë nuk indinjove që të merrje dhe të më pyesje çfarë ndodhi... Si u largove nga puna... Vetëm të më pyesje se si isha... Joo... por nuk e bëre...

Klinicisti: Trego çfarë ndjen...

Klientja: Jam shumë e mërzhitur me ty... Jam e lënduar... U zhgënjeva... Nuk e prisja që personi që kisha më shumë besim të mos interesohej për mua..

Klinicisti: Po tjetër...

Klientja: ... (shfryhet)... Kaq kisha...

Klinicisti: Më thuaj si po ndjehesh tani?

Klientja: Nuk e di... Ndjej paksa dridhje në trup rrahje të forta zemre... Por mirë... Kisha nevojë të flisja... Nuk ja kam shprehur asnjërit këtë gjë... As motrës...

Klinicisti: Si i ke marrëdhëniet me motrën, tani?

Klientja: Mirë... Nuk kam shumë kontakte, nuk para flas... Por edhe në ato pak raste sillet në të njëjtën mënyrë si është sjellë...

Në këtë pjesë të seancës do të vazhdojmë me ushtrimet dhe fazat e relaksimit të aplikuar. Në këtë fazë do fokusohemi në “Vetëm Relaksim”.

Klinicisti: Ulu në karrige me krahët përpara dhe lëviz derisa të gjesht pozicionin më të përshtatshëm dhe më të rehatshëm.

- Fillo të fokusohesh në frymëmarrjen tënde. Merr frymë thellë dhe nxirre frymën nga goja ngadalë... Edhe në këtë seancë do të fokusoheni vetëm në relaksimin e trupit dhe çdo grup muskujsh të tensionuar...
- Merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë... Është koha jote që të relaksohesh... merr frymë thellë... Nxirre frymën ngadalë...
- Fokusohu në grupet e muskujve... Sigurohu që po largon të gjithë tensionin e çdo muskuli që po fokusohesh...
- Mos e lejo tensionin të zvarritet ndërkohë që ti i kushton vëmendjen muskujve...
- Merr frymë thellë... Nxirre frymën...
- Mundohu të largosh çdo mendim që të vjen në mendje...
- Merr frymë...relaksohu...

- Fillo të fokusohesh në frymëmarrjen tënde... Merr frymë thellë dhe ndjeje ajrin që mbush barkun tënd... Në pjesën e gjoksit lart dhe pjesën e gjoksit poshtë... Mbaje frymën për një moment dhe ulu drejtë... Tani merr frymë lehtë nga goja duke ndjerë të gjithë tensionin dhe nxirre frymën bashkë me tensionin dhe mërzitjen... Pasi ta kesh nxjerrë plotësisht, relakso stomakun dhe gjoksin...
- Vazhdo të marrësh frymë shumë, qetë, derisa të kuptosh që po relaksohesh pas çdo procesi.
- Tani relakso ballin, duke zbutur të gjitha linjat... Merr frymë thellë... Dhe tani relakso sytë... Lëre tensionin të zhduket tutje në të gjithë rrugën deri në nofullën tënde... Lëre të shkojë...
- Tani lëri buzët e lira dhe relakso gjuhën... Merr frymë, nxirre dhe relakso fytin... Shiko se sa e qetë dhe e lirë ndjehet fytyra jote tani...
- Rrotullo kokën butësisht dhe ndjeje qafën të relaksuar... Liroji shpatullat...Qafa jote është e lirë dhe shpatullat e tua janë të rënda dhe të ulura... Tani lëre relaksim të kalojë përmes krahëve deri tek gishtat e tu... Krahët e tu janë të rëndë dhe të lirë... Buzët e tua janë përsëri të ndara sepse nofulla jote është relaksuar gjithashtu.
- Merr frymë thellë dhe ndjej stomakun të zgjeruar pastaj gjoksin tënd... Mbaje frymën për një moment dhe pastaj merr frymë ngadalë përmes gojës tënde.
- Lëre ndjesinë e relaksimit të përhapet në stomakun tënd... Ndjej të gjithë muskujt e barkut të lirojnë tensionin dhe të marrin formën natyrale... Relakso belin dhe shpinën.Vazhdo të marrësh frymë thellë... Vëzhgo sesa e lirë dhe e rëndë ndjehet pjesa e sipërme e trupit tënd.

- Tani relakso pjesën e poshtme të trupit. Ndjej të ndenjurit të zhytura në karrige... Relakso kofshët... Relakso gjunjët... Ndjej relaksimin të kalojë nga pulpat e këmbës deri në fund të gishtërinjve të këmbës tënde... Këmba jote ndjehet e ngrohtë dhe e rëndë në dysHEME. Me çdo frymëmarrje, ndje relaksim të thellë.
- Tani heto trupin tënd për tension duke vazhduar të marrësh frymë... Këmbët e tua janë relaksuar... Shpina jote është relaksuar... Shpatullat dhe krahët e tu janë relaksuar... Fytyra jote është relaksuar... Është vetëm një ndjesi qetësie, ngrohtësie dhe relaksimi.
- Nëse ke vështirësi për të relaksuar ndonjë muskul kaloje vëmendjen tek ai... Është shpina jote?... Shpatullat e tua?... Nofulla jote?... Kap një muskul dhe tensionoje... Mbaje fort dhe liroje... Bashkoje me pjesën tjetër të trupit, me një relaksim të thellë.
- Merr tre herë frymë thellë dhe çliroje frymën duke u ndjerë akoma më e relaksuar... pastaj hap sytë ngadalë... Rri pak... Pastaj lëviz trupin ngadalë..

Përpara se të zhvillonim ushtrimet e relaksimit, Klientja plotësoi skedën e regjistrimit të shqetësimeve. Identifikoi emocionet, shkallën e intensitetit maksimal, shkallën e shumës së kontrollit mbi shqetësimet, shkaktarët, mendimet, përgjigjet e trupit dhe sjelljet. Klientja u përball me shqetësimet që përjetonte por që nuk arrinte t'i identifikonte, me emocionet e fshehura. Klientja arriti që të shprehte shqetësimin e saj emocional dhe si u ndje pas çlirimit të emocioneve të ndrydhura. Seanca përfundoi me detyrat e shtëpisë me skedën matëse të shqetësimeve; Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi

Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit

Seanca e pestë

Klinicisti: Jonida Mustafaraj

Komente: Kjo seancë shkoi mirë. Klientja e kishte të nevojshme që të fokusohet në përjetimet emocionale dhe në shprehjen e tyre. Klientja u shpreh se u ndje shumë mirë. E kishte shumë të nevojshme që të përballej, duke krahasuar me situatat e mëparshme, e ndjente veten sikur ishte çliruar nga diçka mbytëse. Besoj se kjo mënyrë do t'i atribuohet rritjes së aktiviteteve dhe mënyrave sesi Klientja do të luftojë t'i përballojë shqetësimet në përgjithësi dhe emocionet e forta.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e gjashtë

Klinicisti: Sot dua të vendosim axhendën. Dua të rishikojmë se si kanë shkuar detyrat e shtëpisë, më pas do të njihemi me mendimet automatike. Mendimet automatike janë një rrymë e të menduarit. Këto mendime nuk janë karakteristike për individët me ankth psikologjik, ato janë një përvojë e ngjashme për të gjithë ne. Në pjesën më të madhe të kohës, këto mendime nuk mund të jenë të vetëdijshme, megjithëse vetëm me pak trajtim mund të arrihet që këto mendime të arrijnë në vetëdije. Me anë të Teknika Konjitiv-Bihejviorale, mund të mësohen mënyra për të vlerësuar mendimet në vetëdije, mënyrën e strukturimit, sidomos kur individët janë të mërzhitur. Mendimet automatike, janë zakonisht mjaft të shkurtra dhe klientët shpesh janë më të vetëdijshëm për emocionin që ndjejnë si rezultat i mendimeve të tyre sesa nga vetë mendimet e veta. Mendimet automatike, shpesh janë në formë “skenografi”, por mund të shqiptohen lehtësisht kur i kërkohet kuptimi i mendimit. Mendimet automatike mund të jenë në formë verbale, në formë vizuale (imazhe) ose të dyja. Në pjesën tjetër të seancës do të njihemi me metodën Sokratike, për regjistrimin e mendimeve automatike dhe më pas do të njihemi me disa udhëzime për kontrollin e relaksimit. Keni ndonjë pyetje apo ndonjë gjë që do të doje ta shtojë?

Klientja: Jo, mendoj se ju i dini më mirë...

Klinicisti: Do të rishikojmë detyrat e shtëpisë dhe do të diskutojmë rreth tyre. Mund të më përshkruani si ka shkuar java?

Klientja: Mirë. Jam përqendruar më shumë në gjërat që më japin kënaqësi..në tre ditë të javës kam kaluar mjaft kohë me fëmijët, kemi qëndruar bashkë në shtëpi..gatuam bashkë... Atë ditë ishte dhe bashkëshorti. Ndërsa një ditë tjetër dolëm për të pirë kafe, kaluam shumë mirë... Folëm për shumë gjëra... Pas shumë kohësh fëmijët e mi kërkuan mendimin tim në çështjet e tyre...

Klinicisti: Si u ndjeve në ato momente?

Klientja: ...E vlerësuar, më kishte munguar vemendja e tyre dhe... U ndjeva shumë mirë sepse unë akoma mund t'i ndihmoj ata.

Klinicisti: Si vazhdoi dita?

Klientja: Mirë... Menduan që të nesërmen të më shoqëronin për të bërë pazaret..nuk e prisja..u habita dhe u ndjeva e ngatërruar...

Klinicisti: Çfarë menduat në ato momente?

Klientja: Mendoja sikur ata e shohin që unë nuk jam mirë prandaj sillen kështu..sikur më vënë në lojë...

Klinicisti: Sa shumë e besojë këtë në ato momente?

Klientja: E besoja shumë dhe më futi në mendime... U mërzita.

Klinicisti: Sa shumë e beson atë gjë dhe sa e mërzitur ndjehesh tani për atë gjë?

Klientja: Akoma mendoj se ata e bëjnë më qëllim... Mbase nuk e ndjejnë ose e ndjejnë.

Klinicisti: Ky mendim vazhdoi të të shoqëronte ?

Klientja: Po vazhdoi për një pjesë të madhe të kohës.

Klinicisti: Si u ndjeve nga ana emocionale?

Klientja: Ndjeva më tepër mërzitje.

Klinicisti: Në ato momente sa intensiv ka qenë ky emocion. Në një matje në përqindje sa e vlerëson?

Klientja: ... 80%

Klinicisti: Je akoma kaq e mërzhitur?

Klientja: Jo dhe aq shumë ...

Klinicisti: Çfarë bëre ndërkohë që ishe e mërzhitur?

