

# **Karakteristikat psikosociale të veteranëve të luftës së**

**Kosovës.**

Ramadan HALIMI

Dorëzuar:

Universitetit European të Tiranës

Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në shkencat sociale, profili Psikologji, për marrje të gradës shkencore “Doktor”

Udhëheqës shkencor: Prof. Dr. Edmond Dragoti

Numri i fjalëve: 50.000

Tiranë: Janar/ 2016

## DEKLARATA E AUTORËSISË:

Deklaroj me përgjegjësi të plotë se ky punim është shkruar prej meje, nuk është prezantuar asnjëherë para një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar i tëri ose pjesë të veçanta të tij. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të cituara dhe referuara.

Gjatë gjithë kohës së studimit dhe më pas, është respektuar privatësia dhe individualiteti i të gjithë pjesëmarrësve në studim. Me të gjithë ata, paraprakisht është arritur pajtueshmëria për pjesëmarrje në studim dhe ju janë shpjeguar në detaje të gjitha elementet e studimit dhe teknikat të cilat do të përdorën në studim, si dhe ju janë dhënë shpjegime mbi qëllimin, mënyrën e përdorimit dhe të publikimit të rezultateve të fituara.

## Abstrakti

**Qëllimi:** Studimi ka pasur për qëllim analizimin e karakteristikave psikologjike dhe sociale të veteranëve të luftës dhe të analizoj ndërthurjen dhe ndikimin e këtyre faktorëve në sjelljen sociale dhe vetë-dëmtuese të veteranëve të luftës të Kosovës.

**Metoda dhe materialet e punës:** Është aplikuar teknika e studimit cross-sectional, ndërsa si instrumente janë aplikuar pyetësorët specifik: HTQ (Harvard Trauma Questionnaire), MINI-testi versioni 5.0.0, MANSA, Inventori i Bekut për depresion dhe pyetësori i Bekut për idetë vetëvrasëse.

Në studim janë përfshirë 215 veteran të luftës, përzgjedhja është bërë me teknikën e përzgjedhjes rastësore nga listat e anëtarësisë të Organizatës së Veteranëve të Luftës (OVL). Të dhënat janë përpunuar dhe analizuar me SPSS-20, për analizë janë marr në konsideratë: frekuencat, One way- anova, Kruskal-Wallis testi, ANOVA, chi-faktori dhe korrelacioni i Pearson-it si dhe testet e homogjenitetit sipas Levene dhe Welch.

**Rezultatet:** Moshë mesatare e kampionit rezultoi 42.89, DS 7.89, 47.6% e tyre i takonin grupmoshës 36-45vj, kryesisht me arritje të ulëta arsimore, 67% e tyre ishin me shkollim të mesëm dhe fillor, shkallë të lartë të papunësisë (55.8%) dhe jetesë në varfëri pa asnjë të ardhur financiare (78.6%). Studimi ka vërtetuar këto probleme psikologjike: ÇSPT (52.6%), Çrregullimin depresiv madhor (35.8%) dhe çrregullimeve të tjera psikologjike. Studimi po ashtu ka dokumentuar shkallën e lartë të rrezikut të përgjithshëm për vetëvrasje (20.4%) si dhe shkallë të lartë të urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje. Në faktorët psikosocial me ndikim në riskun për vetëvrasje (risk i lartë) janë evidentuar: moshë 36-45vj (8.8%,  $x^2$  7.19, p .617), me arsimim fillor (12.5%,  $x^2$  15.74, p .203), të papunë (10.1%,  $x^2$  29.7, p .000), të vetmuar (22.2%,  $x^2$  20.74, p .014) dhe që jetojnë në shtëpi të huazuar (7%,  $x^2$  26.99, p .001) dhe të diagnostikuar me Çrregullim depresiv rekurent ( $x^2$  12.92, df 3, p .002).

**Fjalët kyçe:** Sociale, psikologjike, ÇSPT, risk, vetëvrasje.

# Psychosocial characteristics of Kosova War Veterans

## Abstract

**Aim:** The study aimed to analyze the psychological and social characteristics of war veterans, and analyze the impact of these factors in their social and auto-aggressive behavior.

**Methods:** We have applied Cross-Sectional study techniques, while as study instruments have been applied specific questionnaires as follows: HTQ (Harvard Trauma Questionnaire), MINI-test version 5.0.0, MANSA, Beck Depressive Inventory and Beck Inventory for suicidal ideations. In the study were involved 215 war veterans, selected randomly from the membership lists of the Organization of War Veterans (OWV). The data were processed and analyzed with SPSS-20, for the analyses were taken into consideration: frequencies, one way- ANOVA, Kruskal-Wallis test, ANOVA, Pearson chi-factor and correlations, and Levene and Welch homogeneity tests.

**Results:** The average age of the sample was: 42.89, DS 7.89, 47.6% of them belonged to the age group of 36-45 y/o, mainly with the low educational achievement, 67% were with primary and secondary education, unemployed (55.8%), and living in the poverty without any financial income (78.6%). The study has confirmed these psychological problems PTSD (52.6%), Major depressive disorder (35.8%) and other psychological disorders. The study also documented the high level of overall risk for suicide (20.4%) and high degree of hatred and desire for revenge. The following psychosocial factors have affected the risk for suicide (higher risk): age 36-45 y/o (8.8%,  $\chi^2$  7.19, p .617), with primary education (12.5%,  $\chi^2$  15.74, p .203), unemployed (10.1%,  $\chi^2$  29.7, p .000), lonesome's (22.2%,  $\chi^2$  20.74, p .014) and living in borrowed homes (7%,  $\chi^2$  26.99, p .001) and with Recurrent depressive disorder ( $\chi^2$  12.92, df 3, p .002).

**Key words:** social, psychological, PTSD, risk, suicide;

## DEDIKIMI

Këtë të arritur ia dedikoj në tërësi familjes sime, bashkëshortes Hidajetes dhe djemve Besartit dhe Visarit.

## FALËNDERIMET:

Falënderoj Organizatën e Veteranëve të luftës së Kosovës, degët në Gjilan, Viti dhe Kaçanik, për përkrahjen dhe ndihmën e dhënë gjatë kohës së realizimit të këtij studimi.

Një falënderim të veçantë ia dedikoj mentorit tim Prof. Dr. Edmond Dragoti për udhëzimet dhe përkrahjen e dhënë në të gjitha fazat e studimit.

## Përmbajtja:

I. Kapitulli i parë .....	1
1.1 Definimi i problemit.....	2
1.2 Karakteristikat socio-demografike të Kosovës.....	4
1.3 Përkufizimet e pjesëmarrësve të luftës në Kosovë.....	7
1.4 Qëllimi i studimit.....	8
1.5 Pyetjet dhe hipotezat studimore .....	9
II. Kapitulli i dytë .....	12
2.1 Literatura dhe diskutimi teorik i problematikës.....	14
2.1.1 Teoritë mbi stresin.....	14
2.1.1.1 Stresi sistemik: Teoria e Selyes's.....	14
2.1.1.2 Stresi psikologjik: Teoria e Lazarus.....	17
2.1.1.3 Teoria sociale-kognitive e Bandura's.....	21
2.2 Psikodinamika e ankthit dhe çrregullimet e ankthit.....	23
2.3 Teoritë psikologjike të Çrregullimit të Stresit Posttraumatik.....	33
2.3.1 Proceset psikologjike të ÇSPT.....	37
2.3.2 Teoritë e hershme psikologjike mbi ÇSPT.....	37
2.3.3 Teoritë e reja mbi ÇSPT.....	42
2.4 Modelet e zhvillimit të Çrregullimit të stresit posttraumatik.....	46

2.5	Konceptet dhe ndikimet kulturore në zhvillimin e stresit.....	47
2.6	Epidemiologjia e Çrregullimit të Stresit Posttraumatik.....	50
2.7	Fiziologjia e traumës dhe ÇSPT.....	55
2.8	Ndikimi i përvojave traumatike në shfaqjen e sjelljeve agresive dhe ndjenjës për urrejtje dhe hakmarrje.....	57
2.9	Ndikimi i stigmës dhe izolimit social në simptomatologjinë e ÇSPT.....	63
2.10	Karakteristikat e çrregullimeve afektive.....	70
2.10.1	Karakteristikat diagnostike të Çrregullimit depresiv madhor.....	75
2.11	Karakteristikat e çrregullimeve të ankthit.....	76
2.11.1	Karakteristikat e Çrregullimit të panikut.....	76
2.11.2	Karakteristikat e Çrregullimit të ankthit të gjeneralizuar.....	77
2.11.3	Karakteristikat e ÇSPT.....	78
2.12	ÇSPT dhe komorbiditeti.....	84
2.13	Ndikimi i faktorëve social në ÇSPT.....	86
2.14	ÇSPT dhe risku për vetëvrasje .....	89
2.15	Metodat e trajtimit të ÇSPT të bazuara në evidenca.....	93
III.	Kapitulli i tretë .....	97
3.1	Metodologjia.....	98
3.1.1	Materialet e punës.....	98



3.1.2 Metodologjia e punës.....	100
3.2 Kufizimet e studimit .....	102
IV. Kapitulli i katërt .....	103
Rezultatet e studimit .....	104
4.1 Karakteristikat demografike .....	104
4.2 Karakteristikat sociale .....	107
4.3 Karakteristikat e sjelljes sociale, niveli i manifestuar i urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje ndaj kundërshtarit.....	119
4.4 Çrregullimet psikologjike të bazuara në DSM-IV-TR .....	126
4.5 ÇSPT dhe ko-morbiditeti .....	139
4.6 Ndikimi i eksperiencave traumatike në shfaqjen e pasojave psikologjike.....	140
4.7 Ndikimi i urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje ndaj kundërshtarëve në manifestimet psikologjike.....	142
4.8 Ndikimi i faktorëve social në shkallën e rrezikut për vetëvrasje .....	144
4.9 Ndikimi i faktorëve psikologjike në shkallën e rrezikut për vetëvrasje.....	154
4.10 Analiza e regresionit.....	157
V. Kapitulli i pestë .....	165
5.1 Diskutimi i rezultateve .....	166

VI. Kapitulli i gjashtë .....	185
6.1 Përfundimet e studimit .....	186
VII. Kapitulli i shtatë, Lista e referencave.....	190

## Lista e tabelave

Tabela nr. 1: Punësimi sipas nivelit arsimor.....	5
Tabela nr. 2: Shkalla e punësimit sipas grup-moshave.....	6
Tabela nr. 3: Shkalla e papunësisë sipas nivelit arsimor.....	6
Tabela nr. 4: Grup moshat .....	104
Tabela nr. 5: Niveli i Arsimimit.....	105
Tabela nr. 6: ANOVA/ Grup mosha/ Arsimimi.....	106
Tabela nr. 7: Karakteristikat sociale.....	108
Tabela nr. 8: ANOVA/ Grup mosha/ Punësimi.....	109
Tabela nr. 9: CT, Grup mosha/ Punësimi/ Variabla.....	109
Tabela nr. 10: Post hoc Tukey/ Grup mosha/ Punësimi.....	111
Tabela nr. 11: ANOVA: Grup mosha/ Të ardhurat personale.....	111
Tabela nr. 12: Post hoc- Tukey/ Grupmosha/ Të ardhurat personale mujore....	112
Tabela nr. 13: Kënaqja me jetën (MANSA).....	114
Tabela nr. 14: ANOVA: Grup mosha/ Kënaqja me jetën.....	114
Tabela nr. 15: Post hoc- Tukey/ Grup moshat/ Kënaqja me jetën.....	115
Tabela nr. 16: ANOVA: Grup mosha/ Gjendja financiare.....	115
Tabela nr. 17: ANOVA: Grup mosha/ Aktivitetet e lira.....	116
Tabela nr. 18: Kënaqja me kushtet e vendbanimit.....	118
Tabela nr. 19: ANOVA: Grup mosha/ Kushtet e banimit.....	118
Tabela nr. 20: Manifestimi i dëshirës për hakmarrje dhe ndjenja të urrejtjes....	120
Tabela nr. 21: ANOVA: Grup mosha/ Manifestimi i dëshirës për hakmarrje...	120
Tabela nr. 22: Post hoc Tukey: Grup moshat/ Dëshira për hakmarrje.....	121
Tabela nr. 23: ANOVA/ Grup mosha/ Manifestimi i urrejtjes.....	122
Tabela nr. 24: Sjellja sociale/ Humbjet familjare dhe ÇSPT.....	124
Tabela nr. 25: Korrelacioni dhe T-testi: sjellja sociale/humbjet familjare.....	124
Tabela nr. 26: ANOVA/ Familjar të vvarë/ Urrejtje/ Hakmarrje.....	125
Tabela nr. 27: ANOVA/ Familjar të humbur.....	125
Tabela nr. 28: Çrregullimet bazuar në DSM-IV TR.....	126
Tabela nr. 29: Vlerësimi i prezencës së Depresionit bazuar në PyetëSORIN e Beck- ut.....	127
Tabela nr. 30: Grup moshat Çrregullimet psikologjike.....	127
Tabela nr. 31: Grup mosha/ Faktorët psikologjik.....	128
Tabela nr. 32: ANOVA/ Grup mosha/ Çrregullimi psikologjik.....	129

Tabela nr. 33: Testi i Homogjenitetit të Variancës/ Faktorët psikologjik.....	129
Tabela nr. 34: ANOVA/ Arsimimi/ Çrregullimi psikologjik.....	130
Tabela nr. 35: Post hoc Tukey/ Faktorët psikologjik/ Arsimimi.....	131
Tabela nr. 36: CT, Niveli i Arsimimit/ Manifestimet psikologjike.....	132
Tabela nr. 37: Homogjeniteti i Variancës/ Arsimimi/ Faktorët psikologjik.....	132
Tabela nr. 38: Korrelacionet/ Arsimimi/ Faktorët psikologjik.....	133
Tabela nr. 39: Testi i Homogjenitetit-Levene/ Kënaqja me jetën/ Faktorët psikologjik.....	133
Tabela nr. 40: ANOVA/ Çrregullimet psikologjike/ Kënaqja me jetën.....	134
Tabela nr. 41: Post hoc Turkey, Çrregullimi psikologjik/ Kënaqja me jetën.....	135
Tabela nr. 42: Korrelacionet: Kënaqja me jetën/ Çrregullimet psikologjike.....	136
Tabela nr. 43: Testimi i Homogjenitetit të grupit/ Familjar të vrarë/ Çrregullimi psikologjik.....	136
Tabela nr. 44: ANOVA/ Familjar të vrarë/ Çrregullimi psikologjik.....	137
Tabela nr. 45: Korrelacioni/ Familjar të vrarë/ Çrregullimi psikologjik.....	137
Tabela nr. 46: Efektet në mes të subjekteve/ Familjar të humbur.....	138
Tabela nr. 47: Testi i Homogjenitetit Levene/ Familjar të humbur/ Faktorët psikologjik.....	138
Tabela nr. 48: Korrelacioni/ Familjar të humbur/ Çrregullimi psikologjik.....	138
Tabela nr. 49: Çrregullimi/ Komorbiditeti/ÇSPT.....	140
Tabela nr. 50: Testi i Homogjenitetit Levene për ÇSPT.....	140
Tabela nr. 51: Numri i ngjarjeve traumatike të pësura.....	141
Tabela nr. 52: Korrelacioni: Numri i rasteve traumatike/ Manifestimet psikologjike.....	141
Tabela nr. 53: Testi Post Hoc Tukey: Nr i ngjarjeve traumatike/ Faktorët psikologjik.....	142
Tabela nr. 54: Testi i Homogjenitetit Levene/ Urrejtje-Hakmarrje/ Faktorët psikologjik.....	143
Tabela nr. 55: Post hoc Tukey/ Urrejtje/ Manifestimi psikologjik.....	143
Tabela nr. 56: Post hoc Tukey/ Hakmarrje/ Manifestimi psikologjik.....	144
Tabela nr. 57: Shkalla e rrezikut për vetëvrasje.....	145
Tabela nr. 58: Statusi social/ Risku për vetëvrasje.....	146
Tabela nr. 59: Statusi social (2)/ Risku për vetëvrasje.....	147
Tabela nr. 60: ANOVA/ Faktorët social/ Risku për vetëvrasje.....	148

Tabela nr. 61: Levene testi i Homogjenitetit/ Risku për vetëvrasje/ Statusi social.....	149
Tabela nr. 62: Welch Homogjeniteti/ Risku për vetëvrasje/ Statusi civil.....	149
Tabela nr. 63: Korrelacioni/ Faktorët social/ Risku për vetëvrasje.....	150
Tabela nr. 64: ANOVA/ Risku për vetëvrasje/ Gjendjet sociale.....	150
Tabela nr. 65: Levene Testi i Homogjenitetit/ faktorët social.....	151
Tabela nr. 66: Welch F distribuimi asimptomatik/ Risku për vetëvrasje/ Faktorët social.....	151
Tabela nr. 67: Testi i Homogjenitetit Levene/ Statusi personal/ Risku për vetëvrasje.....	152
Tabela nr. 68: Welch, F Distribuimi asimptomatik/ Risku për vetëvrasje.....	152
Tabela nr. 69: ANOVA/ Statusi personal/ Risku për vetëvrasje.....	153
Tabela nr. 70: Post hoc Tukey testi: Variablat/ Risku për vetëvrasje.....	154
Tabela nr. 71: Korrelacioni/ Pozita sociale/ Risku për vetëvrasje.....	154
Tabela nr. 72: Faktorët psikologjik / Rreziku për vetëvrasje.....	155
Tabela nr. 73: ANOVA/ Risku për vetëvrasje/ Faktorët psikologjik.....	156
Tabela nr. 74: Post hoc Tukey testi: Faktorët psikologjik/ Risku për vetëvrasje.....	157
Tabela nr. 75: Analiza e regresionit, Variabla kënaqja me jetën, Modeli.....	158
Tabela nr. 76: Analiza e regresionit, Variabla Urrejtje, Modeli.....	159
Tabela nr. 77: Analiza e regresionit, Variabla Hakmarrje, Modeli.....	159
Tabela nr. 78: Analiza e regresionit, Variabla Çrregullimi depresiv, Modeli....	160
Tabela nr. 79: Analiza e regresionit, Variabla Çrregullimi depresiv rekurent, Modeli.....	161
Tabela nr. 80: Analiza e regresionit, Variabla ÇSPT, Modeli.....	162
Tabela nr. 81: Analiza e regresionit, Variabla Risku për vetëvrasje/ faktorët social, Modeli.....	162
Tabela nr. 82: Analiza e regresionit, Variabla Risku për vetëvrasje/ faktorët psikologjik, Modeli.....	163
Tabela nr. 83: Analiza e regresionit, modeli përfundimtar.....	164

Grafiku nr. 1: Grup mosha/ Arsimimi.....	61
Grafiku nr. 2: Grup mosha/ Statusi civil.....	62
Grafiku nr. 3: Grup mosha/ Format e jetesës.....	69
Grafiku nr. 4: Grup mosha/ Gjendja financiare.....	72
Grafiku nr. 5: Grup mosha/ Kënaqja me jetën.....	73
Grafiku nr. 6: Grup mosha/ Hakmarrja.....	77
Grafiku nr. 7: Grup mosha/ Urrejtje.....	78

Shkurtesat:

ANOVA- Analiza e Variablave,

APA- American Psychiatric Association,

ASK- Agjensioni i statistikave të Kosovës,

ÇOK- Çrregullimi obsesivo- kompulsiv,

ÇSPT- Çrregullimi i stresit posttraumatik,

DRC- Danish Refugee Committee,

DSM- Diagnosis and Statistical Manual,

DHEA- Dehydroepiandrosteroni,

HPA- Boshti Hipotallamus-Pituitar-Adrenal,

HTQ- Harvard Trauma Questionnaire,

MANSA- The Manchester Short Assessment of Quality of Life,

MINI- Mini International Neuropsychiatric Interview,

OBSH- Organizata Botërore e Shëndetësisë,

OVL- Organizata e Veteranëve të Luftës,

QKRMT- Qendra Kosovare e Rehabilitimit te Mbijetuarve të Torturës,

SPSS- Software packing of social sciences,

SHBA- Shtetet e Bashkuara të Amerikës,

UÇK- Ushtria Çlirimtare e Kosovës,

## **I. Kapitulli i parë**

Në kapitullin e parë fillimisht është përshkruar konteksti historik dhe politik i problemit të Kosovës dhe popullatës së saj, dhunës së përjetuar, shpërnguljeve dhe dëbimeve të dhunshme që kishte pësuar popullata shqiptare që nga koha e pavarësisë së Shqipërisë, luftës së parë dhe të dytë botërore, dhunës dhe shpërnguljeve të viteve 50-ta, protestave studentore të viteve 60-ta dhe 80-ta e deri në luftën e fundit të vitit 1999.

Për qëllime shpjegimi janë përshkruar kategoritë e pjesëmarrësve të luftës dhe veteranëve siç janë definuar në ligjin për veteranët e luftës.

Në pjesën e fundit të kapitullit të parë është përshkruar qëllimi i studimit, janë definuar pyetjet studimore dhe hipotezat e studimit.



# Hyrje

## 1.1 Definimi i problemit

Shekullin e kaluar e ka karakterizuar përpjekja e vazhdueshme e shqiptarëve të Kosovës për liri dhe bashkim kombëtar. Rezistenca e tyre ka vazhduar edhe pas përfundimit të Konferencës së Londrës me vendimet e së cilës mbi 40% e popullatës shqiptare mbeten jashtë kufijve të shtetit të sapo pranuar Shqiptar. Kësaj rezistence forcat e atëhershme të Mbretërisë Sërbe i janë përgjigjur me vrasje dhe dëbimin e dhunshëm të mbi 250.000 shqiptarëve etnik nga territoret e tyre dhe zëvendësimin e tyre me sërbe të Bosnjës dhe Kroacisë. Rezistenca e armatosur dhe aktivitetet politike vazhduan edhe në periudhën para, gjatë dhe pas luftës së dytë botërore, për të arritur deri në vitet 1968, 1981 dhe së fundmi në vitin 1999. Historikisht janë të njohura aksionet ndëshkuese të autoriteteve të atëhershme Jugosllave mbi popullatën shqiptare si psh., aksioni i grumbullimit të armëve 1955-56 kur pati me qindra pushkatime pa gjyq, me mijëra burgosje, rrahje deri në vdekje dhe konfiskim të pasurive. Në periudhën 1954-1967 autoritetet Jugosllave nga vendbanimet shqiptare në territorin e Serbisë dëbuan me dhunë dhe shpërngulën për në Turqi mbi 350.000 banor. Gjatë lëvizjeve studentore të vitit 1969 dhe 1981 përpos dhunës së paparë deri atëherë në botën demokratike të Evropës, pati edhe dhjetëra mijëra të burgosur dhe të dënuar me dënime drakonike me burgim nga 15-20 vite (Buxhovi 2012: 15-66, 95-130).

Gjatë luftës së fundit në Kosovë: 1998-1999, ka ndodhur dëbimi masiv i popullsisë, më i madhi pas luftës së dytë botërore me mbi 1 milion të zhvendosur. Ky dëbimi masiv i popullatës është shoqëruar me vrasje, torturime, ndarjes së

familjeve në baza gjinore, dhunës seksuale, dëmtim dhe djegies së disa mijëra pronave dhe dëmtimit të të gjitha institucioneve publike (Iacopino 2001: 4-5).

Në periudhën Janar 1998- Qershor 1999, janë vrarë rreth 18000 njerëz, nga të cilët mbi 13000 civil, ndërsa 3900 civil të tjerë janë të evidentuar si të zhdukur. Numri më i madh i vrasjeve dhe masakrimeve ka ndodhur në periudhën Mars-Qershor 1999, gjatë kësaj periudhe janë vrarë e masakruar 25-35 individë në 10.000 banorë, shkallë kjo e vrasjeve shumë më e lartë se në vatrat e më parme të luftërave si Kamboxhia, Tajlanda, Etiopia ose Sudani e Ruanda. Më shumë se në vatrat e tjera, në Bosnje dhe Kosovë vrasjet e civilëve kanë qenë burime të traumës me pasojë prevalencën e lartë të çrregullimit të stresit post-traumatik (Spiegel 2000: 4-9).

E vetmja forcë vendore e cila është vënë në mbrojtje të vendit dhe popullatës ka qenë Ushtria Çlirimtare e Kosovës, e cila në qershor të vitit 1999 pas marrëveshjes me KFOR-in është demilitarizuar. Sipas marrëveshjes, 5.000 nga 17.000 veteranët e demobilizuar do të riaktivizoheshin më vonë në Trupat Mbrojtëse të Kosovës dhe më pas të gjitha ata që do ti plotësonin kushtet teknike dhe shëndetësore do të angazhoheshin në Shërbimin Policor të Kosovës. Kjo marrëveshje asnjëherë nuk është realizuar në tërësi.

Në periudhën e pasluftës një numër i madh i organizatave joqeveritare ndërkombëtare dhe vendore janë marr me sanimin e dëmeve të luftës për familjet Kosovare, po ashtu janë organizuar edhe disa programe për rehabilitimin psikologjik të viktimave të luftës në popullatën civile.

Por, përkundër nevojës së madhe për rehabilitim psikologjik, as gjatë luftës, e as pas përfundimit të saj, për veteranët nuk janë organizuar programe të

rehabilitimit psikologjik. Përpos kësaj, në kundërshtim me praktikat e mira të vendeve me përvoja të luftës, në Kosovë shumica e veteranëve nuk kanë arritur të sigurojnë një vend pune dhe shumica e tyre bëjnë jetë modeste sociale shpesh here nën mesataren e kushteve të jetesës për Kosovë. Si rezultat, pasojat nga traumat e luftës bashkë me gjendjen e rëndë sociale kanë bërë që një numër i tyre edhe më tej të manifestoj pakënaqësi publike, shpeshhere me elemente të dhunshme.

## **1.2 Karakteristikat socio-demografike të Kosovës**

Sipas të dhënave nga regjistrimi i fundit i popullsisë (2011), Kosova është vlerësuar të ketë 1,820,631 banorë rezidentë, nga të cilët 28% e popullsisë ishte më e re se 15 vjeç, gjysma e popullsisë ishte më e re se 28.2 vjeçe, ndërkaj moshë mesatare e popullsisë ka rezultuar 30.2 vjeç. Të dhënat flasin se Kosova është një ndër vendet me popullsinë më të re në Evropë.

Sipas përlogaritjeve të bëra nga Agjencia e Statistikës së Kosovës (ASK), jetëgjatësia mesatare për vitin 2013 në Kosovë për dy gjinitë ishte 76.7 vite. Femrat kishin një jetëgjatësi mesatare prej 79.4 vite derisa, meshkujt 74.1 vite (ASK-2013).

Regjistrimi i popullsisë dhe Anketa e Fuqisë Punëtore në Kosovë, kanë nxjerr rezultate të rëndësishme, pothuajse 2/3 e popullsisë së Kosovës ishte në moshë pune (15-64 vjeç). Sipas të dhënave të këtij regjistrimi, nga popullsia në moshë pune: *59.5% nuk janë ekonomikisht aktivë, që do të thotë se ata nuk janë të punësuar dhe nuk kanë qenë aktivë në kërkim të punësimit.* Ndërsa nga 40.5% e popullsisë ekonomikisht aktive, 30.0% e tyre janë të papunë. Kjo do të thotë që 70.0% e personave ekonomikisht aktivë janë të punësuar, duke krijuar një raport

punësimi ndaj popullsisë (shkalla e punësimit) prej 28.4%. Anketa e përsëritur në vitin 2013 tregon se edhe më tej 59.5% e popullsisë në moshë pune është joaktive dhe nga këta 20.2% të bindur se nuk ka, asnjëherë nuk kanë kërkuar punë (Agjencia e Statistikave të Kosovës, ASK-2013).

Shkalla e punësimit nëpër grupmosha ishte më e larta në mesin e popullsisë së moshës midis 45-54 vjeç dhe më e ulëta në mesin e të rinjve 15-24 vjeç. Shkallë më të lartë të punësimit kanë pasur popullata aktive me arsimim profesional (42.5%) dhe ata me kualifikim shkollor superior: 24.7%. (Tabela nr. 1)

Tabela nr. 1: Punësimi sipas nivelit arsimor/ 2013	Jo aktiv (%)	I/e punësuar (%)	I/e papunë (%)	Të gjithë (%)
Pa shkollë	4.5	0.5	1.6	3
Klasët I–IX	57.8	19	30.2	43.4
Arsim i mesëm profesional	21.3	42.5	37.8	29.3
Shkollë e mesme/ gjimnazi	12.7	13.3	19.8	13.7
Superiore/ Terциare	3.8	24.7	10.6	10.6
Totali	100	100	100	100

Në vitin 2013, 69.2% e personave të punësuar ishin punonjës, 7.0% ishin të vetë-punësuar dhe kishin punonjës të tjerë, 15.6% ishin të vetë-punësuar pa punonjës të tjerë, dhe 8.2% ishin punëtorë familjarë. Përveç shkallës së ulët të punësimit, në Kosovë 23.6% e personave të punësuar punonin në vende pune të paqëndrueshme. Punëtorët, në punë të paqëndrueshme, janë ose persona të vetëpunësuar pa punonjës, ose ata që punojnë pa pagesë në një biznes familjar (ASK-2013). Paga mesatare neto kishte rezultuar në mes të 300 dhe 400 euro në muaj.

Shkalla më e lartë e papunësisë është evidentuar tek grup-mosha 15-24 vj me 55.9%, grupin e dytë e kanë përbërë të papunët e grup-moshës 25-34 vj me 33% dhe grupin e tretë grup-mosha 35-44 vj me 26.4%. Këto të dhëna flasin për një trend shumë të ulët të punësimeve të moshave të reja dhe përgjithësisht për një shkallë të përgjithshme shumë të ulët të punësimit (Tabela nr. 2).

Tabela nr. 2: Shkalla e papunësisë, sipas grup moshave.		(%)
Grup mosha 15-24		55.9
Grup mosha 25-34		33
Grup mosha 35-44		26.4
Grup mosha 45-54		18.7
Grup mosha 55-64		10.4
Totali 15-64		30

Shkalla e lartë e papunësisë është evidentuar te personat e pashkolluar, 59.9% e këtij grupi ishin të papunë, ndërsa shkallë më të ulët të papunësisë (15.5%) kanë pasur personat me arsimim të lartë.

Tabela nr. 3: Shkalla e papunësisë/ Niveli arsimor (%)	M	F	total
Pa shkollë	53.8	67.9	59.9
Klasa I -IX	37.7	47.8	40.5
Arsim profesional i mesëm	24.5	39.7	27.6
Shkollë e mesme gjimnazi	33.4	54.6	38.9
Superiore/ Terciar	12.8	20.3	15.5
Totali	26.9	38.8	30

Statistikat e tregut të punës të vitit 2013 tregojnë se krahasuar me vendet e tjera të Ballkanit Perëndimor dhe 28 vendet anëtare të Bashkimit Evropian, tregu i punës

në Kosovë është në gjendjen më të rëndë. Shkalla e pjesëmarrjes në fuqinë punëtore në Kosovë është 40.5% ndërkohë që në vendet e Ballkanit Perëndimor sillet nga 43% në 68% dhe 71.8% në vendet e Bashkimit Evropian. Në krahasim me shkallën mesatare të punësimit në vendet e Ballkanit Perëndimor (44%) dhe Bashkimit Evropian (64.1%), në Kosovë vetëm 28.4% e popullsisë në moshë pune janë të punësuar.

### **1.3 Përkufizimet e pjesëmarrësve të luftës në Kosovë**

Ligji Nr. 04/ L-054: Për statusin dhe të drejtat e dëshmorëve, invalidëve, veteranëve, pjesëtarëve të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës, viktimave civile dhe familjarëve të tyre: si më meritore i përkufizon këto kategori:

1.3.1. *Dëshmor i kombit*: pjesëmarrësi i UÇK-së që ka rënë në luftë për lirinë e vendit nga viti 1997 -1999, ose është plagosur në luftë për lirinë e vendit në periudhën 1997-1999 dhe ka vdekur nga plagët e marra brenda tri (3) viteve.

1.3.2. *Veteran i luftës së UÇK-së*: qytetari Kosovës dhe shtetasi i huaj i cili është radhitur në radhët e UÇK-së dhe është regjistruar si ushtar nga komandat (shtabet e zonave operative të UÇK-së), përkatësisht Shtabi i Përgjithshëm i UÇK-së, gjatë periudhës 1997-1999;

1.3.3. *Invalid i luftës së UÇK-së*: pjesëmarrësi i UÇK, organizmi i të cilit është dëmtuar mbi 20% për shkak të plagës, lëndimit apo sëmundjes që ka pësuar në luftë, apo si i internuar (i burgosur) në burgjet apo kampet e armikut dhe shtetasi i huaj si veteran i UÇK –së , nga 1997- 1999;

#### **1.4 Qëllimi i studimit:**

Studimi ka pasur për qëllim analizimin e karakteristikave psikologjike dhe sociale të veteranëve dhe invalidëve të luftës, të identifikoj problemet psikologjike ekzistuese pasojë e eksperiencave traumatike të fituara gjatë luftës, të analizoj ndërthurjen dhe ndikimin e këtyre faktorëve në sjelljen sociale dhe vetë-dëmtuese të veteranëve të luftës të Kosovës.

Objektivat e studimit janë si më poshtë:

Të paraqiten karakteristikat sociale dhe psikologjike të veteranëve dhe ndikimi i këtyre faktorëve në cilësinë e jetës së veteranëve;

Të paraqitet ndikimi i faktorëve social në shkallën e ashpërsisë së simptomatologjisë së çrregullimeve psikologjike, pasojë e traumave të luftës;

Të nxjerret në pah ndikimi i faktorëve psikologjik posttraumatik në sjelljen sociale të veteranëve;

Të krahasohet prezenca e çrregullimeve psikologjike pasojë e traumave të luftës në mes të popullatës civile dhe veteranëve të luftës së Kosovës;

Të vlerësohet dhe krahasohet niveli i ndjenjës urrejtjes dhe dëshirës së për hakmarrje ndaj forcave kundërshtarë Sërbe me studimet me popullatën civile të Kosovës;

Të shpjegohet ndikimi i faktorëve social dhe psikologjik në riskun për vetëvrasje.

## 1.5 Pyetjet dhe hipotezat studimore:

Duke i pasur në konsideratë objektivat e mësipërme dhe duke e pas në konsideratë faktin se deri më tani nuk është bërë asnjë studim i gjendjes psikologjike të veteranëve dhe pasojave nga eksperiencat traumatike, në funksion të përgatitjes së këtij studim i shtroj këto pyetje studimore:

Pyetja studimore 1: Cila është gjendja aktuale psikologjike e veteranëve me përvojë traumatike dhe me çfarë problemesh ballafaqohen ende ata?

Në të gjitha vendet e botës, pas kthimit të ushtrive të tyre nga pjesëmarrja në vatrat e luftës dhe në vazhdimësi bëhet vlerësimi i ndikimit të përvojave traumatike në gjendjen psikologjike të tyre. Një vlerësim i tillë për veteranët e luftës së Kosovës që nga paslufta (qershori i viti 1999) nuk është bërë asnjëherë! Ky studim mëton të vlerësoj gjendjen psikologjike të veteranëve të luftës dhe të nxjerr në pah ndikimin e traumave në cilësinë e jetës së tyre.

Pyetja studimore 2: Cili është statusi social i veteranëve të luftës dhe sa kanë arritur ata të realizojnë pritjet e tyre. A ka ndikuar statusi social në përkeqësimin e gjendjes shpirtërore të tyre?

Mbështetja sociale për veteranët e luftës është dëshmuar si faktor me ndikim në modelin e sjelljes dhe re-integrimit të tyre. Ky studim mëton të analizoj rolin e gjendjes sociale në shkallën e kënaqësisë ose pakënaqësisë me jetën dhe ndërlidhjen e këtyre faktorëve me gjendjen shpirtërore të veteranëve.