Klientja: U shkëputa nga familjarët dhe shkova në dhomë, doja të rrija vetëm ... Sepse ndjeva luhatje tensioni dhe të më merrej shumë fryma ... Më zuri gjumi dhe kur u ngrita isha pak më ndryshe.

Klinicisti: Pasi u shkëpute nga familjarët, qëndrove vetëm në dhomë, të zuri gjumi, kur u ngrite, a të shoqëroi ndonjë mendim tjetër?

Klientja: ... Nuk do arrij të kem të njëjtën rëndësi si më parë..

Klinicisti: Sa e besove këtë mendim në ato momente?

Klientja: Besim.... Mmm... Them se shumë...

Klinicisti: Sa shumë e beson tani?

Klientja: E besoj... sepse për të tjerët nuk kam aq shumë rëndësi...

Klinicisti: Si u ndjeve në ato momente?

Klientja: U ndjeva e lodhur...ky mendim vazhdimisht më ka ndjekur..

Klinicisti: Çfarë bëre më pas?

Klientja: Hëngra darkën... Lava enët... U shtriva dhe më zuri gjumi vonë.

Klinicisti: Po me mënyrën e të ngrënit si po vazhdoni?

Klientja: Kam filluar të ha vaktet kryesore, mëngjes, drekë, darkë dhe jam munduar shumë që të ha në orare të caktuara. Në fillim harroja por mbaja një shënim te frigoriferi për vaktet dhe sikur më ndihmoi.

Klinicisti: Kjo është një gjë shumë e mirë. Kjo do të thotë se disa gjëra të rëndësishme ju arrini ti kontrolloni. Po me gjumin si jeni?

Klientja: Vazhdoj të fle aq orë, zgjohem gjatë natës, por gjumin e kam pak më të qetë.

Klinicisti: Në pjesën tjetër të seancës do të njihemi me metodën Sokratike, për regjistrimin e mendimeve automatike. Ju shprehët pak më lart, se “ Sikur ata e shohin që unë nuk jam mirë prandaj sillen kështu... Sikur më vënë në lojë”. Kush është e dhëna që të bën të mendosh se nuk ke rëndësi për të tjerët?

Klientja: Ato sillen me shumë përkujdesje ndaj meje, tregohen të kujdesshëm, sikur unë jam sëmurë...

Klinicisti: Ndonjë gjë tjetër?

Klientja: Më vjen çudi... Mendoj se nuk kanë qenë kështu.

Klinicisti: Ndonjë gjë tjetër...

Klientja: Jo nuk besoj se ka...

Klinicisti: Dakort. Ka ndonjë të dhënë të kundërt me të, domethënë se ata, vërtetë e ndjejnë prandaj sillen në atë mënyrë?

Klientja: ... Ne marrëdhëniet të mira i kemi pasur, jam munduar që të jem gjithmonë pranë familjes time...

Klinicisti: Çfarë bëjnë që të tregojnë se me të vërtetë interesohen për ty?

Klientja: Mmm... vajza në fakt më ka kërkuar gjithmonë që të dalim kur vjen në Shqipëri, gjithmonë më thotë që të dalim, për të blerë rroba, kurse bashkëshorti dhe djali shumë pak..

Klinicisti: Pra, shikojmë edhe njëherë situatën. Ka ndonjë shpjegim alternativ që të tregojë që kjo përkujdesje nga fëmijët, bashkëshorti është për shkak të gjendjes jo të mirë që ndodhesh?

Klientja: Nuk di..

Klinicisti: Çfarë arsyeje tjetër mund të ketë që sillen kështu?

Klientja: Nuk jam e sigurt, ndoshta kanë menduar se jam e lodhur...

Klinicisti: Pra, në këtë situatë kush mund të ishte gjëja më e keqe që mund të të ndodhte?

Klientja: Gjëja më e keqe do të ishte nëse do ta bënin për mëshirë...

Klinicisti: Nëse do të ndodhte më të vërtetë për këtë arsye si do ta përballoje?

Klientja: O Zot.. Nuk e di, do të isha shumë keq.. Nuk dua ta mendoj...

Klinicisti: Kush është gjëja më e mirë që do të të ndodhte?

Klientja: Që interesimi i tyre të mos jetë për keqardhje apo mëshirë por vërtetë unë kam rëndësi për ta...

Klinicisti: Kush mund të jetë rezultati më i vërtetë?

Klientja:... Mendoj se e ndiejnë dhe kujdesen për mua si më parë...

Klinicisti: Cili është efekti i të besuarit të mendimit që përkujdesja e familjarëve është për keqardhje apo mëshirë?

Klientja: Më mërzit shumë, ndihem shumë keq...

Klinicisti: Kush mund të ishte efekti i të ndryshuarit të këtij mendimi?

Klientja: Do të ndjehesha më mirë.

Klinicisti: Supozojmë se një shoqja jote do të ndodhej në këtë situatë dhe do të mendonte se familjarët tregojnë përkujdesje për mëshirë ose keqardhje, çfarë do t'i thoje asaj?

Klientja: ... Mmm... Nuk mund të ekzistojë mëshira në familje...

Klinicisti: Çfarë mendon se mund të bësh tani, për këtë situatë?

Klientja: ... Nuk po të kuptoj.

Klincisti: Ndaj familjarëve ke mbajtur ndonjë qëndrim ndryshe, që nga momenti që ka ndodhur situata deri tani?

Klientja: Mendoj se po...

Klincisti: Si ka qenë?

Klientja: Më e ftohtë, nuk tregoja shumë afrimet se dyshoja...

Klincisti: Pra, ti je sjellë sikur mendimi që kishe ishte i vërtetë? Si mund të silleshe ndryshe?

Klientja: Do isha më e afërt, do t'i pyesja për çdo dyshim, do flisja më shumë me to...

Klincisti: Në këtë pjesë të seancës do të zhvillojmë ushtrimet e Relaksimit të fazës "Udhëzime për Kontrollin e Relaksimit"

Klincisti: Krijoni pozicionin më të përshtatshëm, në karrige me krahët në prehër dhe me këmbët e ulura në tokë.

- Merr frymë thellë... Mbaje për një moment... Përqëndrohu ti largosh shqetësimet e ditës larg duke nxjerrë ajrin nga goja... Boshatisi mushkëritë derisa të ndjesh stomakun dhe gjoksin të relaksuar.
- Tani fillo të relaksosh veten, duke filluar nga balli deri tek maja e gishtave të këmbës duke përdorur teknikën vetëm relaksim... Nëse mund ta relaksosh veten plotësisht në 30 sekonda....Nëse do më shumë kohë, është mirë...
- Ti ndjehesh e qetë dhe e lehtë tani... Stomaku dhe gjoksi yt po lëvizin me lehtësi... Merr frymë... Në çdo frymëmarrje ndjesia e relaksimit thellohet.

- Vazhdo të marrësh frymë thellë dhe rregullisht, duke thënë “Merr frymë” me veten, kur thith ajrin dhe “Relaksohu” kur e nxjerr ajrin.

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

- Ndje çdo frymëmarrje të të sjellë paqe dhe qetësi dhe largoje shqetësimin e tensionin.
- Vazhdo të marrësh frymë në këtë mënyrë për disa minuta, duke i thënë këto fjalë vetes: “Merr frymë” dhe “Relaksohu” – ndërkohë që merr frymë... Fokusoje të gjithë vëmendjen tek fjalët në mendje dhe tek procesi i frymëmarrjes. Ndje muskujt të relaksohen thellë e më thellë me çdo frymëmarrje...
- Lëre fjalën “Relaks” të kalojë në çdo mendim të mendjes tënde...
- Tani dëgjo përsëri fjalët duke vazhduar të marrësh frymë... Dhe të relaksohesh...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Vazhdo të marrësh frymë duke thënë këto fjalë në mendje edhe për disa minuta...
- Kur të ndihesh e relaksuar ngri një gisht si tregues.
- Tani, ndje çdo frymëmarrje të të sjellë paqe dhe qetësi dhe largoje shqetësimin dhe tensionin.
- Merr frymë... Relaksohu...

- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Nëse ke kohë, përsërite të gjithë procesin e Udhëzimet për Kontrollimin e Relaksimit për një periudhë kohore 10-15 minuta.

Klientja arriti që të identifikonte mendimet automatike, u njoh me metodën Sokratike për regjistrimin e mendimeve automatike. Klientja plotësoi inventarët si Inventari i Ankthit i Beck, Pyetëtori Penn State për Shqetësimin, Inventari i Depresionit i Beck, Inventari i Shkallës të Kontrollit të Afekteve, Niveli i Ashpërsisë së Ankthit, Inventari i Shtrembërimëve Konjitive, Inventari i Aleancës Terapeutike Klinikist-Klient si dhe Klient-Klinikist. Klientja plotësoi skedën për regjistrimin e pasigurive, shtojca J. Seanca përfundoi duke vendosur detyrat e shtëpisë për javën e ardhshme. Detyrat ishin identifikimi dhe regjistrimi i mendimeve automatike, në bazë të metodës Sokratike, dhe ushtrimet e relaksimit të paktën 2 herë në ditë; Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit.

Seanca e gjashtë

Klinikisti: Jonida Mustafaraj

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klinikistit, Min 0 – Max 84, rezultat (71).

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klientit, Min 0 – Max 84, rezultat (70).

Komente: Seanca shkoi mirë. Klientja u tregua e lirshme në komunikimin e situatave dhe mendimeve që e shqetësonin. Vihet re, motivimi e klientes për të ndryshuar gjendjen e saj, si dhe serioziteti në udhëzimet për aplikimin e relaksimit. Në lidhje me kuptimin e mendimeve automatike dhe pasigurive që shkaktonin, feedback-u ishte pozitiv.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e shtatë

Klinicisti: Sot do të doja të flisnim për besimet racionale dhe irracionale. Gjithashtu do të flasim për identifikimin e një problemi dhe më pas zgjidhjet e mundshme të problemit.

Keni ndonjë gjë për të shtuar në axhendën e sotme?

Klientja: Jo, asgjë tjetër.

Klinicisti: Si ka qenë kjo javë për ty?

Klientja: Javë e qetë... Gjëra të përditshme.

Klinicisti: Kishit vështirësi në detyrat e shtëpisë?

Klientja: Përgjithësisht jo.

Klinicisti: Po në regjistrimin e mendimeve automatike?

Klientja: Mendoj se mirë... Ditën e premte, i shkruajta vonë në darkë, sepse isha e shqetësuar dhe nuk arrija dot të shkruaja..

Klinicisti: Çfarë ndodhi?

Klientja:...(shfryhet)... Të premten, djali kishte ditëlindjen. Më lajmëruan rreth orën 12 të drekës se do të vinte vëllai me gruan dhe vajzën. Rreth orës 1 të drekës morën në telefon dhe vëllai tha se do të vinte vetëm me gruan, nuk do ta merrnin djalin e tyre se kishte mësim në shkollë, se ai e bën shkollën në Tiranë... Normalisht do të vinin prindërit e bashkëshortit dhe prindërit e mi. Isha në siklet, për gjërat që më mungonin për të përgatitur

darkën por edhe për faktin që kishim shumë kohë pa u mbledhur të gjithë... U stresova sepse do të bënin shumë harxhime edhe pse djali kishte ditëlindjen. Bëra pazaret me kursime, të blija me sasi jo të mëdha duke llogaritur sa persona ishin... U mërzita jashtëzakonisht shumë... Unë jam e papunë... Në çfarë situatë jemi tani?!... Kur u ktheva në shtëpi, debatova me burrin, se në çfarë gjendje jemi... As ditëlindjen e djalit nuk e gëzojmë dot tamam.

Klinicisti: Po më pas?

Klientja: Vazhdoja të isha e acaruar, nuk me dilte inati pse duhet të vinin, duke e ditur se si e kam gjendjen ekonomike... rreth orës 4 deri 5 më duket fillova të gatuaja... Njerëzit erdhën në orën 6, unë akoma nuk kisha mbaruar... U stresova shumë, m'u ngrit tensioni nga shqetësimi...

Klinicisti: Çfarë të shkoi në mendje kur nuk mundje t'i mbaroje dot të gjithë gjërat?

Klientja: Nuk i bëj asnjëherë gjërat mirë, nuk arrij t'i bëj gjërat në kohën e duhur.

Klinicisti: Çfarë do të thuash: se nuk bën asnjëherë gjërat mirë dhe në kohën e duhur?

Klientja: Jam e paaftë të bëj gjërat në kohën e duhur...

Klinicisti: Sa e beson që je e paaftë ?

Klientja: Mmm... Rreth 70%... 60...

Klinicisti: Dhe sa e paaftë je... Shumë apo pak?

Klientja: Po, jam.

Klinicisti: Në çdo gjë?

Klientja: Mmm... Nuk e di...

Klinicisti: Ndonjë të dhënë që tregon se ti je e paaftë?

Klientja: ... Nuk arrita t'i përfundoja në kohë, u vonova ndërkohë që njerëzit prisnin.

Klinicisti: Por arrite që t'i përfundoje...

Klientja: Po i bëra të gjitha që duheshin...

Klinicisti: Pra, ti arrite që t'i përfundoje që të gjitha, nuk është në kontradiktë kur thua se jam e paaftë?

Klientja: Nëse do të isha e aftë, do t'i bëja në kohë.

Klinicisti: Po në fushat e tjera të jetës, për shembull në menaxhimin financiar, kujdesi ndaj vetes...?

Klientja: Menaxhimin e lekëve e mbaj unë, ma ka lënë mua burri, ngaqë merrem me tepër me pazaret, them se jam e aftë.

Klinicisti: Gjatë identifikimit të mendimeve dhe kuptimin që kishin ato për ty, ti the se të bëjnë të ndjeheshe e paaftë, është e vërtetë?

Klientja: Po mendoj se jam e paaftë...

Klinicisti: Mban mend të jesh ndjerë e paaftë si në këtë rast, herë të tjera gjatë jetës, gjatë fëmijërisë?

Klientja:... Nuk më kujtohet shumë fëmijëria ime... Por... Ndonjëherë... Mbaj mend që babai më bërtiste shumë kur nuk i bëja gjërat mirë kur mi kërkonte...

Klinicisti: Mund të më japësh një shembull?

Klientja: Mbaj mend një herë kur më kërkoi të rrija me vëllain, të kujdesesha për të sepse prindërit do të dilnin, atë ditë vëllai u rrëzua në shtëpi dhe u vra pak sepse unë gjithë kohës po luaja me një kukull prej leckash që kishim atëherë dhe nuk u kujdesa për të...

Klinicisti: Ky mendim automatik që “ Unë jam e paaftë” të shoqëron gjatë gjithë kohës?

Klientja: Po... Ndjem e paaftë.

Klinicisti: Mirë, do të shohim dy mundësi, problemi qëndron tek fakti që ti je me të vërtetë e paaftë ose problemi është se ti beson se je e paaftë ; dhe ndonjëherë, ti e beson këtë shumë dhe sillesh në mënyrë të tillë, çfarë mendon?

Klientja: Nuk e di...

Klinicisti: Nëse ti je dakort që ti shkruajmë këto dy mundësi në letër, që të shohim se kush nga këto mundësi duket më e vërtetë? – Që ti je e paaftë ose e beson që je e paaftë.

Klientja: Mirë.

(Klientja i shkruajti këto dy mundësi, nëpjesën tjetër të seancës u theksua rëndësia e besimeve themelore), shtojca K.

Klinicisti: Kjo “Ide” jam e paaftë është ajo që ne e quajmë besim themelor. Do të shpjegoj diçka rreth besimeve themelore kështu ti do t’i kuptosh se pse ato janë më të vështira për t’u vlerësuar dhe për t’u kundërpërgjigjur. Në rregull?

Klientja: Po.

Klinicisti: Së pari, një besim themelor është një ide që ti mund të mos e besosh shumë kur nuk je në ankth. Nga ana tjetër, ti e beson atë pothuajse plotësisht kur je në ankth edhe pse mund të ketë të dhëna që tregojnë të kundërtën. Po më ndjek deri këtu?

Klientja: Po.

Klinicisti: Pra, kur ti je në ankth kjo ide aktivizohet. Kur ajo aktivizohet, ti do të vësh re lehtësisht të dhëna që duken se e mbështesin atë, ke tendencën t’i injorosh të dhënat e tjera që e kundërshtojnë atë. Mendime që e mbështesin idenë që ti je e paaftë të futen lehtësisht në mendje, ndërsa informacionet e tjera që e nuk mbështesin këtë ide nuk të futen në mendje, kështu që ti nuk e kupton atë. Mendon se të ka ndodhur kjo?

Klientja: Nuk jam e sigurt... Mbase...

Klinicisti: Mirë, le të kthehemi mbrapa në javët e kaluara. Çfarë të dhëne ka patur që të tregojë se ti mund të jesh e aftë...

Klientja: Mmm...ja të marr rastin e darkës së djalit, njerëzit më thanë se ushqimet ishin shumë të mira, “Të lumshin duart”, “Ishte e shijshme”..

Klinicisti: Dakort! Këto komplimenta të mbetën në mendje, i the vetes tënde “Kam gatuar shumë mirë... I përlqyen...”gjëra si këto...

Klientja: (shfryhet)... Jo shumë gjatë...

Klinicisti: E pe se si ti e largove mendimin që e kundërshtonte idenë që ti je” e paaftë”..

Klientja: Mmm...

Klinicisti: (Klientes i'u dha në letër modeli ABC) Këtu tek kjo fletë do të shkruash, identifikimin e ngjarjes, besimet ose mendimet për këtë ngjarje, pasojat e ndjenjave dhe diskutime. Fillimisht marrim situatën që trajtuam pak më lartë. A- Situata e darkës për ditëlindjen e djalit, vizita e të afërmeve, B- Besimi themelor, “Unë jam e paaftë”, C-pasoja e ndjenjave- mërzitje, tension, debatet dhe ankth, dhe D-diskutimet për të gjitha që folëm bashkë. Mund të më thuash kush mund të ishte një alternativë tjetër më e saktë?

Klientja: ... tek A- është darka e ditëlindjes së djalit dhe vizita e familjarëve, tek B- ... Mund të ishte...do t'i bëj që të gjitha për ditëlindjen e djalit...do të mbledhemi të gjithë..., C- ...mund të ishte lodhje..por do t'ja kaloja shumë mirë... D-... Këto gjëra...

Klinicisti: Pra... Besimi më i saktë i idesë që “Unë jam e paaftë”..është...

Klientja: Unë jam e aftë...

Në pjesën tjetër të seancës, është aplikimi i relaksimit, “Udhëzime për kontrollin e relaksimit”

Klinicisti: Qëndro në pozicionin më të përshtatshëm në karrige..me krahët në prehër dhe me këmbët e ulura në tokë.

- Merr frymë thellë... Mbaje për një moment... Përqëndrohu t'i largosh shqetësimet e ditës larg duke nxjerrë ajrin nga goja... Boshatisi mushkëritë derisa të ndjesh stomakun dhe gjoksin të relaksuar.
- Tani fillo të relaksosh veten, duke filluar nga balli deri tek maja e gishtave të këmbës duke përdorur teknikën vetëm relaksim... Nëse mund ta relaksosh veten plotësisht në 30 sekonda....Nëse do më shumë kohë, është mirë...
- Ti ndjehesh e qetë dhe e lehtë tani... Stomaku dhe gjoksi yt po lëvizin me lehtësi... Merr frymë... Në çdo frymëmarrje ndjesia e relaksimit thellohet.
- Vazhdo të marrësh frymë thellë dhe rregullisht, duke thënë “Merr frymë” me veten, kur thith ajrin dhe “Relaksohu” kur e nxjerr ajrin.

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

Merr frymë... Relaksohu...

- Ndje çdo frymëmarrje të sjellë paqe dhe qetësi dhe largoje shqetësimin dhe tensionin.
- Vazhdo të marrësh frymë në këtë mënyrë për disa minuta, duke i thënë këto fjalë vetes- “Merr frymë“ dhe “Relaksohu” – ndërkohë që merr frymë... Fokusoje të gjithë vëmendjen tek fjalët në mëndje dhe tek procesi i frymëmarrjes. Ndje muskujt të relaksohen thellë e më thellë me çdo frymëmarrje...
- Lëre fjalën “Relaks” të kalojë në çdo mendim tëndin...
- Tani dëgjo përsëri fjalët duke vazhduar të marrësh frymë... Dhe të relaksohesh...
- Merr frymë... Relaksohu...

- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Vazhdo të marrësh frymë duke thënë këto fjalë në mendje edhe për disa minuta...
- Kur të ndihesh e relaksuar ngri një gisht si tregues.
- Tani, ndje çdo frymëmarrje të të sjellë paqe dhe qetësi dhe largojë shqetësimin dhe tensionin.
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Nëse ke kohë, përsërite të gjithë procesin e Udhëzimet për Kontrollimin e Relaksimit për një periudhë kohore 10-15 minuta.

Seanca përfundoi me dhënien e detyrave të shtëpisë, për vazhdimin e plotësimit të modelit ABC, si dhe aplikimin të paktën dy herë në ditë të ushtrimeve përkatëse të relaksimit, duke vendosur Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit.