Pyetja studimore 3: Si ndikon ndërlidhja në mes të karakteristikave demografike, sociale dhe përvojave traumatike në çrregullimet psikologjike?



Mosha, numri i përvojave traumatike, kohëzgjatja e ekspozimit ndaj një traume dhe statusi social i pavolitshëm janë treguar si faktorë me ndikim në përkeqësimin e gjendjes psikologjike. Studimi mëton të nxjerr në pah ndikimin dhe ndërlidhjen e këtyre faktorëve me format manifeste të çrregullimeve psikologjike te veteranët e luftës së Kosovës.

Pyetja studimore 4: Si kanë ndikuar faktorët social dhe psikologjik në aftësitë përballuese ndaj stresit posttraumatik dhe cili është rreziku real për sjellje vetëvrasëse të veteranëve të luftës?

Aftësitë përballuese ndaj stresit posttraumatik, faktorët social dhe kulturor janë treguar si faktor shumë të rëndësishëm në zhvillimin ose jo të riskut për sjellje vetëvrasëse të veteranëve të luftës. Studimi mëton të analizoj ndikimin dhe ndërlidhjen e këtyre faktorëve në shkallën e riskut për sjellje vetëvrasëse.

Duke i pasur në konsideratë pyetjet e mësipërme, për studimin tim nxjerrë këto hipoteza studimore:

Hipoteza 1: Krahasuar me studimet në popullatën civile të Kosovës, parashikohet prevalencë më e lartë e Çrregullimit të stresit posttraumatik, depresionit dhe çrregullimeve të tjera psikologjike.

Hipoteza 2: Krahasuar me popullatën civile të Kosovës, parashikohet shkallë e lartë e problemeve sociale dhe izolimit social.

Hipoteza 3: Parashikohet ndikimi i ndërthurur i faktorëve demografik dhe social në përkeqësimin e simptomatologjisë së çrregullimeve psikologjike, posaçërisht të Çrregullimit të stresit posttraumatik.

Hipoteza 4: Krahasuar me studimet e viti 2002 dhe 2006 me popullsinë civile, parashikohet ulje e shkallës së ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje ndaj pjesëtarëve të popullatës kundërshtare (Sërbe).

Hipoteza 5: Si rezultat i ndikimit të faktorëve socio-psikologjik, parashikohet prezencë e lartë e rrezikut për vetëvrasje.

## II. Kapitulli i dytë

Në këtë kapitull është prezantuar korniza teorike e punimit duke filluar nga teoritë e stresit të Selye's, Lazarus dhe të Banduras, për të vazhduar më pas me teoritë e Frojdit mbi psikodinamikën e ankthit. Në vazhdim të kapitullit janë prezantuar teoritë e hershme dhe teoritë e reja psikologjike të ÇSPT. Në grupin e teorive të hershme të ÇSPT janë prezantuar: teoria social-konjitive, teoria e kushtëzimit dhe teoria e përpunimit të informacionit. Ndërsa si teori të reja të ÇSPT janë prezantuar: teoria e përpunimit emocional, teoria e përfaqësimit të dyfishtë dhe modeli konjitiv i Ehlers dhe Klark si dhe modeli bihejvioral i ÇSPT.

Në këtë kapitull në mënyrë të detajuar është përshkruar ndikimi i koncepteve kulturore në zhvillimin e stresit dhe në mënyrën e manifestimit të ÇSPT. Në vazhdim të kapitullit është paraqitur epidemiologjia e ÇSPT, përkatësisht janë paraqitur përvojat e vendeve të ndryshme me luftëtarët e tyre dhe pasojat e bartura nga luftërat. Është përshkruar fiziologjia e ÇSPT me theks të veçantë në rolin e mekanizmave të stresit. Në vazhdim është përshkruar ndikimi i përvojave traumatike në shfaqjen e sjelljeve agresive dhe ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje, ndërsa hapësirë e veçantë i është kushtuar lidhshmërisë në mes të ÇSPT dhe sjelljes agresive dhe impulsivitetit në ambientin social.

Në këtë kapitull hapësirë e veçantë i është dhënë ndikimit të stigmës, izolimit social dhe reagimit publik ndaj personave me çrregullime mendore dhe ÇSPT dhe portretizimit të tyre në publik. Më pas janë përshkruar në detaje karakteristikat diagnostike të çrregullimeve të afektive dhe të ankthit sipas DSM-IV-TR dhe DSM-V.

Në pjesën e fundit të kapitullit janë përshkruar ÇSPT dhe komorbiditeti mandej është përshkruar ndikimi i faktorëve social siç janë statusi civil, edukimi dhe punësimi në formën e manifestimit të ÇSPT, vëmendje i është kushtuar edhe ndikimit të ÇSPT në shfaqjen e rrezikut për vetëvrasje të veteranëve të luftës.

## Hyrje

### 2.1 Literatura dhe diskutimi teorik i problematikës:

#### 2.1.1 Teoritë mbi stresin:

Për gjatë dekadave të fundit termi stres ka pasur popullaritet të vazhdueshëm në shkencën e sjelljes dhe të shëndetit. Në shumicën e qasjeve, stresi konsiderohet nxitës i proceseve trupore të cilat krijohen në rrethana me kërkesa të posaçme fizike apo psikologjike (Selye 1976: 64), ndërsa forcat e jashtme të cilat e godasin trupin quhen stresor (McGrath 1982: 40-44).

Teoritë që përqendrohen në shpjegimin e marrëdhënieve specifike në mes të kërkesave të jashtme (stresorëve) dhe proceseve trupore (stresit) mund të grupohen në dy kategori të ndryshme: Qasjet ndaj stresit sistemik të bazuar në fiziologji dhe psiko-biologji (Selye 1976: 64) dhe qasjet e bazuara në stresin psikologjik të zhvilluar brenda fushës së psikologjisë konjitive (Lazarus 1990: 9).

#### 2.1.1.1 Stresi sistemik: Teoria e Selye's

Në vitin 1936 Hans Selye ka krijuar modelin e stresit "Syndroma e përgjithshme e adoptimit", e cila shpjegon reagimin ndaj stresit dhe ndikimin e ekspozimit kronik stresogjen në procesin e plakjes dhe në shfaqjen e sëmundjeve të ndryshme. Sipas Selye's: "Çdo stres lë një mbresë të pashlyeshme, ndërsa organizmi pas një situatë të vështirë paguan për mbijetesën e tij duke u bërë pak më i vjetër".

Në një seri studimesh me kafshë, Selye (1950: 54) ka vërejtur se një shumëllojshmëri e ngjarjeve stimuluese (p.sh., të ngrohtit, të ftohti, agjentët toksike) nëse aplikohen intensivisht dhe në kohë të mjaftueshme, janë në gjendje të prodhojnë efekte të përbashkëta jo specifike për secilin rast stimulimi, psh.,

ngrohja ka provokuar vazodilatimin, ndërsa i ftohti ka provokuar vazokonstriktionin. Pra, Selye vuri re se trupi si një model biologjik ju përshtatet stresorëve të jashtëm të cili në fakt janë të parashikueshëm dhe në këtë mënyrë mund të mirëmbahet bilanci i brendshëm apo homeostaza. Në përpjekjen e tij për të mbajtur homeostazën, trupi vë në funksion sistemin e tij hormonal të njohur gjithashtu edhe si luftë ose përgjigje fluturuese. Me këtë përgjigje, njeriu vëren se si trupi dëshiron që gjërat ti zgjidh shpejt dhe lehtë, kjo është arsyeja pse ai tashmë ka bërë lëshimin e hormoneve të cilëve do të ju mundësojë luftimin e stresit në mënyrën sa më të shpejt të mundshme. Kjo luftë e trupit kundër stresit është tema kryesore e Sindromës së përshtatjes së përgjithshme. Ndërsa një tjetër vëzhgim që Selye kishte zbuluar ishte se individi ka kufizime edhe kur dëshiron ta kontrollojë ose ta zvogëlojë stresin (Selye, 1950: 53-54, 1977: 9-12).

Sindromi i përshtatjes së përgjithshme është model i cili përbehet nga tri elemente ose faza të cilat përshkruajnë përgjigjen e organizmit ndaj stresit:

*a. Faza e alarmit:*

Në këtë fazë, reagimi fillestar i organizmit ndaj stresit është se ai e cilëson stresorin si një kërcënim ose rrezik dhe kjo është arsyeja pse organizmi menjëherë aktivizon mekanizmin e luftimit ose sistemin e fluturimit dhe liron hormonet e stresit: adrenalinën, noradrenalinën dhe kortizolin (Selye, 1950: 54, 1977: 11).

*b. Faza e rezistencës:*

Pasi që organizmi ti jetë përgjigjur stresorëve, zakonisht niveli i stresit reduktohet ose edhe eradikohet. Ajo çfarë ndodhë pas luftës ose përgjigjes fluturuese është se

mbrojtja e organizmit dobësohet dhe ka nevojë për energji plotësuese për ti riparuar dëmtimet dhe për të zvogëluar prodhimin e hormoneve të stresit.

Edhe pse organizmi ka kaluar në fazën e dytë të përgjigjes ndaj stresit, megjithatë ai mbetet në gjendje alarmi për aq kohë sa burimi i stresit vazhdon të ekzistoj dhe vazhdon ta luftoj atë si më pak të rrezikshëm se në fazën fillestare (Selye, 1950: 54, 1977: 11-12).

*c. Faza e rraskapitjes:*

Gjatë kësaj faze faktori stresogjen edhe për një kohë ka vazhduar qëndrimin. Rezistenca e organizmit gradualisht dobësohet deri në shtjerrim të plotë dhe ky dobësim ndodhë si rezultat i humbjes së energjisë së adaptimit. Organizmi i cili i nënshtrohet efekteve afatgjate të stresit rrezikohet nga ataku kardiak, ndërsa për shkak të rënies së imunitetit rrezikohet shumë nga infeksionet e rënda. Modeli i sindromës së përgjithshme të adoptimit sipas Hans Selye paraqet sqarimin e qartë biologjik të mënyrës se si organizmi i përgjigjet ose adaptohet në stres. Si rezultat i veprimit monoton të stresit, organizmi shfaq lodhje, irritabilitet, vështirësi të përqendrimit dhe probleme me gjumin. Sindroma e përgjithshme e adoptimit është e ndikuar po ashtu edhe nga variablat e përgjithshme humane si psh., gjendja e përgjithshme e ushqyeshmëris dhe shëndetit, gjinisë, përkatësisë etnike, racës, nivelit të edukimit, statusit socio-ekonomik, strukturës gjenetike, etj (Selye, 1950: 51-54, 1977: 9-12).

Sipas observimit të Seley i bazuar në perceptimin e stresit, stresorët janë më pak të rrezikshëm për shëndetin, në faktë rrezik përbën përgjigja jo adekuate ndaj stresit (Selye, 1977: 12).

Edhe pse puna e Selye ka ndikuar një brez të tërë studiuesish të stresit, megjithatë dobësitë në teorinë e tij shpejt u bënë të qarta. Para se gjithash, koncepti i Selye-it mbi stresin si një reagim ndaj një numri të ngjarjeve të ndryshme kishte pasoja fatale, pasi që koncepti i tij u bë si një kazan në të cilën janë shkrirë të gjitha llojet e qasjeve. Kështu, duke u bërë si një sinonim për tema të ndryshme tilla si për shembull: ankthi, kërcënimi, konfliktet ose zgjimi emocional, koncepti i Selye për stresin ishte në rrezik të humbiste vlerat shkencore të saj (Engel 1985: 10).

Një kritikë e cila ju drejtua teorisë së Selye kishte të bënte me supozimin se shkaktari kryesor i Sindromës së përgjithshme të adoptimit është jo-specifik. Stresorët efektiv të vërejtur nga Selye kanë pasur një kuptim të përbashkët emocional: ata ishin shpërblyes, të çuditshëm dhe të panjohura për kafshët. Kjo gjendje e kafshëve është përshkruar si shprehje e pafuqisë, pasigurisë dhe e mungesës së kontrollit, rrjedhimisht, përgjigjja hormonale e Sindromës së përgjithshme të adoptimit ka ndjekur efektin specifik emocional të këtyre ndikimeve, në vend se të ndikoj në to (Krohne 1978: 3-8).

Argumenti i dytë: ndryshe nga stresi fiziologjik i studiuar nga Selye, stresi i përjetuar nga njerëzit është pothuajse gjithmonë rezultat i një ndërmjetësimi konjitiv (Llazari 1974: 328-329). Selye nuk ka arritur të shpjegoj transformimin konjitiv të ngjarjeve “reale” traumatike, në eksperiencë subjektive të të qenit i shqetësuar. Selye, po ashtu nuk i ka marr parasysh mekanizmat e përbashkët si ndërmjetës të rëndësishëm të marrëdhënies stres-rezultat (Krohne 1978: 3-8).

### *2.1.1.2 Stresi psikologjik: Teoria e Lazarus*

Sipas Lazarus, vlerësimi dhe përballimi janë dy koncepte qendrore për çdo teori të stresit psikologjik. Që nga prezantimi i parë, teoria e Lazarus ka pësuar disa



rishikime themelore (Lazarus 1991: 352). Në versionin e fundit, stresi është konsideruar si një koncept relacional, sipas të cilit stresi nuk është përcaktuar si një lloj i veçantë i stimulimit të jashtëm dhe as si një model specifik i reaksioneve fiziologjike apo bihejviorale, por, stresi është par si një marrëdhënie (transaksion) ndërmjet individëve dhe mjedisit të tyre (Lazarus 1991: 352-354).

Stresi psikologjik i referohet një marrëdhënie të individit me mjedisin, marrëdhënie të cilën individi e vlerëson si të rëndësishme për mirëqenien e tij (Lazarus & Folkman 1986: ). Ky raport në mes të individit dhe ambientit përcakton vlerësimin njohës dhe përballimin si pikat qendrore të këtij transaksioni. Faktorët e vlerësimit determinohen nga një numër faktorësh personal dhe situacional. Ndër faktorët më të rëndësishëm personal duhet përmendur: motivimin, qëllimet, vlerat dhe pritshmëritë e përgjithshme. Ndërsa në faktorët situacional duhet përmendur parashikueshmërinë dhe aftësinë e kontrollit nga rreziku i një ngjarje potencialisht stresuese (Lazarus & Folkman 1986: 71-77).

Lazarus në monografinë e tij mbi emocionin dhe adaptimin, zhvilloi teorinë e tij gjithëpërfshirëse mbi emocionet edhe teorinë e stresit (Lazarus 1993: 241-244).

Kjo teori bën dallimin në mes të dy formave themelore të vlerësimit: vlerësimit fillestar dhe të vlerësimit dytësor. Këto forma mbështeten në burime të ndryshme të informacionit, vlerësimi fillestar ose primar vë në qendër të rëndësisë ngjarjen e cila mund të ishte e rëndësishme për mirëqenien e individit, ndërsa shqetësimet dytësore (sekondare) vënë në qendër opsionet e përballimit.

Tek vlerësimi primar, komponentët më të rëndësishme janë: rëndësia e qëllimit, harmonia e qëllimit dhe tipi i egos së përfshirë (vetëvlerësimi dhe ego-identiteti) .

Ndërsa tek vlerësimi sekondar tri komponentët më të rëndësishme janë: fajësimi, potenciali i përballimit dhe pritjet perspektive.

Tiparet specifike të vlerësimit primar dhe sekondar qojnë kah format e ndryshme të stresit. Dëmtimi, kërcënimi dhe kundërshtimi janë tri tipet më të rëndësishme të stresit (Lazarus&Folkman 1984: 64-77). Lazarus (1991: 360-365) dalloi 15 emocione themelore, nëntë prej tyre janë negative: zemërimi, frika, ankthi, faji, turpi, trishtimi, smira, xhelozia, dhe neveria, ndërsa katër janë pozitive: lumturia, krenaria, lehtësimi, dhe dashuria, ndërsa dy emocionet e tjera: shpresa dhe dhembshuria kanë vlera të përziera.

Teoria konjitive-relacionale e stresit potencon vazhdueshëm natyrën reciproke të ndërveprimit në mes personit dhe mjedisit. Kjo teori që nga publikimi i parë nga Lazarus në vitin 1966, në vazhdimësi është zgjeruar dhe përmirësuar për të arritur deri në ditët e sotme si një koncept meta-teorik i emocioneve dhe procesit të përballimit. Brenda qasjes meta-teorike Lazarus (1991: 240-245) i koncepton emocionet si procese komplekse, të krijuara nga paraardhësit shkakor, proceseve të ndërmjetësimit dhe efekteve. Sipas kësaj qasje, në njërin anë qëndrojnë variablat e individit në formë të angazhimeve ose të besimeve paraardhëse, ndërsa, variablat e ambientit si kërkesa ose kufizime të situatës qëndrojnë në anën tjetër.

Sidoqoftë, stresi duhet të hulumtohet, analizohet dhe të shpaloset si një proces aktiv. Më saktësisht, procesi i vlerësimit të stresit si paraardhës duhet të jetë parashikuar nga variablat personale dhe të mjedisit, ndërsa strategjitë e përballimit dhe efektet afatgjata duhet të merren në konsideratë (Schwarzer, 1994: 4-5).

Vlerësimi konjitiv përfshinë procesin dy komponentësh, atë primar dhe sekondar. Vlerësim primar i referohet aksionit të një personi në një takim të caktuar. Në vlerësimet fillestare, një situatë vlerësohet ose si e parëndësishme, dashamirëse ose si stresuese. Mandej, ngjarjet e klasifikuara si stresuese mund të ndahen më tej sipas kategorive të përfitimit, sfidës, kërcënimit dhe dëmit ose humbjes. Një situatë relevante e stresit mund të vlerësohet si sfiduese nëse ajo mobilizon aktivitetin fizik, psikologjik dhe përfshirjen. Vlerësimin e sfidës një person mund ta sheh si një mundësi për të provuar veten, duke parashikuar fitimin, zotërimin ose rritjen personale nga ky veprim. Nëse situata është përjetuar si e këndshme, emocionuese dhe interesante, personi mbanë shpresë dhe është i etur për ti përmbushur kërkesat (Schwarzer, 1998: 13-16).

Kërcënimi ndodh kur individi e percepton ekspozimin ndaj rrezikut dhe kjo përjetohe kur personi arrin ta parashikoj dëmin e ardhshëm ose humbjen. Dëmtimi ose humbja mund t'i referohet lëndimeve fizike dhe dhimbjes ose edhe uljes së vetëvlerësimit. Edhe pse në vlerësimin e kërcënimeve perspektivat e ardhshme shihen si një dritë negative, megjithatë, individi ende kërkon mënyra për ta zotëruar dhe përballuar situatën. Në eksperiencat e dëmeve/ humbjes, duket se disa dëme tek individi veç kanë ndodhur, këto dëmtime mund të përfshijnë dëmtim ose humbjen e personave me vlerë, humbjen e objekteve të rëndësishme ose humbjen e mirëqenies. Dhe në vend të përpjekjes për zotërimin e situatës, personi dorëzohet dhe zhytet plotësisht në ndjenjën e pafuqisë (Schwarzer, 1998: 12-16).

Vlerësimet e stresi rezultojnë nga kërkesat e perceptuara të situatës në lidhje me burimet e perceptuara personale përballuese. Në lidhje me rëndësinë e stresorëve rrethor, Lazarus (1991: 359-361) ka përmendur vetitë formale të tilla si risia,

pasiguria e ngjarjes, dykuptimësia dhe aspektet temporale të kushteve të theksuara. Për shembull, kërkesat që janë të vështira, të paqarta, të pa paralajmëruara dhe që duhet të punohen për një kohë të gjatë dhe nën presionin e kohës, ka më shumë të ngjarë të shkaktojnë ndjenjën e perceptimit të kërcënimit. Për sa i përket përmbajtjes, aspektet mjedisore mund të dallohen në bazë të lidhjeve me aksionet e përfshira nga lloji i një situatë të dhënë. Për shembull, një situatë sociale kërcënuese nënkupton një kërcënim ndër-personale, rreziku nga një lëndim fizik perceptohet si kërcënim fizik dhe dështimet e parashikuar nga vënia në rrezik e vetëvlerësimit nënkupton ego-kërcënimin. Lazarus përveç kësaj ka bërë dallimin midis stresit si detyrë specifike duke përfshirë këtu kërkesat konjitive dhe detyrave të tjera formale siç janë dështimi i nxitësit të stresit, vlera e qëllimit dhe mundësitë e dështimit (Schwarzer, 1998: 1-15).

Në lidhje me rëndësinë e burimeve të perceptuara personale, Lazarus (1991) përmend angazhimet dhe besimet. Synimet dhe qëllimet personale në fakt përfaqësojnë strukturat motivuese të cilat determinojnë rëndësinë e situatës stresuese dhe definojnë masat të cilat duhet të ndërmerren. Kur veprimet janë vërtetë të rëndësishme, atëherë vihen në shprehje besimet pararendëse mbi vlerësimin e stresit. Besimet janë bindjet dhe pritjet e të qenit në gjendje për ti përmbushur kërkesat e situatës (Lazarus, 1991: 357-359).

### *2.1.1.3 Teoria Sociale-Konjitive e Bandura's:*

Nëse shëndeti është qëllimi, atëherë intervenimet bio-mjekësore nuk janë mjetet e vetme për arritje të këtij qëllimi. Cilësia e jetës është e kushtëzuar nga ndikimi i veseve jetësore, kështu duke i menaxhuar veset e tyre njerëzit mund të jetojnë më mirë dhe më gjatë. Bandura (1989: 1175) thekson se vetë kujdesi është

bari më i mirë. Teoria sociale konjitive specifikon determinatët kryesor përfshirë këtu njohjet mbi rreziqet shëndetësore dhe dobitë nga praktikat e caktuara mjekësore, mandej perceptimin e vetë-kontrollit mbi veset personale si dhe pritjet mbi rezultatet dhe pengesat e mundshme të cilat mund qojnë drejtë ndryshimeve të kërkuara.

Sipas teorisë sociale konjitive të Bandura-s individi nuk është vetëm një agjent autonom e as vetëm një transmetues mekanik i animimit të ndikimit mjedisor. Në këtë model, shkaktarët reciprok, aksionet, faktorët afektiv dhe konjitiv, faktorët e tjerë personal dhe ngjarjet ambientale ndërveprojnë si determinante përcaktuese (Bandura, 1989: 1175-1179).

Sjellja e njeriut shpesh është shpjeguar në aspektin e determinizmit të njëanëshëm. Sipas Bandura-s kjo mënyrë një-drejtimore është formuar dhe kontrolluar ose nga ndikimet mjedisore ose nga predispozitat e brendshme. Teoria sociale konjitive favorizon një model të shkakut që përfshin determinizmin triadik reciprok. Në këtë model të shkakut reciprok, sjellja, konjicioni, faktorët e tjerë personal dhe ndikimet mjedisore bashkëveprojnë dhe influencojnë njëri tjetrin në të dy drejtimet. Tek modeli i shkakut reciprok burimet e ndryshme kanë fuqi dhe ndikim të ndryshëm. Pritjet, besimet, vetë-perceptimet, qëllimet dhe synimet i japin formë dhe drejtim sjelljes. Ajo që njerëzit mendojnë, besojnë dhe ndjejnë ndikon në mënyrën se si ata sillen (Bandura, 1989: 1175-1179). Pritjet e njeriut, besimet, prirjet emocionale dhe kompetencat njohëse janë zhvilluar dhe modifikuar nga ndikimet sociale për të përcjellë informacione dhe për të aktivizuar reaksione emocionale përmes modelimit, udhëzimit dhe bindjes sociale (Bandura, 1988, 1989).

Në transaksionet e jetës së përditshme, sjellja i ndryshon kushtet mjedisore dhe nga ana tjetër sjellja i ndryshon edhe kushtet që vet i krijon. Bandura konsideron se megjithatë mjedisi nuk është një entitet i cili në mënyrë të pashmangshme i cenon individët.

Për shkak të ndikimit dy-drejtë në mes të sjelljes dhe rrethanave të mjedisit, njerëzit janë vetë prodhuesit dhe produktet e mjedisit të tyre. Ata, përmes përzgjedhjes dhe krijimit të situatave, ndikojnë në natyrën e përvojave të tyre në ambient. Personat agresiv prodhojnë mjedise armiqësore kudo që ata të shkojnë, kurse ata të cilët veprojnë në një mënyrë më miqësore gjenerojnë një mjedis më të përziemert social. Analiza e modeleve të sjelljes përgjatë jetës zbulon se përveç ndikimeve mbizotëruese social-kulturore, ngjarjet e rastësishme shpesh ushtrojnë një ndikim të rëndësishëm në rrjedhën e jetës së njeriut (Bandura, 1982: 139-141). Burimet sociale janë parë veçanërisht të rëndësishëm gjatë viteve të formimit kur preferencat dhe standardet personale janë në rritje dhe kanë shumë burime kontradiktore të ndikimit dhe të luftimit. Kur lidhjet shoqërore janë të dobëta ose mungojnë, cënueshmëria ndaj ndikimeve të dëmshme është e rritur (Bandura, 1982: 139-141).

## **2.2 Psikodinamika e ankthit dhe çrregullimeve të ankthit:**

Zigmund Freud konsiderohet njëri nga kontribuuesit kryesor të shpjegimit të etiologjisë së frikës dhe çrregullimeve të ankthit. Sipas teorisë së Frojdit (1896) mbi “transformimin e libidos në frikë”, frika ka si burim energjinë e akumuluar seksuale shpenzimi i së cilës në kushte normale nuk është i mundur. Ky akumulim i energjisë seksuale përkatësisht libidos përmes sistemit nervor autonom shkakton frikën. Kjo njihet ndryshe edhe si “teoria ekonomike e ankthit” dhe ka për qëllim

shpjegimin e burimit dhe intensitetit të anksozitetit dhe është e bazuar në teorinë e transformimit të energjisë seksuale të pashfrytëzuar në ankth.

Njëzet vite më vonë, Frojdi e plotëson teorinë e tij me konstatimin se kufizimi i zbrazjes libidinoze nuk është pasojë e faktorëve ambiental, por, para se gjithash është pasojë e ndrydhjes së stimujve libidinoz të papranueshëm (Kalicinin, 2003: 116).

Teorinë e dytë për frikën Frojdi e ka quajtur “teoria e sinjalit” dhe e ka paraqitur në punimin e tij “Inhibimi, simptomat dhe frika” (1936: 415-435). Sipas kësaj teorie frika paraqitet si reaksion i Egos në stimujt e pavetëdijshëm dhe të papranueshëm libidinoz të cilat vijnë nga Idi, stimujt të cilët janë po ashtu të papranueshëm edhe nga ambienti apo Superego. Plotësimi eventual i këtyre kërkesave nga Idi do të sillte ndëshkimin nga rrethina ose dënimin dhe ndëshkimin moral nga Superego. Në të tilla raste shfaqja e ankthit paraqet sinjalin e rrezikut për Egon dhe për tu shmangur ky rrezik Ego detyrohet të shfrytëzoj mekanizmat mbrojtës, sidomos të mekanizmit mbrojtës të ndrydhjes. Në këtë mënyrë nxitjet seksuale ndrydhen dhe mbahen në të pavetëdijshmen. Në rastet kur ndrydhja nuk është e suksesshme, atëherë në ndihmë dalin mekanizmat e tjerë mbrojtës si zhvendosja, regresioni, etj (Kalicinin 2003: 116-126).

Përveç stimujve seksual, Frojdi më vonë shton edhe stimujt agresiv. Sipas Frojdit, konflikti vetvetiu është produkt i përjetimeve të individit në faza të ndryshme të zhvillimit, prandaj edhe varet nga shkalla e pjekurisë së strukturës psikike me të cilën individi i kundërvihet ambientit e me këtë edhe superegos. Stimujt me origjinë nga ambienti mund të aktivizojnë konfliktin dhe në këtë mënyrë prishin

ekuilibrin përmes aktivizimit të sinjalit ansioz i cili më pas aktivizon mekanizmat mbrojtës të Egos (Kalicinin, 2003: 116-132).

Sipas Frojdit për shumë njerzë frika përshkruhet si burim i madh i vuajtjeve dhe mund të arrij intensitet aq të lartë sa të rezultoj me veprime nga më të egrat.

Frikën duhet njohur, secili ka një kohë për ta njohur këtë ndjesi dhe për ti njohur efektet e saj. Edhe pse njerëzit shpesh i ngatërrojnë kuptimet për shqetësimet ose nervozën, megjithatë kjo është e pajustificueshme, ka njerëz të shqetësuar që nuk janë nervoz dhe njerëz nervoz që vuajnë nga shumë simptoma, por jo nga ankthi. Sido që të jetë, është e sigurt se problemi i frikës është pika e takimit për shumë pyetje të rëndësishme, një enigmë zgjidhja e plotë e së cilës do të hedhte dritë mbi jetën psikike. Frojdi konsideron se frika reale është reagim ndaj perceptimit të rrezikut të jashtëm, dëm i cili mund të parashikohet. Po ashtu frika reale konsiderohet edhe si një shprehje e instiktit të vetëmbrojtjes, ndërsa objektet dhe situatat të cilat zgjojnë frikë do të varen kryesisht nga njohuritë dhe nga ndjenja e jonë e pushtetit mbi botën e jashtme. Më tej individi duhet të marr vendim për natyrën e frikës, a është kjo racionale apo e qëllimshme, apo duhet rishikuar burimin e frikës në tërësi. Për qëllime të sjelljes ndaj frikës në frymën e rrezikut të pashmangshëm, individi në mënyrë të ftohët duhet të vlerësoj forcën e vet në krahasim me shkallën e rrezikut kërcënues dhe pastaj të vendosë se cilat veprime mund të sjellin një fund të lumtur: fluturimi, mbrojtja apo ndoshta edhe sulmi. Përgjithësisht reaksioni kundër rrezikut konsiston në një përzierje të frikës dhe rezistencës, kur individi frikësohet, ai ikën dhe faktori i qëllimshëm në një rast të tillë nuk është frika por fluturimi. Prandaj, ne jemi tunduar të pretendojmë se zhvillimi i frikës nuk është i qëllimshëm.



Jetëgjatësia e rrezikut është faktori i parë dhe shkakton vëmendje të rritur ndijore dhe tensionim motorik. Jetëgjatësia është padyshim e dobishme, mungesa e saj mund të përcillet me pasoja të rënda. Në njërin anë ajo rrit aktivitetin motorik, kryesisht për fluturim dhe një plan të mbrojtjes aktive dhe nga ana tjetër, ajo shkakton diçka që ne e konsiderojmë si gjendje e frikës. Për aq kohë sa zhvillimi i frikës është ende në nivel embrional dhe i kufizuar në një sinjal të thjeshtë, konvertimi i papenguar i gatishmërisë për t'u frikësuar bëhet si qëllim për tërë procedurën. Gatishmëria për të qenë të frikësuar duket të jetë aspekti i qëllimshëm, evoluimi i vetë frikës dhe elementi që mposht objektin e vet.

Frojdi te frika neurotike përshkruan një gjendje të përgjithshme të ankthit, një gjendje të lundrimit të lirë të frikës, gatishmëri për të bashkangjitur veten në çdo ide të duhur, ndikim në të gjykuar me qëllim të rritjes së pritjeve dhe për të kapur ndonjë mundësi për tu vetë-ndjerë. Këtë gjendje e quajmë "frikë-pritje" apo "pritje e shqetësuar". Personat që vuajnë nga ky lloj i frikës gjithmonë profetizojnë gjërat më të tmerrshme, interpretojnë çdo coincidenca si një shenjë e keqe dhe përshkruajnë në mënyrë të tmerrshme të gjitha pasiguritë. Persona që nuk mund të quhet të sëmure shfaqin këtë tendencë si parashikim për katastrofat (Frojd, 2001, a).

Një formë e dytë e frikës në krahasim me atë që sapo kemi përshkruar është psikologjikisht më e kufizuar dhe e lidhur me objekte apo situata të veqanta. Errësira, sheshet, lartësitat, macet, merimangat, krimbat, gjarpërinjtë, minjtë, rrufeja-stuhitë, majat e mprehta, gjaku, hapësirat e mbyllura, turmat, vetmia, kalimet mbi ura, udhëtimet në det, etj., janë vetëm disa nga objektet specifike nga të cilat mund të zhvillohet frika (Frojd, 2001, ç).

Grupi i dytë përbëhet prej rasteve të cilat ende mbajnë një lidhje me rrezik, të një lloji të cilat ne jemi më të predispozuar për ti pakësuar sesa ti mbivlerësojmë. Një udhëtim hekurudhor për shembull i rritë më shumë mundësit për fatkeqësi, se sa qëndrimi në shtëpi. Një përplasje e trenit për shembull, mund të ndodhë dhe si rregull ne duhet të mbytemi, por nëse ne nuk mendojmë për këto rreziqe atëherë lirohemi nga frika e udhëtimit me tren.

Grupi i tretë i fobive është krejtësisht i pakuptueshëm për ne. Kur burri i fortë, i rritur ka frikë të kalojnë një rrugë apo një shesh të qytetit të vet, kur një grua e shëndetshme dhe mirë e zhvilluar ka frikë të pakuptimtë sepse një mace e ka prekur fustanin e saj ose një brejtës ka lëvizur përmes dhomës, janë shembuj përmes të cilave tregojmë se si ne krijojmë lidhje me rrezikun që padyshim ekziston nën fobi (Frojdi, 2001, a)

Forma e tretë e frikës neurotike na ballafaqon me një enigmë, si ne harrojmë në tërësi lidhjen në mes të frikës dhe rrezikut kërcënuese! Ky ankth ndodh në histeri, për shembull, si shoqërim i simptomave hysterike ose në kushte të caktuara të eksitimit kur ne presim një manifestim emocionale pa iu referuar ndonjë rrethane të njohur. Nëpërmjet sulmeve spontane ne mësojmë se kompleksi që ne e quajmë gjendjen e ankthit mund të zgjidhet në përbërësit e tij. I gjithë sulmi mund të përfaqësohet nga një simptomë e vetme e zhvilluar intensivisht si një dridhje, marramendje, rrahje të shpejta të zemrës, apo shtrëngimin e frymëmarrje (Frojd, 2001, a).

Vëzhgimi klinik jep disa sugjerime për të kuptuarit e frikës neurotike. Nuk është e vështirë të definohet se frika e pritshme apo ankthi i përgjithshëm është i lidhur ngushtë me proceset e caktuara në jetën seksuale, me tipe të caktuara të libidos.

Ndërsa në shumë raste ankthi neurotik zhduket kur keqpërdorimi seksual është hequr.

Deri në fund të shekullit të njëzetë, dy teori me ndikim kanë dominuar të menduarit rreth ankthit të vdekje dhe frikës. Sigmund Freud (1856-1939) si themeluesi i psikoanalizës e ka ndihmuar të njihet frika e herë pas hershme e njerëzve nga vdekja. Megjithatë, thanatophobia siç e quajti ai, ishte thjesht një maskim për një burim më të thellë të shqetësimit. Kjo nuk ishte vdekja që njerëzit e kishin frikë për shkak se vdekja jonë është vërtetë mjaft e paimagjinueshme dhe sa herë që kemi të bërë përpjekje për ta imagjinuar, nuk kemi besuar se mund të na ndodhë dhe se në të pavetëdijshmen çdo njëri prej nesh është i bindur në pavdekësinë e tij. (Frojd, 2001, b)

Njerëzit të cilët shprehin frikën e lidhur për vdekjen në fakt janë duke u përpjekur të merren me konflikte të pazgjdhura fëmijërisë të cilat konsiderohen se nuk mund të diskutohen hapur. Për njerëzit jo vetëm që ankthi nga vdekja është i vërtetë por është edhe burimi i thellë i shqetësimit. Ky ankth është intensiv dhe gjeneron të gjithë frikën dhe fobitë specifike të cilat njerëzit i përjetojnë në jetën e përditshme (Frojd, 2001, c).