Seanca e shtatë

Klinicisti: Jonida Mustafaraj

Komente: Kjo seancë ishte vërtetë produktive, sepse klientja u përball me besimet negative dhe ndarjen e tyre racionale me iracionalen. Klientja punoi aktivisht me teknikën ABC dhe

sistemin e vjetër dhe të ri të besimeve që mund të formonte. Arriti të identifikonte besime të vjetra dhe të imagjinonte variantin pozitiv të tyre. Gjatë seancës, vihej re përqëndrimi në çdo hap që pasohej, duke treguar motivim për të ndryshuar gjendjen e saj, sepse vazhdimisht shprehej se donte që të ishte mirë si më parë.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e tetë

Klinicisti: Dua të vendosim axhendën për sot. Të rishohim sesi kanë shkuar detyrat e shtëpisë dhe më pas do të flasim për kuadratin konjitiv dhe do të njihemi më shumë me të.

Ka ndonjë gjë që doni ta shtoni?

Klientja: Jo, nuk kam asgjë, gjërat normale si gjithmonë...

Klinicisti: Si shkoi java që kaloi?

Klientja: Them mirë... I kam bërë detyrat e shtëpisë dhe ushtrimet e relaksimit.

Klinicisti: A je e aftë të bësh dallimin mes gjendjes së tensionuar dhe gjendjes së relaksuar të trupit?

Klientja: Në fillim e kisha të vështirë, tani ndjehem më e kthjellët, e kuptoj kur jam e tensionuar dhe direkt përpiqem ta frenoj këtë gjendje.

Klinicisti: Folëm para 4 seancave për kuadratin konjitiv, që ka të bëjë se si individët e shohin vetveten. Do të vazhdojmë kështu, unë do të bëj disa pyetje dhe ti do ti plotësosh vendet bosh që janë tek fleta. Klientja mori një fletë ku janë parashtruar një sërë pyetjesh në lidhje me kuadratin konjiktiv. Ne do të vazhdojmë që të plotësojmë besimet e tua në lidhje me veten, të tjerët, të ardhmen, botën dhe botën shpirtërore. Do t'i marrim pyetjet nga e para dhe kur të pyes ti do të plotësosh vendin bosh. Unë jam person i...

Klientja: I fortë.

Klinicisti: Mund të më thuash disa fjalë për të përshkruar veten tënde?

Klientja: Në fillim dua të them se jam e fortë... Kokëfortë... Mendoj se jam e organizuar...

Klinicisti: Këto janë cilësi pozitive, unë di që janë disa mesazhe negative që i ke shprehur vetes në javët e para. Në fillim të seancave, pikët e IDB, vura re se kishit qarkuar një përgjigje “Jam e zngënjyer nga vetvetja”, për çfarë arsye e ke thënë ?

Klientja: Ka pasur shumë gjëra. Si arrita unë deri në këtë gjendje. Mërzitesha, shqetësohesha për gjërat që nuk mërzitesha më përpara. Jeta ime ka qenë ndryshe...

Klinicisti: Në këtë pikë, çfarë do të shprehesh?

Klientja: Se më përpara jeta ime ka qenë ndryshe, isha në punë, bëja çdo gjë në kohën e duhur, e ndjeja veten shumë aktive dhe ana ekonomike ishte më e mirë...

Klinicisti: Ti po sjell të kaluarën tënde, pra çfarë të mungon tani?

Klientja: Më mungojnë shumë gjëra, si ekonomia, kur isha në punë ishim në gjendje të përballonin situatat e vështira, tani nëse dua të blej duhet ta mendoj 2 herë...

Klinicisti: Çfarë bën për të mbrojtur veten ?

Klientja: Mundohem të bëj më të mirën, të mos shpenzoj shumë. Nëse nuk kemi për të paguar taksa, blej rroba dhe burri blen cigare. Paratë e fundit që kam i shpenzoj në veshje.

Klinicisti: Ti the që po mundohesh të përmirësohesh në këtë gjë?

Klientja: Po... Është rrugë e vështirë dhe mundohem çdo ditë t'i them vetes të mos shpenzoj shumë edhe burri po mundohet të lërë duhanin jo vetëm për pjesën e shëndetit por edhe gjendja ekonomike nuk e përballon.

Klinicisti: Kjo është ajo që dua të të vë në dukje që ti po bën ndryshim, të dallosh mendimin negativ dhe pozitiv.

Klientja: Këtë gjë kam bërë, para disa muajsh shpenzova përafërsisht 100 mijë lekë në veshje, kur je në qendër tregtare nuk e kupton se sa shpenzon, kurse tani nuk kam bërë shpenzime të panevojshme në veshje. Ky është një ndryshim i madh për mua dhe kjo ka filluar të ndodhë pikërisht në momentin kur ne filluam të kursenim.

Klinicisti: Gjithçka për të cilën ti mendon janë financat? Kush janë disa arsye që ti ndjehesh krenare për veten?

Klientja: Jo gjithçka, por është pjesë e rëndësishme... Unë jam krenare për familjen që kam... Jam krenare për fëmijët... Vajza që po më nderon me shkollën në Itali... Jam krenare që kam punuar..jam krenare që kam drejtuar një grup njerezish në punë, që më kanë respektuar dhe vlerësuar... Jam krenare që kam qenë gjithmonë një njeri punëtor, që zgjohesha herët dhe isha e gatshme për të punuar... Tani jam krenare për organizimin financiar në shtëpi... Jam vërtet krenare për veten...

Klinicisti: Përmende që je krenare për shumë gjëra, kryesisht për veten tënde. Tani do të doja të diskutonim në lidhje me besimin ndaj të tjerëve, njerëzit që të rrethojnë. Vazhdojmë me plotësimin e fjalisë... Njerëzit e tjerë janë...

Klientja: Të humbur.

Klinicisti: Shokët ose shoqet e mi janë individë...

Klientja: Indiferentë.

Klinicisti: Mund të më thuash disa fjalë që do të përdorje për të përshkruar njerëzit që të rrethojnë?

Klientja: Njerëzit i shikoj jo vetëm të humbur por edhe indiferentë... Kur isha në punë, jo vetëm më vlerësonin për angazhimin, besnikërinë në punë... Unë i respektoja për punën por edhe si persona të mirë që ishin... Ata që ishin të mirë... Pastaj kur dolëm nga puna secili humbi në rrugën e tij... Sikur ato kohë, vite që kaluam të gjithë bashkë të mos ekzistonin... Gjithësecili pa jetën e vet... Dhe nuk u interesuam më për njërin-tjetrin... E të afërmit nuk u interesuan për njerëzit e tyre...

Klinicisti: Bota është një vend...

Klientja: I ashpër.

Klinicisti: Si e shikon të ardhmen?

Klientja: ... E shikoj me optimizëm...

Klinicisti: Plotëso fjalinë: Unë ndjehem për të ardhmen...

Klientja: Ndjehem mirë... Optimiste...

Klientja merr një fletë për të plotësuar për besimet e vjetra që ka pasur ndaj vetes, të tjerët dhe botën dhe si janë besimet e reja. Në këtë pjesë të seancës do të fillojmë me ushtrimet e relaksimit, në fazën e “Relaksimit të Diferencuar”

Klinicisti: Merrni pozicionin tuaj më të përshtatshëm... Mbajeni shpinën drejt..., Shpatullat e tua janë të rëna... Krahët e tu janë të rënë...

- Tani vendos dorën e djathtë në tavolinë.. Dorën tjetër mund ta mbash të lirë ose sipër këmbës... ose vendose në tavolinë...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Rri e rënë, e lehtë dhe merr lapsin...
- Mbaj lapsin... Ndje... relakso pjesën e sipërme të krahut dhe shpatullat e tua...
- Tani fillo të shkruash fjalët që dëgjon...
- Vetëm një dorë është duke punuar...
- Dora jote është duke shkruar...
- Dora tjetër është e rëndë...
- Ndje dallimin e dorës që punon dhe dorës së relaksuar...
- Lëshoje lapsin... Ndje kyçin e dorës sa i lumtur është...
- Të dyja shpatullat janë të relaksuara...
- Në pjesën tjetër të relaksimit, do të ngrihesh në këmbë dhe do të vëzhgosh trupin kush grup muskujsh ka mbetur e tensionuar dhe kush është relaksuar...
- Merr frymë thellë... Ngadalë...
- Lëviz kokën, shiko përreth dhomës... Rrotullo sytë për lartë... Rrotullo sytë për poshtë... Majtas... Djathtas...

- Muskujt e qafës janë relaksuar duke vazhduar të rrotullosh sytë përreth dhomës...
- Nofullat janë të relaksuara... Lëri të ndara buzët...
- Mirë... Është koha të lëvizësh kokën... Lëvize ngadalë anash... Lëviz kokën duke ndjekur drejtimin e shikimin... Shiko poshtë duke sjellë mjekrën ngadalë tek gjoksi... çojë në qendër kokën... Lëvize kokën në të djathtë... Lëvize në të majtë...
- Shpatullat e tua vazhdojnë të jenë të rënda...
- Tani lëviz kokën lirshëm përreth... Ndje lëvizjet duke tendosur muskujt përreth qafës... Shpatullat e tua dhe pjesët e tjera të trupit janë të relaksuara...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Tani, lëre ngadalë krahun e majtë dhe brrylin të hapur...
- Ngri dorën e majtë deri në lartësinë e supeve të tua... Shtriq krahun anash... Përkul gishtat për poshtë duke e lënë të lirë...
- Njëra dorë është e tensionuar dhe dora tjetër është e rënë dhe e relaksuar...
- Ngri dorën e djathtë deri në lartësinë e supeve të tua... Shtriq krahun anash... Përkul gishtat për poshtë duke e lënë të lirë...
- Shtriq krahun e djathtë... dorën dhe gishtat...
- Vëzhgo krahun tjetër për tension...
- Relakso qafën... Relakso nofullat..
- Tani Relakso duart e tua... Lëri krahët të pushojnë duke u kushtuar të gjithë vëmendjen... Sa të rëndë janë të dy krahët tani...
- Përqendro vëmendjen tek këmbët... Lëre të lirë ngadalë këmbën e majtë,
- Imagjino sikur të tërheqin gjurin... Ndje muskujt e kofshëve... Përkul këmbët... Kontrolloni barkun, shpatullat dhe shpinën për tension...

- Tani relakso këmbën e poshtme... Ule ngadalë këmbën poshtë...
- Relakso çdo muskul që nuk të nevojitet për të qendruar i tendosur...
- Përqendro vëmendjen tek këmba e djathtë...
- Imagjino sikur të tërheqin gjurin... Ndje muskujt e kofshëve... Përkule këmbën...
- Sigurohu që barku, shpatullat dhe shpina janë të relaksuar...
- Tani relakso këmbët e poshtme... Uli ngadalë këmbët poshtë...
- Përsëri relakso çdo muskul që nuk të nevojitet për të qendruar i tendosur...

Seanca përfundoi duke vendosur detyrat e shtëpisë për javën e ardhshme duke vendosur Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit.

Seanca e tetë

Klinicisti: Jonida Mustafaraj

Komentet: Vihet re një ulje e nivelit të ankthit, raportoi se është duke mësuar se si të largojë mendimet negative dhe shkrimet e mendimeve negative e kanë ndihmuar më tepër. Klientja është duke punuar shumë për të ndjekur qëllimet e saj në jetë dhe tregon aftësi në zgjidhjen e problemeve. Unë isha vazhdimisht duke e nxitur klienten për të zgjidhur problemet e ndryshme dhe që të vazhdojë të punojë më shumë për jetën e saj.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e nëntë

Klinicisti: Sot dua që të vendosim axhendën, do të shikojmë si kanë shkuar detyrat e shtëpisë dhe më pas do të flasim rreth shtrembërimeve konjiktive dhe efektivitetin e ushtrimeve të Relaksimit të Aplikuar. Keni ndonjë pyetje ose ndonjë gjë që doni të shtoni?

Klientja: Gjëra normale të përditshme.

Klinicisti: Do të shikojmë detyrat e shtëpisë sapo të diskutojmë për shtrembërimet konjiktive. Le t'i shohim ato. Në këtë pikë të seancës, rishikuam dymbëdhjetë shtrembërimet konjiktive, personalizimi, zmadhimi, parashikimi për të ardhmen, eksternalizimi i vetvetes, perfeksionizmi, të menduarit dihotomik ose absolut, arsyetimi emocional, minimizimi, krahasimi me të tjerët, gjendje të mundshme, katastrofizimi, arsyetimi emocional dhe marrja e vendimeve. A janë të pranishme këto shtrembërimet në mënyrën e të menduarit?

Klientja: Vazhdoj t'i zmadhoj paksa gjërat...

Klinicisti: Mendoj se duhet të punosh më shumë me këtë pjesë si të tjerat...

Klientja: Ndoshta i injoroj gjërat pozitive por mundohem t'i shoh të gjitha anët e situatës përpara se të marr një përfundim të saktë.

Klinicisti: Mendoj se je në gjendje të dallosh se çfarë ka ndodhur dhe hapat që ke marrë për zgjidhje të mundshme të problemeve...

Klientja: Them se po...

Klinicisti: Po shikoj te detyrat e shtëpisë, tensioni pas ushtrimeve të relaksimit është reduktuar, kjo të do të thotë që je më e qetë.

Klientja: Po... Ushtrohem gati dy herë në ditë, tani arrij të ushtrohem më lehtë... Një herë në mëngjes dhe një herë në darkë para se të fle gjumë ose ndonjëherë kur ndjej se më kap ankthi, gjithsesi nuk është se po ndjej aq ankth sa ndjeja më përpara.

Klinicisti: Mirë... Fokusohemi te shtrembërimet konjiktive që i pamë bashkë, ka ndonjë situatë që të ka shqetësuar? Të ka krijuar gjendjen e ankthit ?

Klientja: (mendohet)... Ka qenë vërtetë situatë e shqetësuar, me shumë ankth kur u sëmur bashkëshorti. Ishte një gjendje e tmerrshme... Nuk dija se çfarë të bëja, vajzën e kisha në Itali, nuk e kisha afër që të më ndihmonte në të gjitha gjërat, përgjegjësia ishte e gjitha e imja...

Klinicisti: Po tjetër?

Klientja: ... Pavarësisht që doktorët thonin se nuk ka asgjë për t'u shqetësuar, ai është diabet, po të ketë kujdes nuk do të ketë probleme. Por gjithsesi kjo gjë mua më shqetësonte... Mendoja më të keqen, nëse ai përkeqësohej nuk do të dija si t'a përballoja... Unë pa punë... Ilaçet e shtrenjta... E ndjeja se çdo gjë do të shkonte për keq... Gjërat nuk po ecnin si duhet... Unë nuk isha në terezi, nuk duroja dot asnjë të më fliste... Rrija shumë ftohtë me familjarët. Ata më dukeshin si të huaj.

Klinicisti: Mirë. Bazuar në analizimin e dymbëdhjetë pikave të shtrembërimeve konjiktive, siç e thamë edhe më lart ti arrin që të identifikosh këto shtrembërime tek vetja. Po tani si e vlerëson këtë situatë?

Klientja: Po kujdesem për bashkëshortin sikurse edhe për familjen, kujdesem që të përgatis ushqimet e duhura. Kur ka luhatje të sheqerit di si të reagoj...por prapë duhet të isha kujdesur që në fillim për të...

Klinicisti: Pra, arrin të dallosh ndryshimin e vlerësimit të kësaj situatë më përpara dhe tani?

Klientja: Po, sidomos tani që e kapa më nga afër... Arrij të bëj ndryshimin... Ndjem mirë, por prapë kam nevojë të përmirësohem.

Klinicisti: Kjo nevojë për të bërë gjërat akoma më mirë, lidhet me ndjenjën e perfeksionizmit apo ke diçka që të pengon?

Klientja: ... Nuk e di... Mendoj se duhet të jem në gjendjen më të mirë për të bërë gjërat më mirë...

Klinicisti: Pra, gjendja jote ndikon në situatat që ndodhin...?

Klientja: Mendoj se po...

Klinicisti: Si ndjehesh për këtë?

Klientja: Mirë...

Klinicisti: Fakti që ti ndjehesh mirë, tregon që gjërat do të vijnë duke u përmirësuar?

Klientja: Po, tani e ndjej që dua shumë të përmirësohem... Por... Nuk e di...

Më pas seanca vazhdoi me ushtrimet e RA, faza e “Relaksimi i Diferencuar”.

Klinicisti: Merrni pozicionin tuaj më të përshtatshëm... Mbajeni shpinën drejtë..., Shpatullat e tua janë të rëna... Krahët e tu janë të rënë...

- Tani vendos dorën e djathtë në tavolinë.. Dorën tjetër mund ta mbash të lirë ose sipër këmbës... ose vendose në tavolinë...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Rri e rënë, e lehtë dhe merr lapsin...
- Mbaj lapsin... Ndje... relakso pjesën e sipërme të krahut dhe shpatullat e tua...
- Tani fillo të shkruash fjalët që dëgjon...
- Vetëm një dorë është duke punuar...
- Dora jote është duke shkruar...
- Dora tjetër është e rëndë...
- Ndje dallimin e dorës që punon dhe dorës së relaksuar...
- Lëshoje lapsin... Ndje kyçin e dorës sa i lumtur është...
- Të dyja shpatullat janë të relaksuara...
- Në pjesën tjetër të relaksimit, do të ngrihesh në këmbë dhe do të vëzhgosh trupin kush grup muskujsh ka mbetur i tensionuar dhe kush është relaksuar...
- Merr frymë thellë... Ngadalë...
- Lëviz kokën, shiko përreth dhomës... Rrotullo sytë për lartë... Rrotullo sytë për poshtë... Majtas... Djathtas...
- Muskujt e qafës janë relaksuar duke vazhduar të rrotullosh sytë përreth dhomës...
- Nofullat janë të relaksuara... Lëri të ndara buzët...

- Mirë... Është koha të lëvizësh kokën... Lëvize ngadalë anash... Lëviz kokën duke ndjekur drejtimin e shikimin... Shiko poshtë duke sjellë mjekrën ngadalë tek gjoksi... çoje në qendër kokën... Lëvize kokën në të djathtë... Lëvize në të majtë...
- Shpatullat e tua vazhdojnë të jenë të rënda...
- Tani lëviz kokën lirshëm përreth... Ndje lëvizjet duke tendosur muskujt përreth qafës... Shpatullat e tua dhe pjesët e tjera të trupit janë të relaksuara...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Tani, lëre ngadalë krahun e majtë dhe brrylin të hapur...
- Ngri dorën e majtë deri në lartësinë e supeve të tua... Shtriq krahun anash... Përkul gishtat për poshtë duke e lënë të lirë...
- Njëra dorë është e tensionuar dhe dora tjetër është e rënë dhe e relaksuar...
- Ngri dorën e djathtë deri në lartësinë e supeve të tua... Shtriq krahun anash... Përkul gishtat për poshtë duke e lënë të lirë...
- Shtriq krahun e djathtë... dorën dhe gishtat...
- Vëzhgo krahun tjetër për tension...
- Relakso qafën... Relakso nofullat..
- Tani Relakso duart e tua... Lëri krahët të vijnë të vijnë duke pushuar duke u kushtuar të gjithë vëmendjen... Sa të rëndë janë të dy krahët tani...
- Përqendro vëmendjen tek këmbët... Lëre të lirë ngadalë këmbën e majtë,
- Imagjino sikur të tërheqin gjurin... Ndje muskujt e kofshëve... Përkul këmbët... Kontrolloni barkun, shpatullat dhe shpinën për tension...
- Tani relakso këmbën e poshtme... Ule ngadalë këmbën poshtë...
- Relakso çdo muskul që nuk të nevojitet për të qëndruar i tendosur...

- Përqendro vëmendjen tek këmba e djathtë...
- Imagjino sikur të tërheqin gjurin... Ndje muskujt e kofshëve... Përkule këmbën...
- Sigurohu që barku, shpatullat dhe shpina janë të relaksuar...
- Tani relakso këmbët e poshtme... Uli ngadalë këmbët poshtë...
- Përsëri relakso çdo muskul që nuk të nevojitet për të qëndruar i tendosur...

Klientja arriti që të identifikonte ndryshimet e të 12 faktorëve të shtrembërimeve konjitive, duke vlerësuar situatën që solli por edhe situatat që kemi folur në seancat e kaluara. Klientja plotësoi inventarët si: . Klientja plotësoi inventarët si: Inventari i Ankthit i Beck, Pyetësi Penn Gjendjen për Shqetësimin, Inventari i Depresionit i Beck, Inventari i Shkallës të Kontrollit të Afekteve, Niveli i Ashpërsisë së Ankthit, Inventari i Shtrembërimeve Konjitive, Inventari i Aleancës Terapeutike Klinikist-Klient si dhe Klient-Klinikist. Seanca përfundoi duke vendosur detyrat e shtëpisë për javën e ardhshme, Detyrë shtëpie ishte shkrimi i një letre që klientja ia drejtonte vetes, duke qenë e lirë në mendimet dhe shkrimin e ushtrimeve të relaksimit disa herë në ditë, duke vendosur Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit.

Seanca e nëntë

Klinikisti: Jonida Mustafaraj

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klinikistit, Min 0 – Max 84, rezultat (76).

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klientes, Min 0 – Max 84, rezultat (76).