Sipas modelit psikoanalitik, anksoziteti mund të grupohet në katër kategori:

Anksoziteti i Idit i cili lajmërohet si rezultat i rrezikut të humbjes së kontrollit nga stimujt e ardhur nga Idi dhe manifestohet me frikë nga veprimet irracionale.

Ankthi i ndarjes, shfaqet si rezultat i anticipimit të frikës së humbjes së marrëdhënieve me personin ose personat e dashur. Ankthi i kastracionit, i manifestuar në formë të frikës së dëmtimit trupor ose e humbjes së aftësive personale. Anksoziteti i superegos, i shkaktuar nga ndjenja e frikës për shkak të

ndonjë veprimi të gabuar i përcjellur me pritjet ansioze për dënimin dhe ndëshkimin. Përgjithësisht, ankthi mund të paraqitet në dy forma: si gjendje e panikut, dhe si sinjal i rrezikut.

Për Sigmund Freud dhe pasuesit e tij, jetët tona janë formuar nga forcat të cilat ne i njohim plotësisht. Edhe pse ne mendojmë se udhëheqim, në fakt ne në vazhdimësi në mënyrë të pavetëdijshme i përsërisim të njëjtat gabime. Si rekordet e thyera, ne zgjedhim vende pune të cilat nuk na pëlqejnë, ne dalim me miq dhe i acarojmë marrëdhëniet me partnerët tanë. Ndonjëherë ne jemi të detyruar të mendojmë se diçka nuk është në rregull: një ëndërr e keqe e cila nuk ik, një simptomë e pashpjegueshme fizike apo një mendim i çuditshëm dhe i bezdisshëm që na bëjnë të kuptojmë se ne nuk jemi zotët në shtëpinë tonë. Të gjitha këto Frojdi i konsideronte se vijnë nga pavetëdija. Sipas Frojdit, shpërndarja e dhimbjes ose humbja e ndjesisë do të duhej të ndiqte hartën mjekësore biologjike. Por, në vend të kësaj këto organe sikur nuk i binden anatomisë por fjalëve dhe ideve. Në një rast, dora e një djali ngriu pasi nëna e tij i kërkoi atij të nënshkruaj një letër, të denoncoj të atin për divorc: paraliza e shpëtoi atë nga dhuna e denoncimit. Pse djali thjeshtë nuk mundi ta refuzoj nënshkrimin e letrës? Pse paraliza? Për Frojdin edhe në këtë shembull e pavetëdijshmja ishte në thelb konfliktuale, djali mund të ketë ndjerë dëshirën për të nënshkruar por edhe dëshirën të mos e nënshkruajë letrën. Kjo ka mundur të nxis konfliktin e Edipit në raport me babain dhe fajin që shkoi me të. Duke manifestuar dhimbje fizike-paralizës refuzon nënshkrimin e letrës, por edhe merr dënimin për dëshirën e tij të fajshme. Mendimet kontradiktore gjenerojë tensione në mendjet tona dhe simptome në trupin tonë. Nëpërmjet dëgjimit të kujdesshëm të pacientit të tij, Frojdi zbuloi se mendimi ynë i vetëdijshëm është vetëm maja e ajzbergut, shumica e asaj që ne mendojmë bëhet

në nivel të pavetëdijes dhe ushtron efekte të fuqishme në jetën tonë (Frojd, 2001, c).

Zbulim tjetër i madhë i Freud është nevoja jonë për të racionalizuar. Nëse një subjekti të hipnotizuar i thuhet se nuk ka mobilje në dhomë dhe pastaj e udhëzojmë ta kalojnë atë, ai natyrisht do të shmangë mobiljet. Kur pyetet pse mori një rrugë të tillë të çuditshme, në vend se të pranojnë ekzistencën e mobiljeve ai do të shpikë shpjegime të rreme, për shembull, fotografia në mur dukej interesante kështu që ai u zhvendos në drejtim të saj. Frojdi besonte se kjo ishte një karakteristikë themelore e egos njerëzore. Edhe pse ne mund të mos të rrezoheshim në mobilje, ne humbim ditët duke gënjyer vetën se pse bëjmë gjëra të tilla. Ne i themi vetës se e duam këtë person për shkak të cilësive, më tepër se sa të pranojmë se ajo ka tipare të nënës tonë. Ne mendojmë se zemërohem me shefat tanë sepse ata janë të paarsyeshëm, pa vërejtur se kjo është për shkak se ata janë duke i bërë sjellje të ngjajshme me babain tonë. Bota e pavetëdijes nuk është e bukur. Ka lidhje me seksualitetin dhe dhunën e cila është e dretuar drejt individëve të afërt për ne. Këto mendime janë të padurueshme prandaj ne i shtypin e ato. Por represioni pothuajse gjithmonë është jo i plotë (rrotullimi i ndryshur i gjuhës, ëndrrat dhe simptomat), dhe duke i marrë seriozisht këto dukuri të çuditshme, mund të udhëhiqemi drejt dëshirave tona të pavetëdijshme. Sipas Frojdit, përmes teknikës së asocimit të lirë mendimet e shtypura tentojnë të shpërfaqen, qoftë edhe duke shfrytëzuar hapësira të vogla për të kaluar censurën tonë psikike. Me ëndërra, për shembull, detaje të vogla dhe të rëndomta kthehen në elemente shumë të rëndësishme (Frojd, 2001, e).

Psikoanaliza ishte një lloj i çuditshëm i bisedës. Pacienti flet i shtrirë në shtart prapa të cilit qëndron terapeuti të cilin ai nuk e sheh, në vazhdimësi ai ndjek temat

asociative të palidhura në mes vete. Analiza nuk pretendohet se të ofron shërim apo lumturi. Freudi e ka krahasuar asocimin e lirë me një biletë treni - një qasje të pavetëdijshme- të cilën mund të merrni ose ta hidhni. Frojdit dhe kolegëve të tij ju bë e qartë se kjo shumë më tepër ka të bëjë me psikikën se sa me atë se çka është shtypur. Idi për shembull, është i përbërë nga nxitësit të cilët asnjëherë nuk bëhen plotësisht pjesë e të pavetëdijshmes. Më vonë analistët theksuan se këto fusha të psikikës sonë janë vendosur shumë thellë në të pavetëdijshmen se sa që janë shtypur. Disa materiale, mendonin ata, nuk mund të arrihen me anë të ideve ose imazhe dhe na shkaktajnë vuajtje dhe mjerim më intensiv. Sfidë për ta ishte gjetja e teknikave të reja për angazhimin e pjesëve të humbura të psikikës sonë (Frojd, 2001, b).

Duke e distancuar veten nga Frojdi, Carl Jung mendonte se është dhënë shumë theks mbi historinë personale në kurriz të historisë njerëzore kolektive. Në qoftë se ju flisni me analistin tuaj në lidhje me nënën tuaj, nuk është thjesht nëna juaj, por edhe një përfaqësim në nivel të pavetëdijshmes të çdo gjëje që nënkupton "nënë". Jung i ka quajtur këto forma universale "arketipe" dhe besonte se ne nuk mund ti dijmë ato direkt. Ai inkurajoi studimet për mitet, folklorin, të fesë dhe të ëndërrave për të mësuar më shumë rreth arketipave. Psikoanaliza u bë pjesë e kulturës popullore, analisti shpesh shihej si një lloj detektivi i cili duhej të gjente copë të humbura dhe zbërthente një mister të plotë. Megjithatë Frojdi e kuptoi se gjërat nuk ishin aq të thjeshta. Qeniet njerëzore kanë tendencë të ngjiten për simptomat dhe vuajtjet e tyre dhe zakonisht vështirë heqin dorë nga ato. Kjo është një tërheqje e fuqishme drejt vetë-shkatërrimit, një lloj mazohizmi dhe kënaqësie në dhimbje të cilën Frojdi e ka quajtur "makinë me vdekje." Me këtë gjykim të Freud, gjeneratat e mëvonshme të analistëve ndaheshin dhe kishin bindje të ndara.

Pavarësisht se e pavetëdijshmja studiohet qe më shumë se 100 vite, ajo është ende një ide e pakëndshme për shumicën e njerëzve. Ideja se ne nuk mund të dimë se çfarë jemi duke menduar dhe ndjerë është një goditje shumë e madhe për narcisizëm tonë. Njohja me pavetëdijen personale nuk është kurrë e lehtë. Kjo do të thotë të bëhemi më pak familjar me veten dhe të vëmë në pyetje racionalizmin e rrem me të cilin kemi jetuar me. Kjo mund të jep atë që Freud e quajti “fitimi i së vërtetës” edhe pse kjo mund të jetë rezultat i një pune të gjatë dhe të mundimshme. Analiza zgjat një kohë të gjatë dhe përfshin përvetësimin e njohurive të caktuara dhe njohjen e asaj që nuk mund të jetë e njohur, ne detyrohemi të heqim dorë nga çdo shpresë për të kuptuar plotësisht veten dhe të tjerët. Duke njohur pasigurinë dhe jo plotësinë, mund të na lejojë neve të jetojmë në mënyrë më autentike dhe kreative. Ne mund të fillojmë ti ndjekim interesat tona reale në vend se ato që kemi adoptuar nga frika apo për të kënaqur të tjerët. Ne gjithashtu mund të kuptojmë kotësinë e përpjekjes për ti kontrolluar ata që na rrethojnë dhe dhënien atyre hapësirën të cilën e kemi privuar nga ata, duke lejuar kështu marrëdhënien tonë të zhvillohet dhe të rritet.

Njerëzit shpesh i referohen një "anë të errët" të tyre apo të dikujt tjetër, ndërsa Carl Jung kishte një emër tjetër për pjesën tonë të cilën ne e mbajmë të fshehur nga opinioni publik, ai këtë e quajti "hije e vetëvetes" dhe është një aspekt i pavetëdijes, pjesa instiktive e psikikës sonë të cilën ne përpiqemi ta shtypim. Kjo përfaqëson të kundërtën e drejtpërdrejtë të "persona" fytyra publike të cilën ne do të donim ta paraqesim para publikut. Hija jonë do të zotërojë cilësitë të cilat ne mund ti shohim si të papëlqyeshme apo kërcënuese. Nëse ne jemi rritur duke besuar në rëndësinë e sjelljeve të mira dhe të pranimit, atëherë hija jonë mund të jetë e vrazhdë dhe jotolerante.

Teoria psikodinamike e ankthit zbulon ekzistimin e lidhjeve të ngushta në mes të mendimeve, kujtesës, fantazive, ndjenjave dhe sjelljeve. Teoria psikodinamike mbi ankthin ka nxjerr këto përfundime: (1) anksoziteti është një emocion universal, (2) njeriu mund të jetë anksoz pa qenë i vetëdijshëm për këtë, (3) mund të jetë anksoz pa i ditur shkaqet, (4) instinktët epshore mund të gjenerojnë ankth dhe (5) paraqitja e ankthit gjatë periudhave të trajtimit/ shërimit mund të jetë i lidhur me disa nga tiparet e pacientit dhe të çrregullimit psikologjik (Kalicanin, 2003: 116-130).

## **2.3 Teoritë psikologjike të Çrregullimit të stresit posttraumatik**

### **2.3.1 Proceset psikologjike dhe ÇSPT**

Ehlers (2010: 141-143) konsideron se në ruajtjen e shqetësimeve të bezdisshme nga përvojat e ri-përjetimit traumatik ndikojnë tre faktorë: (1) proceset memorizuese për shkaktim të lehtë të kujtimeve të bezdisshme, (2) interpretimi personal i kujtimeve traumatike, (3) përgjigja kognitive dhe sjelljes ndaj kujtesës traumatike.

Sipas Ehlers (2010: 141-143), kujtimet e bezdisshme traumatike të njerëzve me ÇSPT kanë ngjashmëri të rëndësishme dhe zakonisht marrin formën e përceptimeve të gjalla shqisore të shkurtra në formë të imazheve, zhurmës ose zërit, ndjesive trupore, shijeve apo erës, etj. Të mbijetuarit e traumës me ÇSPT përshkruajnë se kujtimet e bezdisshme paraqiten në formën “tani dhe këtu”, posaçërisht gjatë “flashback-ut” posttraumatik njerëzit humbin gjithë kontaktin me realitetin dhe sillen sikur trauma po ndodhë në momentin aktual. Kujtimet e bezdisshme zakonisht shfaqen të shkëputura nga informatat e tjera relevante autobiografike. Në individët me ÇSPT situata të ndryshme mund të nxisin shfaqjen e kujtimeve të bezdisshme, sidomos në situata të cilat mund të sjellin në kujtesë momentet



traumatike. Përditësimi i procedurave të kujtimeve traumatike adreson shkëputjen e kujtimeve të momenteve traumatike nga informatat të cilat ju japin atyre kujtim të lehtë kërcënues. Në këto procedura duhet përmendur: (a) identifikimin e momenteve gjatë të cilave trauma nxit ankth të madh, përmes përshkrimit narrativ dhe identifikimit të kujtimeve të bezdisshme, (b) identifikimi i kujtimit personal të këtyre momenteve dhe (c) identifikimi i informatave të përditësuara të cilat përshtypjet e pacientit i nxjerrin në kohë ose në perspektivë. Këto informata mund të përfaqësojnë detaje të rëndësishme të rrjedhës, rrethanave dhe rezultateve të traumës dhe (ç) lidhja aktive e informatave të përditësuara me “vendet” e nxehta kujtesë (Ehlers, 2010: 141-144).

ÇSPT shoqërohet me shqetësime në një gamë të gjerë të proceseve psikologjike duke përfshirë këtu kujtesën, vëmendjen, reagimet konjitive-emocionale, besimet, strategjitë e përballimit dhe mbështetje sociale. Është e qartë se emocionet e përfshira në ÇSPT nuk janë me çdo kusht të kufizuara në frikë, pafuqi dhe horror, ose me atë që është përjetuar në të vërtetë në kohën e traumës (Brewin 2003: 340).

Teoritë e ÇSPT duhet të japin shpjegime për proceset specifike për ÇSPT, procese që janë relativisht automatike, të tilla si pafuqia dhe disocimi, vlerësimet individuale dhe zgjedhja e strategjisë përballuese. Sipas DSM-IV (APA, 1994) ÇSPT karakterizohet nga një frekuencë e lartë dhe shqetësuese e kujtimeve bezdisëse dhe nga amnezia për detajet e ngjarjes. Në përputhje me këtë, studimet klinike kanë raportuar se konfuzioni dhe harresa janë rezultat i kujtimeve traumatike të gjalla, të qëndrueshme dhe të ri-sjella në vëmendje (van der Kolk & Fisler, 1995: 12-14). Studimet kanë konfirmuar se kujtimet për ngjarjet e përjetuara traumatike tentojnë të përmirësohen me kalimin e disa javëve, përmbajtja e tyre mund të ndryshohet dhe prirjen të jenë të çorganizuar dhe me boshllëqe të mëdha

(Harvey & Bryant, 1999: 403). Tipar tjetër i dukshëm i kujtesës në ÇSPT është ri-jetimi i përvojave apo parafytyrimet traumatike. Krahasuar me kujtesën normale autobiografike, parafytyrimet dominohen nga ndjesitë shqisore të tilla si imazhet e gjalla vizuale përfshirë këtu tingujt dhe ndjenjat e tjera. Këto imazhe dhe ndjenja zakonisht janë të shkëputura dhe fragmentare. Ri-përjetimi i këtyre kujtimeve reflektohet me shtrembërim kohor ashtu që ngjarja traumatike duket sikur po ndodh në të tashmen, e jo (si në rastin e kujtimeve të zakonshëm) ti përket së kaluarës. Episodet e ri-jetimit nuk ndodhin si rezultat i qëllimshëm i kujtesës, por shkaktohen padashur nga rikujtimet e veçanta që kanë të bëjnë me rrethanat traumatike si psh., zhurma e sirenave të alarmit, era e tymit, apo mendimet ose imazhet e veçanta në lidhje me ngjarjen traumatike. Studimet me grupe të individëve që vuajnë nga ÇSPT apo Depresioni kanë mbështetur pretendimin se parafytyrimet janë një tipar dallues i ÇSPT.

Disocimi paraqet një tipar tjetër të rëndësishëm të ÇSPT i përshkruar edhe në DS-IV-TR. Disocimi përshkruhet si çarje e përkohshme e proceseve të ndërlidhura me perceptimin e botës përreth nesh, duke kujtuar të kaluarën ose të pasurit e një identiteti të vetëm që lidh të kaluarën tonë me të ardhmen (Spiegel & Carden 1991: 367-372). Reagimet e lehta disociative janë të zakonshme tek stresi dhe traumat emocionale, përfshirë këtu edhe mpirjen, derealizimin, depersonalizimin, dhe përvojat "jashtë trupore".

Sipas DSM-IV (APA, 1994) ÇSPT shfaqet si rezultat i frikës intensive të përjetuar, pafuqisë, apo tmerrit të përjetuar në kohën e traumës. Në përputhje me këtë, ekziston një lidhje e fortë në mes të reagimit të viktimës së kimit të dhunshëm dhe rrezikut të zhvillimit të ÇSPT deri 6 muaj më vonë (Brewin, 2000: 345).

Hulumtuesit kanë identifikuar një shumëllojshmëri të emocioneve, duke përfshirë

turpin dhe zemërimin e pranishëm pas ngjarjeve intensive traumatike (Grey, & Young, 2002: 52). Studimet longitudinale kanë dëshmuar se nivelet e larta të zemërimit, posaçërisht zemërimi me të tjerët shkakton ngadalësimin e shërimit të ÇSPT. Me kalimin e kohës, në viktimat e krimeve të dhunshme mund të pritet zhvillimi i simptomatologjisë së plotë të ÇSPT. (Andrews, 2000: 69-71).

Besimi është dëshmuar si faktorë shumë i rëndësishëm në ÇSPT. Rëndësia e besimit ilustron me faktin se edhe pse kërcënimi për jetën në vazhdimësi del si një parashikues i fuqishëm, në studimet me veteran të luftës, të burgosur politik, viktimat të sulmeve fizike si dhe viktimat e aksidenteve në komunikacion, perceptimi subjektiv i kërcënimit është shpesh një parashikues me ndikim në shfaqjen e ankthit dhe madje edhe të dështimit për t'iu përgjigjur trajtimit (Foa, 2009: 53). Megjithatë, në ÇSPT ngjarjet traumatike thyjnë besimet dhe supozimet themelore të njerëzve. Një numër i autorëve kanë theksuar se trauma potencialisht mund shkatërroj besimin dhe të çojë në besimin e viktimës se është lënë ose tradhtuar nga mbikëqyrësi ose oficerët e tij (Shay, 1995: 8-10).

Nivelet e larta të zemërimit me të tjerët të raportuara nga pacientët me ÇSPT janë gjithashtu në përputhje me humbjen e besimit në qëllimet e mira të personave të tjerë (Andrews, 2000: 69-71). ÇSPT shoqërohet me besimin se trauma ka sjellë ndryshime negative dhe të përhershme të individit dhe ulë gjasat e arritjes së qëllimeve në jetë (Ehlers, 2000: 342).

Nga të gjithë faktorët e rrezikut për zhvillim të ÇSPT duke përfshirë këtu ashpërsinë e traumës dhe gjininë, përkrahja sociale është treguar të ketë efektin më të fortë (Brewin, 2000: 345). Mungesa e përkrahjes sociale ka pas ndikim më të madh te gratë se sa te burrat e viktimizuar, për më tepër, marrëdhënia mes mbështetjes

negative sociale dhe simptomave të më vonshme të ÇSPT është më e fortë te gratë se sa te burrat.

### **2.3.2 Teoritë e hershme psikologjike mbi ÇSPT**

Sipas Brewin (2003), teoritë e hershme psikologjike mbi ÇSPT mund të ndahen në tri lloje. (1) Teoria social-konjitive kryesisht fokusohet në mënyrën si trauma i thyen strukturat mendore dhe aktivizon mekanizmat për të pajtuar informacionet ekzistuese të papranueshme me besimet e mëparshme. (2) Teoritë e kushtëzimit merren me të mësuarit dhe sjelljet shmangëse, ndërsa (3) Teoritë e përpunimit të informacionit përqendrohen në regjistrimin, ruajtjen dhe rikujtimin e ngjarjeve të lidhura me frikën duke nxitur stimuj dhe përgjigjet.

Teoria e kushtëzimit jep arsyetim të mirë se shfaqja e traumës kërkon pasjen e aftësisë për të nxjerrë frikën dhe luan rol kritik në procesin e shmangies, por është kufizuar nga mungesa e elementeve konjitive të cilat sqarojnë shumë prej simptomave dhe të dhënave për ÇSPT, sidomos ato që kanë të bëjnë me besimet dhe kërcënim e perceptuar (Brewin 2003: 346-351).

Teoria social-konjitive ofron shpjegime të mira për një gamë të emocioneve dhe besimeve të shkaktuara nga trauma dhe nga procesi afatgjatë i përshtatjes, pa bërë dallim të qartë në mes të ÇSPT dhe formave të tjera të reagimit të tilla si depresioni etj.

Teoria e përpunimit të informacionit ofron përshkrime të qarta të arkitekturës konjitive me të cilën ngjarja traumatike mund të përfaqësohet, të efekteve mbi vëmendjen dhe mënyrën si përmbysja e supozimeve e rrit numrin e përkujtimeve

traumatike, por janë më pak në gjendje të përshkruajnë rëndësinë e emocioneve të tjera si frika dhe besimet që shtrihen përtej rrezikut në kontekstin e gjerë shoqëror.

Teoritë e hershme psikologjike mbi ÇSPT i janë qasur shpjegimit të ÇSPT nga perspektiva të ndryshme, si teori më të njohura janë:

(1) Teoria e Horowitz e përgjigjes ndaj stresit: Horowitz (1986: 241-244) është i njohur si pionier në fushën e ÇSPT për shkak të interesit të tij në procesimin e mendimeve, imazheve dhe disponimit që lidhet me humbjet dhe traumën. Horowitz argumentoi se kur njerëzit përballen me trauma, përgjigja e tyre fillestare shprehet në formë të protestës. Një përgjigje e dytë do të ishte përpjekja për të asimiluar informacionin mbi traumën e njohur paraprakisht. Në këtë pikë, sipas Horowitz (1986: 241-244) shumë individë përjetojnë një periudhë të mbingarkesës me informacione të cilat ia pamundësojnë atyre të bëjnë krahasimin e kujtimeve dhe mendimeve mbi traumën me periudhën e para përjetimit të traumës. Në përgjigje të këtij tensioni, mekanizmat mbrojtës psikologjik vihen në funksion të shmangies së kujtimeve traumatike, për shembull, individit mund të mohoj traumën, të ndjehet i mpirë ose të shmang rikujtimin e tij. Megjithatë, nevoja themelore psikologjike e pajtimit të informacioneve të reja me të vjetrat do të thotë se kujtimet traumatike në mënyrë aktive do të thyejnë vetëdijen në formë e ndërhyrjeve, parafytyrimeve dhe ëndrrave të këqija. Horowitz ka besuar se ekzistojnë dy procese të kundërta, njëri për të mbrojtur individin përmes shtypjes së informacionit për traumën dhe procesi tjetër ka të bëjë me promovimin e materialit traumatik duke e sjellë atë në mendje. Prandaj, individit luhetet midis shmangies dhe ndërhyrjes në trauma. Kjo luhetje lejon që informacioni traumatik të përpunohet dhe deri sa kjo ndodh, intensiteti në çdo faze zvogëlohet. Horowitz ishte një nga teoricienët e parë i cili

ka theksuar ndikimin e traumave në besimet në lidhje me veten, botën dhe të ardhmen dhe ka konstatuar se në procesin e rimëkëmbjes përfshihen edhe ndryshimet konjitive. Duke njohur këtë perspektivë dhe gjerësinë e besimeve dhe emocioneve që hasen në ÇSPT, teoria e Horowitz njihet si teori " Social-konjitive " (Horowitz, 1986, 241-244).

(2) Teoria e supozimeve të thyera: Origjina e modelit social-konjitiv qëndron në traditën e individit, të botës që ai hipotetizon e cila mund të jenë një iluzion, traditës e cila ju ndihmon atyre për tu mbajtur në jetën e përditshme dhe i motivon në kapërcimin e vështirësive dhe në bërjen e planeve për të ardhmen. Janë të njohura tri supozime me ndikim të rëndësishëm në përgjigjen ndaj traumës: bota është dashamirëse, bota është kuptimplote dhe individualiteti është i denjë. Kjo do të thotë se njerëzit e tjerë në përgjithësi janë të mirë-predispozuar ndaj nesh, ekzistojnë rregulla dhe parime të besueshme që na mundësojnë të parashikojmë se çfarë rezultatesh do të prodhojë secila sjellje e jonë, ndërsa vetë ndjehemi të mirë, me moral dhe të mirëkuptuar. Sipas teorisë së supozimeve thyera njerëzit me përvojat më pozitive në jetë duhet të mbajnë supozimet më pozitive dhe duhet të jenë më të prekurit nga ngjarjet traumatike. Në fakt, studiues të shumtë kanë vënë në dukje të kundërtën, përvojat e mëparshme traumatike janë shfaqur si faktor i rëndësishëm në zhvillimin e mëvonshëm të ÇSPT (Brewin, 2000: 347). Kjo është e çuditshme sepse njerëzit e traumatizuar duhet të kenë humbur të paktën disa nga iluzionet e tyre mbrojtëse për botën. Diskutimet sugjerojnë dy rezultate të mundshme. Sipas rezultatit të parë njerëzit me supozimet më pozitive ankthin fillestar e kanë më të madh por shërohen më lehtë. Kjo nuk është testuar në mënyrë empirike. Sipas rezultatit të dytë, trauma e mëparshme paraqet faktor rreziku në atë masë sa që

viktima nuk do arrij të rivendosi një botë të brendshme të qëndrueshme dhe të sigurt. Kjo në fakt ka paraqitur një ide të re sipas së cilës trauma nuk duhet të thyej iluzione, kur ato veç kanë qenë të thyera.

(3) Teoria e kushtëzimit: Sipas teorisë dy-faktoriale, shmangia e stimujve të kushtëzuar, apo bllokimi i kujtimeve traumatike ose sjelljeve të tjera me rrezik, redukton frikën dhe do të ndikoj në mirëmbajtjen e ÇSPT. Qasja e kushtëzuar nuk bën dallim të qartë në mes të etiologjisë së ÇSPT nga çrregullimet e tjera të ankthit, por jep një shpjegim të qartë të tipareve të ÇSPT, veçanërisht jep një gamë të gjerë të rikujtimeve traumatike, nxitjeve fiziologjike dhe emocionale të shkaktuara nga këto rikujtime dhe specifikon rolin qendror të shmangies në mirëmbajtjen e ÇSPT. Kjo teori është më pak e dobishme kur aplikohet për çështjet e lidhura me natyrën e simptomave të ri-përjetimit, efektit në vëmendje dhe kujtesës deklarative, ndikimin e emocione të tjera dhe rolin e vlerësimit dhe strategjive të përballimit (Orr, 2000: 290-294).

(4) Teoria e përpunimit të informacionit: Duhet potencuar se teoritë konjitive kanë qenë fokusuar më tepër në ngjarjen traumatike sesa në kontekstin e quajtur teoria e përpunimit të informacionit. Ideja qendrore është se nuk ka diçka të veçantë në mënyrën e përfaqësimit të një ngjarja traumatike në kujtesë, ndërsa psikopatologjia do ta dokumentoj ndryshimet nëse trauma nuk është përpunuar në mënyrë të përshtatshme. Ashtu si te teoria social-konjitive, kjo qasje thekson nevojën e lidhjes së informacionit me ngjarjen dhe integrimin e këtij informacioni brenda sistemit të kujtesës. Sidoqoftë, vështirësitë më tepër i atribuohen karakteristikave të vetë kujtesës traumatike sesa konflikteve me besimet dhe supozimet paraprake (Brewin, 2000: 349-350).

Brewin (2000: 351-352) ka sugjeruar që ngjarjet e frikshme përfaqësohen brenda kujtesës si ndërlidhje në mes të njejeve në një rrjeti të ndërlidhur. Një kujtesë e frikës ndërtohet prej ndërlidhjeve midis njejeve të ndryshme të cilat përfaqësojnë tri lloje të informatave deklaruese: informatave stimuluese në lidhje me ngjarjen traumatike siç janë imazhet dhe tingujt, informacionet në lidhje me përgjigjen emocionale dhe fiziologjike të personit ndaj ngjarjes traumatike dhe shkallën e kërcënimit. Lang (1979: 497-498) sugjeroi se pacientët me çrregullime të ankthit kanë kujtime frike jashtëzakonisht koherente dhe të qëndrueshme, kujtimet të cilat lehtësisht aktivizohen nga elemente stimuluese dykuptimshme të ngjashme me përmbajtjen e kujtesës. Kur rrjeti i frikës aktivizohet, personi përjeton të njëjtat reagime fiziologjike dhe ka tendencë të bëjë gjykime të cilat përputhen me kujtesën origjinale. Te individët me ÇSPT rrjeti i frikës është i aktivizuar përherë dhe nxit funksionimin në formë të mbijetesës të adaptuar gjatë incidentit traumatik.

Foa (1989: 160) ka sugjeruar se rrjeti i frikës te ÇSPT në krahasim me çrregullimet e tjera të ankthit, karakterizohet veçanërisht nga përgjigjet e forta si për shembull ritmi i lartë i zemrës. Me qëllim të reduktimit të lidhjeve të forta, rrjeti i frikës duhet të aktivizohet, për shembull nga ekspozimi imagjinar ose *in vivo*, duke i përfshirë dhe modifikuar këtu edhe informacionet e papranueshme. Në rrjetin e modifikuar, stimujt dhe elementet me kuptime të ndryshme janë shumë më dobët të lidhura me frikën.

(5) Modeli i të kuptuarit të shqetësimit: Jones & Barlow (1990: 320) argumentuan se variablat e implikuara në etiologjinë dhe mirëmbajtjen e çrregullimit të panikut janë gjithashtu të përfshirë edhe në ÇSPT, ata po ashtu



argumentuan ngjashmërinë e dukshme në mes të sulmeve të panikut dhe parafytyrimeve traumatike.

Duke njohur rolin e vulnerabilitetit biologjik, vetë trauma dhe përvoja e emocioneve të forta e kanë si pikë kryesore përfshirjen e faktorëve konjitiv të cilët prodhojnë një cikël reagimesh për të kuptuar shqetësimin. Sipas kësaj teorie pacientët me ÇSPT përqendrojnë vëmendjen e tyre, janë hipervigjilent për informacionet në lidhje me alarmet dhe stimujt emocional (Brewin, 2000: 349-350).

### **2.3.3 Teoritë e reja mbi ÇSPT**

Në grupin e teorive moderne mbi psikologjinë e ÇSPT duhet përmendur: (1) Teorinë e përpunimit emocional, (2) Teorinë e përfaqësimit të dyfishtë dhe (3) Modelin konjitiv të Ehlers dhe Clark.

(1) Sipas Brewin (2003: 355), teoria e përpunimit emocional tërheq vëmendjen për shumë nga aspektet e rëndësishme të ÇSPT, aspekte të cilat mund të hasen gjatë trajtimit, po ashtu kjo teori ofron shumë sugjerime të vlefshme për klinikistët për mënyrën se si duhet konceptuar ÇSPT. Teoria e përpunimit emocional vë theksin në faktorët e rrezikut para traumës dhe në proceset e vlerësimit të traumës, po ashtu mbështetet fuqimisht edhe nga hulumtimet e dekadës së fundit. Teoria paraprijëse e rrjetit e Foa's kishte për qëllim përpunimin e marrëdhënieve në mes të ÇSPT dhe njohurive në dispozicion përpara, gjatë dhe pas traumave. Autorët konsiderojnë se individët me pikëpamje të ngurta para-traumatike do të jenë më të prekshëm nga ÇSPT. Këto mund të jenë pikëpamje të ngurta pozitive për vetveten: e të qenit jashtëzakonisht kompetent dhe botës si jashtëzakonisht të sigurt, apo pikëpamje të ngurta negative për dhe rreth vetes: si jashtëzakonisht të paaftë dhe botën si

jashtëzakonisht të rrezikshme. Një zhvillim tjetër i cili tërhoqi vëmendjen kishte të bënte me rritjen e theksit mbi vlerësimet negative të përgjigjeve dhe sjelljeve që mund të përkeqësojnë perceptimin e paaftësisë. Foa (1989: 155-171) kishte konsideruar se këto vlerësime mund të lidhen me ngjarjet që ndodhën në kohën e traumës, simptomave që zhvillohen më pas me ndërprerjen e aktiviteteve të përditshme dhe në përgjigjet ndaj të tjerëve. Sipas Foa's (1989: 155-171), besimet që ishin prezente përpara, gjatë dhe pas traumës mund të bashkëveprojnë në mes vete për të përforcuar skemat kritike negative, përfshirë këtu paaftësinë dhe rrezikun që supozohet se përbën bazën e ÇSPT kronik.

Edhe pse problemet e rikujtimit traumatik janë të lidhura në mënyrë të vazhdueshme me disocimin peri-traumatik, nuk ka ende asnjë provë të qëndrueshme sipas së cilës përmirësimi në procesion terapeutik është i lidhur me ndryshimet në strukturën e rikujtimit të traumës, në aktivizimin fillestar të frikës apo të habituacionit (Brewin 2003: 355).

(2) Teoria e përfaqësimit të dyfishtë trajton një numër të vëzhgimeve specifike për ÇSPT të cilat është vështirë të shpjegohen nën supozimin e një sistemi të vetëm të kujtesës. Teoria përpiqet të përfshijë vëzhgimet e bëra nga të dy perspektivat: sociale-konjitive dhe në perspektiven e përpunimit të informacionit brenda një kornize gjithëpërfshirëse e cila në mënyrë eksplicite bënë dallimin në mes të proceseve konjitive të cilat ndodhin gjatë traumave dhe vlerësimeve më të gjera të cilat ndodhin më pas. Në grupin e ndërlikimeve duhet përmendur: imazhet, vlerësimet dhe emocionet të cilat paraqiten në periudhën para-traumatike, të cilat përpunohen në mënyrë automatike dhe janë më pak të arritshme në vetëdije edhe kur këto përmbajtje mendore përsëriten edhe në posttraumë (Brewin, 2000: 361).

Në kontrast me propozimin e teorisë së rrjetit mbi frikën sipas së cilës një kujtim traumatik paraqet një kujtim të zakonshëm me një strukturë të veçantë, për teorinë e përfaqësimit të dyfishtë ideja është se rikujtimet traumatike shfaqen në mënyrë krejtësisht të dallueshme. Sipas versionit të Brewin (1996: 679-680), teoria e përfaqësimit të dyfishtë dhe sistemi i kujtesës së dyfishtë vazhdojnë të funksionojnë në mënyrë paralele dhe në momente të ndryshme njëra mund të marrë përparësi mbi tjetrën.

Kujtimet e thëna ose të shkruara të një traume pasqyrojnë funksionimin e sistemit të " kujtesës verbale të arritshme (KVA) ", e cila reflekton faktin se kujtesa e traumës është e integruar me kujtime të tjera autobiografike dhe faktin se ajo mund të tërhiqet qëllimisht kur i kërkohet. Kujtimet KVA të traumës përfaqësohen në një kontekst më të gjerë personal duke përfshirë këtu të kaluarën, të tashmen dhe të ardhmen. Brewin (1996: 670-679) konsideron se KVA përmban informacione për para, gjatë, dhe pas ngjarjes traumatike të individit dhe se ngjarja është përpunuar mjaftueshëm në ndërgjegje dhe mund të transferohet për afat të gjatë në kujtesë, e që më vonë mund të rikthehen qëllimisht përsëri. Këto kujtime janë në dispozicion për komunikim verbal me të tjerët, por sasia e informacionit që ato përmbajnë është e kufizuar sepse ata regjistrojnë vetëm informatat e qëllimita. Ndërsa emocionet që shoqërojnë kujtimet KVA përfshijnë "emocionet primare " cilat kanë ndodhur në momentin e traumës dhe " emocionet e mesme " të cilat gjenerohen nga vlerësimet retrospektive konjitive të këtyre ngjarjeve.

Sipas teorisë së përfaqësimit të dyfishtë ÇSPT është një çrregullim hibrid që potencialisht përfshin dy procese të ndara patologjike, njërin që përfshin zgjidhjen e besimeve negative dhe emocioneve shoqëruese dhe tjetri që

përfshinë menaxhimin e parafytyrimeve. Procesi i parë ka për qëllim zvogëlimin e emocioneve negative të krijuara nga vlerësimi konjitiv i traumave, me rikonsolidimin e vetëdijshëm të kontrollit të perceptuar, ri-atribuimin e përgjegjësiave dhe arritja e një integrimi të informacioneve të reja me besimet dhe konceptet paraekzistuese. Procesi i dytë ka të bëjë me parandalimin e riaktivizimit automatik të njohurive për situatat e përjetuara traumatike (Brewin 2000: 356-361).

(3) Në modeli konjitiv sipas Ehlers dhe Clark (2000: 322-323), autorët tërhoqën vëmendjen për paradoksin në ÇSPT ku pacientët ndjejnë ankth për të ardhmen edhe pse trauma qëndron në të kaluarën. Ata konsideruan se përgjigjet patologjike ndaj traumave lindin kur individët e përpunojnë informacionin traumatik në mënyrën që prodhon një ndjenjë të kërcënimit të tanishëm ose një kërcënim të jashtëm për sigurinë apo një kërcënim të brendshëm për veten dhe të ardhmen. Dy mekanizmat të cilët prodhojnë këtë efekt përfshijnë: vlerësimet negative mbi traumat ose pasojat e saj dhe vetë natyra e kujtesës traumatike. Ndër faktorët që rrisin gjasat e vlerësimeve negative janë proceset e të menduarit gjatë traumës, besimet dhe përvojat e mëparshme. Ehlers dhe Clark (2000: 324-325) identifikuan një kornizë të veçantë të mendjes të cilën ata e quajtën "humbje mendore". Ky reagim thekson paaftësinë e personit të ndikoj në fatin e tij, ky është një faktor rreziku për vetëvlerësim të ulur, jo efektivitet ose për paaftësi për të mbrojtur veten. Përvojat e mëparshme të traumatizimit, të dobësisë apo të pafuqisë po ashtu e rrisin rrezikun për të vlerësuar veten si paaftë për të vepruar në mënyrë efektive dhe për ta vlerësuar vetën si jashtëzakonisht të ndjeshëm ndaj rrezikut ose edhe duke e vlerësuar veten si objektiv i armiqve të tjerëve. Qasja e Ehlers dhe Clark për të shpjeguar

rezultatet e hulumtimit për kujtesën traumatike kishte për qëllim shpjegimin se kujtimi i ngjarjes traumatike është elaboruar dobët, nuk është dhënë konteksti i plotë për kohën dhe vendin dhe nuk është integruar në mënyrë adekuate në bazën e të dhënave të përgjithshme të njohurive autobiografike. Ehlers dhe Clark propozuan një numër të ndikimeve para-traumatike që veprojnë në kodimin dhe ndikojnë në natyrën e kujtesës traumatike. Duhet bërë dallim në mes të përpunimit të nxitur të dhënave dhe përpunimit konceptual. Përpunimi konceptual lehtëson integrimin e kujtesës traumatike në bazën e të dhënave autobiografike, ndërsa përpunimi i nxitur i të dhënave çon në pranimin e fortë të një kujtimi të cilin vështirë e tërheqim më pas. Në faktorë e tjerë para-traumatik hyjnë paaftësia për të krijuar një perspektivë personale, disocimi, mpirja emocionale dhe mungesa e kapaciteteve konjitive për të vlerësuar aspektet e ngjarjes me saktësi (Ehlers & Clark, 2000: 327-330).

Brewin (2003) ka gjetur se ekziston një shkallë të lartë e mbivendosjes midis tri modeleve e përmendura të ÇSPT. Të gjithë modelet përshkruajnë faktorët të cilët ndikojnë në kodimin, ndryshimet në funksionimin e kujtesës, vlerësimin, strategjit përbaluese dhe stilet konjitive dhe rëndësinë e besimeve përpara ekspozimit traumatik. Sipas Brewin fushat më të rëndësishme ku ndryshojnë këto modele janë mënyra e ndikimit të traumave në kujtesë dhe si këto ndryshime ndërlidhen me shërimin (Brewin 2003: 366-367).

#### **2.4 Modelet e zhvillimit të Çrregullimit të stresit posttraumatik:**

Modeli psikoanalitik i ÇSPT ndërtohet mbi hipotezën se trauma riaktivizon konfliktin psikologjik të mëparshëm i cili deri në momentin e traumës ka qenë i heshtur. Ringjallja e traumave të fëmijërisë rezulton me regresion psikologjik dhe

shfrytëzim të mekanizmave mbrojtës të egos: represionit, mohimit, formimit të reaksionit dhe të shthurjes. Sipas Frojdit kjo çarje e vetëdijes ndodhë tek individët me histori të raportuara të traumave gjatë fëmijërisë, egoja në këto raste reagon në përpjekje për të zotëruar ose reduktuar ankthin (Frojd, 2001, a, c).

Modeli konjitiv i ÇSPT ndërtohet mbi hipotezën sipas së cilës individi nuk mund të përpunoj ose racionalizoj traumën, si pasojë trauma më pas precipiton në çrregullim. Në përputhje me aftësitë e pjesshme për tu përballur me ngjarjen traumatike, individët përjetojnë periudha ndryshuese të njohjes dhe të bllokimit të ngjarjeve traumatike. Këto periudha ndryshuese vijnë si rezultat i aftësisë së trurit për të proceduar një sasi masive të informatave të provokuara nga traumat (Barlow 2006: 418-419).

Modeli bihejvioral i ÇSPT potencon dy faza zhvillimore. Në fazën e parë, trauma (si nxitje/stimul i pa-kushtëzuar) provokon përgjigje frike përmes stimujve të kushtëzimit siç janë rikujtimi mendor ose fizik i traumës (vendit të ngjarjes, erës ose zhurmës). Në fazën e dytë, përmes mësimit instrumental, stimujt e kushtëzuar nxisin reaksione frikë të pavarura nga stimujt fillestar të pakushtëzuara, kështu individi zhvillon modele të shmangies qoftë nga stimujt e kushtëzuar apo nga stimujt e pakushtëzuar (Barlow, 2006: 428).

## **2.5 Konceptet dhe ndikimet kulturore në zhvillimin e stresit.**

Që prej parahistorisë kulturat kanë zhvilluar modele të ndryshme të ballafaqimit me stresin e fortë. Në të gjitha kohërat kulturat kanë shprehur pasojat, modelet shpjeguese dhe idiomat e fatkeqësive dhe kanë zhvilluar modele specifike të shërimit të cilat ju janë përgjigjur kozmologjisë së tyre. Në përgjigjen njerëzore ndaj traumës (“arratisja nga trauma”), ekzistojnë ngjashmëri universale

dhe dallime esenciale të cilat shfaqen si rezultat i ndërveprimit të faktorëve kulturor, historik dhe social (de Jong, 2007: 352).

Drozdek (2007: 39-42) konsideron se kulturat jo vetëm që e definojnë se çka është vuajtje dhe çka është dhembja, por edhe përcaktojnë dhimbjen individuale, dhimbjen publike dhe atë se çka duhet të ndahet me të tjerët dhe çka duhet të mbetet sekret. Kulturat kanë ndikim në shfaqjen dhe rregullimin e emocioneve, përcaktojnë limitet e tolerancës dhe forcës së emocioneve si dhe ofrojnë teori dhe strategji për trajtimin e emocioneve. Pikëllimi dhe turpi janë dy shembujt më të mirë të vërtetimit të ndikimit të kulturës në mekanizmat e përballimit. Në kulturat kolektive turpi bëhet mëkat vetëm në momentin e publikimit/zbulimit dhe për aq kohë sa mbetet i fshehur, turpi nuk paraqet një mëkat. Në kulturat individuale preokupimi me fajësinë sjell deri te neurozat kolektive ose format tjera specifike kulturore të reagimit. Mënyra se si i qaset kultura shëndetit të përgjithshëm, shëndetit mendor dhe Çrregullimit të stresit posttraumatik në veçanti është shumë dimensionale (Drozdek, 2007: 52-53).

Përgjigja ndaj traumës ndryshon në varësi nga kultura, kështu psh., Budistët që besojnë në Karma tregojnë më tepër tolerance ndaj traumës se perëndimorët. Pacientet e besimit islam të bindur në fuqinë e “allahut” ndiejnë më pak nevojë për ndonjë lehtësim. Për më tepër, përmes proceseve socio-psiko-fiziologjike kulturat influencojnë simptomatologjinë, rrjedhën dhe rezultatet e Çrregullimit të stresit posttraumatik (Drozdek, 2007: 44-45). Gjetjet sugjerojnë se në vendet joperëndimore paraqitja e Çrregullimi i stresit posttraumatik është e lidhur me një varg traumash jetësore me ndikim të posaçëm edhe të faktorëve specifik kulturor (de Jong, 2001: 561).

Manifestimi klinik i depresionit dhe ankthit është funksion jo vetëm i formimit etnokulturor por edhe i sistemit të përkujdesjes shëndetësore dhe koncepteve të cilin ata e hasin në mas-media dhe në dialogë me familjet, miqtë dhe klinikistët (Kirmayer et all, 2001: 27). Japonezët bie fjala, e konsiderojnë të turpshme pasjen e ndonjë çrregullimi psikologjik dhe prandaj nuk kërkojnë ndihmë profesionale dhe shfaqin rezistenca të mëdha në nevojën për trajtim (Imura, 2006: 30; Norris, 2011: 3).

Kultura gjatë periudhës së Çrregullimit të strasit posttraumatik influencon jo vetëm familjen dhe ambientin social por edhe aftësinë e individit për të ndjerë dhe interpretuar eksperiencat trupore gjatë kohës së përjetimit të stresit të madh psikologjik (Boehnlein, 2001: 464-465). Besimi religjioz ka pasur korrelacion negative me egërsinë e simptomave të Çrregullimit të stresit posttraumatik dhe të depresionit, sa më i besueshëm që është shpreh veterani aq më të zbehta kanë qenë simptomat dhe në rastet kur veterani nuk ka pasur një besim religjioz stabil, egërsia e simptomatologjisë ka qenë më e lartë. Po ashtu besimi religjioz ka pasur efekte mbrojtëse në raport me pikëllimin dhe sjelljet vetëvrasëse. Përkrahja për plotësimin e nevojave shpirtërore ka pasur efekte pozitive në mirëqenien e veteranëve të traumatizuar (Hasanovic, 2010: 6-7). Në rastet e përvojave traumatike, shprehja e shqetësimit nuk është e limituar vetëm në perceptimin dhe pranimin e dhunës, humbjes së dinjitetit dhe të respektit, por edhe në izolim social dhe humbje të shpresës për të ardhmen. Ky është edhe motivi pse në disa kultura shëruesit tradicional janë shfrytëzuar gjatë shekujve, por që në modelin perëndimor të trajtimit të traumave, intervenimet socio-spiritualë janë anashkaluar dhe i është dhënë përparësi modelit shëndetësor të trajtimit (Petersen-Colemanet, 2011: 8-9). Siç po shihet, faktori kulturor ka luajtur një rolë të jashtëzakonshëm



në dallimet e interpretimeve, sjelljeve dhe normave sociale lidhur me trajtimin e traumës, prandaj gjatë përpjekjeve për ndihmë individit me Çrregullim të strasit posttraumatik, njohja e efekteve etnokulturore ka pasur ndikimin dhe rëndësi të veçantë (Baldachin, 2010: 12-13).

Veteranët me çrregullime të ankthit me origjinë nga vatrat e luftës, luftojnë për tu përballur me këto probleme dhe përpos jetës së vështirë, kujdesit për familjen dhe vështirësive financiare, ata duhet të përballen me frikën nga turpi për pasje të çrregullimit mendore, turpërimin, njollosjen dhe ndikimet kulturore në statutin e tyre (Marmar, 2009: 494). Në Ballkan Çrregullimi i stresit posttraumatik ende konsiderohet si dobësi, burrat të cilët eventualisht manifestojnë simptomatologji të ÇSPT stigmatizohen si burra të dobët, prandaj edhe një numër i madh i veteranëve përkundër nevojës për trajtim kanë hezituuar të kërkojnë ndihmë profesionale (Boley, 2007: 27).

## **2.6 Epidemiologjia e Çrregullimit të stresit posttraumatik (ÇSPT):**

Prevalenca e lartë e ÇSPT është karakteristikë e ushtarakëve të mobilizuar dhe dallon ndjeshëm nga prevalenca e ÇSPT e efektivëve ushtarak rezervë, po ashtu tek ushtarakët aktiv, sidomos tek ata në vatra luftime predominon prevalenca e lartë e depresionit dhe çrregullimeve të ankthit (Toomey, 2007: 388-389). Studimi i Garske (2011: 32-33): “ÇSPT te ushtarakët, qasja në simptomatologji dhe trajtim”, ka dëshmuar se incidenca e ÇSPT te veteranët e luftës është e lidhur me numrin e përvojave traumatike dhe eksperiencat luftarake të veteranëve, kështu psh. ÇSPT ka pasur prevalencë prej 4.5% te ushtarët e kthyer nga Iraku, por pa eksperiencë luftarake, ndërsa prevalenca te veteranët me shumë eksperiencë luftarake ishte më e lartë: 1-2 eksperiencë prevalenca e ÇSPT ishte

9.3%, 3-5 eksperiencia luftarake 13% dhe mbi 5 përvoja luftarake prevalenca e ÇSPT ishte mbi 20% (Garske, 2011: 32-34).

Autori Ehlers (2000: 342-344) ka verifikuar se ÇSPT bëhet më i qëndrueshëm dhe afatgjatë kur trauma procedohet në mendje si pasojë e eksperiencave të kaluara me rrezik shumë të lartë për jetën. Kjo qëndrueshmëri e simptomave vjen edhe si konsekuencë e vlerësimit ekstrem negativ të traumës ose pasojave traumatike dhe nga çrregullimi i memories në formë të elaborimit dhe kontekstualizimit të varfër.

Studimet epidemiologjike flasin edhe për rritjen e morbiditetit të rasteve me trauma psikologjike. Vdekshmëria nga sëmundjet e tjera tek veteranët e Vietnamit 5 vite pas përfundimit të luftës ka qenë shumë më e lartë se te popullata tjetër. Vdekjet nga helmimet e paqëllimta, mbidozimet me substanca, sëmundjet kardiovaskulare dhe kanceri kanë shënuar shkallë më të lartë të vdekjeve të veteranëve me ÇSPT krahasuar me popullatën tjetër pa ÇSPT (Boscarino, 2006: 249-251).

Sipas Koenen (2003) në faktorët parashikues për zhvillim të ÇSPT duhet përmendur: historitë psikiatrike familjare, historitë psikiatrike personale, më pas duhet potencuar faktorët e tjerë përfshirë këtu: mosha e re, edukimi i ulët, fatkeqësitë familjare, etj. Egërsinë e simptomatologjisë së ÇSPT e shton po ashtu statusi social i pa zgjidhur dhe eksperiencat traumatike ushtarake (Koenen, 2003: 293-296). Ri-përjetimi i ÇSPT dhe simptomat e tej-nxitjes gjatë fazës së rikujtimit të traumës shfaqen si rezultat i dështimit të mekanizmave të kontrollit të frenimit të frikës dhe ankthit (Frewen, 2006: 118).

Në disa hulumtime është vërtetuar se përqindja e të vrarëve gjatë luftërave nëpër shekuj ka rënë dukshëm, kështu psh. nga 33% e ushtarëve të vrarë në luftën civile në SHBA (1861-1865), 30% në luftën e dytë botërore, 24% në luftën e Vietnamit dhe 24% në Gjirin Persik, përqindja e të vrarëve ka rënë në 10% në luftën e Afganistanit. Kjo ka ndodhur më tepër falë konceptit të ri të ndërtimit të kapaciteteve mjekësore intensive dhe kirurgjike në vetë vatrat e luftës. Por, krahas zvogëlimit të humbjeve njerëzore/ushtarake, është rritur dukshëm numri i rasteve me ÇSPT si pasojë e traumave të pësuar. Lufta pra, paraqet situatën më sfiduese të cilën një qenie njerëzore mund ta përjetojë. Kërkesat psikologjike, emocionale e konjitive në një ambient lufte shkaktojnë stres intensiv edhe tek ushtarët me përgatitje të lartë. Natyrisht, këto eksperiencia traumatike krijojnë një gjasë të madhe për zhvillimin e ÇSPT te veteranët me eksperiencia traumatike (Rizzo, 2008: 424; Gawande, 2004: 2472-2474).

Në të gjitha rastet kur simptomet agresive vijnë si rezultat i eksperiencave traumatike të rënda, janë të pritshme shfaqjet e formave të ndryshme të keqfunksionimit social (de Jong, 2001: 561), forma të rënda të keqfunksionimit psiko-social janë parë po ashtu edhe tek një pjesë e të mbijetuarve të Holokaustit (Trappler, 2007: 80).

Nuk është gjetur dallim i rëndësishëm i shfaqjes së ÇSPT në mes të gjinive dhe grupeve etnike, por ekziston një dallim i rëndësishëm në paraqitjen e ÇSPT në mes të moshave të ndryshme. Seal (2007: 479-481) në studimin e tij ka konstatuar se moshat 18-24 vjeçe janë më të rrezikuara se moshat mbi 40 vjeçare. Shkalla e ekspozimit ndaj traumave dhe riskut është e lidhur me gradën dhe numrin e eksperiencave të luftës. Fillimi i hershëm dhe krijimi i infrastrukturës për trajtim parandalon mundësinë e komplikimeve kronike dhe e parandalojnë sjelljen e

“luftës” në shtëpi. Kjo është vërtetuar edhe në studimin e Litz (1997: 479, 481), në luftën e Afganistanit nga fillimi i vitit 2001 deri më 2009 kanë marr pjesë mbi 1.8 milion ushtar Amerikan, pas kthimit të tyre në atdhe, më tepër se 100.000 veteran kishin shfaqur probleme shëndetësore përfshirë këtu irritabilitetin e theksuar, lodhjen kronike, probleme me frymëmarrjen, dhembje të muskujve dhe të nyjeve, kokë-dhembje, probleme digjестive, urtikarie, humbje të flokëve, harresës dhe vështirësi të koncentrimit. Këto probleme bashkërisht janë emërtuar si Sindroma e luftës së Gjirit Persik (Litz 1997: 479-481). Si rezultat i manifestimit të pandërprerë të ankesave të sipër përmendura, në studimet e pavarura Goldberg (1990: 1231) dhe Engdahl (1997: 1579) kanë arritur të dokumentojnë prevalencën e lartë të ÇSPT prej 53%, përkundër se kishin kaluar 40-50 vite nga përfundimi i luftës së Vietnamit. Përpos këtyre manifestimeve, si pasoja afatgjate të ÇSPT më të zakonshmet ishin evidentuar sjelljet agresive dhe sjelljet e dhunshme (Kulka, 1990: 50), mandej ri-përjetimet e bezdisshme, shmangia sociale dhe tej-ngacmueshmëria (Koren, 2005: 279). Po ashtu për paraqitje të kësaj simptomatologjia të ÇSPT, shumë rendësi ka pasur përkatësia racore, gjinia, statusi martesor, statusi social, përvojat e mëparshme traumatike, abuzimet paraprake të alkoolit ose substancave, sjellja agresive dhe jo-toleranca (Fontana, 2010: 755).

Mund të ketë disa arsye të paraqitjes së ÇSPT pas largimit nga ushtria: së pari, largimi nga ushtria mund të jetë një ngjarje e dhimbshme dhe stresuese. Së dyti, individët pas largimit nga ushtria mundën më lehtë ti shprehin ankesat e tyre. Së treti, ÇSPT e vonuar mund të “shfaqet” për arsye përfitimi dytësorë, tentimi i fitimit të invaliditetit përmes manifestimit subjektiv të simptomatologjisë post-traumatike (Goodwin, 2012: 432, 433).

Disa studime kanë nxjerr diferencë të rëndësishme në prevalencën e ÇSPT në mesin e veteranëve Amerikan dhe të Britanisë së Madhe. Tek Britanezët ÇSPT ka pasur prevalencë më të ulët. Po ashtu studimet kanë verifikuar se prevalenca e ÇSPT është më e ulët kur vlerësimi bëhet me intervistë të strukturuar, ndërsa prevalenca paraqitet më e lartë kur ajo vlerësohet nga pyetësit vetë-raportues (Sundin, 2010: 377, 378).

Ndërkaq, studimet epidemiologjike me refugjatët e Bosnjës dhe Kroacisë kanë dokumentuar faktin se morbiditeti psikiatrik e posaçërisht ÇSPT është dukshëm më i lartë tek popullata me eksperiencë të persekutimit dhe dhunës gjatë luftërave. Kështu psh., tek 65% e personave të zhvendosur nga Bosnja në SHBA kanë shfaqur simptomat e ÇSPT, 35% çrregullime depresive, të gjitha rastet kanë pasur korrelacion me traumat e luftës. Po ashtu 15.1% e Kosovarëve të zhvendosur në Suedi kanë shfaqur ÇSPT (Roth, 2009: 233). Një studim tjetër me veteranët Kroat të luftës, ka rezultuar me një prevalencë të ÇSPT prej 24%, nga ky grup prej 402 veteranëve, 62 % i kanë plotësuar kriteret për ÇSPT në komorbiditetet me diagnoza të tjera dhe vetëm 13.9% e tyre nuk i kanë plotësuar kriteret për ÇSPT (Kozaric-Kovacic, 2001: 167).

Frueh (2009: 87) në studimin e tij ka prezantuar rastet e paraqitjes së vonshme të ÇSPT disa vite pas traumës, siç është rasti me 5.4 % të veteranëve të SHBA nga lufta e Gjirit Persik. Paraqitje të vonshme të ÇSPT kanë pasur edhe veteranët e luftës së Koresë e përfunduar përpara mbi 3 dekadave, raportet kanë dokumentuar për prezencë të simptomave psikiatrike me tërë ashpërsinë dhe kronicitetin e tyre. Këto probleme zakonisht janë shfaqur në formë të deficitit konjitiv, ankesave për diskomfort trupor, dyshimeve, frikës intensive, konfuzionit, izolimit dhe të prirjeve armiqësore (Schnurr, 2000: 95). Si rezultat i ashpërsisë së

simptomave, është e njohur se sjellja vetëvrasëse e cila është gjashtë herë më e lartë tek individët me ÇSPT se sa tek popullata e përgjithshme civile (Sher 2008: 2, 3).

## 2.7 Fiziologjia e traumës dhe ÇSPT.

Sipas teorisë së Flannery (1999) mbi fiziologjinë e traumës dhe ÇSPT, në mekanizmin e reagimit ndaj kërcënimit rol të rëndësishëm luan adrenalina, ajo pasi të lirohet nga gjëndrat, shndërrohet në epinefrinë, mandej epinefrina si neurotransmiter mobilizon sistemin e përgjigjes së organizmit ndaj emergjencave në formë të rrahjeve të shpejta të zemrës, respirimit të shtuar, zgjerimit të pupilave për përmirësim të shikimit dhe lirimit të glukozës në gjak për rritje të energjisë. Procesi i dytë i mobilizimit emergjent ndodhë në të njëjtën kohë në tru, aty adrenalina shndërrohet në norepinefrinë e cila e rritë aftësinë njohëse të viktimës për rrezikun imediat. Në njëjtën kohë në tru lirohen edhe endorfinet, të cilat gjatë ngjarjeve me rrezik të lartë luajnë rolin e analgjetikut, e bëjnë personin të mos ndjejë dhimbje gjatë traumës dhe e rrisin aftësinë përballimit të vuajtjeve për të mbijetuar torturën ose rrezikun, ndërsa jashtë rrezikut endorfinet e bëjnë njeriun të ndjehet i qetë dhe i relaksuar. Norepinefrina edhe endorfinet janë përgjegjëse për zhvillimin e simptomave të bezdisshme dhe janë kemikaliet të cilat e ndihmojnë trurin ta rikujtoj ngjarjen traumatike dhe të reagoj nëse ajo ndodhë përsëri (Flannery, 1999: 80).

Përpos këtyre, gjatë një stresi intensiv lirohen edhe neuro-hormonet stres përgjegjëse siç janë kortizoli, vazopresina, oksitocina dhe opioidet endogjene. Këto hormone e ndihmojnë organizmin të mobilizoj energjinë e duhur për tu përballur me stresin, duke filluar nga ngritja e nivelit të glukozës deri te ngritja e sistemit imunitar. Sipas Delaney (2014: 2, 3) kur stresori të jetë identifikuar, nga boshti hipotalamus-pituitar-adrenal (HPA) aktivizohet përgjigja “luftë ose fluturim”. Kortizoli i liruar nga gjëndrat adrenale, luan rolin kryesor në drejtimin e proceseve fiziologjike dhe metabolike duke rritur kështu ritmin e zemrës, uljen e digjestionit dhe alteron sistemin imunitar. Më pas bashkëvepron me dehydroepiandrosteronin (DHEA) për ta sjellë gjendjen e organizmit në normalitet (Delaney, 2014: 1, 2, 3) .

Përgjigja e vonuar ndaj stresit rrezikon komprometimin e stabilitetit të brendshëm të organizmit, duke e çrregulluar kështu boshtin HPA dhe nivelin e kortizolit.

Çrregullimi i kortizolit shkakton probleme mendore dhe kognitive, hiper-

kortizolemia është e lidhur me Çrregullimin e panikut dhe depresionin melankolik, ndërkaq hipo-kortizolemia shkakton disponim depresiv, dhimbje kronike, çrregullime të gjumit dhe lodhje kronike. Është dokumentuar lidhja në mes të vlerave të ulëta dhe të larta të kortizolit dhe ÇSPT kronik (Delaney, 2014: 3, 4).

Studimet neuro-imazherike sugjerojnë se ÇSPT është i shoqëruar me ndryshime strukturale dhe funksionale të disa regjioneve trunore si të: korteksit prefrontal, hypokampit dhe të amigdales, regjione këto përgjegjëse për manifestim të frikës dhe të emocioneve (Marx, 2009: 840). Autorja Shin (2006: 68-72) konsideron se, amigdalla është e involvuar në vlerësimin e stimujve të lidhur me frikën dhe është përgjegjëse për procedimin e frikës së kushtëzuar, si rezultat individët me ÇSPT janë hipervigjilent dhe tregojnë më shumë shenja të frikës së kushtëzuar. Me studime është dokumentuar se amigdalla në ÇSPT është e tej-përgjegjshme. Sipas Shin (2006), regjioni i dytë përgjegjës është korteksi medial prefrontal në cilin hynë: cinguli i përparmë, korteksi subkalloz dhe gyrusi frontal medial. Korteksi medial prefrontal është përgjegjës për shuarjen e frikës së kushtëzuar dhe ruajtje të shuarjes. Shuarja e frikës nuk ndodhë nëse korteksi medial prefrontal është i dëmtuar. Me që individët me ÇSPT manifestojn frikë të papërshtatshme gjatë jetës së përditshme dhe paaftësi të shuarjes së kësaj frike, atëherë mund të pranohet hipoteza se korteksi medial prefrontal te ÇSPT është i dëmtuar. Kjo hipotezë mbështetet edhe nga studimet neuroimazherike në të cilat është vërtetuar se te ÇSPT korteksi medial prefrontal ka volum të reduktuar. Regjioni i tretë me rëndësi sipas Shin (2006) është hipokampi, i cili ka rol të rëndësishëm në memorizimin e qartë të përmbajtjes së frikës së kushtëzuar. Po ashtu tek ÇSPT, ekziston një lidhmëni në mes dëmtimit të memories dhe vëllimit

të reduktuar të hipokampit. Prandaj, ÇSPT në formë të një neuro modeli mund të konsiderohet se vjen si rezultat i tej përgjigjes së amigdallës dhe përgjigjes së ulur të korteksit medial prefrontal, po ashtu edhe si paaftësi e korteksit medial prefrontal dhe hipokampit për ta frenuar amigdallën (Shin, 2006: 68-72).

Te ÇSPT kronik funksioni i traktit hipotalamik (HPA) manifestohet me ulje të vlerave të kortizolit qarkullues, ngritje të koncentrimit dhe përgjigjes së receptorëve glukokortikoid (Yehuda, 1998: 1308). Aktivitetit i rritur noradrenergjik në amigdalla në vazhden e shtimit të rikujtimit traumatik, e rritë rikonsolidimin e memories dhe e bënë atë më pak të ndjeshme ndaj zhdukjes së frikës. Po ashtu, aktiviteti i rritur adrenergjik është i lidhur me zgjatjen dhe egërsinë e simptomave të ÇSPT (Yehuda, 1998: 1308).

Reaksionet jo normale psiko-fiziologjike te ÇSPT paraqiten në dy nivele të ndryshme: si përgjigje specifike në rikujtim të traumës dhe si përgjigje ndaj stimujve neutral siç është psh., zhurma e madhe. Kjo paradigmë nënkupton se njerëzit me ÇSPT vuajnë nga nxitja e shtuar fiziologjike si përgjigje ndaj zhurmës, imazheve ose mendimeve të lidhura për incidentin specifik traumatik. Studime të shumta kanë dokumentuar se njerëzit me ÇSPT reagojnë në këto nxitje me rritje sinjifikante të ritmit të zemrës, rrëqethje të lëkurës dhe tension arterial (van der Kolk, 2001: S50, S51).

## **2.8 Ndikimi i përvojave traumatike në shfaqjen e sjelljeve agresive dhe**

### **ndjenjës për urrejtje dhe hakmarrje:**

Studimet e shumta flasin për lidhshmërinë e fortë në mes të ÇSPT dhe sjelljes agresive, impulsivitetit dhe dhunës së veteranëve sidomos në ambientin familjar



dhe rrethin e ngushtë shoqëror, duke u shëndërruar kështu në grupin tek të cilët kontrolli i sjelljeve të dhunshme është shumë i vështirë (Friel, 2008: 72). Është verifikuar po ashtu korrelacioni në mes ri-përjetimit të traumës, mpirjes emocionale dhe shmangies me mllëfin, agresivitetin dhe zemërimin. Sjelljet e veteranit në formë të agresivitetit, zemërimit ose sjellje kundërshtuese reflektojnë në komunikimin e tyre me komunitetin dhe rrethin e gjerë shoqëror duke e paraqitur atë si element destabilizues (Elbogen, 2010: 6, 7). Sipas Basoglu (2005) përgjigja ndaj stresit traumatik vjen edhe si rezultat i paaftësisë së pranimit të shpjegimit të etiologjisë së traumës dhe besimeve të gabuara se bota është vetëm një vend i gabuar (Basoglu, 2005: 588).

Besimi se nuk janë ndëshkuar shkaktarët e traumës është njëri prej faktorëve i cili e rritë shkallën e ndjenjës së padrejtësisë. Humbjet dhe pasojat e luftës, përkeqësimi i statusit social, politik dhe ekonomik, vështirësitë e jetës së përditshme, mosnjohja e meritës, si dhe pakënaqësia me proceset politike kombëtare dhe ndërkombëtare janë vetëm disa nga faktorët fajtor për shfaqjen e stresit. Krahasuar me të mbijetuarit civil, veteranët kanë shfaqur më shumë pasoja nga traumat e luftës, përfshirë këtu zemërimin, humbjen e kuptimit për jetë, demoralizimin, dëshirën për revansh, ndjenjën e padrejtësisë, pafuqisë, pesimizmin, frikën dhe humbjen e kontrollit mbi jetën (Basoglu, 2005: 585-589).

Jo toleranca në mes të grupeve etnike në Kosovë nuk ka ndërruar shumë në periudhën 1989-2003, njerëzit kanë jetuar të grupuar brenda grupeve të tyre të krijuara shumë kohë përpara luftës së vitit 1999. Besohet se edhe për një kohë të gjatë do të përcillet vija e fortë e ndarjes dhe se do të ketë pak tendenca për veprime integruese (Dyrstad, 2010: 16). Shkallë më lartë e agresionit (tek Kosovarët) është hasur tek rastet me përvoja të torturës, lëndime serioze, dëshmitar

të vrasjeve të njohurve ose të panjohurve, ndarjeve të dhunshme nga familja dhe tek rastet e humbjeve ose të kidnapimit të familjarëve (Roth, 2009: 232). Në studimin e Cordozo (2000: 572) është gjetur prevalencë e ÇSPT prej 17.1% tek popullata civile, ndërsa shkalla e urrejtjes prej 60% dhe dëshirës për hakmarrje prej 43% janë paraqitur si shumë të larta. Gjendja e urrejtjes ndaj kundërshtarëve dhe dëshirës për hakmarrje është gjetur pak më e ulët në studimin e Wenzel të vitit 2006. Në këtë studim shkalla e urrejtjes predominon edhe më tej me 50%, ndërsa dëshira për hakmarrje prezantohet tek 24.7% e kampionit të studiuar. Në këtë ulje të vogël të shkallës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje kanë ndikuar edhe faktorët social dhe faktorët e tjerë psikologjik në inter-reksion me faktorët ekonomik (Wenzel, 2006: 23). Si rrjedhojë, detyra e shërimit të urrejtjes dhe zemërimit kërkon një spektër të gjerë të aktiviteteve përfshirë këtu aktivitetet politike, transformimin social, inkurajimin për eksplorimin e përvojave të kaluara traumatike, qoftë përmes artit, mediave, ritualeve dhe nderimit të atyre që u sakrifikuan dhe përmes përpjekjeve për pajtim dhe rifitim të besimit të ndërsjellë (Edwards, 2005: 120).

Bloom (2001) konsideron se motivi për hakmarrje nuk vije për shkak se njeriu është një mëkatar, por për shkak se hakmarrja është pjesë e mekanizmave të lindur të mbijetesë si qenie komplekse sociale. Dëshira për hakmarrje është e vjetër sa edhe vetë njeriu, reciprociteti “dhëmbë për dhëmbë” është baza e raporteve sociale e ndërtaur që nga paraardhësit tanë. Dëshira për hakmarrje është rezultat i evoluar i sensit human të mungesës së reciprocitetit, të cilën ne sot e konsiderojmë si dëshirë për drejtësi. Bloom (2001) po ashtu konsideron se në marrëdhëniet interpersonale apo në vendin e punës, njeriu si qenie humane vazhdon kërkimin për drejtësi nëse ai

keqtrajtohet në vazhdimësi, nëse nuk i kërkohet falje për keqtrajtim dhe nëse në aspektin moral ndjehet i nëpërkëmbur (Bloom, 2001: 63, 64, 65).

Frenimi i përgjigjes psikobiologjike ndaj zemërimit zhvillohet në kontekstin e një marrëdhënie empatike me përkujdesësin. Në interaksion me anëtarët e familjes dhe shokët, individi respekton rregullat e “lojës”, të kërkojë të falur dhe bashkëpunon me të tjerët. Sipas Bloom, në rastet klinike mund të gjenden shumë raste të lidhjes së fortë në mes të turpit dhe pikëllimit me dëshirën për hakmarrje. Njerëzit me prirje për përjetim të rëndë të turpit të shkaktuar nga mosrespektimi më lehtë zemërohen, bëhen violent dhe hakmarrës direkt ndaj personave të cilët kanë shkaktuar lëndimin. Nën maskën e kërkimit për drejtësi, një dëshirë e vazhdueshme për hakmarrje mund të shërbejë gjithashtu si një mbrojtje kundër përfundimit të zisë dhe kjo mund të pengojë progresin terapeutike dhe përmirësimin e jetës (Bloom, 2001: 71, 72).