Komente: Seanca vazhdoi sipas manualit. Klientja po kalon përmes problemeve të vërteta në jetën e saj, po përdor aftësi për zgjidhjen e problemit për të ndyshuar gjendjen e saj shqetësuese. Klientja shprehet se është e kënaqur dhe ndjehet mirë me ushtrimet e relaksimit sepse edhe shoqërimi me muzikën përkatëse i krijon ndjenjën e qetësisë dhe paqes. Shprehet se ndjehet e motivuar dhe optimiste për të nesërmen.

Transkriptimet e Seacave Therapeutike

Seanca e dhjetë

Klinicisti: Sot dua të shikoj detyrat e shtëpisë dhe si kanë shkuar. Do të flasim për ndryshimet fizike, konjiktive, sjellore dhe krahasimin e simptomave të mëparshme me ato të tanishme. Ndonjë gjë për të shtuar në axhendë?

Klientja: Jo, çdo gjë ka vazhduar mirë, nuk kam asgjë për të shtuar.

Klinicisti: Mirë, le të shohim detyrat e shtëpisë. Mund ta lexosh letrën që ke shkruar?

Klientja: ... E kam të vështirë ta lexoj... Por do të mundohem... E kisha të vështirë të shkruaja për veten time... Kam kaluar shumë gjëra që më kanë bërë të vuaj çdo gjë e shikoja keq... Nuk po më shkonte asgjë në mënyrën e duhur... Isha e humbur në atë rrugë që nuk shikoja dritë jeshile... Jeta u kthye në errësirë dhe nuk arrija të merrja frymë lirshëm... Çdo gjë ishte e bllokuar... Bllokim në mendime dhe ngecje në trup... nuk arrija të mendoja edhe për gjërat më të thjeshta, mund të harroja edhe ku e kisha lënë telefonin ose ngatërroja vendin e lugëve, pirunjve. Harroja të bëja pazaret... Mendoja se pse arrita në këtë gjendje... Pse unë... Kaq e paaftë paskëm qenë për... Mendoja vazhdimisht se e keqja po më mbyste... Kishte ardhur dhe nuk arrija të dilja nga ajo, më kishte mbërthyer dhe nuk arrija të lëvizja. Kisha frikë, shumë frikë... (Qan) se gjërat sa do vinin dhe do përkeqësoheshin. Nuk merrja dot frymë, ndjeja të gjithë trupin në dridhje, lodhje të vazhdueshme sikur të kisha punuar gjithë ditën... Ndjenjë e padurueshme... Ahhh ajo ndjesi që më dridhet mishi kur e mendoj se çfarë kam kaluar. Nuk blija për të ngrënë vetëm për të kursyer se jemi keq nga ana ekonomike, torturoja veten... Edhe të tjerët... Në

një farë mënyrë e bëja si ndëshkim ndaj vetes se pse arrita në këtë gjendje dhe nuk e meritoja këtë gjë... Ohhh fëmijët e mi të dashur pse duhet të më shihnin në atë gjendje të tmerrshme...më vjen shumë keq për ta, nuk duhet të kisha arritur në atë gjendje. Për fëmijët prindi është model. Çfarë shembulli u dhashë unë atyre, se mamaja e tyre është e pavlerë nuk arrin të bëjë asgjë. Ndërkohë që krenohen me mua. Me bashkëshortin që më ka mbështetur dhe unë me pakujdesinë ndaj tij, duke e neglizhuar, duhet të jem si më parë, të jem ajo e dikurshmja, e qeshur dhe e vlerësuar nga të gjithë, të kujdesem për familjen time dhe t'i jap mbështetjen time më të fortë dhe të ngrohtë. E dua shumë familjen time dhe dua shumë që të jem përsëri ajo që kam qenë, e vendosur, e fortë, e qeshur, të jem vetvetja. Dua shumë të jem Unë. Dua shumë të jem unë pa ndjesinë e ankthit dhe të frikës.

Klinicisti: Si ishte ta shkruaje këtë letër?

Klientja: Duke qenë se këtë javë kam qenë në lëvizje, kam pasur punë, nuk kam pasur kohë që të ulem posaçërisht për letrën. Një natë para se të bëja ushtrimet e relaksimit u kujtova për letrën, më duhej që të mendohesha, nuk po dija çfarë të shkruaja... Nuk ishte e thjeshtë, por e shkruajta.

Klinicisti: Pasi e shkruajta letrën, e lexove?

Klientja: Po e lexova.

Klinicisti: E lexove edhe me zë të lartë?

Klientja: Jo, me zë të lartë jo, nuk e kam lexuar, siç të thashë, u kujtova dhe e shkruajta. Është e çuditshme si ndodhi sepse unë do të rilexoja shumë herë dhe do ta korrigjoja por në

fakt unë e lashë origjinale bashkë me gabimet që kam bërë. Mund ta shkruaja më bukur por nuk e korrigjova.

Klinicisti: Kur flet me veten nuk ka nevojë të shkruash bukur por të shkruash dhe të flasësh ashtu siç e ndjen, duke qenë ti dhe vetja jote pa zbukurimet e tepërta. Pra më the se java jote ishte ?

Klientja: Ishte mirë. Jam ndjerë shumë mirë këtë javë sepse bashkëshorti gjeti një punë më të mirë që sjell të ardhura më tepër, ndërkohë unë ndjehem mirë fizikisht, jam marrë me disa gjëra, se kam ndihmuar kushërirën e burrit në përgatitjen e dasmës së vajzës, me rregullimet në shtëpi. Duke qenë se kemi shtëpitë afër dhe ajo po fillonte të rregullonte shtëpinë, me punime... Mendova për një farë kohe që të ikja ta ndihmoja, por nuk isha e sigurtë, nuk e ndjeja veten gati, më dukej vetja e shtirur sepse u bë kohë që nuk ikja tek ato... Mos ma merrnin për keq. U mendova shumë, fola dhe me bashkëshortin dhe më tha se do të bëja shumë mirë edhe për veten. Kështu që ika. Atyre iu bë qejfi kur më panë, mendoj kështu sepse më pritën ngrohtë duke më shprehur që ju kisha munguar, sepse ne kemi shkuar shumë më përpara. Gjatë gjithë javës kam qenë andej. Kam takuar shumë njerëz që ndonjëherë sikur më mbysnin, sikur flisnin keq për mua. Mendoja se bëra gabim që erdha, pastaj mendoja se jo. Nuk mendojnë ashtu. E ndjeja veten në siklet dhe kur nuk ndjehesha mirë, largohesha për në shtëpi dhe kaloja më vonë tek ata...

Klientja filloi të përshkruante në mënyrë më të detajuar se çfarë kishte bërë te shtëpia e kushërirës së bashkëshortit, në përgatitjen e dasmës së vajzës. Sikurse edhe shkrimi i letres drejtuar vetes e ndihmoi që të kuptonte ndryshimin e gjendjes së javëve të kaluara dhe çfarë

aktualisht po përjetonte. Më pas seanca vazhdoi me identifikimin e ndryshimeve fizike, konjiktive dhe sjellore.

Klinicisti: Përshkruat që java ishte mjaft intensive, keni pasur përjetime të ankthit?

Klientja: Mmm, pothuajse shumë të pakta, më tepër kur takoja shumë njerëz dhe më pyesnin, aty nuk e ndjeja veten rehat.

Klinicisti: Mund të më thuash për shqetësimet trupore që përjeton?

Klientja: Tani jam më e qetë, trupin e ndjej më të lehtë, me tensionin kam qenë mirë duke i pirë ilaçet rregullisht. Kam ndjerë lodhje sepse jam lodhur shumë, duke ndihmuar ato andej, ikja me vrap në shtëpinë time që bëja punët e shtëpisë, të përgatisja drekën që të mos ndryshonin oraret e ngrënies. Ushtrimet e relaksimit më kanë lehtësuar shumë dhe jam ndjerë shumë mirë. Ndihem më aktive, gjumin e bëj më mirë, ngopem me gjumë (Qesh).

Klinicisti: Keni pasur ndonjë shqetësim trupor që vazhdon të të shoqërojë?

Klientja: Ndonjëherë nuk arrij dot të marr frymë, mundohem të praktikoj ushtrimet e frymëmarrjes, ka raste që dal në ballkon marr ajër të pastër dhe jam nervoze.

Klinicisti: Mund të më thuash për shqetësime psikologjike?

Klientja: ... Nuk e di çfarë të them, mbase ky aktivitet më ka ndihmuar që të mendoj se unë mund t'i bëj gjërat mirë.

Klinicisti: Përsa i përket mënyrës së sjelljes, si bashkëvepron aktualisht me familjen dhe me të tjerët?

Klientja: Me familjarët mendoj se sillem mirë, kam filluar të kujdesem më shumë për ata, për çdo gjë që kanë nevojë, qëndroj darkave bashkë me djalën dhe bashkëshortin për të parë ndonjë film ose emision në Tv. Kurse me të tjerët më tepër kam filluar këtë javë që ika të shtëpia e kushërirës, kam takuar shumë njerëz por nuk ndjehem plotësisht mirë, sikur më mbysin, shumë siklet ka raste që dhe largohem.

Klinicisti: Si ndjehesh emocionalisht?

Klinicisti: (Buzëqesh)... Mirë...

Pasi u rishikuan simptomat kryesore të klientes, nga ana konjiktive, sjellore, fiziologjike dhe emocionale, tregon reduktim të ndjeshëm të simptomave të ankthit. Për të kuptuar se cilat nga simptomat vazhdojnë të shoqërojnë dhe janë shqetësuese për të. Në seancat e para terapeutike gjendja e ankthit të klientes ishte në nivele të larta. Simptomat fiziologjike që përjetonte si dhimbje koke, dhimbje dhe djegie stomaku që e pengonin të ushqehet, humbje të energjisë, shqetësime gjatë gjumit, të qarat, paaftësi për t'u relaksuar, këputje, dhimbje muskulare, vështirësi në frymëmarrje, djersitje, ndjenjë lëshimi në fytyrë, marrje mendsh, nervozizëm, etj. Përjetimi aktual në nivel fiziologjik mbart siklet dhe ndonjëherë edhe nervozizëm. Simptomat e mëparshme në nivel konjektiv që klientja përjetonte si pesimizëm dhe marrjen e vendimeve dhe vetë-kritikimi. Në përjetimin aktual, klientja e sheh realitetin, botën në mënyrë optimiste. Ka nevojë për miratim për marrjen e vendimeve duke pyetur kryesisht bashkëshortin. Në situata të ndryshme kritikimi ndaj vetes është më i pakët. Në simptomat e mëparshme të sjelljes si: Shmagien të situatave që ishin sfiduese për të, vetëizolimi, vështirësi për të bashkëbiseduar me të tjerët. Vështirësia aktuale e klientes konsiston në komunikimin me të tjerët dhe ndjesi parehatie. Klientja ndihet mirë, optimiste

për të ndryshuar gjendjen e saj. Qëllimi i këtij rishikimi është edhe që klientja të kuptojë më tepër ndryshimin e saj nga javët e kaluara, duke i krahasuar simptomat e mëparshme me ato të tanishme.