Hakmarrja mund të definohet si shkaktimi i dëmit në përgjigje të drejtë ndaj dëmit të perceptuar apo padrejtësisë. Hakmarrja mund të dallohet nga sulmi vetëmbrojtës në dy mënyra: shfaqet pas dëmit, është më intensiv se akti i vetëmbrojtjes nga agresioni, dhe është më mizore, më shumë eprsh dhe e paqëndrueshme. Kërkimi për hakmarrje ka për motiv agresionin, është burim i ankthit, paraqet çelësin kryesor në diskutimin filozofik për ndëshkim dhe drejtësi (Bloom, 2001: 72, 73, 74).

Problemi i hakmarrjes është problem social i cili duhet zgjidhur në bashkëveprim kompleks në mes të viktimës, dhunuesit dhe grupit social. Prandaj hakmarrjen e vrazhdët nuk duhet parë vetëm si dështim të individit violent, por edhe të grupit social. Hakmarrja është “drejtësi” e cila ka shkuar shtrembër dhe shfaqet vetëm

atëherë kur institucionet e shoqërisë kanë dështuar ta menaxhojnë (Bloom, 2001: 76, 77).

Qeniet njerëzore ndër shekuj kanë evoluar në një kontekst armiqësor, të pafuqishëm dhe të pambrojtur nga një numër i madh i kafshëve grabitqare. Në këto rrethana hakmarrja ka marr kuptimin e burimit të fuqisë dhe mjet për sigurimin e ambientit për miliona vite të ekzistimit. Për shumë kultura të mëparshme fisnore, hakmarrja ka qenë çështje e familjes. Nëse një anëtar i familjes është lënduar apo vërar, anëtarët e tjerë të familjes e kanë pasur detyrim hakmarrjen. Dhe nëse kjo hakmarrje nuk është arritur brenda një gjenerate atëherë ka mbetur detyrim për gjeneratën tjetër. Në civilizimet perëndimore ky model i hakmarrjes së dhunshme ka marr shumë kohë deri sa është arritur të kontrollohet (Bloom, 2001: 77, 78).

Siç është parë në rastin e Bosnjës dhe Ruandës, shoqëria e paguan tagrin më të madh të kërkimit për hakmarrje. Nga studimi i Bloom është konstatuar një ndërlidhje në mes të turpërimit dhe hakmarrjes ose nevojës për hakmarrje. Turpërimi i cili vije nga abuzimi emocional është nxitësi më i madh i dëshirës për hakmarrje dhe kjo dëshirë për hakmarrje shtohet posaçërisht në mungesë të kërkim faljes nga abuzuesi ose shkaktari. Ndjenja për hakmarrje shtohet edhe në rrethanat e nxitjes emocionale nga zemërimi, hidhërimi dhe ndonjëherë nga dezorientimi i shkaktuar nga rikujtimi i përvojave traumatike. Njerëzit mendojnë se hakmarrja është një veprim moral i justifikueshëm, posaçërisht nëse mendojnë se dhuna e shkaktuar ndaj tyre është bërë me dashje nga shkaktari. Kjo ndjenjë për ti shkaktuar dëme agresorit shkon përtej nevojës për ti shkaktuar vetëm dëm fizik, por mëton ti shkaktoj ulje të vetëbesimit, respektit dhe vlerave shoqërore. Ka një lidhmëni të drejtpërdrejtë në mes të esakalimit të konfliktit, hakmarrjes dhe dëshirës për të kthyer sensin e humbjes së fuqisë personale. Nëse njerëzit janë të provokuar dhe

fuqia e tyre personale është kthyer ata kanë më pak gjasa të kërkojnë hakmarrje. Përmirësimi i perceptimit për fuqinë personale kundrejt kundërshtarit e ulë tendencën për hakmarrje, ndërkaq kur ky perceptim nuk arrihet gjasat për kërkim të hakmarrjes janë shumë më të mëdha (Bloom, 2001: 61-78).

Kërkim falja ndihmon viktimën në uljen e impresioneve negative ndaj kundërshtarit, po ashtu kërkim falja zvogëlon afektin negativ dhe agresionin e viktimës ndaj agresorit. Megjithatë kërkim falja mund të ketë efekte pozitive ndaj dëmtimeve të lehta deri mesatare, por dëmtimet e rënda kërkim falja nuk jep rezultatet e këtitilla. Njerëzit e turpshëm janë më të predisponuar të bëhen agresiv, të dhunshëm dhe hakmarrës nëse fyhen ose turpërohen. Nëse një individ turpërohet për shkak të ndonjë kritike të dhënë, ai nuk arrin të modeloj nivelin e nxitjes së tij dhe ndjenja e panikut të shkaktuar kërkon një lloj transformimi dhe ky transformim shkon drejt sjelljes agresive drejt burimit të turpërimit. Kërcënimet për vetëvrasje, tentim vetëvrasjet, vetë-dëmtimet, sjelljet me rrezik të lartë si dhe format e tjera të sjelljeve vetë dëmtuese janë fenomene shoqëruese të çrregullimeve mendore të lidhura me traumën. Zakonisht këto gjendje nuk ju përgjigjen masave trajtuese përderisa individi të kuptoj se sjelljet e tija vetë-dëmtuese në fakt janë identifikim me shkaktarin e traumës (dhunuesin). Zakonisht këto mendime, ndjenja dhe sjellje janë mekanizma mbrojtës kundrejt ndjenjave dërmuese për humbjet dhe vuajtjen nga trauma. Viktimat e dhunës, të humbjeve dhe tradhtisë luftojnë kundër ndjenjave të turpërimit, fajësisë, pikëllimit, dëshirës për hakmarrje dhe mpirjes emocionale nga përvoja traumatike (Bloom, 2001: 61-78).

## **2.9 Ndikimi i stigmës dhe izolimit social në simptomatologjinë e ÇSPT**

Stigma është reaksion i publikut kundrejt individëve me çrregullime mendore, ndërkaq auto-stigma është një internalizim i mënyrës së portretizimit të individit me çrregullim mendor nga ana e publikut dhe besimit në atë portretizim (Britt, 2007: 158). Britt, në lidhje me qëndrimet e publikut ndaj personave me çrregullime mendore përmend tri qasje ose besime: “autoritarizmi” është qasja e parë, sipas kësaj individët me çrregullim mendor janë të papërgjegjshëm dhe të paaftë për vetë-kujdesje. Sipas besimit të dytë i cili i referohet “frikës dhe përjashtimit”, individët me çrregullime mendore duhet të izoloohen dhe të kufizohen nga shoqëria. Dhe qasja e tretë ka të bëjë me “dashamirësinë” ndaj individëve me probleme psikologjike, ata konsiderohen fëmijëror, naiv dhe të pafajshëm. Pranimi i një problemi psikologjik siç është ÇSPT mund të ketë konsekuenca sociale të dëmshme për individin. Besimi se kërkim i ndihmës nuk është aq stigmatizues e rritë besueshmërinë e kërkimit të ndihmës profesionale tek profesionistët e shëndetit mendor dhe e kundërta sa më i madh besimi se kërkim ndihma shihet si stigmë, për aq e ulë gatishmërinë për kërkim ndihme nga profesionistët (Britt, 2007: 158-160).

Sipas Gould (2007), stigma është definuar si atribut i cili i diskrediton thellë të gjithë ata që kërkojnë ndihmë, në të gjitha fazat duke filluar nga paraqitja për kërkim ndihme deri te trajtimi dhe lirimi nga institucioni shëndetësor. Stigma konsiderohet më shkatërruese dhe me efekte shumë më negative se vet problemi mendor. Stigma mund të përjetohet nga të gjithë pavarësisht nivelit të tyre ushtarak, ndërsa përkrahja liderëve ushtarak me ndikim ka shumë rëndësi (Gould, 2007: 512, 513).

Sfidë kryesore e veteranëve me ÇSPT në qasjen në trajtimin e bazuar në evidenca ka qenë dhe mbetet stigma e cila ulë iniciativën për ndihmë, kjo rrethanë vështirësohet edhe nga mungesa e profesionistëve të cilët mund të kuptojnë kulturën dhe çështjet ushtarake. Në rrethana të këtilla, përkrahja nga familja dhe kolegët në lidhje me kërkesën e ndihmës profesionale merr një rëndësi të jashtëzakonshme. Iniciativat e qeverisë dhe bizneseve përfshirë këtu edhe ndihmën e komunitetit i ndihmojnë veteranët në procesin e re-integrimit në shoqëri dhe jetën civile (Keane, 1992: 26). Autori Kim (2010) në studimin e tij kishte ardhur te konstatimi se gjatë vitit vetëm gjysma e veteranëve me probleme mendore kërkojnë ndihmë profesionale, po ashtu është vërtetuar se veteranët të cilët i kanë plotësuar kriteret diagnostike për çrregullime mendore dyfish më shumë e kanë raportuar ndjenjën e stigmës, se sa veteranët të cilët nuk i kanë plotësuar kriteret diagnostike për ndonjë çrregullim mendor. Studimi ka dëshmuar se planifikimi në kohë i vlerësimit të gjendjes mendore të veteranëve pas kthimit nga luftërat është shumë e rëndësishme, sepse është dëshmuar se prevalenca e çrregullimeve mendore është më e lartë 3-4 muaj pas demobilizimit (Kim, 2010: 586, 587).

Në studimin e Vogel (2007), këshillimet dhe ekzaminimet psikologjike janë parë nga veteranët si potencialisht të vështira, të turpshme dhe veprime të “rrezikshme” të cilat shkaktojnë frikë dhe shmangie tek shumë individ. Nga të dhënat e këtij studimi shihet se vetëm 1/3 e atyre që kanë pësuar ankthe psikologjike kanë kërkuar ndihmë nga profesionistët e shëndetit mendor, për më tepër, kërkimi i ndihmës psikologjike është parë si mjeti i fundit të cilin duhet përdorur dhe atë duhet përdorur vetëm pas përpjekjes së pasuksesshme për ta mbizotëruar situatën dhe pas bindjes se realisht kanë dështuar ta kontrollojnë atë. Në fakt, kërkesa për ndihmë është fillimi i konfliktit qasje-shmangie gjatë së cilës faktorët e qasjes siç janë:

ankthi dhe dëshira për ta ulur ankthin e rrisin besueshmërinë dhe vullnetin personal për kërkim të ndihmës. Në anën tjetër faktorët e shmangies siç janë risku nga perceptimi se je i çmenduar e ulin gjasat për kërkimin e ndihmës dhe duke qenë se faktorët e shmangies shkojnë duke u forcuar edhe gjasat për kërkimin e ndihmës profesionale zvogëlohen. Për këtë arsye për shumë veteran të traumatizuar kërkimi i ndihmës profesionale paraqet një dilemë të vërtetë. Në grupin e faktorëve të shmangies të cilët e pengojnë procesin e kërkim-ndihmës, përpos stigmës hyjnë edhe: frika e trajtimit, frika nga emocionet, rreziku i parashikuar dhe vetëzbulimi. Përpos këtyre faktorëve, si më pak të rëndësishëm janë përshkruar edhe normat sociale dhe vetëvlerësimi (Vogel, 2007: 414, 415). Edhe pse normat sociale nuk janë raportuar si faktorë me ndikim direkt në shmangien e kërkimit të ndihmës, megjithatë, qasja e familjarëve ndaj individit të traumatizuar influencon mjaftë sjelljen e individit në raport me simptomat e ankthit. Në rrethanat e një mirëkuptimi familjar dhe shoqëror është vërtetuar se të traumatizuarit shumë më lehtë vendosin të kërkojnë ndihmë dhe në këto raste kërkimi i ndihmës vije si rezultat i rekomandimit nga personat e rëndësishëm. Në të kundërtën, kur përkrahja dhe mirëkuptimi nga familjarët dhe shoqëria tendencat për t'ju shmangur kërkesës së ndihmës profesionale rriten (Vogel, 2007: 416-419).

Në aspektin social, ÇSPT është konsideruar si gjendje e keqe ose sëmundje. Në kundërshtim me faktorët social, psikiatria biologjike e definojnë ÇSPT si një çrregullim mendor i cili vije si rezultat i dëmtimit funksional dhe të strukturës së trurit. Psikiatria psikodinamike e konsideron ÇSPT si një sëmundje e cila manifestohet në mënyrë subjektive dhe interpersonale. Bazuar në këtë koncept sëmundja kaplon tërë organizmin dhe jo një organ të vetëm, prandaj definohet si subjektive. Frika e tejdimensionuar, sensibilizimi progresiv neural dhe konsolidimi i



vazhdueshëm i kujtesës traumatike nxisin zhvillimin e ÇSPT (Jakovljevic, 2012: 248, 250, 253). Në modelin mjekësor social-psikiatrik ÇSPT definohet si sëmundje e cila në fakt përfaqëson qëndrimin e komunitetit dhe autoriteteve shëndetësore. Pas stresit traumatik, ÇSPT shfaqet si rezultat i interaksionit të tre grupe faktorësh: (a) faktorit risk ose vulnerabilitetit, (b) faktorit protektiv dhe (c) faktorit gjenerativ përkatësisht kreativ. Në këtë kuptim ÇSPT mund të rrjedh nga predispozitat personale dhe rrethanat jetësore stresogjene. Vulnerabiliteti, tiparet e rrezikshme dhe toleranca e ulët janë treguar si modeli i zakonshëm i ÇSPT. Resilienca (elasticiteti) mund të definohet si aftësi për tu shëruar apo rimarr shpejt nga ndryshimi, kërcënim, trauma, fatkeqësia, mjerimi, tragjedia ose sëmundja. Thënë ndryshe resilienca i referohet aftësisë së individit për tu përballur me ndryshimet dhe ruajtjes së funksionimit normal (Jakovljevic, 2012: 247, 248). Resilienca dhe zhvillimi posttraumatik janë shumë të ndërlydhura në mes vete, por për disa fenomene të dalluara individët shumë resilient mund të përjetojnë zhvillim më të ulët posttraumatik (Jakovljevic, 2012: 248).

Ngjarje traumatike me kërcënim jetësor zakonisht përjetojnë ushtarakët në vatra të luftës dhe civilët pas katastrofave natyrore siç janë tërmetet, vërshimet, uraganet, etj. Përjetime intensive posttraumatike mund të përjetoohen edhe pas ekspozimit të dhunës në familje, abuzimit fizik dhe seksual, torturave dhe tek emigrantët pas dhunës shtetërore në vendin e origjinës (Sherman, 2008: 55, 56). Për shkak të traumave të fituara, veteranët e kthyer nga lufta shfaqin probleme serioze në reintegrimin e tyre në familje, komunitet dhe vendin e punës duke rrezikuar kështu rolin shoqëror të tyre. Për shkak të ankthit social, familjet e veteranëve shfaqin tendencë të izolimit, ndërsa shmangia nga tubimet dhe kufizimi i aktiviteteve sociale bëhen model i sjelljes së tyre (Sherman, 2008: 73). Veteranët shpesh bëjnë

agresion verbal ose edhe fizik mbi familjar, posaçërisht mbi bashkëshortet duke rrezikuar kështu në mënyrë serioze kohezionin familjar. Sjellja agresive e veteranëve në fakt paraqet një mekanizëm mbrojtës kundrejt ndjenjave dhe kujtimeve të dhimbshme. Manifestimi i shpeshtë i zemërimit paraqet barrierë për integrim social, njerëzit për tu mbrojtur nga ataku ose sjellja e papërshtatshme ju shmangen takimeve, ndërsa familjarët jetojnë në vazhdimësi në ankth dhe atmosferë kaotike (Sherman, 2008: 105, 106). Studimet kanë dokumentuar se papunësia në fazën e shërimit të stresit posttraumatik ndikon në qëndrueshmërinë e simptomatologjisë së ÇSPT. Pëlqimi i vendit të punës, punësimi i qëndrueshëm dhe ambienti i përshtatshëm në punë ndikon pozitivisht në mekanizmat e përballimit të stresit posttraumatik (Nandi, 2004: 1061, 1062). Veteranët me ÇSPT për shkak të përpjekjeve të vazhdueshme për të menaxhuar me stresin, emocionalisht në raport me familjarët dhe të tjerët janë të ftohët dhe shfaqin më pak interesim dhe nuk ju gëzohen shumë arritjeve dhe ngjarjeve të rëndësishme familjare. Për shkak të jo-stabilitetit emocional veteranët zakonisht tërhiqen nga detyrimet tradicionale familjare, ata përgjegjësit për përkujdesje ndaj familjes i bartin tek bashkëshortja e cila me kalimin e kohës për shkak të tej-ngarkesave fillon të humbë durimin, shfaq tendenca konfliktuoze dhe si rezultat kohezioni familjar rrezikon të prishet në tërësi. Duhet konfirmuar faktin se për shkak të paaftësisë për ta mbajtur punën, raportet familjare të dëmtuara shkaktojnë shpesh ndarje të bashkëshortëve. Është dokumentuar se veteranët me ÇSPT shfaqin tendencë tri here më të lartë për divorc se sa veteranët pa ÇSPT (Sherman, 2008: 69-105). Simptomatologjia e ÇSPT ka efekt direkt në kualitetin e raporteve bashkëshortore të veteranëve të luftës, në shumicën e rasteve ÇSPT është fajtorë për nivelin e lartë të agresivitetit dhe raporteve të papërshtatshme dhe nivelin e lartë të divorceve (Lambert, 2012:

733). Të kërkojnë ndihmë ose jo është çështje kryesore për veteranët me përvoja traumatike, zakonisht veteranët në nevojë nuk kërkojnë ndihmë ose trajtim për shkak se këtë e konsiderojnë turpëruese dhe zhvlerësim i vlerave burrërore, ndërsa vetë ideja për ndihmë shkakton ndjenjën e frikës nga turpërimi dhe nxitë shmangien sociale. Për këto arsye, vetëm një e treta e veteranëve me probleme psikologjike kërkojnë ndihmë profesionale. Përmes izolimit social veteranët e inhibojnë nevojën për trajtim, me këtë edhe ulin nivelin e ankthit nga turpërimi dhe zhvlerësimi publik. Në shmangien e veteranëve ndikojnë: stigma sociale, frika nga trajtimi, frika nga emocionet, parashikimi i riskut dhe vetë-zbulimi (Vogel, 2007: 411, 413, 416). Vogel po ashtu e definon stigmën sociale si frikë nga gjykimi negativ i të tjerëve në rast të kërimit të ndihmës, kjo formë e frikës paraqet barrierën kryesore në kërkimin e trajtimit psikologjik të veteranëve. Kjo ndodhë sepse publiku në përgjithësi i trajton në mënyrë negative personat të cilët manifestojnë simptomatologji të çrregullimeve psikologjike. Vogel (2007: 416) ka dokumentuar se personat të cilët kanë nevojë për trajtim por që nuk e marrin atë, shfaqin dy here më shumë frikë dhe stigmë sociale se sa individët të cilët kanë pasur nevojë dhe janë trajtuar. Sipas Vogel (2007), frika nga trajtimi kuptohet si gjendje subjektive e krijuar nga nxitja aversive ndaj shërbimeve që mund të ofrohen në shërbimet e shëndetit mendor. Frika nga trajtimi është dëshmuar se ka pasur më shumë efekt tek individët të cilët duhet të merren me (a) probleme akademike, (b) kanë probleme interpersonale dhe (c) janë konsumues të drogave ose alkoolit. Frika nga emocionet shfaqet atëherë kur individi gjendet në situata gjatë të cilave diskutohen çështje të cilat mund të shkaktojnë dhembje shpirtërore. Të kërkuarit e ndihmës nga ndonjë person tjetër po ashtu mund shkaktoj përvoja me emocione të dhimbshme. Në të vërtetë në shumë raste edhe pas kërimit të ndihmës, disa emocione përmbahen dhe

nuk shprehen edhe para vetë profesionistit shëndetësor. Në fakt pritjet nga manifestimi emocional afektojnë jo vetëm qasjen ndaj kërkimit, por edhe në qëndrimin ndaj ndihmës profesionale (Vogel, 2007: 416-420). Veteranët me simptomatologji të ashpër të ÇSPT për shkak të uljes së aftësisë së bashkëveprimit dhe izolimit social kanë më pak gjasa për të kërkuar ndihmë mjekësore. Përkrahja nga kolegët mund të ndryshojnë qasjen dhe të ndikojnë në vendimin për kërkimin e ndihmës. Përfshirja e familjes në trajtimin e ÇSPT ka rol pozitiv jo vetëm atëherë kur ajo është e ngarkuar me ankth dhe stres por edhe atëherë kur ajo funksionon normal, rezultatet e trajtimit janë shumë më të mira (Meis, 2010: 564). Shkalla e manifestimit të simptomatologjisë së ÇSPT në mënyrë sinjifikante është e lidhur me moshën, punësimin, zonën e luftës në të cilën veterani ka shërbyer dhe mundësia e qasjes në institucionet shëndetësore (Magruder, 2004: 298). Frika nga përqeshja është më e theksuar tek personalitetet neurotike introverte dhe e shtyn individin drejtë izolimit social. Duhet theksuar se turpi dhe frika shfaqen në situata në të cilat nuk evidentohet rrezik eventual dhe shmangia e vazhdueshme nga “tallja” i shtyn veteranët drejtë vetizolimit. Shmangia sociale definohet si shmangie e komunikimit me të tjerët ose ikja nga të tjerët pa ndonjë arsye. Në përgjithësi frika nga përqeshja shfaqet më shumë tek individët me ankth social dhe shmangies sociale gjatë bashkëveprimeve sociale (Carretero-Dios, 2010: 121-123). Në studimin e Kashdan (2006) individët me ankth social të tepërt fillimisht ju shmangen aktiviteteve sociale mandej bëhen hipervigjilent në rast të kërcënimeve sociale siç është poshtërimi ose turpërim, shfaqin ruminacione të kërcënimeve të njëjta dhe manifestojnë sjellje vetëmbrojtëse. Sjelljet vetëmbrojtëse përfshijnë kufizimin e shfaqjes emocionale, sjellje të sigurt (kufizim i lëvizjes dhe kujdesi në të folur), strategjitë konjitive siç janë shqyrtimi mendor dhe filtrimi gjuhësor me qëllim të vetëm parandalimit e

refuzimit. Sipas Kashdan (2006) veteranët me ÇSPT shfaqin më shumë ankth social dhe mirëqenie më të ulët se sa veteranët pa ÇSPT. Studimi i tij ka nxjerr këto përfundime: (a) Ekziston dallim i madh në mes të grupit me ÇSPT dhe grupit pa ÇSPT më tepër për shkallën e simptomatologjisë së manifestuar se sa për mirëqenie, (b) ekziston një ndërlidhje më e fortë në mes të ankthit social dhe mirëqenies interpersonale ditore dhe në mes të ankthit social dhe mirëqenies intrapersonale (Kashdan, 2006: 575-577).

Kolegët dhe rrethi shoqëror kanë shumë rëndësi për veteranët dhe të gjithë ata veteran të cilët kanë kërkuar ndihmë mjekësore për trajtim të ÇSPT shumë më lehtë hapen dhe kërkojnë ndihmë plotësuese nga kolegët dhe miqtë e tyre. Të gjeturat sugjerojnë se përkrahja sociale mund të ketë efekt të ndryshëm në rrjedhën e ÇSPT, posaçërisht në ashpërsinë e simptomatologjisë së ÇSPT (Laffaye, 2008: 399, 400). Duhet potencuar se ÇSPT paraqet pengesën kryesore për punësim dhe mbajtje të punës (Resnick, 2008: 433).

## **2.10 Karakteristikat e Çrregullimeve afektive**

Sipas DSM-IV-TR, ndryshimet e humorit zakonisht janë të përcjella me ndryshimin e nivelit të përgjithshëm të aktiviteteve. Pjesa më e madhe e simptomeve të tjera ose janë sekondare ose duhet kuptuar ato në kontekstin e ndryshimit të disponimit ose të aktiviteteve. Duhet potencuar se pjesa më e madhe e këtyre ndryshimeve përsëriten, ndërsa në disa raste episodet fillestare janë të lidhura me ngjarje apo situata stresuese. Humori është pjesë e përvojës normale, të ndjehesh i pikëlluar pas një fatkeqësie ose e kundërta të ndjehesh i gëzuar, i ngazëllyer gjatë një periudhe fatlume e fatbardhësie. Humori depresiv, gjithashtu është komponent i shumë sindromave psikiatrike dhe shfaqet si rregull në

sëmundjet fizike. Në çrregullimet depressive me rëndesë të moderuar tiparet qendrore janë: humori i ulur, mungesa e gëzimit dhe argëtimit, të menduarit pesimist dhe pakësimi i energjisë, ankth, irritabilitet dhe agjitacion, pakësim i oreksit, humbje në peshë, mendime pesimiste dhe ndjenjë e fajësisë dhe ide hipokondrike, të gjitha këto elemente shkaktojnë dëmtim të efikasitetit (DSM-IV-TR, APA, 2000: 463-468).

Tek çrregullimi depresiv, pacienti ka pamje karakteristike dhe shpërfillje për veshjen dhe kujdesin për tualet. Pamja e fytyrës karakterizohet nga kthimi poshtë i këndeve të gojës dhe thellimi i brazdës vertikale në mes të ballit. Pakësohet shkalla e vezullimit të syve. Supet bien dhe koka inklinohet përpara poshtë, kështu që drejtimi i vështrimit anon nga poshtë. Pakësohen lëvizjet e gjesteve. Është e rëndësishme të thuhet se megjithatë ndjenjën e thellë të depresionit, disa pacientë akoma ruajnë buzëqeshjen e jashtme. Prapambetja psikomotore takohet shpesh, ndonëse në disa raste pacientët janë shumë më të axhituar se sa të ngadalësuar. Në tilla raste pacienti vepron dhe ecën më ngadalë. Ngadalësimi i mendimeve pasqyrohet në të folurit, përgjigje të vonuar në pyetjet e parashtruara, vonesat në përgjigje nganjëherë mund të jenë mjaft të gjata. Humori i pacientit është i pikëlluar. Ky humor nuk përmirësohet ose lehtësohet edhe atëherë kur individi ndodhet në shoqëri të këndshme ose edhe pas dëgjimit të lajmeve të mira. Ankthi takohet shpesh ndonëse jo i pandryshueshëm. Një simptomë tjetër e zakonshme është irritabiliteti, që është tendenca për t'u përgjigjur me mërzi të paarsyeshme kërkesave dhe pengesave të vogla. Agjitacioni është një gjendje shqetësimi, që përjetohet nga pacienti si paaftësi për t'u qetësuar, dhe vërehet nga një vëzhgues si aktivitet pa pushim. Kur agjitacioni është i lehtë, pacienti prek vazhdimisht gishtërinjtë e tij dhe bënë lëvizje pa pushim me këmbët, ndërsa kur

është i rëndë, ai nuk mund të qëndroj i ulur për një kohë të gjatë por ecën poshtë e lartë nëpër dhomë pa pushim (DSM-IV-TR, APA, 2000: 463-468).

Mungesa e interesit dhe gëzimit është e shpeshtë, ndonëse jo gjithmonë takohet spontanisht. Pacienti nuk tregon entuziazëm për veprimtaritë dhe hobet që normalisht pëlqen. Pacienti ndien se nuk ka dëshirë, zell për të jetuar dhe nuk ka kënaqësi për gjërat e përditshme. Shpesh herë u shmangen takimeve shoqërore. Karakteristikë është pakësimi i energjisë, pacienti ndjehet letargjik, konstaton se çdo gjë kërkon angazhim dhe i lënë detyrat e papërfunduara dhe zakonisht pacientët këtë mungesë të energjisë ia atribuojnë sëmundjes fizike (Kaplan, 1997: 617-622).

Në grupin e simptomave biologjike të rëndësishme duhet përmendur: çrregullimi i gjumit, ndryshimet ditore të humorit, humbja e oreksit, humbja në peshë, konstipacioni, humbja e libidos, etj. Në çrregullimet depresive prishja e gjumit është disa llojesh, më karakteristik është zgjimi herët në mëngjes, por mund të ndodhë dhe vonesë për ta zënë gjumi dhe zgjimi gjatë natës. Zgjimi herët në mëngjes ndodhë dy ose tri orë para orës së zakonshme dhe shoqërohet me mungesë të freskisë. Kjo bënë që humori në mëngjes të jetë më i keq se në pjesët e tjera të ditës. Në çrregullimet depresive humbja e peshës shpesh herë duket më e madhe se sa që mund të shpjegohet vetë nga mungesa e oreksit. Disa pacient me qëllim të menagjimit të shqetësimeve që kanë, e shtojnë oreksin dhe ngrënien dhe gradualisht shtohen në peshë. Tek depresioni mendimet pesimiste janë simptoma të rëndësishme dhe ndahen në tri grupe. Grupi i parë ka të bëjë me të tashmen. Pacienti shikon pjesën fatkeqe dhe të mjerë të çdo ngjarje. Ai mendon se dështon në çdo gjë që bënë dhe se njerëzit e tjerë e shohin atë si dështim, ai humbet besimin dhe zhvlerëson çdo gjë, sukseset konsideron të kenë ndodhur rastësisht

dhe nuk beson në asgjë. Grupi i dytë i mendimeve lidhet me të ardhmen, pacienti pret më të keqen, ai parashikon dështimin e plotë në punën e tij, rrënim të gjendjes financiare, fatkeqësi në familje dhe në mënyrë të pashmangshme keqësimin e shëndetit. Këto ide të mungesës së shpresës shpesh shoqërohen me mendimin se jeta nuk ka më vlerë të jetohet dhe se vdekja duhet të vijë si çlirim që duhet të mirëpritet. Këto preokupime të zymta mund të përparojnë deri në mendime dhe plane për të kryer vetëvrasje. Grupi i tretë i mendimeve ka të bëjë me të kaluarën dhe shpesh herë ato marrin formën e fajit të paarsyeshëm dhe të vetëfajësimit edhe për çështje shumë të vogla. Si rregull këto mendime kanë qenë në mendjen e pacientit për vite dhe me zhvillimin e depresionit ato e vërshojnë përsëri në kujtesën e tij me ndjenja të fuqishme. Ankesat rreth simptomave fizike janë të zakonshme në çrregullimet depresive. Ato marrin shumë forma, por ankesa në diskomfort dhe dhembje të çdo pjese të trupit është e zakonshme, po ashtu nuk janë të rralla as preokupimet hipokondrike (Gelder, 2003: 759-768).

Në simptomat e tjera psikiatrike të cilat shfaqen si pasojë e çrregullimit depresiv dhe që ndonjëra mund të dominojnë tablonë klinike përmenden: depersonalizimi, simptomat obsesive, fobike dhe simptomat hysterike si fugat ose humbja e funksionit të gjymtyrëve. Ankesat për kujtesë të keqe janë gjithashtu të zakonshme, ato janë rezultat i mungesës së koncentrimit. Nganjëherë, dëmtimi në dukje i kujtesës mund të duket aq i rëndë sa që paraqitja klinike i ngjanë shumë asaj të demencës. Kjo paraqitje që është e zakonshme për moshën e pleqërisë, nganjëherë quhet pseudodemencë depresive. Kur bëhet fjalë për depresionin e rëndë, atëherë të gjitha tiparet e përshkruara më sipër shfaqen me intensitet më të madh dhe më të rëndë. Përveç kësaj, tek depresioni i rëndë mund të shfaqen edhe deluzionet (pavlerësi, faj, shëndet i sëmurë, varfëri, nihilizëm, persekutim, et.)



dhe halucinacionet (dëgjimore dhe shumë rrallë pamore) dhe në të tilla raste çrregullimi njihet si depresion psikotik (DSM-V, APA, 2013: 271-280).

Deluzionet e çrregullimeve të rënda kanë të bëjnë me të njëjtat tema si dhe të menduarit jo deluzional të çrregullimeve të moderuara depresive. Temat e zakonshme janë pavlerësia, faji, shëndeti i sëmurë dhe më rrallë varfëria. Pacienti me deluzionet e fajësisë mund të besoj se disa veprime të pandershme mund të zbulohen dhe nga ato ai do të poshtërohet dhe ai është i gatshëm të besoj se një ndëshkim i tillë është i merituar. Pacienti me deluzione hipokondrike mund të bindet se ka kancer ose sëmundje veneriane. Pacienti me deluzione të varfërimit mund të mendoj se gabimisht ka humbur gjithë paratë në biznes. Pacienti me deluzione nihilistike mund të besoj se nuk ka të ardhme ose disa pjesë të tij kanë pushuar së ekzistuari ose funksionuari. Pacienti me deluzione të persekutimit mund të besoj se njerëzit e tjerë diskutojnë për të në mënyrë përçmuese ose edhe janë gati të marrin shpagimin ndaj tij. Kur deluzionet e persekutimit janë pjesë e sindromit depresiv pacienti në mënyrë tipike e pranon persekutimin e supozuar si diçka që e meritonte (DSM-V, APA, 2013: 271-280).

Çrregullimet e rënda depresive mund të shoqërohen edhe me çrregullime përceptive, pacientët mund të provojnë halucinacione dëgjimore në formë të zërave që i adresojnë fjalë dhe fraza përsëritëse. Duket se zërat konfirmojnë idetë e pavlerësisë, ose bëjnë komente përqeshëse, ose edhe e nxisin pacientin të shohë jetën e tij. Idetë vetëvrasëse duhet shqyrtuar me shumë kujdes tek të gjithë pacientët me çrregullim depresiv (Kaplan, 1997: 617-622)

Në DSM-IV-TR, Çrregullimi depresiv është përshkruar në kapitullin e Çrregullimeve të humorit. Kapitulli i çrregullimeve të humorit është i ndarë në tri

pjesë, në pjesën e parë janë të përshkruara episodet e humorit siç janë: episodi i depresionit madhor, episoda manike, episoda e përzier dhe episoda hipomanike. Pjesa e dytë përshkruan çrregullimet e humorit si: çrregullimi depresiv madhor, çrregullimi distimik dhe çrregullimi bipolar I. Në grupin e tretë janë përshkruar faktorët të cilët e specifikojnë çrregullimin e humorit, qoftë episoden aktuale depressive ose rrjedhën e episodës rekurente.

### **2.10.1 Karakteristikat diagnostike të Çrregullimi depresiv madhor**

Karakteristikë themelore e Çrregullimit depresiv madhorë është rrjedha klinike e cila ndërtohet nga një ose më shumë episode të depresionit madhor pa histori të episodeve manike, të përziara ose hipomanike (kriteri A dhe C).

Kodi diagnostik katër shifror i çrregullimit depresiv madhor tregon se bëhet fjalë për episod të vetme ose për episod të përsëritur. Ndonjëherë është e vështirë të bëhet dallimi në mes të simptomave që vijnë e shkojnë në mes të dy episodeve të ndara. Konsiderohet se një episod ka përfunduar nëse kriteret diagnostike për çrregullimin depresiv nuk plotësohen për së paku 2 muaj njëri pas tjetrit. Përgjatë këtyre dy muajve ose janë korrigjuar të gjitha simptomat e çrregullimit depresiv ose gjendja e pacientit nuk e plotëson asnjë kriter për episod të çrregullimit madhor depresiv.

Kodi diagnostik pesë shifror i çrregullimit depresiv madhor fletë për një episod të përkeqësuar. Nëse kriteret diagnostike për çrregullim madhor janë plotësuar zakonisht me tipare psikotike, e nëse kriteret diagnostike nuk janë plotësuar atëherë kodi diagnostik pesë shifror tregon se gjendja ose është korrigjuar tërësisht ose kemi të bëjmë me një remisio të pjesshëm.

Çrregullimi depresiv madhor mund të filloj në çdo moshë, por fillimi më i zakonshëm është në mesin e të 20-tave. Kjo moshë mesatare e fillimit të depresionit në kohën e tanishme është duke u zvogëluar. Rrjedha klinike e çrregullimit depresiv madhor dhe rekurent është e ndryshme, disa njerëz kanë episode të izolimit për vite të tëra pa manifestuar asnjë simptomatologji të depresionit, ndërsa grupi tjetër ka episode me simptomatologji depressive e cila mund të vijë duke u shtuar me kalimin e moshës (DSM-IV-TR, APA, 2000: 349-356).

## **2.11 Karakteristikat e Çrregullimeve të ankthit**

Sipas DSM-IV-TR në grupin e çrregullimeve të ankthit renditen: Çrregullimi i ankthit pa agorafobi, Çrregullimi i ankthit me agorafobi, Agorafobia pa histori të çrregullimit të panikut, Fobit specifike, Çrregullimi obsesiv-kompulsiv, ÇSPT, Çrregullimi i stresit akut, Çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar, Çrregullimi i ankthit nga kushtet e përgjithshme mjekësore, Çrregullimi i ankthit i induktuar nga substancat dhe Çrregullimi i ankthit i paspecifikuar gjëkund.

Një atak paniku paraqet një episod gjatë së cilës shfaqen në mënyrë intensive frika, drithërima, ose terrori zakonisht të shoqëruara me ndenjën e dëmit të pashmangshëm. Gjatë këtyre ataqeve simptomat siç janë frymëzënia, palpitacioni, dhembje apo siklet në gjoks, ndjesia e mbytjes, frika nga marrëzia dhe humbja e kontrollit janë prezente.

Çrregullimin e ankthit të gjeneralizuar e karakterizon prezenca për së paku 6 muaj e frikës intensive dhe merakosja (DSM-IV-TR, APA, 2000: 429).

### **2.11.1 Karakteristikat e Çrregullimit të panikut**

Karakteristikë e çrregullimit të panikut janë ataquet e papritura dhe të përsëritura me frikë intensive ose diskomfort e cila arrin maksimumin brenda një minute dhe gjatë kësaj kohe shoqërohet me katër ose më tepër simptome si: palpitacione, djersitje, drithërima ose dridhje, ndjenja të frymëzënies ose pengesës në frymëmarrje, ndjenja të mbytjes, dhembje të gjoksit, nauze ose shqetësim abdominal, trullosje, sensacione të ftohta ose te ngrohta, parestezi, derealizim ose depresionalizim, frika nga humbjes e kontrollit dhe frikë nga vdekja (Kriteri A).

Së paku njëri nga ataquet është shoqëruar për një muaj nga njëri ose të dy këto fenomene: Frika dhe brenga e vazhdueshme nga ataquet plotësuese dhe konsekuencat e tyre, dhe ndryshimi sinjifikant i sjelljeve keq-përshtatëse të lidhura me ataquet (Kriteri B).

Shqetësimi nuk i atribuohet efekteve fiziologjike të substancave apo kushteve të përgjithshme shëndetësore (Kriteri C), dhe shqetësimi nuk shpjegohet më mirë nga ndonjë çrregullim mendor tjetër (Kriteri D).

Në faktorët e riskut për çrregullim të panikut duhet përmendur: temperamentin, faktorët ambiental, gjenetik dhe fiziologjik. Tek temperamentin afekti negativ (neurotik) e rritë prirjen për manifestim të emocioneve negative dhe ndjeshmërinë për ankthin me besimin e plotë se simptomat e ankthit janë të dëmshme. Raportet e abuzimeve fizike dhe seksuale gjatë fëmijërisë e rrisin prirjen për ataqe dhe çrregullim të panikut. Besohet se gjenet e shumta e i shtojnë predispozitat për çrregullim të panikut.

Të dhënat flasin për një shkallë të lartë të komorbiditetit prej 10-65% në mes të çrregullimit të panikut dhe çrregullimit depresiv madhor. Në gati 1/3 të rasteve me të dy çrregullimet, depresioni i paraprindë shfaqjes së çrregullimit të panikut,

ndërsa në 2/3 e tjera të rasteve depresioni koincidon ose pasohet nga çrregullimi i panikut. Komorbiditeti me edhe me çrregullimet e tjera të ankthit me sëmundjet e tjera është po ashtu i zakonshëm. Frekuenca dhe ashpërsia e atakut të panikut është mjaftë e gjerë, për shembull disa individ kanë frekuencë të moderuar një here gjatë javës brenda një muaji. Të tjerët shfaqin ataqe të shkurtra dhe të shpeshta psh, për çdo ditë brenda një jave të ndara me javë ose muaj pa pasur asnjë atak ose ataqe shumë më të rralla gjatë viteve. Ataku i plotë i panikut në mënyrë tipike i shoqëruar me morbiditet të lartë, me shkallë të lartë të shfrytëzimit të kujdesit shëndetësor, me shkallë të lartë të dëmtimit funksional dhe kualitet të ulët të cilësisë jetësore (DSM-IV-TR, APA, 2000: 430-440).

### **2.11.2 Karakteristikat e Çrregullimit të ankthit të gjeneralizuar**

Tipare të çrregullimit të ankthit të gjeneralizuar janë ankthi dhe brenga e tepruar të cilat shfaqen për shumë ditë për një periudhë jo më pak se 6 muaj, për shumë ngjarje dhe aktivitete (Kriteri A). Individit e ka të vështirë ti kontrolloj brengat (Kriteri B). Ankthi dhe brenga janë të shoqëruara prej së paku tri simptome plotësuese nga lista e cila përbëhet nga: nervozizmi, lodhja e shpejtë, vështirësi për tu koncentruar, irritabilitet, tension muskolor dhe çrregullime të gjumit (Kriteri C). Edhe pse individët me çrregullim të ankthit të gjeneralizuar jo gjithmonë e raportojnë brengen si të tepruar, ata raportojnë shqetësime subjektive për shkak të brengave të vazhdueshme, shfaqin vështirësi në kontrollin e brengave, ose edhe shfaqin probleme në lidhje me funksionimin social, të punës ose edhe në sfera të tjera të jetës (Kriteri E).

Në fenomenet shoqëruese të ankthit numërohen: tensionimi muskolor, drithërimat, ndjenja e lëkundjes dhe dhembja muskulore. Në raste të tjera ankthi

shoqërohet me simptomatologji somatike si: djersitje, nauze ose diare dhe një reagim reaktiv të ekzagjeruar.

Çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar shumë shpesh shfaqet në komorbiditet me çrregullimin depresiv madhor, çrregullimin e panikut, fobitë sociale, etj.

Shumë individ me çrregullim të ankthit të gjeneralizuar kanë raportuar se janë ndjerë nervoz dhe me ankth gjatë gjithë jetës së tyre. Edhe pse gati gjysma e atyre që kanë kërkuar ndihmë kanë treguar se sëmundja ka pasur fillimin e saj në fëmijëri dhe adoleshencë, edhe shfaqja e këtij problemi pas moshës 20 vj nuk është e pazakontë. Rrjedha e sëmundjes është e ndryshme, zakonisht me episode të përkeqësimit gjatë situatave stresuese. Ankthi si tipar ka lidhje të drejtpërdrejta me familjen, është konstatuar kontributi gjenetik familjar në shfaqjen e kësaj sëmundje (DSM-IV-TR, APA, 2000: 472-476).

Në grupin e çrregullimeve të ankthit në DSM-V hyjnë: Çrregullimi i ankthit të ndarjes, Mutizmi selektiv, Fobit specifike, Çrregullimi i ankthit social, Çrregullimi i panikut, Agorafobia, Çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar, Çrregullimi i ankthit i ndikuar me substanca/ barëra, Çrregullimi i ankthit nga kushtet shëndetësore, Çrregullimi i ankthit i specifikuar tjetërkund dhe Çrregullimi i ankthit i paspecifikuar. Përshkrimi i çrregullimeve nuk dallon nga DSM-IV-TR.

### **2.11.3 Karakteristikat e Çrregullimit të stresit posttraumatik (ÇSPT):**

Përgjatë gjithë historisë së njerëzimit, njeriu në ngjarjet ekstreme shqetësuese është përgjigjur me reaksione ankthi (Gone, 2013: 90). Ekspozimi ndaj traumave të shumëfishta, përfshirë këtu edhe traumat e përjetuara gjatë fëmijërisë dhe

adoleshencës është dokumentuar se e rritë besueshmërinë e zhvillimit të mëvonshëm të çrregullimit të stresit post-traumatik (Elklit, 2008: 9), po ashtu është dokumentuar se faktorët traumatik ndërveprojnë mes vete duke e rritur kështu ashpërsinë e përgjigjes traumatike (Brewin, 2000: 500), ndërsa ashpërsia e simptomatologjisë së traumave është më e lartë në rastet me eksperiencë të luftës. Statusi i ulët socio-ekonomik, papunësia dhe mosha janë dëshmuar si faktor plotësues të përkeqësimit të mëtejshëm të simptomatologjisë ekzistuese të ÇSPT (Galea, 2005: 84).

Si entitet diagnostik, Çrregullimi i stresit posttraumatik (ÇSPT) për herë të parë është përshkruar në DSM-III më 1980, si nevojë për t'ju përgjigjur studimeve me veteranët e Vietnamit por edhe të studimeve të rasteve me përvoja traumatike nga katastrofat civile dhe natyrore. Sidoqoftë, studimet për ÇSPT datojnë për më tepër se 100 vite. Para vitit 1980, sindroma posttraumatike është njohur me emërtime të ndryshme përfshirë këtu: sindroma e kampeve, neurozat e luftës, spinë hekurudhor, shell shok, etj. Shumica e këtyre problemeve të evidentuara janë zgjedhur edhe me mirë në DSM-IV (Sher, 2004: 1, 2). Sipas autorit Young (2006), zhvillimi i Çrregullimit të stresit posttraumatik (ÇSPT) konsiderohet si kontribut i 4 faktorëve: (1) karakteristikave biologjike dhe psikologjike të individit, (2) historisë së individit, (3) kontekstit social dhe (4) mënyrës së interpretimit dhe të kuptuarit e arsyes së viktimizimit (Young, 2006: 55, 56).

Sipas definicionit të dhënë në manualin e statistikave dhe të diagnozave DSM-V, çrregullimi i stresit posttraumatik shfaqet si përgjigje e vonuar ndaj ekspozimit të individit në një ngjarje ose situatë me kërcënim serioz për jetën ose katastrofave natyrore. Episodet e ri-përjetimit të traumës, kujtesat e bezdisshme,

ëndërrimet ose tmerret e natës, ndjenja e mpirjes dhe topitja emocionale, shkëputja nga njerëzit e tjerë, anhedonia dhe shmangia nga aktivitetet ose situatat reminishente janë vetëm disa nga veçoritë tipike të çrregullimit të stresit posttraumatik (DSM-V, APA 2013: 271-280). Në dukuritë shoqëruese të ÇSPT duhet përmendur: hipervigjilencën, pagjumësinë, ankthin dhe depresionin si dhe disfunktionin konjitiv të shprehur në formë të pa-aftësisë për tu koncentruar. Personi reagon në këto eksperiencia me frikë, pa-aftësi, ri-përjetim të vazhdueshëm dhe përpjekje të përsëritura për anashkalim ose harrim të ngjarjes (Kaplan 2007: 617-622). Stresorët të cilët shkaktojnë reaksionin e stresit akut post-traumatik si dhe të çrregullimit të stresit post-traumatik mjaftueshëm dërrmojnë secilin, këta stresorë zhvillohen zakonisht pas eksperiencave të luftës, torturave, katastrofave natyrore, agresioneve, dhunimeve dhe aksidenteve serioze siç janë psh. aksidentet në komunikacion ose zjarret e ndërtesave të mëdha etj. (Barlow 2006: 428). Simptomat e bezdisshme të çrregullimit të stresit posttraumatik në mënyrë të përsëritur depërtojnë në vetëdije dhe kjo ndodhë për shkak të nevojës për asimilim konjitiv, ndërkaq simptomat e shmangies shërbejnë si instrumente mbrojtëse ndaj kujtimeve të bezdisshme të dizajnuara për reduktim të ankthit. Për më tepër njohja konjitive negative për vetveten ka demonstruar marrëdhënie të fortë me ashpërsinë e simptomave të çrregullimit të stresit posttraumatik (Kaplan&Sadock, 1997: 618, 619). Sëmundja kronike post traumatike me kalimin e viteve nuk lehtësohet siç pritej, por përkundrazi në shumicën e rasteve ajo përkeqësohet. Ky fakt ka qenë befasues edhe për klinikistët, prandaj nuk është me rëndësi koha e fillimit të simptomatologjisë, qoftë ajo e hershme, e vonshme apo me fillim të vonuar, e rëndësishme është se të gjitha ata përjetojnë vuajtje të mëdha me ndryshime edhe në vet personalitetin



e vuajtësit (Dasberg, 2007: 311). Dasberg (2007: 314), shpjegon më tej se në përpjekje për ta fshehur frikën, turpin dhe ndjenjën e fajësisë, shumë veteran ju shmangen shërbimeve psikiatrike dhe nuk kërkojnë ndihmë profesionale. Edhe kur e bëjnë këtë ankohen për dhembje somatike dhe pagjumësi. Si rezultat i pasojave afatgjate të traumave të përjetuara, tek veteranët shfaqen ndryshime të personalitetit të shprehura në formë të mosbesimit dhe sjelljes armiqësore, regresionit social, ndjenjës së mpirjes emocionale, t'huajsimit, ndjenjës së pafuqisë, ndërgjegjësimit dhe frikës për të ardhmen. Për shkak se këto ndryshime të personalitetit janë ego-syntoike, ata nuk kërkojnë ndihmë, nuk kërkojnë asnjë kompensim dhe në shumtën e rasteve nuk janë të vetëdijshëm për këtë (Dasberg, 2007: 315, 316).

Përkundër arritjeve të shumta shkencore, ÇSPT ende nuk mund të diagnostikohet përmes shënjesve (markerëve) biologjik, por diagnostikimi është ende i bazuar në intervistën klinike dhe testimet psikologjike. Trajtimi i ÇSPT është i limituar në menaxhimin e simptomeve, por edhe jo të etiologjisë biologjike, po ashtu deri më sot nuk është zbuluar ende një medikament për trajtimin specifik të ÇSPT (Bailey, 2013: 222).

Në Manualin statistikor dhe të diagnozave DSM-V (APA, 2013), Çrregullimi i stresit posttraumatik është përshkruar në kapitullin e çrregullimeve të lidhura me traumat dhe stresin. DSM-V specifikon 8 kategori për vendosje të diagnozës së Çrregullimit të Stresit Posttraumatik.

Ekspozimi ndaj kërcënimit aktual për vdekje, lëndim serioz ose dhunës seksuale në një (ose më shumë) nga mënyrat si më poshtë:

Përjetim të drejtpërdrejtë të ngjarjes traumatike, dëshmitar i ngjarjeve të cilat ju kanë ndodhur të tjerëve, të kuptuarit se një ngjarje traumatike i ka ndodhur një anëtarit të ngushtë të familjes ose miku të afërt. Në rastet kur kërcënimi për vdekje për familjarët ose miqtë vije nga një ngjarje traumatike, kjo ngjarje duhet të ketë qenë e dhunshme ose aksidentale. Mandej, përjetimi i përsëritur i detajeve të papëlqyeshme të ngjarjeve traumatike, prezenca e një (ose më shumë) simptomave të bezdisshme të lidhura me ngjarjen traumatike të cilat fillojnë pas përjetimit të traumës si psh, kujtime të përsëritura të pavetëdijshme dhe bezdisëse të ngjarjes traumatike, ëndërrime të përsëritura shqetësuese, përmbajtja e të cilave lidhet me ngjarjet traumatike dhe reaksionet disociative në të cilat individi ndjehet sikur ngjarja traumatike po ndodhë përsëri. Përpos simptomatologjisë së sipërpërmendur gjejmë edhe shqetësime intensive ose të zgjatura nga ekspozimi ndaj shenjave të jashtme ose të brendshme të cilat simbolizojnë aspekte të ngjarjes traumatike, mandej reaksione psikologjike evidente në shenjat e brendshme ose të jashtme të cilat simbolizojnë aspekte të ngjarjes traumatike. Është e njohur shmangia e vazhdueshme nga stimujt e lidhur me ngjarjen traumatike, stimuj të cilët fillojnë pas përjetimit të traumës, siç evidentohen nga njëri ose të dy këto përshkrime: Shmangie ose përpyjekje për t'ju shmangur kujtimeve shqetësuese, mendimeve ose ndjenjave të cilat janë ngushtë të lidhura me traumën dhe shmangie ose përpyjekje për t'ju shmangur përkujtuesve të jashtëm (njerëzve, vendeve, bisedave, aktiviteteve, objekteve, situatave) të cilët nxisin kujtime shqetësuese, mendime ose ndjenja të lidhura ngushtë me traumën.

Alterimet negative të njohjes dhe humorit të lidhura me ngjarjen traumatike, të filluara ose të përkeqësuar pas ngjarjes traumatike, siç evidentohet nga dy (ose

më shumë) përshkrime si: Paaftësi për të rikujtuar aspekte të rëndësishme të ngjarjes traumatike, tipike për shkak të amnezionit disociativ, ngjarje të cilat nuk kanë lidhje me lëndimet e kokës, alkoolin ose drogat. Si dhe mendime negative të vazhdueshme dhe të ekzagjeruara për vetveten, për të tjerët ose për botën.

Në elemente të tjera duhet përmendur: bindjet e gabuara e të vazhdueshme për shkaqet dhe pasojat e ngjarjes traumatike, për shkak të cilave individit e fajëson vetveten ose të tjerët. Gjendjet e vazhdueshme emocionale negative (psh. frikë, tmerr, zemërim, fajësi ose turp). Interes i ulur për pjesëmarrje në aktivitete të rëndësishme.

Ndjenë e shkëputjes ose e ftohjes nga të tjerët. Paaftësi të vazhdueshme për përjetim të emocioneve pozitive (paaftësi për të përjetuar lumturinë, kënaqësinë ose ndjenjën e dashurisë).

Alterimet e dukshme të zgjimit dhe reaktivitetit të lidhura me ngjarjen traumatike, me fillim ose përkeqësim pas zhvillimit të ngjarjes traumatike, siç evidentohet nga dy (ose më shumë) përshkrime si më poshtë:

Sjellje irritabile dhe shpërthime tipike të mllefrit në formë të agresionit fizik ose verbal kundrejt njerëzve ose objekteve, pamaturit ose sjellje vet-dëmtuese, hipervigjilencë,

përgjigje e ekzagjeruar e alarmit, probleme të koncentrimin dhe çrregullime të gjumit.

Kohëzgjatja e çrregullimit (kriteri B, C, D dhe E) është më shumë se një muaj. Çrregullimi në mënyrë sinjifikante shkakton ankth dhe paaftësi në funksionimin social, të punës dhe në fusha të tjera të rëndësishme. Çrregullimi nuk mund ti atribuohet efekteve psikologjike të substancave ose kushteve të tjera mjekësore.

Në këtë studim, për vendosje të diagnozave është aplikuar Manuali statistikor dhe i diagnozave, versionit të katërtë i rishikuar DSM-IV-TR (APA, 2000), ky manual është aplikuar për shkak se instrumenteve psikologjike të përdorura në këtë studim kanë qenë të adaptuara për DSM-IV-TR . Duhet potencuar se nuk ka dallime të rëndësishme në mes të DSM-IV-TR dhe DSM-V për sa i përket kritereve diagnostike për diagnostikim të Çrregullimit të Stresit Posttraumatik.

Për dallim nga DSM-IV-TR ku Çrregullimi i Stresit Posttraumatik bashkë me Çrregullimin e Stresit Akut, Çrregullimin e përshtatjes, Reaksionet e tjera në stresin e rëndë dhe Reaksionet në stresin e rëndë të paspecifikuar, janë shpjeguar në kapitullin e Çrregullimeve të ankthit, tek DSM-V, Çrregullimi i Stresit Posttraumatik bashkë me Çrregullimin reaktiv të atashimit, Çrregullimin e dezinhibuar të fëmijërisë, Çrregullimin e stresit akut, Çrregullimin e përshtatjes dhe Çrregullimet e tjera të stresit të lidhura për traumën janë përfshirë tek kapitulli i Çrregullimeve të lidhura me traumën dhe stresin (DSM-V, APA, 2013: 271-280).

## **2.12 Çrregullimi i stresit posttraumatik dhe komorbiditeti:**

Shkalla e ko-morbiditetit është mjaftë e lartë tek individët me ÇSPT, konsiderohet se rreth 2/3 e tyre shfaqin së paku edhe dy çrregullime tjera mendore. Të mbijetuarit e torturës me ÇSPT tregojnë simptomatologji më intensive depressive, janë më anksozë, shprehin më shumë ndjenjën e fajësisë dhe shkallë më të lartë të disfunksionimit social (Trappler, 2007: 80). Intensiteti i simptomeve të ÇSPT ka pasur strukturë të ndryshme, në rastet me simptomatologji intensive është shprehur në gati 80% të rasteve me triasin: depresioni, hipokondriaza dhe histeria. Ndërsa rastet me simptomatologji më të

rrallë janë prezente me sjellje paranoike, skizofreni dhe psikoasteni (Morina, 2010: 1171-1173, Iversen, 2009: 7-10). Veteranët zakonisht manifestojnë ndjenjën e padrejtësisë, frustrimit, jo tolerancës, shpërthime emocionale dhe humbje të kontrollit, mosbesimit dhe transferim të vazhdueshëm të akuzave për këto probleme tek të tjerët (Begic, 2007: 672). Simptomatologjia e ÇSPT në raste të rralla mund të shoqërohet edhe me simptomat disociative në formë të depersonalizimit/derealizmit (Zucker, 2006: 26). Është dokumentuar bashkëjetesa në mes të vartësisë në substanca te abuzuesit e substancave dhe ÇSPT, dhe kjo bashkëjetesë sillet në raport prej 30-55% (Papastavrou, 2011: 114). Po ashtu është verifikuar një lidhshmëri e lartë në mes të ÇSPT të ushtarakëve dhe çrregullimeve shëndetësore siç janë sëmundjet respiratore, sëmundjet mendore, gastrointestinale dhe gjenito-urinare (Schnurr, 2000: 95). Simptomatologjia e ÇSPT ka qenë e shoqëruar edhe me prezence të ankesave somatike perzistente të cilat kanë mundur të shpjegohen në aspektin klinik, por që nuk kanë mundur të verifikohen me metoda diagnostike (Ford, 2001: 847). Komorbiditeti i sëmundjeve somatike dhe ÇSPT është gjetur në 84.8% të rasteve, me mbizotërim të sëmundjeve kardiovaskulare, sëmundjeve cerebrale dhe dhembjes kronike të shpinës (Gill, 2009: 265). Komorbiditeti i ÇSPT me çrregullimet e tjera është gjetur edhe në studimin e Marmar (2015) me veteran të Vietnemit ku përkundër se kishin kaluar 40 vite prej kthimit nga lufta, 10.8 % e Veteranëve edhe më tej i plotësonin kriteret diagnostike për ÇSPT. Ndërsa Depresioni komorbid me ÇSPT u paraqit në 36.7% të rasteve të studiuara. Studimi i Marmar (2015) ka nxjerr domosdoshmërinë e pasjes së programeve rehabilituese për veteranë edhe 40 vite pas përfundimit të luftës (Marmar, 2015: 876-878, Angelaksia, 2015: 12).

Në studimin Kroat kriteret për ÇSPT i kanë plotësuar 24% e veteranëve, kriteret e ÇSPT në ko-morbiditet me ndonjë çrregullim tjetër psikiatrik i kanë plotësuar 62% e veteranëve, ndërsa nga 31% e veteranëve kanë shfaqur çrregullim depresiv, tek 22% e tyre janë evidentuar idetë vetëvrasëse dhe 9% e tyre kanë bërë tentim vetëvrasjeje (Kozaric-Kovacic, 2001: 167). Autori Avdibegovic (2010: 155) në studimin e tij me viktimat civile të Bosnjës ka konstatuar se sjelljet somatizuese dhe konditat e tjera psikologjike si p.sh çrregullimet afektive janë paraqitur si forma të zakonshme të shoqërimit me ÇSPT, po ashtu 66% e pacientëve me ÇSPT krahas ko-morbiditetit me depresionin kishin shfaqur edhe problemet me dhembje kronike (Shipherd, 2007: 160, 161). Declerc (2010: 1085) në studimin e tij e ka gjetur Aleksitim si faktor sinjifikant të përkeqësimit të simptomeve të ÇSPT. Ndërkaq Redwood-Campbell (2008) ka vërtetuar se te grupi me përvoja të torturës fizike dhe dhunës seksuale ankesat somatike zakonisht i shoqërojnë simptomat klinike të ÇSPT (Redwood-Campbell, 2008: 325). Çrregullimet e personalitetit: shmangës, paranoid, obsesiv-kompulsiv, kufitar dhe antisocial, janë çrregullimet e personalitetit më frekvente të rasteve me ÇSPT, 75% e rasteve me ÇSPT i plotësojnë kriteret edhe për së paku një çrregullim të personalitetit (Bollinger, 2000: 265, 266). Çrregullimet emocionale janë prezantuar në formë të zemërimit (90%), urrejtjes (60%) dhe çrregullimit të gjumit (80%), (Wang Shr-jie, 2010: 13). Problemet psikologjike të veteranëve të luftës janë paraqitur edhe në formë të abuzimit me alkoolin dhe abuzimi me droga të ndaluara-Marihuanës (Barret, 1988: 2705).

### **2.13 Ndikimi i faktorëve social në Çrregullimin e stresit posttraumatik:**

Në aspektin historik konfliktet ndër grupe kanë përfshirë koalicionet e burrave në luftë kundër burrave të tjerë. Burrat janë dëshmuar si nxitës dhe

viktima të agresionit në mes të grupeve (Forgas, 2011: 4). Është e njohur se personeli ushtarak është i prirë të merr përsipër një sërë rreziqesh duke filluar nga pjesëmarrja në luftëra me rrezik të lartë për dëmtim fizik dhe psikologjik, por edhe të rreziqeve të tjera siç është psh., vozitja e automjeteve të rrezikshme, si pasojë e të cilave ata shpesh bien në konflikt me rregullat ligjore (Wessely, 2005: 464). Ekzistojnë të dhëna të mjaftueshme të cilat dëshmojnë për prezencë më të madhe të dhunës familjare në familjet me veteran të luftës me përvoja traumatike dhe ÇSPT (Gerlock, 2004: 7).

Shkalla e papunësisë së Veteranëve me ÇSPT ka qenë shumë më e lartë se shkalla e papunësisë së veteranëve pa ÇSPT, po ashtu veteranët me ÇSPT gati në 50% të rasteve nuk janë martuar kurrë, ose janë divorcuar si pasojë e paaftësisë së menaxhimit të pasojave të stresit post-traumatik. Problemet familjare të formës së organizimit prindëror, raporteve dhe incidenteve violente familjare shfaqen shumë më tepër tek veteranët me ÇSPT. Sidoqoftë, studimet tregojnë se jo të gjitha familjet e veteranëve kanë organizim kaotik, të dëshpëruar ose me shqetësime të rënda, por qëndron fakti se familjet me veteran me ÇSPT janë më të rrezikuara për shfaqje të këtyre problemeve. Prandaj, sa më i hershëm që të jetë trajtimi, aq më shumë mund të zbuten dhe menaxhohen simptomat e ÇSPT e me këtë edhe të parandalohet dëmtimi i rëndë i raporteve sociale dhe familjare (Jordan, 1992: 921, 922, 923).

Për shkak se veteranët me simptomatologji të ÇSPT kanë pasur gjasa më të ulët të punësimit, është raportuar për përqindje të lartë të veteranëve (62%) të cilët jetojnë si të pastrehë dhe të cilët pas kthimit nga vatra e luftës nuk kanë marr asnjë trajtim psikiatrik (Resnick, 2008: 433). Përkrahja sociale nga shoqëria, familja, komuniteti dhe liderët shpirtëror është dëshmuar si faktorë me ndikim të

madh në zbutjen e pasojave traumatike të luftës. Në mungesë të kësaj përkrahje, gjysma e popullatës së Bosnjës tetë vite pas përfundimit të luftës ende vuante pasojat e traumave të luftës (Ringdal, 2008: 83, 84). Studimi i Kashdan (2009) ka dokumentuar se ÇSPT, depresioni dhe ankthi kanë pasur ndikim të drejtpërdrejtë në gjendjen emocionale dhe cilësinë e jetës së popullatës e cila e ka mbijetuar luftën e Kosovës. Për më tepër, problemet e popullatës me depresionin dhe ÇSPT në periudhën e pasluftës janë shfaqur edhe si rezultat i problemeve ekzistenciale dhe mos arritjes së realizimit të pritjeve dhe objektivave (Kashdan, 2009: 192, 194).

Edhe pse në praktikë mund të haset në rastet kur veteranët tentojnë ta materializojnë pjesëmarrjen në luftë, duke treguar tendenca të prezantimit (simulimit) të simptomave me intensitet më të lartë, përfshi këtu simptomat e depresionit, disocimit dhe ÇSPT, megjithatë, veteranët e diagnostikuar me ÇSPT kanë pasur shumë më tepër eksperiencë të rënda psikiatrike, posaçërisht probleme në funksionimin social kur atyre ju ka munguar përkrahja e vazhdueshme financiare (Frueh, 2003: 89, 90). Si rezultat i disfunkcionimit social gati gjysma e veteranëve të Vietnamit me ÇSPT janë arrestuar ose burgosur së paku një herë (34.2%) dhe 11.2% e tyre janë akuzuar për krime. Studimi i njëjtë ka dokumentuar se veteranët e luftës me ÇSPT kanë qenë më agresiv, kanë shfaqur probleme me gjumin, abuzim me substanca dhe alkoolin si dhe janë treguar më pak tolerant (Frueh, 2003: 88).

Edhe pse relacioni në mes të ÇSPT dhe sjelljes violente është tejet kompleks, megjithatë është parë lidhshmëria direkte në mes të zemërimit ose simptomave të ÇSPT, përfshirë këtu rikujtimet e bezdisshme, çrregullimin e gjumit, humorit të paqëndrueshëm dhe ankthit të rritur në aksione-veprime (Friel, 2008: 81).



Turpërimi dhe nënvlerësimi i mundshëm i kolegëve paraqet barrierën më të madhe si rezultat i së cilës veteranët hezitojnë të kërkojnë ndihmën profesionale edhe nëse shfaqin simptomatologji të ÇSPT (Hoge, 2004: 21).

Me qëllim të zbutjes së simptomatologjisë së ÇSPT një pjesë e veteranëve vet-medikohet dhe jo rrallë konsumojnë alkool ose edhe substanca narkotike siç është marihuana, hashishi ose heroina (Bremner, 1996: 373).

Studimet e deritanishme e konfirmojnë efektin e ÇSPT në aftësinë punuese, në të hyrat financiare dhe jetën familjare. Po ashtu është vërtetuar se te rastet me edukim të ulët rritet lëndueshmëria ndaj eksperiencave traumatike e me këtë edhe për zhvillim të ÇSPT. Aftësia e zvogëluar e punës ndikon direkt në mundësinë e punësimit. Prandaj është e domosdoshme t'i kushtohet vëmendje e duhur jo vetëm faktorëve të cilët e rrisin lëndueshmërinë në ÇSPT, por edhe ndaj faktorëve të cilët e ulin atë si psh: punësimi, përmirësimi i statusit shoqëror, integrimi social, etj (Marshall, 2001: 1470, 1471, 1472). Price (2007: 2, 3) e konfirmon faktin se përkrahja sociale ndikon në uljen e nivelit të ÇSPT dhe në ngritjen e nivelit të funksionimit social. Po ashtu ÇSPT dhe Depresioni madhor mund të shkaktojnë dashuri të varfër dhe sjellje agresive me anëtarët e familjes (Kalebic-Jakupcevic, 2011: 32, 33).

#### **2.14 Çrregullimi i stresit posttraumatik dhe rreziku për vetëvrasje:**

Vetëdëmtimi fizik paraqet një sjellje komplekse dhe shumë dimensionale dhe varet nga egërsia dhe qëllimi i veprimit. Vetëdëmtimi paraqet njërin nga faktorët me risk shumë të lartë për veprimet vetëvrasëse të më pasme. Një hulumtimin i OBSH mbi Shëndetin Mendor ka rezultuar me prevalencë jetësore të tentimeve për vetëvrasje prej 2.7%, prevalencë të ideacioneve vetëvrasje prej 9.2% dhe

planifikim të vetëvrasje prej 3.1%. Vetëdëmtimi me armë zjarri është karakteristikë kryesore e veteranëve të luftës, po ashtu është verifikuar korrelacioni në mes të tentimit të vetëvrasje dhe faktorëve të riskut siç janë: çrregullimet e humorit, çrregullimet e impulsioneve, agresivitetit, frikës, ÇSPT, etj. (Windfuhr, 2011: 42, 43, 48).

Është dokumentuar se veteranët me ÇSPT tregojnë tendencë më të lartë të ndërmarrjes së sjelljeve me risk të lartë. Kjo sjellje shpjegohet si përpjekje për tu liruar nga simptomatologjia e stresit nga traumat e luftës (Svetlicky, 2010: 280). Shkaktarët e këtyre vdekjeve ekscesive të veteranëve të luftës nuk janë të njohura mirë, por konsiderohet se sjellja riskante dhe prevalenca e lartë e depresionit të jenë si shkaktarë kryesor (Kang, 1996: 1502, 1503). Përpos kësaj, keqfunksionimi psikologjik i veteranëve i manifestuar me indisponim, irritabilitet, ankth dhe frikë përbëjnë grupin e dytë të faktorëve të riskut për sjellje vetëvrasëse. Në grupin e tretë të faktorëve të riskut duhet përmendur kënaqësinë e ulët për jetën, aftësinë e reduktuar për ta pranuar realitetin jetësor, vetë-kujdesin e zvogëluar, mërzinë dhe vetëkritikën, pa aftësinë për të planifikuar jetesën dhe agresivitetin e rritur (Jankovic, 1998: 334, 335).