Më pas seanca vazhdoi me ushtrimet e relaksimit në fazën “Relaksimi i shpejtë”.

Klinicisti: Në këtë fazë është aplikimi i Relaksimit të shpejtë. Merr pozicionin tënd më të përshtatshëm...

- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu... Vazhdo të shikosh ... Dhe relaksohu...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë thellë... Relaksohu... Thuaj vetes merr frymë në momentin që merr frymë dhe relaksohu në momentin që nxjerr frymën... Relakso të gjithë trupin... Vëzhgo trupin për tension... Relakso sa më shumë të mundesh çdo grup muskujsh që nuk të nevojiten tani...
- Sa herë që praktikon udhëzime për relaksimin gjatë ditës... Kalo nëpër këto hapa...
- Në fillim merr tre herë frymë thellë... Ndje ajrin nëpër fyt dhe gojë...
- Së dyti, mendo... Relaksohu në çdo frymëmarrje...
- Së tretë, vëzhgo trupin tënd për ndonjë tension...
- Relakso çdo grup muskujsh që mundesh...

Praktikojë mbi 15 herë në ditë...

Seanca përfundoi duke vendosur detyrat e shtëpisë për javën e ardhshme si Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i

Aktiviteteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit.

Seanca e dhjetë

Klinicisti: Jonida Mustafaraj

Komentet: Kjo seancë shkoi shumë mirë dhe shkoi sipas objektivave të manualit të trajtimit. Klientja raportoi që ka përdorur ushtrimet e frymëmarrjes dhe pati impakt pozitiv të ushtrimeve të relaksimit nga seancat e para deri në situatat e tanishme në të cilat ndodhet. Klientja kuptoi që kishte karakter shumë të fortë dhe ishte në gjendje të bënte një listë të cilësive të karakterit të saj por vazhdonte të shqetësohej që nuk do të ishte e mjaftueshme për fëmijët e saj dhe për bashkëshortin.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e njëmbëdhjetë

Klinicisti: Sot dua të vendosim axhendën. Fillimisht dua të rishikojmë detyrat e shtëpisë dhe të flasim për aftësitë që janë mësuar deri tani dhe ushtrimet e relaksimit. Keni ndonjë gjë për të shtuar?

Klientja: Jo.

Klinicisti: Si shkuan detyrat e shtëpisë?

Klientja: Mirë, i shkruajta. Gjatë frustrimit që kam kaluar më përpara nuk e dija që mund të tregohesha kaq e fortë... Unë e di që jam e aftë që mund t'i përballoj, sidomos kur arrita të paguanim faturat më bëri të ndjehem shumë mirë.

Klinicisti: Këtë kam qenë duke menduar kur kam parë gjërat që ke kaluar, që të gjitha këto gjëra kanë provuar se ti je mjaftueshëm e aftë për t'i përballuar.

Klientja: E vërtetë. Kur isha e aftë që të flisja me personat e tjerë, kur kam ndihmuar duke kurajuar të tjerët, kur djali kishte nevojë për këshillën time. Gjatë kohës që isha tek shtëpia e kushërirës së burrit për ta ndihmuar në përgatitje më bëri të ndihem shumë mirë sepse më kushtuan vemendje dhe më pyetën për shumë gjëra.

Klinicisti: Unë dua që të bësh diçka për mua. Dua që të më shpjegosh fjalën e mjaftueshme.

Klientja: E kënaqur... Kur nuk ke nevojë për diçka tjetër... Nuk e di... Mendoj se ti ke të gjitha çfarë ke nevojë...

Klinicisti: Tani dua të më shpjegosh fjalën jo e mjaftueshme.

Klientja: Kur nuk i ke të gjitha gjërat që ke nevojë. Kur nuk mund të marrësh më shumë.

Klinicisti: Kështu, për fjalën e mjaftueshme ti the, kur je e kënaqur, kur nuk ke nevojë për diçka tjetër, kur ke të gjitha çfarë ke nevojë. Në jetën tënde veçanërisht me fëmijët dhe me bashkëshortin, e ndjen që ky shpjegim është i vërtetë, që kanë çfarë i nevojitet, janë kënaqur?

Klientja: Po, sigurisht që ato mund të kenë dëshiruar të kenë më shumë por ato nuk kanë nevojë për gjë, jam munduar që t'i plotësoj që të gjitha edhe vajzës që e kam larg shtëpisë.

Klinicisti: Si ndjehesh për faktin që vajza do të kthehet në shtëpi.

Klientja: Nuk është akoma e sigurt kur mund të vijë, sepse para disa javësh ishte në Shqipëri që qëndroi shumë pak ditë, tani nuk e di, më ka thënë se do të vijë shumë shpejt, shpresoj të vijë se dua shumë të vijë edhe se çfarë do të bëhet për idenë që kemi menduar. Kam kërkuar punë por është e vështirë prandaj po mendoja që të hapja një dyqan me veshje fëmijësh. Vajza punon disa orë në një dyqan të madh për veshje fëmijësh në Itali dhe mendova që nëse vajza të fliste me shefin që të hapnim filjalin e tyre këtu në Shqipëri. Më duket shumë e vështirë, nuk e di sa e realizueshme mund të jetë, djali dhe bashkëshorti më mbështesin me këtë ide. Tani nuk e di sepse mund të kërkojë shumë investim dhe sa mund t'i përballojmë ne... Pastaj nga ana tjetër është shumë mirë do të merrem me diçka që do të ketë përfitime dhe angazhime...Por nuk e di, më duket e perealizueshme...dua shumë që t'ia dal mbanë.. do t'ia dal..

Klientja pa dëshirën e saj për të marrë përsipër një angazhim që mund të jap kontribut në familje. Pa mundësi, rrugë të ndryshme që të realizonte dëshirën e saj, për të qenë e dobishme, por ekzistonte shqetësimi nëse mund t’ia arrinte.

Klinicisti: Nga ana emocionale ti ndjen që mund ta përballosh?

Klientja: Po jam e shumë e emocionuar, ndjehem shumë mirë por kam edhe pak si frikë.

Klinicisti: Kjo është diçka shumë e mirë, do të jetë shumë angazhuese për ty dhe familjen tënde. Shqetësimi yt për mos realizimin mund të jetë edhe si pasojë e anës financiare, ligjore.

Klientja: Po, kjo është e vërtetë.

Në këtë pjesë të seancës folëm për aftësitë që ka zhvilluar klientja prej fillimit të trajtimit deri tani. Nga biseda doli se ajo tani njeh më mirë të gjitha aspektet e ÇAP. Njeh dhe diferencon mirë simptomat dhe reagimet. Ajo njeh format e trajtimit për ÇAP dhe ka përvetësuar teknikat e relaksimit të cilat mund t’i përdorë në formë të pavarur sa herë që mund të përjetojë ankth. Klientja di si të sillet dhe të reagojë më mirë në situata shqetësuese që mund t’i provokojnë ankth. Klientja është e aftë të diferencojë mendimet nga emocionet dhe të mund të regjistrojë çfarë mendon dhe çfarë ndjen në situatat që shkaktojnë ankth. Klientja është e aftë të identifikojë, vlerësojë dhe modifikojë mendimet automatike. Në këtë fazë të trajtimit klientja shprehet se ka filluar të jetë më racionale duke kuptuar se disa mënyra të gabuara të të menduarit, çonin në rritjen e ankthit. Në këtë mënyrë objektivisht klientja arriti në uljen e shtrembërimeve konjiktive.

Klinicisti: Në këtë pjesë të seancës do të zhvillojmë ushtrimet e relaksimit në fazën e Aplikimi i Relaksimit duke u bazuar në relaksimin e shpejtë, në momentet që ndjeni që jeni e lodhur ose e tensionuar.

- Merrni frymë thellë... Ngadalë... Relaksohu...
- Merrni frymë thellë... Ngadalë... Relaksohu...
- Merrni frymë thellë... Ngadalë... Relaksohu...
- Merrni frymë thellë, duke i thënë vetës merr frymë... Relaksohu...
- Ndje çdo frymëmarrje që sjell qetësi duke larguar tensionin jashtë...
- Vëzhgo trupin për ndonjë tension...
- Përqendrohu në relaksimin e çdo grup muskujsh të panevojshëm...
- Merr frymë... Relaksohu...
- Merr frymë thellë... Relaksohu...
- Merr frymë thellë dhe hapi sytë ngadalë... Lëviz trupin ngadalë...

Seanca përfundoi duke vendosur detyrat e shtëpisë për javën e ardhshme si Përmbledhjen dhe detyrat përkatëse për klienten; Planifikimi Javor, për situata madhore qetësuese; Ditari i Aktiviteteve, Ditari i Relaksimit të Aplikuar, Përmbledhja dhe Detyrat dhe Ditari i Relaksimit.

Seanca e njëmbëdhjetë

Klinicisti: Jonida Mustafaraj

Komentet: Seanca shkoi shumë mirë, u arrit të njihen qëllimet themelore të seancës. Klientja ishte e gatshme që të punonte për skemat për të qenë e “aftë”, të gjente mënyra për të përjashtuar besimin dhe për të formuluar një besim të ri që ajo është e fortë dhe e aftë. Klientja raportoi se ushtrimet e relaksimit e ndihmuan në lehtësimin fizik por edhe të shqetësimeve që mbarte.

Transkriptimet e Seancave Terapeutike

Seanca e dymbëdhjetë

Klinicisti: Sot është seanca jonë e fundit. Do të doja që të vendosnim axhendën. Dua që të flasim për ndryshimet që kanë ndodhur përgjatë këtyre seancave në lidhje me ankthin dhe për aftësitë e ndryshme që ti ke mësuar. Do i shohim këto bashkë dhe do i përgjigjemi çdo pyetje që mund të lindë. Më pas do të vendosim disa qëllime për veten tënde për të vazhduar ndryshimin ku mund të përdorësh teknikat që kemi praktikuar dhe ushtrimet e relaksimit. Ka ndonjë gjë që doni të shtoni?

Klientja: Jo, gjërat kanë shkuar mirë.

Klinicisti: Më vjen shumë mirë. Të flasim pak rreth ndryshimeve që ti ke vënë re si rezultat i ardhjes këtu dhe teknikave që kemi bërë bashkë këto javë.

Klientja: Nuk jam në ankth. Ndjej që unë mund të përballoj dhe më shumë se kaq dhe kam aftësi të reja për të përballuar gjërat.

Klinicisti: Cilat nga aftësitë që ke mësuar mendon se të ka ndihmuar më shumë?

Klientja: Mmm... Mbajtja e shënimeve... Ushtrimet e relaksimit.