Kleespies (1999), në studimin e tij rekomandon që në menaxhimin e riskut për vetëvrasje të respektohen dy shtyllat kryesore: dokumentimi i riskut dhe konsultimet profesionale. Dokumentimi duhet të dëshmoj për prezencën e ndonjë çrregullimi paraprak si psh: Çrregullimi depresiv, ÇSPT, abuzimi me substanca dhe alkool, çrregullim i personalitetit etj. Përmes konsultimeve me profesionistët e tjerë sigurohet vlerësimi i riskut dhe menaxhimi racional i tij (Kleespies, 1999: 458, 459, 460). Vlerësimi dhe konsultimi shihet si shumë i rëndësishëm posaçërisht për veteranët e vjetër ngase ata kanë shfaqur shkallë më të lartë të

riskut për vetëvrasje (Kaplan, 2012: 133), përpos kësaj grupi i veteranëve të vjetër me ÇSPT jetësore kanë pasur shkallë të lartë të depresionit, impulsivitet dhe agresivitet më të lartë. Individët me ÇSPT në mënyrë sinjifikante kanë pasur më shumë tentime vetëvrasëse (Oquendo, 2005: 563, 564). Ekziston lidhshmëri e ngushtë në mes të ÇSPT dhe ideacioneve, riskut dhe vetëvrasjeve të realizuara. Në të gjitha rastet me depresion ko-morbid rritet risku dhe shkalla e vetëvrasjeve të realizuara, ndër faktor të tjerë provokues përmenden edhe kushtet e vështira jetësore, vetë-medikimi, ataku i panikut, etj (Gradus, 2010: 4, 5). Shkalla e vetëvrasjeve te veteranët është shumë më e lartë se te popullata civile, në 41.6% të rasteve ato janë kryer me armë zjarri. Rastet të cilat kanë arritur ta realizojnë vetëvrasjen me armë zjarri kanë pasur disa karakteristika të përbashkëta: të gjithë kanë qenë të gjinisë mashkullore, jetesë në kushte social-ekonomike shumë të vështira, të zhgënjyer për shkak të statusit shoqëror të pa zgjidhur, jetesa në vetmi në kushte urbane (Desai, 2008: 725, 727). Është e rëndësishme të përmendet se brenda normave kulturore të përbashkëta, grupe të njerëzve arrijnë të njohin traditat dhe mënyrat e sjelljes së tyre deri të konceptet e caktuara përfshirë këtu idenë ose veprimin vetëvrasës (Pridmore, 2013: 148). Desai (2008) sugjeron krijimin e kornizës vlerësuese për vetëvrasjen e cili më pas do të mund të shërbej për shumë kultura për të vlerësuar riskun e real nga vetëvrasja. Qasja e lehtë te armët e zjarrit e ka rritë dukshëm riskun për vetëvrasje të veteranëve, këtë gjendje e komplikon edhe më tepër mungesa e përkrahjes sociale (Desai, 2008: 726, 727). Reduktimi i simptomatologjisë së çrregullimit depresiv të veteranëve është konstatuar se mund t'i ulë për 46.9% ideacionet vetëvrasëse (Goldney, 2000: 103).

Marshall (2001) në studimin e tij ka ardhur në përfundim se përkeqësimi, komorbiditeti dhe ideacionet vetëvrasje janë statistikisht dhe klinikisht të lidhura me simptomet e ÇSPT. Kështu, rastet me ÇSPT kanë treguar tendencë shumë më të lartë të rrezikut për vetëvrasje se sa rastet me çrregullimin obsesiv-kompulsiv, çrregullim të panikut dhe fobitë sociale. Sipas Marshall, rreziku është paraqitur edhe më i lartë nëse krahas ÇSPT është verifikuar edhe prezenca e çrregullimit depresiv ko-morbid (Marshall, 2001: 1470, 1471). Me qëllim të zbutjes së këtij fenomeni, politikat preventive të vetëvrasjes së veteranëve të luftës duhet të fokusohen në menaxhimin e faktorëve të riskut përmes zbutjes ose uljes së ndikimit të tyre (Miller, 2009: 497, 498).

Në faktorët me predispozitë të lartë për nxitje të sjelljeve riskante të veteranëve duhet përmendur ndjenjën e fajësisë për viktimat e shkaktuara dhe ndjenjën e turpit për pasojat nga veprimet luftarake (Gray, 2003: 39). Në të tilla raste tentuesit e vetëvrasjes përjetojnë eksperiencë të pafuqisë dhe humbje të shpresës, sidomos kur familjarët e afërt vuajnë nga pasojat e luftës ose nga ndonjë sëmundje kronike, gjendje të cilat shihen edhe si të pakalueshme dhe shoqërohen me lodhje kronike, anhedonia, irritabilitet, melankoli dhe tendenca për abuzim të substancave ose alkoolit. Këta tentues demonstrojnë tendenca të larta të vetë-izolimit, shmangies sociale, vetëvlerësimit të ulur, ideacione kronike vetëvrasëse dhe aftësi të varfra për zgjidhje të problemeve (Klott, 2004: 311, 312, 313).

Vetëvrasjet e veteranëve pas kthimit nga vatrat e luftës dhe pensionimit, kanë fituar më shumë vëmendje sidomos pas përfundimit të luftës së Vietnamit. Ata kanë shfaqur shkallë shumë më të lartë të ideacioneve vetëvrasëse dhe të tentim vetëvrasjeve se sa luftëtarët veteran të luftërave të tjera. Studimi i Rozanov (2012) e ka konfirmuar kategorinë e veteranëve ushtarak si grupin me

rrezikshmëri të lartë për vetëvrasje, e gjithë kjo pasojë e qëndrimit të gjatë në zona të luftës dhe numrit të madh të eksperiencave traumatike (Rozanov, 2012: 2514).

Autori Ilgen (2010) në studimin e tij “Diagnozat psikiatrike të veteranëve dhe rreziku për vetëvrasje”, ka konstatuar se fortësia e lidhshmërisë në mes të diagnozës specifike dhe vetëvrasjes në mes të gjinive ndryshon thelbësisht. Tek meshkujt, çrregullimi bipolar është fuqishëm i lidhur me vetëvrasjen, ndërkaq abuzimi me substance është më shumë i lidhur me vetëvrasjen e femrave (Ilgen, 2010: 1155, 1156).

Është e domosdoshme të monitorohen grupet me rrezikshmëri të lartë për vetëvrasje, posaçërisht është i domosdoshëm trajtimi efektiv i personave me ÇSPT dhe multimorbiditet komorbid (Calabrese, 2011: 1077).

Adresimi i ideacioneve vetëvrasëse dhe i faktorëve shoqëruar të riskut është shumë kompleks dhe nuk mund të shihet vetëm si problem i institucioneve shëndetësore. Mbi 80% e veteranëve të cilët kanë realizuar vetëvrasjen para aktit janë vizituar në institucionet shëndetësore dhe tek ata nuk janë vërejtur shenja të ideacioneve ose tendencave vetëvrasëse. Përkujdesja shëndetësore e bazuar në strategjitë e identifikimit të hershëm të riskut për vetëvrasje dhe koordinimi i aktiviteteve me sektorët e tjerë të shoqërisë mund të kontribuojnë në parandalimin dhe uljen e shkallës së vetëvrasjeve tek veteranët e luftës (Denneson, 2010: 1195, 1196, Belik, 2009: 99, 102).

## **2.15 Metodatat e trajtimit të ÇSPT të bazuara në evidenca.**

Evidencat e bazuara në fakte flasin se Psikoterapia paraqet formën më efektive të trajtimit të ÇSPT (Cukor, 2010: 82). Ndërsa terapia konjitive bihejviorale (CBT) paraqet formën më efektive psikoterapeutike për trajtim të ÇSPT (Rosenberg, 2002: 4). CBT është formë e terapisë së fokusuar në trauma dhe përbehet nga terapia konjitive, terapia e ekspozimit, teknikat e relaksimit dhe edukimi i individit për ÇSPT (Richardson, 2012: 57). Qasja e CBT është e bazuara në parimin themelor sipas së cilit një individ luanë rol të rëndësishëm në zhvillimin e reagimeve emocionale dhe të sjelljes në situatat jetësore. Në këtë model të CBT-së, proceset njohëse në formën e kuptimeve, gjykimeve, supozimeve dhe vlerësimeve që lidhen me ngjarje të veçanta të jetës, janë përcaktuesit kryesorë të ndjenjave dhe veprimeve në përgjigjet ndaj ngjarjeve të jetës dhe në këtë mënyrë ose lehtësojnë ose pengojnë procesin e adaptimit (I.M.N.A: 237, 238). Duhet potencuar se CBT e hershme është dokumentuar se përshpejton korrigjimin e simptomatologjisë së ÇSPT (Sijbrandij, 2007: 88). Domosdoshmëria për programe të trajtimit psikologjik dokumentohet edhe me evidencat e numrit të madh i veteranëve me ÇSPT, në Departamentin për Veteran të luftës të ShBA janë të evidentuar afër 1.2 milion veteran dhe këta përbëjnë vetëm popullatën e veteranëve të luftës të viteve 2002-2012, nga këta 21.5% janë të diagnostikuar me ÇSPT dhe me simptomatologji pozitive të ankthit dhe depresionit. Duke i pasur në konsideratë problemet e shfaqura nga veteranët edhe trajtimi i veteranëve me ÇSPT duhet të jetë shumë dimensional dhe përpos përmirësimit të faktorëve socio-ekonomik rendësi të veçantë duhet kushtuar trajtimit medikamentoz dhe psikoterapeutik (Richardson, 2012: 61). Ambienti më i pranueshëm për diagnostikim dhe trajtim të ÇSPT dhe çrregullimeve të tjera është treguar kujdesi parësor shëndetësor (Davidson, 2001: 587). Krahas CBT

dhe psikoterapisë mbështetëse, aplikimi edhe i farmakoterapisë në pakon terapeutike posaçërisht i antidepressivëve të grupit të SSRI-ve janë dëshmuar si metodat më të përshtatshme për trajtimin e ÇSPT dhe çrregullimeve komorbide me ÇSPT (Kaplan&Sadock, 2007: 622). Ndërsa për një trajtim edhe më të suksesshëm të ÇSPT duhet llogaritur në korrigjimin e të gjithë faktorëve kontribuues, ngase nga adresimi i vetëm një faktori nuk mund të arrihen rezultatet e dëshiruara (Lanius, 2007: 1630).

Krahas CBT të përendur si më lartë, janë të njohura edhe teknika të tjera të trajtimit psikoterapeutik të ÇSPT, siç janë TFEBT (Trauma Focused CBT), dhe EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) 8-12 sesionesh terapeutike. Të dy këto teknika janë variante të CBT (Bisson, 2007: 101).

Një teknikë tjetër e cila është treguar mjaft e suksesshme në trajtimin e viktimave të luftës së Kosovës është teknika “Mendje-Trup”, kjo teknikë në mënyrë sinjifikante i ka ulur simptomat e ÇSPT (Gordon, 2004: 146).

Një kujdes i rëndësishëm duhet kushtuar edhe socioterapisë përmes aktiviteteve në klubet e veteranëve (si aktivitete grupore). Kjo teknikë e ngjall ndjenjën e identifikimit pozitiv me grupin, e ulë shkallën e stigmës, e ulë ankthin dhe më e rëndësishmja e ulë dukshëm prezencën e ideve vetëvrasëse (Koic, 2005: 46).

Fillimi me kohë i trajtimit dhe qasja shumëdimensionale ndaj ÇSPT është e domosdoshëm edhe për të parandaluar dhe minimizuar sjelljet e rrezikshme siç janë tentim vetëvrasjet. Padyshim se adresimi i ideacioneve vetëvrasëse dhe i faktorëve shoqëruar të riskut është shumë kompleks dhe nuk mund të shihet vetëm si problem i institucioneve shëndetësore. Është e njohur se mbi 80% e veteranëve të cilët kanë realizuar vetëvrasjen, para aktit janë vizituar në

institucionet shëndetësore dhe tek ata nuk janë vërejtur shenja të ideacioneve ose tendencave vetëvrasëse (Denneson, 2010: 1196) . Përkujdesja shëndetësore e bazuar në strategjitë e identifikimit të hershëm të riskut për vetëvrasje dhe koordinimi i aktiviteteve me sektorët e tjerë të shoqërisë mund të kontribuoj në parandalimin dhe uljen e shkallës së vetëvrasjeve tek veteranët e luftës.

Është e rëndësishme të potencohet se periudha e pasluftës e ka gjetur Kosovën me Institucione Shëndetësore të shkatërruara dhe me numër të vogël të profesionistëve shëndetësor, problem i cili ka sjellë deri te kufizimi i madh i mundësisë për trajtim të veteranëve me ÇSPT (Agani, 2001: 2). Ndërtimi i kapaciteteve të reja dhe reforma e Shërbimeve të Shëndetit Mendor ka filluar në vitin 2002, pas transferimit të kompetencave nga UNMIK në Institucionet e Përkohshme të Vetëqeverisjes të Kosovës, të përkrahura nga organizatat e ndryshme donatore dhe OBSH (De Vries, 2006: 248). Ky riorganizim ka krijuar kushtet e favorshme për ndërtimin e kapaciteteve infrastrukturore dhe të potencialeve njerëzore të mjaftueshme për tu ballafaquar me probleme specifike siç janë traumat e luftës dhe pasojat e tyre.



### **III. Kapitulli i tretë**

Në këtë kapitull janë përshkruar materialet e punës dhe metodologjia e studimit si dhe kufizimet e studimit. Në kuadër të materialeve e punës janë paraqitur testet e shfrytëzuara për këtë studim si: testi i harvardit për traumën, testet e Bekut për depresionin dhe vetëvrasjen, mandej gjendja e përgjithshme shëndetësore është testuar me MINI testin neuropsikiatrik, ndërsa cilësia e jetës së veteranëve të luftës është bërë me MANSA testin. Në këtë kapitull është përshkruar edhe metodat e përpunimit statistikor dhe kufizimet e studimit.

### **3.1 Metodologjia**

Në këtë kapitull përshkruhet metoda e përdorur në këtë studim dhe kampionimi.

Më pas shpjegohen instrumentet e përdorura, mënyra e përzgjedhjes së kampionit, mbledhja dhe mënyra e përpunimit të dhënave.

#### *3.1.1 Materialet e punës:*

Është aplikuar teknika e studimit cross-sectional, ndërsa si instrumente janë aplikuar pyetëtorët specifik: Pyetëtori i Harvardit për traumat (Harvard Trauma Questionnaire- HTQ), Pyetëtori i Bekut për depresion dhe pyetëtori i Bekut për idetë vetëvrasëse, Mini Intervista Ndërkombëtare Neuropsikiatrike (Mini International Neuropsychiatric Interview MINI) versioni në Shqip 5.0.0 (Morina 2005), si dhe Testi për vlerësimin e shkurtër të cilësisë së jetës-MANSA (The Manchester Short Assessment of Quality of Life, Pribe 1999)

Pyetëtori i Harvardit (HTQ), MANSA dhe pyetëtorët e Beck-ut janë validizuar nga Wenzel në studimin e vitit 2006, Qendra Kosovare e Rehabilitimit të Mbijetuarve të Torturës (QKRMT) dhe Komiteti Danez për Refugjatë (DRC), (Wenzel, 2006: 17).

Pyetëtori i Harvardit për trauma (HTQ) në pjesën e parë përshkruan strukturën e ngjarjeve traumatike të përjetuar, në pjesën e dytë i traumatizuar e përshkruan me fjalë të tij ngjarjen traumatike, ndërsa në pjesën e tretë identifikon simptomat (shenjat) e traumës. Simptomat e evidentuara të ÇSPT vlerësohen sipas algoritmit të Grupit të Harvardit për trauma dhe refugjatë. Algoritmi kërkon prezencën e së paku një nga katër simptomat e re-eksperiencave, së paku tri nga shtatë simptomat e mpirjes emocionale dhe së paku dy nga pesë simptomat e zgjimit emocional (HTQ 1998). Pyetëtori i Harvardit për traumat (HTQ) është treguar si instrument i

përshatshëm për vlerësim të ÇSPT, Depresionit dhe Ankthit në të gjitha gjuhët. Po ashtu HTQ është instrument i mirë psikometrik edhe për rastet e rënda në të cilat faktorët kulturor kanë ndikim të madh (Kleijn, 2001: 530). Në studimin e Wenzel (2009: 242) me popullsinë civile të Kosovës HTQ ka pasur konsistencë të brendshme ( $\alpha$ - koeficienti i Cronbach-së) prej 0.94, ndërsaq në studimet e Lopez-Cordoso (2000: 572) HTQ ka pasur konsistencë të brendshme ( $\alpha$ ) prej 0.81.

Pyetëtori i Bekut për depresion i aplikuar në këtë studim përbehet nga 22 pjesë me përshkrime të gjendjes emocionale dhe me nga katër opsione për përgjigje. Secila gjendje mund të poentohet nga 0-3 pikë me total nga 0-96 pike. Të gjitha gjendjet me vlerësim nga 0-10 pikë janë cilësuar si gjendje normale e humorit, gjendjet me vlerësim 11-16 pikë janë cilësuar si shqetësim i butë, gjendjet me vlerësim 17-20 pikë janë cilësuar si depresion kufitar, gjendjet me vlerësim 21-30 pikë janë cilësuar si depresion i moderuar, gjendjet me vlerësim 31-40 pikë janë cilësuar si gjendje me depresion të rëndë dhe gjendjet me vlerësim mbi 40 pikë janë cilësuar si gjendje me depresion ekstrem.

Prezenca e ideve dhe e riskut për vetëvrasëse është vlerësuar me pyetëtorin e Beck-ut dhe me pjesën e pyetëtorit të MINI për vetëvrasje. Pyetëtori i Beck-ut është i ndërtuar nga 19 pyetje të cilat kategorizohen në tri kategori: kategoria e parë ka të bëjë me identifikimin e dëshirave aktive për vetëvrasje, me kategorinë e dytë vlerësohet prezenca e aktiviteteve përgatitëse për vetëvrasje dhe me kategorinë e tretë vlerësohet prezenca e dëshirave pasive vetëvrasëse. Të gjitha pyetjet mund të përgjigjen me opsionet 0-2 dhe mund të kenë një rezultat prej 0-38 (Beck 1979). Vlerësimi i riskut për vetëvrasje është bërë edhe me pyetëtorin e modifikuar të MINI, me pikëzim nga 1-10 pikë. Gjendjet me 1-5 pikë janë konsideruar si gjendje me risk të ulët për vetëvrasje, gjendjet me 6-9 pikë janë

konsideruar si gjendje me risk mesatar për vetëvrasje dhe të gjitha gjendjet me mbi 10 pikë janë konsideruar si gjendje me risk të lartë për vetëvrasje.

Mini Intervista Ndërkombëtare Neuropsikiatrike, versioni në Shqip 5.0.0 përbëhet nga 16 module dhe secili modul vlerësohet me dy opsione po/jo (Morina 2005: 1170).

Pyetëtori MANSA është i përbërë nga 12 pyetje përmes të cilave vlerësohet cilësia e jetesës, jeta sociale, raportet familjare, gjendja financiare, kushtet e jetesës, siguria fizike, gjendja e përgjithshme shëndetësore dhe mendore.

Pyetëtori është përkthyer në Shqip dhe është bërë ri-përkthimi në Anglisht, më pas nga anglishtfolësit është krahasuar me versionin e parë të anglishtes dhe ka rezultuar pa ndryshime esenciale. Me qëllim të ruajtjes së aplikueshmërisë, disa nga pyetjet për nivelin e të ardhurave dhe kushtet e jetesës janë adaptuar për kushtet e Kosovës. Për përgjigje në pyetjet e pyetëtorit MANSA janë përdorur vlerësimet nga 1-7, përkatësisht nga (1)-S'ka si te jetë më keq deri te (7)-S'ka ku të shkoj më mirë (Pribe, 1999: 10, 11).

### *3.1.2 Metodologjia e punës:*

I tërë projekti studimor është zhvilluar në tri faza, në fazën e parë është përcaktuar madhësia dhe është zgjedhur kampioni, në fazën e dytë është intervistuar kampioni i përzgjedhur dhe në fazën e tretë është bërë analiza dhe interpretimi statistikor i të dhënave të fituara.

I gjithë grupi i përfshirë në studim është përzgjedhur nga listat e anëtarësisë së Shoqatës së Veteranëve të Luftës së Kosovës, degët në Gjilan, Viti dhe Kaçanik. Për përfshirje në studim janë dërguar 250 ftesa, pozitivisht janë përgjigjur 215

(86%) veteran. Me të gjithë veteranët është mbajtur intervistë individuale ballë për ballë, është aplikuar modeli i intervistës gjysmë të strukturuar dhe intervistat mesatarisht kanë zgjatur 60-90 minuta. Të gjithë veteranëve fillimisht ju është ofruar për pranim formulari i pajtueshmërisë, më pas të gjithëve ju janë dhënë shpjegime mbi përmbajtjen e pyetësorëve dhe me teknikat e intervistimit. Për të gjithë është aplikuar teknike e njëjtë, fillimisht është plotësuar formulari me të dhënat e përgjithshme, mandej janë realizuar intervistat dhe plotësuar pyetësorët.

Për qëllime të lehtësimit të analizës së të dhënave, i tërë grupi i studiuar është ndarë në 4 grupmosha, grupmoshën e parë e kanë përbërë: veteranët me moshë nën 35 vjeç, grupmoshën e dytë e kanë përbërë veteranët e moshave 36-45 vjeçare, grupmoshën e tretë veteranët e grupmoshave 46-55 vjeçare dhe grupmoshën e katërt e kanë përbërë veteranët me moshë mbi 56 vjeç.

Në varësi nga niveli i arritur i edukimit, grupi i studiuar është kategorizuar në 5 grupe: edukim fillor, edukim të mesëm, studentët, edukim të lartë dhe edukim superior.

Për vlerësim të statusit të punësimit janë marr në konsideratë 4 kategori: të pa punësuar, me punë të përkohshme, me punë të përhershme dhe kategoria pensioner.

Për të vlerësuar nivelin e të ardhurave janë marr në konsideratë të ardhurat mujore individuale, ndërsa i tërë kampioni është grupuar në grupin pa asnjë të ardhur, mandej në grupin me të ardhura shumë të ulëta: nën 100 euro/muaj, grupin me të ardhura të ulëta: 101-200 euro/muaj, grupin me të ardhura mesatare mujore: 201-400 euro/muaj dhe në grupin me të ardhura të larta: mbi 400 euro/muaj.

Si modele të jetesës janë marr në konsideratë modeli i jetesës në bashkësi të madhe familjare, jetesa në familje të ngushtë dhe jetesa në vetmi.

I tërë kampioni është grupuar në bazë të gradës ushtarake që ka pasur gjatë luftës dhe atë në: ushtarë, nënoficer, oficer dhe oficer i lartë.

Nga të dhënat e fituara në intervista është përgatitur baza e të dhënave statistikore me programin softuerik SPSS-20. Në procesin e analizimit dhe interpretimit të të dhënave të fituara janë marr në konsideratë: frekuencat, one way-anova, testi post hoc Tukey, Kruskal-Wallis testi, ANOVA, testi i homogjenitetit Levene dhe Welch, dhe korrelacioni i variablave i Pirsonit.

### **3.2 Kufizimet e studimit:**

Në studim janë përfshirë vetëm veteranët e luftës të periudhës 1998-99. Në studim nuk janë përfshirë veteranët të cilët kanë marr pjesë në luftërat e vendeve të rajonit dhe nuk janë përfshi veteranët anëtar të Organizatave të Veteranëve të Luftës të cilët kanë emigruar jashtë vendit.

Për shkak se përgatitja e studimit dhe një pjesë e tij është realizuar gjatë vitit 2013 dhe 2014, pyetësorët e aplikuar janë përshtatur kritereve diagnostike të DSM-IV-TR.

Në studim janë përfshi vetëm veteranët e luftës me vendbanim në Kosovë.

**Delimitimet:** Studimi nuk është kufizuar në kohëzgjatjen e pjesëmarrjes aktive në luftë dhe nuk është kufizuar nga numri i eksperiencave traumatike të luftës.

#### **IV. Kapitulli i katërt**

Në kapitullin e katërtë janë paraqitur rezultatet e studimit. Fillimisht janë paraqitur të dhënat demografike, përfshirë këtu moshën, gjininë, nivelin e arsimimit dhe statusin civil, më pas janë paraqitur karakteristikat sociale të veteranëve. Është paraqitur niveli i punësimit dhe të ardhurave personale dhe ndikimi i karakteristikave demografike dhe sociale në perceptimin e kënaqësisë me jetën. Një hapësirë e rëndësishme i është kushtuar prezantimit të modeleve të jetesës dhe ndikimit të bashkësisë familjare në integrimin social të veteranit me trauma të luftës. Krahas elementeve të sipërpërmendura janë përshkruar edhe karakteristikat e sjelljeve sociale, është përshkruar niveli i ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje të veteranëve ndaj forcës kundërshtare. Mandej janë krahasuar shkalla e manifestimit të urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje me popullatën civile me përvoja traumatike.

Në vazhdim të këtij kapitulli janë paraqitur në mënyrë të detajuar çrregullimet psikologjike të bazuara në DSM-IV-TR dhe DSM-V, janë paraqitur po ashtu edhe çrregullimet psikologjike në komorbiditet me ÇSPT, për të vazhduar më pas me paraqitjen e ndikimit të numrit të eksperiencave traumatike në zhvillimin e mëvonshëm të ÇSPT.

Në këtë kapitull janë paraqitur edhe rezultatet e analizës së korrelacionit në mes të ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje me çrregullimet psikologjike.

Ndërsa në pjesën e fundit të kapitullit janë paraqitur ndikimet e faktorëve social dhe psikologjik në shkallën e rrezikut për sjellje vetë-dëmtuese të veteranëve.

Analiza e regresionit është paraqitur në pjesën e fundit të këtij kapitulli.

## Rezultatet e studimit

### 4.1 Karakteristikat demografike:

Në këtë studim kanë marr pjesë 215veteran, të gjithë të gjinisë mashkullore, me moshë mesatare 42.9 vj dhe DS 7.89. Veteranët e përfshirë në studim ju takonin moshave të ndryshme duke filluar nga 33 vjeç deri në 60 vjeç. Në tabelën nr. 4: është paraqitur struktura e kampionit e ndarë në katër grup moshë: grup moshën nën 35vj, 36-45vj, 46-55vj dhe mbi 56vj. Në tabelë mund të vihet re se grupin më të madh e përbënte pjesa e kampionit e grup moshës 36-45 vjeçare (47.7%), grupin i dytë më i madh përbëhej nga kampioni i grup moshës 46-55 vj (24.7%) dhe në grupin e tretë kampioni i grup moshës nën 35vj (19.5%). Përgjithësisht, 67% e veteranëve ju përkisnin grup moshave nën 45vj dhe nëse merret në konsideratë fakti se nga përfundimi i luftë kanë kaluar 15 vite, rezulton se 67% e kampionit në kohën e luftës të ketë qenë në mes moshës 22 dhe 38 vjeçare, moshë e pjekur për të marr përgjegjësit për të zhvilluar, udhëhequr dhe fituar një luftë çlirimtare.

Tabela nr. 4: Grup moshat:	Frekuencat	Përqindja valide	Përqindja e shtuar
<35	42	19.5	19.5
36-45	102	47.4	67.0
Valide 46-55	53	24.7	91.6
>56	18	8.4	100.0
Total	215	100.0	

Niveli i arsimimit, si element i dytë socio-demografik është prezentuar në tabelën nr. 5, kampioni i përfshirë në studim mbizotërohej nga pjesëmarrësit me arsimim të mesëm 48.4%, mandej me arsimim fillor 18.6%, me koleg të



përfunduar rezultuan 10.2%, dhe me studime superiore rezultuan 14.88% e kampionit. Përgjithësisht nivel i ulët dhe mesatar i arsimimit është gjetur tek 74.9% e kampionit. Ky nivel i arsimimit ka të bëjë edhe me angazhimin e hershëm në aktivitetet luftarake mbrojtëse, për shkak të cilave ish-ushtarët tani veteran të luftës e kanë ndërprerë shkollimin që në moshë të re, ndërkaq angazhimi i tyre në procesin e arsimimit pas përfundimit të luftës ka rezultuar me interesim të pamjaftueshëm.

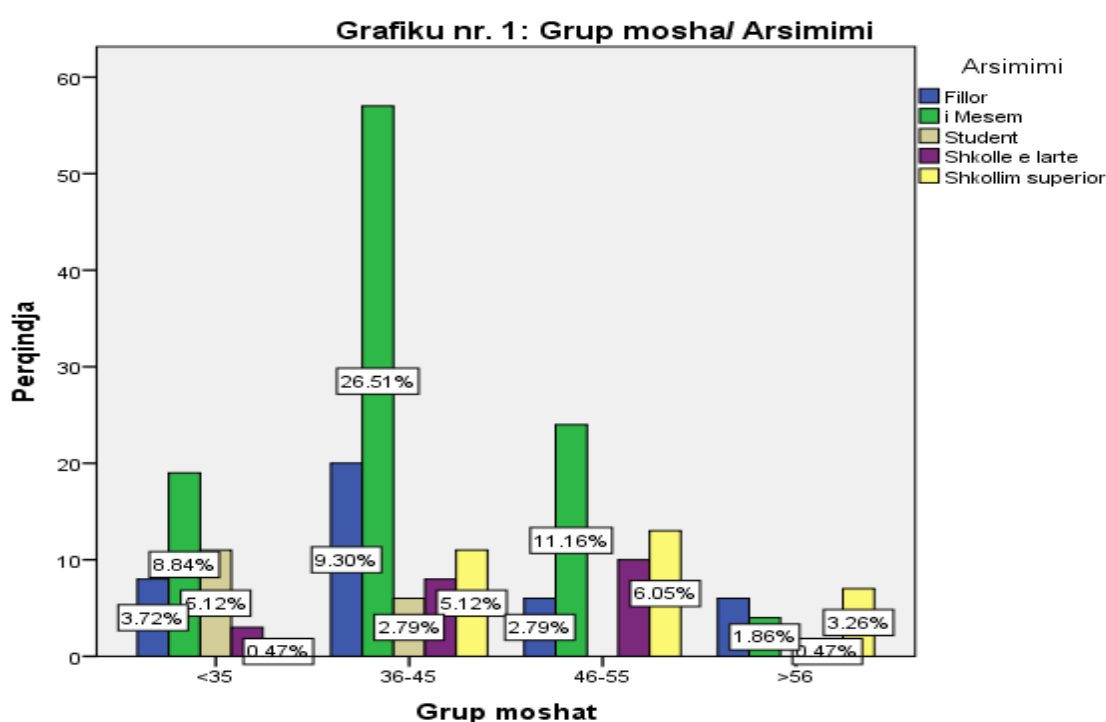
Tabela nr. 5: Niveli i Arsimimit:		Frekuenca	Përqindja valide	Përqindja e shtuar
Valide	Fillor	40	18.6	18.6
	i Mesëm	104	48.4	67.0
	Student	17	7.9	74.9
	Kolegj të përfunduar	22	10.2	85.1
	Shkollim superior	32	14.9	100.0
	Total	215	100.0	

Nga analiza e rezultateve të fituara mund të konstatohej se në mes të grup moshave kishte dallim sinjifikant për nivelin e arritur të arsimimit ( $F = (7.49, 5) 4/203; p = 0.05$ ), po ashtu evidentohet dallimi sinjifikant për nivelin e arritur të arsimimit edhe brenda grup moshave (Tabela nr. 6).

Me testin post hoc Tukey në nivel të  $p = .05$  janë specifikuar dallimet në nivelin e arsimimit në mes të grup moshave, grup moshë nën 35 vje për nivelin superior të arsimimit kishte arritje sinjifikante më të ulët ( $p = 0.08$ ) se grup moshë 46-55 vje, po ashtu dallim statistikor i rëndësishëm në nivelin superior të arsimimit është evidentuar edhe në mes të grup moshës 36-45 vje ( $p = .015$ ) dhe grup moshës 46-

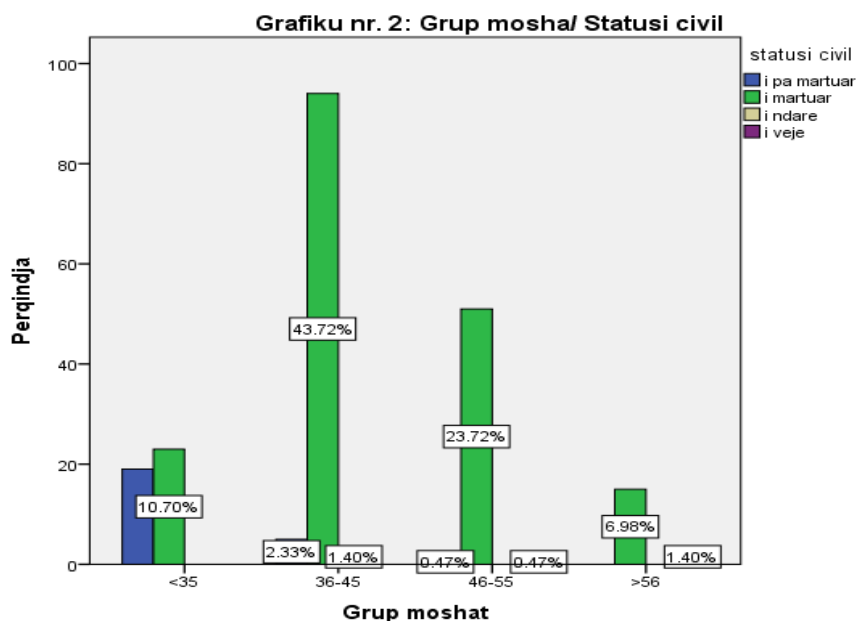
55vj (p= .05). Dallimet në arritjet arsimore në mes të grup moshave janë prezantuar edhe në grafikun nr. 1.

Tabela nr. 6: ANOVA/ Grup moshë/ Arsimimi	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	20.824	3	6.941	4.203	.007
Brenda grupeve	348.506	211	1.652		
Total	369.330	214			



Përsa i përket statusit civil, pjesa dërrmuese e kampionit (85.1%) rezultuan me statusin civil të martuar (Grafiku nr.2), nga këta 43.72% i takonin grup moshes 36-45 vj, 23.72% grup moshës 46-55 vj dhe 10.7% grup moshës nën 35 vj. Në modelin kulturor të Kosovës, martesë njihet si një obligim i cili duhet përmbushur para moshës 30 vjeçare. Statusi civil te ky kampion është i ndërlidhur edhe me faktorët social sidomos jetesës në bashkësi familjare të mëdha dhe modelit të

përkrahjes së ndërsjellë në mes të familjarëve, faktor këta me ndikim esencial në statusin civil dhe pozitën e veteranit brenda një familje tradicionale.



Analiza e variablave grup moshë/ statusi civil, në nivel të  $p=.05$  ka rezultuar me dallim statistikor të rëndësishëm në mes të grup moshave ( $p= .000$ ) dhe brenda grup moshave ( $F= (54.67, 3) 8.302, p= .000$ ). Përderisa tek grup moshë nën 35 vj ka një gjendje të përafërt në mes të statusit civil i martuar dhe i pamartuar, te grup moshat tjera statusi civil i martuar i mbizotëron të gjitha gjendjet tjera civile (i ndarë, i vejë).

#### 4.2. Karakteristikat sociale:

Për të paraqitur gjendjen sociale të kampionit janë marr në konsideratë disa faktorë siç janë: shkalla e punësimit, niveli i të ardhurave mujore, kushtet dhe format e jetesës, angazhimi në aktivitetet të lira dhe shprehja e kënaqësisë me cilësinë e jetës.

Statusin e punësimit si faktorë të rëndësishëm social e kanë deklaruar të pazgjidhur 55.8% e veteranëve, nga këta rezultoi se 42.8% prej tyre nuk ishin të

punësuar dhe nuk ishin punësuar asnjëherë, ndërsa 13% e veteranëve rezultoi të kenë pasur periudha të shkurtëra të punësimit në kohëzgjatje prej 1 javë deri në 6 muaj, por pa një kontinuitet të punësimit ndër vite. Nga i gjithë grupi, vetëm 42.3% e veteranëve kanë pasur një punësim me kontratë të qëndrueshme (Tabela nr. 7).

Niveli i të ardhurave mujore është konsideruar si faktorë i dytë me ndikim në statusin social të kampionit. Bazuar në nivelin e të ardhurave mujore, 41.4% e veteranëve jetojnë pa asnjë të ardhur mujore dhe 4.7% e veteranëve jetojnë me të ardhura nën 100 euro/ muaj, këto dy grupe kanë rezultuar si grupet me problemet më të rënda sociale. Këtyre grupeve të veteranëve me probleme të rënda sociale i bashkëngjitet edhe grupi prej 19.1% me të ardhura shumë të ulëta: 101-200 euro për muaj. Studimi nxjerr në pah faktin se vetëm 16.7% e veteranëve jetojnë me të ardhura mujore mesatare ose mbi mesataren e Kosovës (Tabela nr. 7).