Klinicisti: Mendon se të ndjerit më shumë e vetëdijshme për procesin tënd të menduarit të ka ndihmuar të sfidosh këto besime që nuk janë plotësisht të sakta?

Klientja: Padyshim. E di që çfarë unë mendoj është pasojë e mënyrës sesi sillem dhe gjithçka vjen nga zgjedhjet që unë bëj dhe mënyra se si i mendoj gjërat. Por ka disa gjëra që nuk mund t'i ndryshoj.

Klinicisti: Po, ka disa gjëra që nuk mund të ndryshohen.

Klientja: Tani mundohem të shoh gjërat mirë ose ti marr me sportivitet (lehtësi, fleksibilitet) dhe të ndryshoj mënyrën se si do të reagoj ndaj tyre. Këtu qëndron fuqia ime.

Klinicisti: Pra, gjatë këtyre javëve kemi specifikuar besimet joracionale, duke veçuar shprehje si: A jam unë e aftë? Gjithçka që ke kaluar në jetë ti i ke kapërcyer dhe tani je një person shumë i fortë.

Klientja: E di dhe kjo më ka ndihmuar, ia them vetes...

Klinicisti: Veçanërisht me ankthin, çfarë mendon se ka ndryshuar? Në mënyrën e të menduarit, me ndjenjat, me gjumin...

Klientja: Fle më mirë, ndjej që nuk kam ankth... Ndjej më shumë... Diçka që nuk arrij ta shpjegoj... Ndihem mirë, shumë energjike... (buzëqesh).

Klinicisti: Po me shqetësimet trupore në praktikimin e ushtrimeve të relaksimit..

Klientja: Më kanë ndihmuar shumë kur i ushtroja ndjeja vërtet që sikur çliroja mërzitjen, ankthin. Tani ndjej një lehtësim në trup dhe në mendje.

Klinicisti: Në këtë pikë, klientes iu përmendën ndërhyrjet terapeutike përgjatë javëve si: monitorimi i aktiviteteve, qëllimet e vendosura, kuadrati konjektiv, besimet themelore,

mendimet automatike, shtrembërimet konjiktive, ushtrimet e Relaksimit të Aplikuar, etj. Pastaj iu shpjeguan këto ndërhyrje, rishikuan strategjitë sjellore, strategjitë konjiktive dhe ushtrimet e relaksimit. Klientja nuk kishte asnjë paqartësi mbi aftësitë që janë mësuar.

Klinicisti: Dua që të shkruajmë në letër disa përgjigje kryesore për përballimin e situatave. Më thuaj përgjigjen që do japësh kur ti e pyet veten: A jam unë e aftë?

Klientja: Unë jam e aftë.

Klinicisti: Sepse...

Klientja: Sepse unë kam kaluar shumë gjëra të vështira dhe tani jam e aftë t'i përballoj dhe t'i ndryshoj vetë gjërat... Gjendjen time e kanë marrë vesh disa të afërm dhe një shoqja ime, ia kam thënë vetë... Ato më thanë nëse do ishte ndonjë person tjetër në vendin tim do ta kishte përjetuar akoma më keq situatën, do të kishte qenë shumë rrëmujë, nuk do t'ia dilnin mbanë.

Klinicisti: Kanë të drejtë por është e rëndësishme që ti t'i shohësh dhe t'i pranosh këto tek vetja jote. Pra, unë jam e aftë sepse unë mund t'i rezistoj pothuajse gjithçkaje për shkak të gjithë atyre që kam kaluar. Unë jam e fortë. Shkruajta këto dy fjali që të mund t'i përdorësh kur të kesh nevojë. Mbrapa fletëve do të doja që të shkruaje shprehje të tjera që janë në të njëjtën linjë mesazhesh. Ky është mesazhi më i rëndësishëm që jo vetëm ta kuptosh por edhe ta zotërosh. Pra, kush janë disa qëllime që ti ke për veten tënde në të ardhmen?

Klientja: Fillimisht qëllimi im është të zotëroj këto mesazhe, nuk është e thjeshtë mund t'i zotëroj për pak minuta por jo për gjithë ditën.

Klinicisti: ...Të jesh e aftë të zotërosh mesazhet...

Klientja: Do mundohem të mos devijoj nga qëllimet e vendosura, të arrij të kap, të kuptoj shenjat kur unë jam gabim, po veproj gabim ose të mendoj keq... Unë mendoj se kjo ndoshta nuk do të ndodhë por duhet të jem e përgatitur për gjërat që më presin në të ardhmen sepse do të ketë situata të pakëndshme dhe duhet të kem afër njerëz që mund të flas me ta dhe jo të veçohem siç kam tendencën të bëj.

Klinicisti: Është e rëndësishme që gjendja emocionale të jetë e ekuilibruar dhe nëse e ndjen veten tënde që po gabon, të përdorësh aftësitë që ke mësuar për të ndihmuar që të mos përjetosh ankth të thellë.

Klientja: Po e vërtetë.

Klinicisti: Më thatë javën e kaluar në lidhje me iniciativën për të hapur një dyqan me veshje fëmijësh si u vendos?

Klientja: Vajza foli me shefin e saj, ai nuk kishte mundësi për të sjellë veshje me shumicë... Kështu që nuk mund të realizohet kjo gjë. Nuk ndihem keq sepse nuk është në dorën time çdo gjë. Takova një ditë një mikeshën time dhe më tha që motra e saj gjyqtare ka kaluar në seksionin e çështjeve civile. I thashë ta pyeste nëse i nevojitej eksperte në ndonjë çështje. I telefonoi ndërkohë që ishim bashkë dhe motra i tha që ta takonim një ditë të dyja. Më parë

merrja çështje privatisht, por prej problemeve e ankthin i lashë sepse më dukeshin gjëra të vogla. Tani kam kuptuar që më mirë gjëra të vogla se sa pa gjë fare dhe me çrregullim.

Ne zhvilluam një plan ndërhyrje të dyja. Klientja kuptoi rëndësinë e ndërveprimeve sociale që të ishte e aftë që të mbante në ekuilibër emocionet e saj. Klientja diskutoi aftësitë që mund të përdorë dhe mbështetje të ndryshme (nga njerëzit) që mund të jenë të nevojshme për jetën e saj. Në fund të seancës klientja plotësoi inventarët si: Inventari i Ankthit i Beck, Pyetëtori Penn për Gjendjen Shqetësimin, Inventari i Depresionit i Beck, Inventari i Shkallës të Kontrollit të Afekteve, Niveli i Ashpërsisë së Ankthit, Inventari i Shtrembërimëve Konjitive, Inventari i Aleancës Terapeutike Klinikist-Klient si dhe Klient-Klinikist.

Seanca e dymbëdhjetë

Klinikisti: Jonida Mustafaraj

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klinikistit, Min 0 – Max 84, rezultat (79).

Rangu i aleancës gjatë seancës terapeutike të klientes, Min 0 – Max 84, rezultat (79).

Komentet: Seanca shkoi shumë mirë si mbyllje të terapisë. Klientja ishte e aftë të rishikonte statusin emocional aktual dhe sesi ajo ka ndryshuar në këto javë trajtimi. Informoi që përjetimet e ankthi ishin minimale dhe që ka mësuar mënyra sesi t'i përballojë. Klientja ishte e gatshme që të rishikonte skemat e reja të përshtatjes dhe diskutoi të dhënat që mbështesin këtë skemë gjatë jetës. Klientja shprehu dëshirën e saj për të vazhduar të

punojë në anë të qëllimeve që ka vendosur në jetë. Ajo ishte e aftë të gjente mënyra sesi të mbante gjendjen aktuale, këto aftësi dhe mbështetjet që ajo mund të ketë nevojë në jetë.

Shënim: U kryen dhe dy senca shtesë, seanca e 13 dhe e 14.

Seanca e trembëdhjetë

Në këtë seancë, e cila u krye pas një jave, si seancat e mëparshme, u diskutua për gjendjen e klientes në përgjithësi dhe për ndonjë situatë që mund të kishte qenë e pakëndshme e mund t'i kishte shkaktuar ankth.

Më pas gjatë gjithë seancës u krye RA me të gjitha fazat. U vu re që klientja ishte në një gjendje totalisht të relaksuar, mirëqenien psikologjike e rrezatonte dhe në pamjen e saj. U planifikua dhe një seancë tjetër pas afërsisht një muaji. Gjatë këtij muaji klientja u informua që ishte e lirë të telefononte nëse do të kishte diçka për të ndarë, nëse do të ndodhej në një situatë ankth-shkaktuese për të.

Seanca e katërmbëdhjetë.

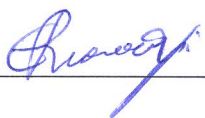
Kjo seancë u realizua pas 5 javësh nga seanca e fundit. Në këtë seancë u diskutua rreth gjendjes së përgjithshme të klientes. Ajo tregoi se kishte kaluar një muaj shumë të mirë. I kishin munguar seancat dhe herë pas here ndjente një boshllëk. Tregoi se kishte vazhduar me RA thuajse çdo ditë dhe rishikonte shënimet e detyrat e shtëpisë. Kur iu kërkua të përshkruante gjendjen e saj aktuale, ajo u shpreh se ndjehej sikur jetonte e lirë, sikur kishte qenë për aq vite me një perde tek sytë dhe tani nuk e kishte më. Mund të merrte frymë lirisht. Ajo kishte shkuar në një çështje gjyqësore. Ishte entuziaste për këtë. Gjithashtu tregon se në familje çdo gjë shkon shumë mirë dhe se marrëdhëniet e saj kanë rifituar sërish jetë dhe pozitivitet. Kjo seancë parashikonte pjesën e ruajtjes së trajtimit.

Elbasan në 12.04.2014

Leje për përdorimin e të dhënave në studim

Unë e nënshkruara, E. R jam në dijeni për kushtet e studimit dhe konfidencialitetin, pasi kam nënshkruar kontratën për këtë. Nën përgjegjësinë time të plotë deklaroj se të dhënat për historinë time jetësore mund të përdoren nga klinikistja Jonida Mustafaraj për qëllim studimi, duke ruajtur anonimin e gjeneraliteteve të mia.

Pjesëmarrësja

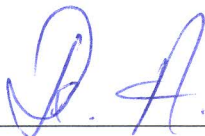


Klinikistja



Elbasan në 15.04.2014

Leje për përdorimin e të dhënave në studim

Unë e nënshkruara,  jam në dijeni për kushtet e studimit dhe konfidencialitetin, pasi kam nënshkruar kontratën për këtë. Nën përgjegjësinë time të plotë deklaroj se të dhënat për historinë time jetësore mund të përdoren nga klinikistja Jonida Mustafaraj për qëllim studimi, duke ruajtur anonimin e gjeneraliteteve të mia.

Pjesëmarrësja



Klinikistja