Tabela nr. 7: Karakteristikat sociale (n=215)	Nr	%
<b>Punësimi:</b>		
I papunësuar	92	42.8
Përkohësisht i punësuar	28	13
I punësuar	91	42.3
Pensioner	4	1.9
<b>Të hyrat/ të ardhurat:</b>		
Pa të ardhura	89	41.4
Të ardhurat shumë të ulëta: nën 100 euro/muaj	10	4.7
Të ardhura të ulëta: 101-200 euro/muaj	41	19.1
Të ardhura mesatare: 201-400 euro/muaj	39	18.1
Të ardhura të larta: mbi 400 euro/muaj	36	16.7

Në tabelën nr. 8 është paraqitur analiza e variablave grup mosha/statusi i punësimit, të dhënat e fituara nxjerrin në pah dallimin sinjifikant në shkallën e punësimit ( $p=.05$ ) në mes të grup moshave ( $F= (29.7, 3) 10.419, p=.000$ ). Me testin e Levenes ( $F=7.46, p=.000$ ) është verifikuar homogjeniteti i kampionit, shkalla e papunësisë ka pasur ndikim dhe shtrirje të njëjtë në të gjitha grup moshat.

Tabela nr. 8: ANOVA/ Grup mosha/ Punësimi	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	15.666	3	5.222	10.419	.000
Brenda grupeve	105.748	211	.501		
Total	121.414	214			

Siç mund të shihet në tabelën nr. 9, nga i tërë kampioni, shkallën më të ulët të punësimit ka rezultuar ta ketë grup mosha nën 35vj me vetëm 3.3%, ndërsa shkalla më e lartë e punësimit ka rezultuar për grup moshën 36-45vj me 20.5% dhe grup moshën 46-55vj me 14.9%.

Tabela nr. 9: Grup moshat/ Statusi i punësimit	I papunë		Punë e përkohshme		I punësuar		Pensioner	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Nën 35 vj	34	15.8	1	0.5	7	3.3	0	0
36-45 vj	38	17.7	20	9.3	44	20.5	0	0
46-55 vj	14	6.5	7	3.3	32	14.9	0	0
Mbi 56 vj	6	2.8	0	0	8	3.7	4	1.9
Total	92	42.8	28	13	91	42.3	4	1.9

Me metodën e krahasimeve të shumëfishta (Post hoc / Tukey) të prezentuar në tablen nr. 10, janë prezentuar të dhënat për variablën e punësimit sipas grup moshave dhe rezultoi se grup mosha: nën 35vj ( $p= .05$ ) në raport me grup moshën 36-45 vj ( $p=.000$ ) ndryshon në mënyrë sinjifikante për lartësinë punësimit, po

ashtu dallime sinjifikante në nivelin e punësimit janë gjetur edhe në mes të grup moshës nën 35 vj ( $p = .05$ ) në raport me grup moshën 46-55vj ( $p = .000$ ) si dhe në mes të grup moshës nën 35vj ( $p = .05$ ) në raport me grup moshën mbi 56vj ( $p = .000$ ). Nga analiza e grup moshave për shkallën e punësimit ( $\chi^2 = 82.54$ ,  $df = 3$ ,  $p = .000$ ) ka rezultuar se grup moshë nën 35vj e ka shkallën më të ulët të punësimit të rregullt me vetëm 3.3%, ndërkrah me shkallë më të qëndrueshme të punësimit kanë rezultuar grup moshat 36-45vj (20.5%) dhe grup moshë 46-55vj (14.9%).

Të dhënat e Agjencionit të statistikave të Kosovës për vitin 2013 flasin për një shkallë të përgjithshme të papunësisë të popullatës së aftë për punë në lartësi prej 44.98%, nga këta punë-kërkues aktiv janë evidentuar vetëm 38.8%. Kjo shkallë e përgjithshme e papunësisë është gjetur e ngjashme me nivelin e papunësisë së veteranëve (42.8%), megjithatë duke e pasur në konsideratë madhësin e kampionit mund të konkludohet me besueshmëri të lartë se papunësia te veteranët e Kosovës është shumë e lartë.

Tabela nr. 10: Krahasimi i shumëfishtë/ Grupmosha/ Punësimi

Variabla: Grup moshat/ Post hoc- Tukey

(I) Grup mosha	(J) Grup mosha	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Conf. Interval	
					Lower bound	Upper bound
<35	36-45	-.609*	.130	.000	-.95	-.27
	46-55	-.654*	.146	.000	-1.03	-.27
	>56	-.897*	.199	.000	-1.41	-.38
36-45	<35	.609*	.130	.000	.27	.95
	46-55	-.044	.120	.983	-.35	.27
	>56	-.288	.181	.387	-.76	.18
46-55	<35	.654*	.146	.000	.27	1.03
	36-45	.044	.120	.983	-.27	.35
	>56	-.243	.193	.590	-.74	.26
>56	<35	.897*	.199	.000	.38	1.41
	36-45	.288	.181	.387	-.18	.76
	46-55	.243	.193	.590	-.26	.74

\*. p= .05 .

Në tabelen nr. 11, janë paraqitur rezultatet e ANOVA të grup mosha/ të ardhurat personale, të dhënat flasin për dallim sinjifikant të lartësisë së të ardhurave në mes të grupeve dhe brenda grupeve ( $F = (42.98, 3) 11.164, p = .000$ ).

Tabela nr. 11: ANOVA: Grup mosha/ Të ardhurat personale	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	71.429	3	23.810	11.164	.000*
Brenda grupeve	449.995	211	2.133		
Total	521.423	214			

\*Dallimet janë sinjifikante në  $p = .05$ 

Me testin post hoc Tukey vërtetohet se variabla të ardhurat personale për grup moshat nën 35vj ( $p = .05$ ) / 36-45 vj ( $p = .000$ ) dhe grup moshat nën 35vj ( $p = .05$ )/ 46-55vj ( $p = .000$ ) ndryshojnë në mënyrë sinjifikante, por këto variabla nuk ndryshojnë për grup moshat nën 35vj ( $p = .05$ ) / mbi 56vj ( $p = .08$ ), (Tabela nr. 12). Të dhënat individuale tregojnë se 78.6% e veteranëve të grup moshës nën

35vj jetojnë me zero të ardhura mujore, po nga ky grup 2.4% jetojnë me të ardhur nën 100 euro/muaj. Ky nivel i jetesës është në harmoni edhe me shkallën e papunësisë së kësaj grup moshe. Në gjendje më të mirë sociale për sa i përket të ardhurave nuk qëndrojnë as veteranët e grup moshave të tjera, kështu, 35.3% e veteranëve të grup moshës 36-45vj, 26.4% e veteranëve të grup moshës 46-5vj dhe 33.3% e veteranëve të grup moshës mbi 56vj jetojnë pa asnjë të ardhur mujore. Për ndryshim nga kjo kategori e veteranëve, në gjendje më stabile financiare me të ardhura mbi mesataren e të ardhurave të Kosovës (mbi 400 euro/muaj) jetojnë vetëm 2.4% e veteranëve të grup moshës nën 35vj, 13.7% e grup moshës 36-45vj, 30.2% e grup moshës 46-55vj dhe 27.8% e grup moshës mbi 56vj

Tabela nr. 12: Post hoc Tukey testi/ Grupmosha/ Të ardhurat personale mujore

(I) Grup moshë	(J) Grup moshat	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Lower bound	95% Upper bound
<35	36-45	-1.134*	.268	.000	-1.83	-.44
	46-55	-1.712*	.302	.000	-2.49	-.93
	>56	-1.317*	.411	.008	-2.38	-.25
36-45	<35	1.134*	.268	.000	.44	1.83
	46-55	-.577	.247	.094	-1.22	.06
	>56	-.183	.373	.961	-1.15	.78
46-55	<35	1.712*	.302	.000	.93	2.49
	36-45	.577	.247	.094	-.06	1.22
	>56	.394	.398	.756	-.64	1.43
>56	<35	1.317*	.411	.008	.25	2.38
	36-45	.183	.373	.961	-.78	1.15
	46-55	-.394	.398	.756	-1.43	.64

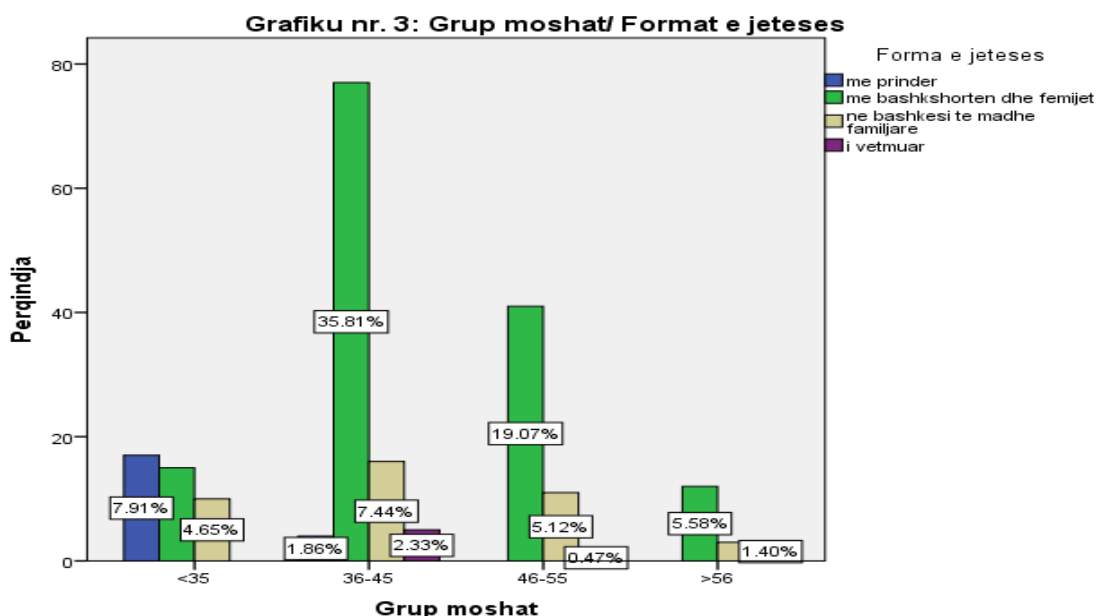
p= 0.05

Modelet e jetesës me format si: jetesa në vetmi ose në bashkësi të madhe familjare, së bashku me statusin e punësimit dhe nivelin e të ardhurave mujore,



janë dokumentuar si faktor me ndikim të drejtpërdrejt në statusin social të individit. Në grafikun nr. 3 janë paraqitur tipet dhe format e jetesës familjare. Jetesa në bashkësi të ngushtë familjare ka mbizotëruar në grup moshat 36-45vj (35.81%), 45-55vj (19.07%) dhe mbi 56vj (5.58%), forma e dytë më e prezentuar është ajo në bashkësi të madhe familjare te grup moshë 36-45vj (7.44%) dhe grup moshë 46-55vj (5.12%). Vetëm te grup moshë nën 35 vj evidentohet forma e jetesës me prindër (7.91%). Studimi ka nxjerr një të dhënë interesante se 2.33% e veteranëve të moshës 36-45vj jetojnë në vetmi, formë kjo e pazakonshme për modelin e jetesës në Kosovë.

Për të parë dallimet eventuale në format e jetesës është bërë ANOVA, të dhënat e fituara kanë vërtetuar dallimin sinjifikant në mes të grup moshave ( $F=14.318$  dhe  $p=.000$ ) dhe brenda grup moshave ( $\chi^2=69.54$ ,  $df=3$ ,  $p=.000$ ) sa i përket formave të jetesës.



Faktorët e përmendur si më lartë kanë ndikuar në krijimin e përciptimit mbi kënaqësin për jetën. Në të 6 nënshkallët e pyetësorit MANSJA të pjesës që ka të bëjë me shprehjen e kënaqësisë me jetën, nga ska si më keq deri te ska si më mirë,

kanë mbizotruar shprehjet e pakënaqësisë me jetën me një përqindje të mbledhur prej 48.8% (Tab/nr. 13).

Tabela nr. 10: Kënaqja me jetën	Frekuenca	Përqindja valide	Përqindja e shtuar
ska si të jetë më keq	31	14.4	14.4
i pa kënaqur	51	23.7	38.1
kryesisht i pa kënaqur	23	10.7	48.8
as i kënaqur as i pa kënaqur	33	15.3	64.2
kryesisht i kënaqur	41	19.1	83.3
i kënaqur	36	16.7	100.0
Total	215	100.0	

Me analizën e variablave (ANOVA): grup mosha/ kënaqja me jetën, është gjetur dallim sinjifikant në mes të grup moshave ( $F= 3.851$ ,  $p= .001$ ) dhe brenda grup moshave ( $\chi^2= 34.25$ ,  $p= .003$ ) mbi perceptimin e kënaqësisë me jetën, shkalla e pakënaqësisë me cilësinë e jetës është e ndryshme në grup mosha dhe është e lidhur me faktorët e përmendur më parë dhe gjasat që rezultatet e fituara për këtë element vlerësimi të jenë të rastësishme janë shumë të vogla, (Tabela nr. 14).

Tabela nr. 14: ANOVA: Grup mosha/ Kënaqja me jetën	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	33.205	3	11.068	3.851	.001
Brenda grupeve	606.516	211	2.874		
Total	639.721	214			

Në tabelën nr. 15 është prezantuar testimi post hoc/ Tukey dhe përmes krahasimeve të shumëfishta janë nxjerr në pah ndryshimet në mes të grup moshave dhe nënshkallëve për kënaqësinë me jetën, duhet potencuar se grupet nuk kanë ndryshuar vetëm për nënshkallët ska si të jetë me keq me as i kënaqur as

i pakënaqur. Ndryshimet në mes të grupeve janë evidente për nënshkallët: ska si të jetë me keq (p= .05) / i pa kënaqur (p= .000); ska si të jetë me keq (p= .05) / kryesisht i pakënaqur (p= .000); ska si të jetë me keq (p=.05) /kryesisht i kënaqur (p= .001) dhe ska si të jetë me keq (p= .05) / i kënaqur (p= .001).

Tabela nr. 15: Post hoc Tukey / Grup moshat/ Kënaqja me jetën

(I) kënaqja me jeten	(J) kënaqja me jeten	Mean Diferencat (I-J)	St. error	Sig.	95% Conf. Interval	
					Lower bound	Upper bound
	i pa kënaqur	-.72*	.160	.000	-1.19	-.25
	kryesisht i pa kënaqur	-.91*	.193	.000	-1.47	-.35
ska si te jete me keq	as i kënaqur as i pa kënaqur	-.51	.176	.052	-1.02	.00
	kryesisht i kënaqur	-.70*	.167	.001	-1.19	-.22
	i kënaqur	-.75*	.172	.001	-1.25	-.25

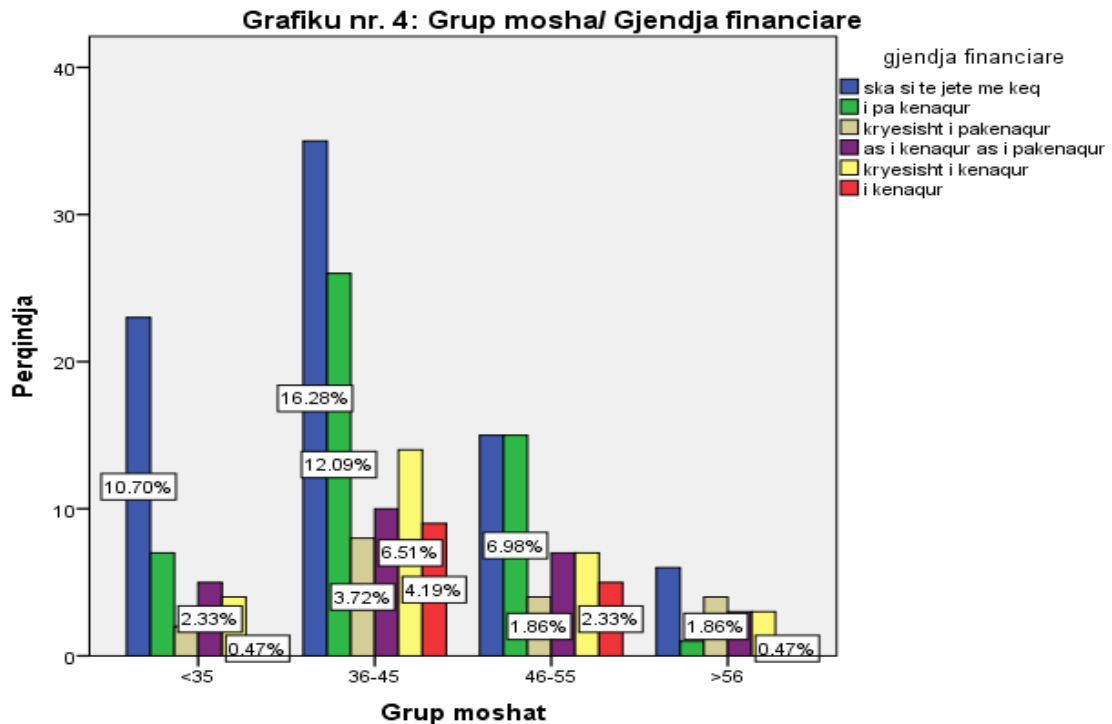
(\* Signifikante në p= .05)

Statusi i punësimit, të ardhurat mujore dhe format e jetesës kanë ndikuar në deklarin e sigurisë ose jo për gjendjen financiare të tërë kampionit. Nga analiza e dhënave (me ANOVA) janë gjetur dallime sinjifikante në deklarin e gjendjes financiare në mes të grupeve ( $\chi^2=29.36$ ,  $df=3$ ,  $p= .000$ ), ndërsa masa më e madhe e kampionit nuk është e kënaqur me gjendjen financiare në të cilën gjenden (Tabela nr. 16).

Tabela nr. 16: ANOVA: Grup moshë/ Gjendja financiare (p= 0.05)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	15.303	3	5.101	1.787	.000
Brenda grupeve	602.399	211	2.855		
Total	617.702	214			

Siç shihet në grafikun nr. 4, pakënaqësi më të madhe për gjendjen financiare (ska si të jetë më keq) kanë shprehur grup moshë <35 vj (10.7%) dhe grup moshë 36-45 vj (16.28%).

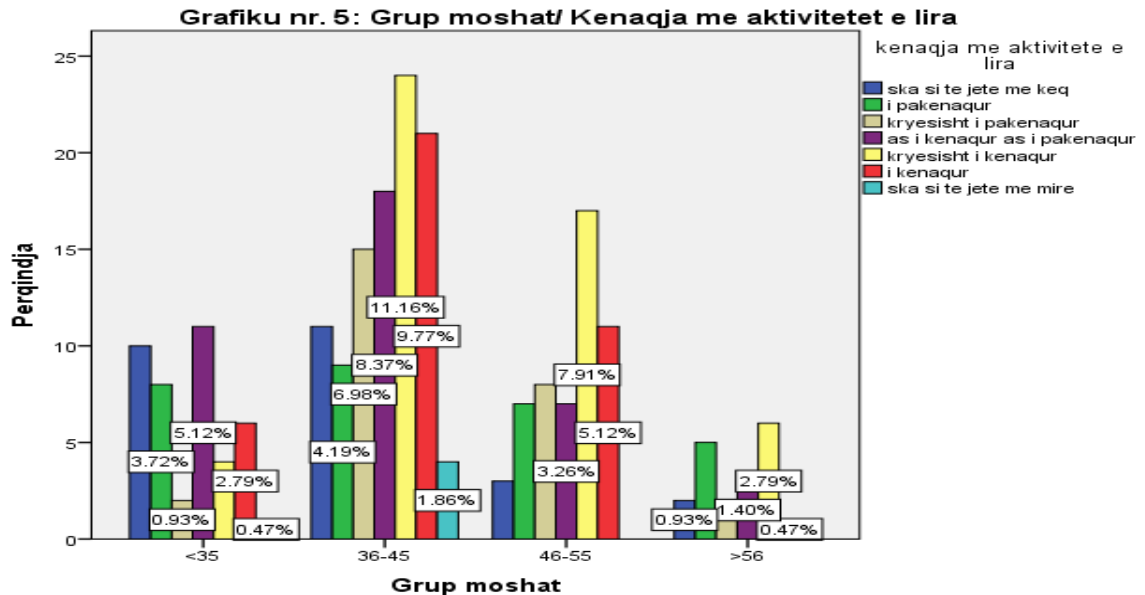


Për të parë tendencat e izolimit social është vlerësuar shkalla e aktiviteteve të lira të veteranëve dhe gjetjet flasin për ndryshime sinjifikante ( $\chi^2= 28.8$ ,  $df= 18$ ,  $p=.04$ ) në mes të grupeve dhe brenda grupeve ( $p. 031$ ) (Tabela nr. 17)

Tabela nr. 17: ANOVA: Grup moshë/ Aktivitetet e lira	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	25.636	3	8.545	3.001	.032
Brenda grupeve	600.857	211	2.848		
Total	626.493	214			

Shkallë më të lartë të pakënaqësisë për angazhim në aktivitete të lira dhe tendencë më të lartë të izolimit social kanë shfaqur grup moshë nën 35vj, ndërsa më të

kënaqur me shkallën e angazhimeve në aktivitete të lira janë shfaqur grup moshë 36-45v dhe grup moshë 46-55v, (Grafiku nr. 5).



Me testin e jo parametrik të Kruskal-Wallis ka mundur të konstatohet se grup moshat kanë dalluar esencialisht për sa i përket angazhimi të tyre social ( $\chi^2 = 8.36$ ,  $df = 3$ ,  $p = .039$ ). Tendencë më intensive për shmangie sociale janë evidentuar tek grup moshë nën 35v dhe grup moshë 36-45v.

Kushtet e banimit janë konsideruar si faktori i shtatë me rëndësi për pasqyrim të karakteristikave sociale të veteranëve, gjithësesi ky faktor është i ndërlidhur me faktorët e mësipërm, punësimin, të ardhurat familjare, stabilitetin financiar dhe pozitën shoqërore. Rezultatet e prezentuara në tabelen nr. 18 dëshmojnë se bashkarisht 35.8% e kampionit nuk janë të kënaqur me kushtet e banimit, kur këtij grupi ti shtohen edhe grupi: as i kënaqur as i pakënaqur me kushtet e banimit (16.7%), atëherë pakënaqësia me kushtet e banimit deklarohet në 52.6% të kampionit.

Tabela nr. 18: Kenaqja me kushtet e vendbanimit.	Frekuenca	Perqindja valide	Perqindja e shtuar
ska si të jetë më keq	16	7.4	7.4
i pakënaqur	36	16.7	24.2
kryesisht i pakënaqur	25	11.6	35.8
as i kënaqur as i pakënaqur	36	16.7	52.6
kryesisht i kënaqur	34	15.8	68.4
i kënaqur	56	26.0	94.4
ska si të jetë me mirë	12	5.6	100.0
Total	215	100.0	

Me analizën e variablave: grup mosha/ kushtet e vendbanimit, gjetjet flasin se nuk ka dallim sinjifikant në mes të grupeve ( $\chi^2 = 24.68$ ,  $p = .129$ ) për kushtet e vendbanimit, tek të gjithë mbizotëron pakënaqësia me kushtet e vendbanimit. Shkalla e lartë e papunësisë, jetesa pa të ardhura ose me të ardhura shumë të ulëta, jetesa në bashkësi të mëdha familjare ia kanë kufizuar veteranit mundësitë e investimeve për përmirësimin e kushteve të banimit (Tabela nr. 19).

Tabela nr. 19: ANOVA: Grup mosha/ Kushtet e banimit	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	13.352	3	4.451	1.424	.237
Brenda grupeve	659.281	211	3.125		
Total	672.633	214			

### **4.3 Karakteristikat e sjelljes sociale, niveli i manifestuar i urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje:**

Edhe pse kanë kaluar 15 vite nga përfundimi i luftës, ndjenja e dëshirës për hakmarrje ndaj popullatës së forcave kundërshtare (mendoj shpesh) është ende prezente tek 19.5% e kampionit, ndjenjë kjo më e ulët se në studimin e Wenzel (2006) me popullatën civile të Kosovës, ku dëshira për hakmarrje rezultoi të ishte në shkallë prej 24.7%. Në nivel më të ulët është prezantuar ndjenja e urrejtjes ndaj popullatës së forcave kundërshtare, për ndjenjën shumë urrejtje janë deklaruar 22.3% e kampionit, shkallë kjo më e ulët e urrejtjes se në studimin e Wenzel të vitit 2006 (50%). Po ashtu është evidentuar edhe bindja e fortë se veteranët janë në gjendje të veprojnë me këto ndjenja (84.7%).

Studimi e determinon faktorin e dhimbjes për familjarët e vrarë (27%) dhe të humbur (10.7%) gjatë luftës si njërin prej faktorëve me ndikim përshkallëzues në shkallën e ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrjes (Tabela nr. 20).

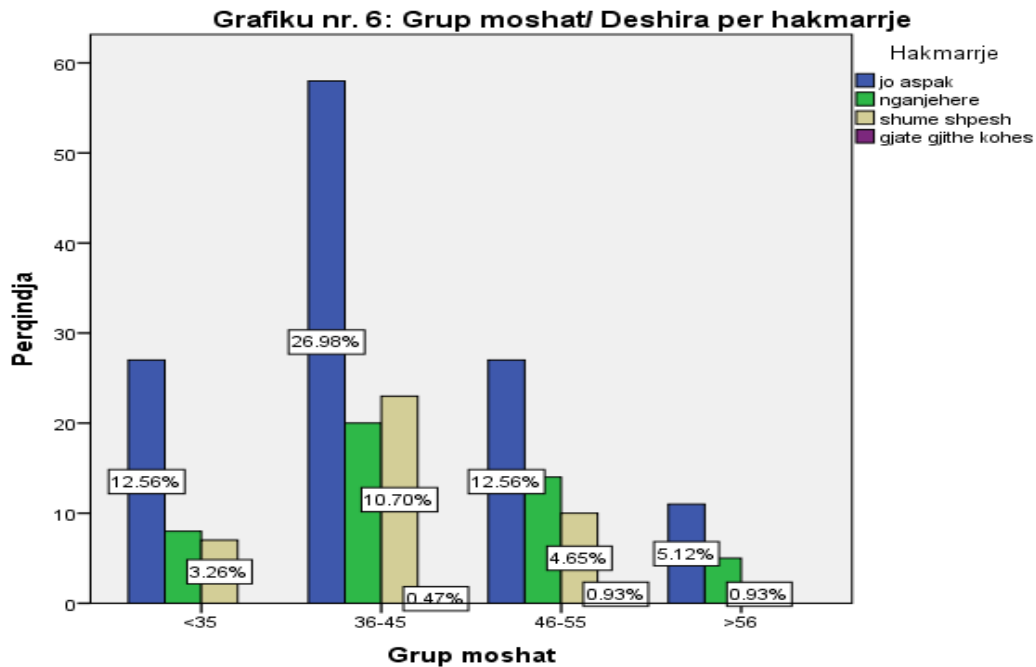
Për të vlerësuar dallimin eventual në shkallën e manifestimit të dëshirës për hakmarrje është bërë ANOVA dhe rezultatet flasin se nuk ka pasur dallim sinjifikant në mes të grup moshave ( $\chi^2=2.11$ ,  $df=3$ ,  $p= .549$ ) për sa i përket shkallës së manifestimit të dëshirës për hakmarrje, po ashtu nuk është gjetur dallim sinjifikant as brenda vet grup moshave ( $\chi^2= 6.39$ ,  $df=3$ ,  $p= .700$ ), (tabela nr. 21). Përjetimet traumatike nga humbja e anëtarëve të familjes gjatë luftës kanë pasur ndikim të njëjtë në të gjitha grup moshat për manifestim të dëshirës për hakmarrje ndaj pjesëtarëve të forcave ushtarake kundërshtare.

Tabela nr. 20: Manifestimi i dëshirës për hakmarrje dhe ndjenja të urrejtjes (n=215):		
	Numri	%
<b>Hakmarrje:</b>		
jo asnjëherë	123	57.2
nganjëherë	47	21.9
shpesh	42	19.5
shumë shpesh	3	1.4
<b>Urrejtje:</b>		
jo aspak	123	57.2
pak	38	17.7
shumë	48	22.3
ekstrem shumë	6	2.8
<b>Bindja se mund të veproni:</b>		
po	182	84.7
jo	14	6.5
ndoshta	19	8.8
<b>Familjar ose miq të vranë gjatë luftës:</b>		
po	58	27
jo	157	73
<b>Familjar të humbur gjatë luftës:</b>		
po	23	10.7
jo	192	89.3

Tabela nr. 21: ANOVA: Grup mosha/ Manifestimi i dëshirës për hakmarrje	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	1.726	3	.575	.814	.487
Brenda grupeve	149.111	211	.707		
Total	150.837	214			



Siç tregon grafiku nr. 6: shkallë pak më të lartë të dëshirës për hakmarrje (mendoj shumë shpesh) ndaj forcave kundërshtare (Sërbe) kanë shfaqur grup moshë 36-45vj (10.7%) dhe grup moshë 46-55vj (4.65%).

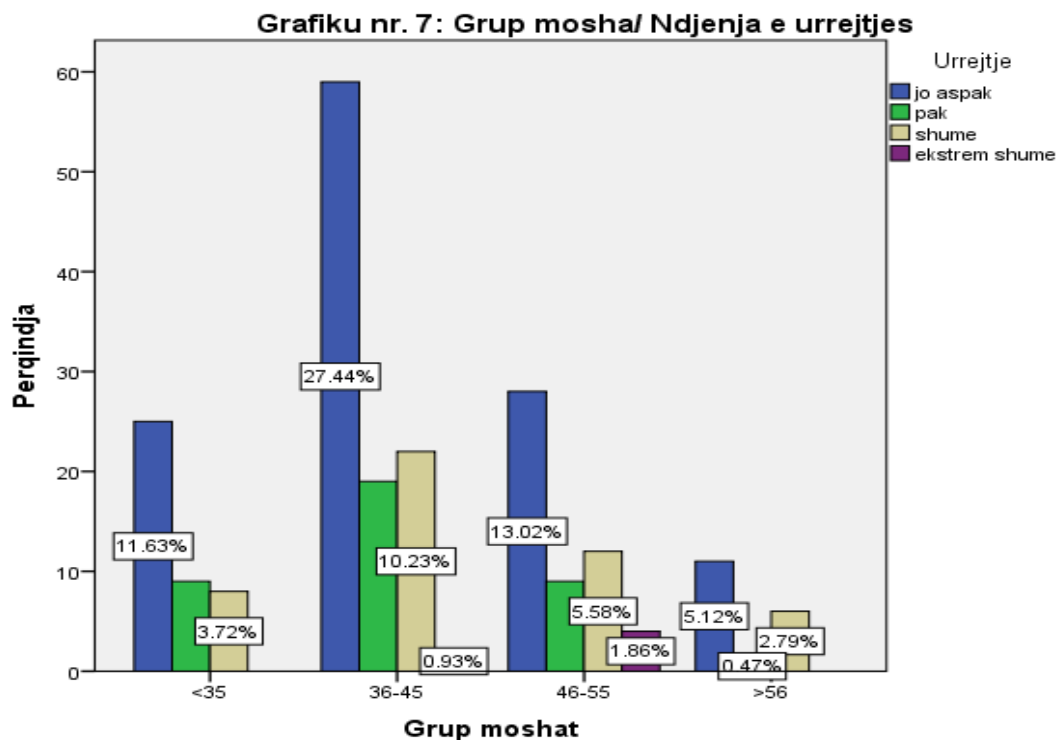


Është bërë vlerësimi i homogjenitetit të grup moshave me post hoc testin e Tukey ( $p=0.05$ ), rezultatet e fituara nuk kanë garantuar homogjenitetin e grupeve.

Rivlerësimi i homogjenitetit të grupit sipas Welch po ashtu ka rezultuar pa ndryshime të rëndësishme statistikore (welch= .884,  $p=.45$ ), (Tabela nr. 22).

Tabela nr. 22: Post hoc Tukey: Grup moshat/ Dëshira për hakmarrje	N	Nëngrupet $p=.05$
>56	18	1.50
<35	42	1.52
36-45	102	1.68
46-55	53	1.75
Sig.		.562

Nga analiza e shkallës së manifestimit të ndjenës së urrejtjes për forcat kundërshtare, ka rezultuar se grup moshë 36-45 vj ka manifestuar shkallë më të lartë të urrejtjes (10.23%) se sa grup moshë nën 35 vj (3.72%) dhe grup moshë 46-55 vj (5.58%), (Grafiku nr. 7).



Me ANOVA nuk është gjetur dallim sinjifikant në mes të grupeve edhe për shkallën e manifestimit të ndjenjës së urrejtjes ( $F = (1.28, 3) .681, p = .734$ ), (tabela nr. 23).

Tabela nr. 23: ANOVA/ Grup moshë/ Manifestimi i urrejtjes.	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Në mes të grupeve	1.693	3	.564	.681	.564
Brenda grupeve	174.846	211	.829		
Total	176.540	214			

Është parë e rëndësishme të vlerësohet ndikimi i përvojave me raste të familjarëve ose miqve të vrarë ose të humbur/ zhdukur gjatë luftës në manifestimin e dëshirës për hakmarrje dhe ndjenjës së urrejtjes. Rezultatet flasin për një intensitet më të lartë të dëshirës për hakmarrje (mendoj shpesh 13%) dhe ndjenjë më të lartë të urrejtjes (shumë 14%) tek veteranët me raste të familjarëve ose miqëve të vrarë gjatë luftës. Krahasuar me këtë kategori, veteranët me familjar ose miq të humbur/zhdukur gjatë luftës kanë shfaqur dëshirë më të ulët për hakmarrje (mendoj shpesh 5.1%) dhe ndjenjës së urrejtjes (shumë 6.5%). Janë gjetur dallime edhe në shkallën e gatishmërisë për të vepruar duke u bazuar në këto ndjenja. Kështu veteranët me raste të familjarëve ose miqve të vrarë gjatë luftës janë shprehur më të bindur (16.7%) se mund të veprojnë bazuar në këto ndjenja, se sa veteranët me raste të familjarve të humbur/zhdukur gjatë luftës (5.1%). Studimi ka nxjerrë një gjetje interesante, në shfaqjen e dëshirës për hakmarrje (shpesh 14.9%) dhe ndjenjës së urrejtjes (shumë 16.7%) ndikim të rëndësishëm ka pasur Çrregullimi i stresit posttraumatik, ndërkaq 43.7% e veteranëve ishin të bindur se mund të veprojnë mbi bazën e këtyre ndjenjave (Tabela nr. 24).

Në studim është gjetur një korrelacion negativ i rëndësishëm në mes të shkallës së urrejtjes dhe variablës familjarë të vrarë ( $r = -0.48$ ,  $p = .000$ ) dhe po ashtu është gjetur edhe korrelacion negativ i rëndësishëm në mes të nivelit të dëshirës për hakmarrje dhe variablës familjar të vrarë ( $r = -0.52$ ,  $p = .000$ ).

Raporte të korrelacionit negativ mesatar janë gjetur edhe në mes të shkallës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje dhe variablës familjar të humbur/ zhdukur ( $r = -0.36$ ,  $p = .001$ ), (Tabela nr. 25).

Tabela nr. 24: Sjellja sociale/ Humbjet familjare dhe ÇSPT	Familjar/miq të vrarë: n=58		Familjar/miq të humbur: n=23		ÇSPT	
	Po/ %	Jo/ %	Po/ %	Jo/ %	Po/ %	Jo/ %
Ndjenja për urrejtje						
jo aspak	6.0	51.2	1.4	55.8	24.2	33.0
pak	5.1	12.6	1.9	15.8	10.2	7.4
shumë	14.0	8.4	6.5	15.8	16.7	5.6
ekstrem shumë	1.9	0.9	0.9	1.9	1.4	1.4
Dëshirë për hakmarrje						
jo asnjëherë	5.6	51.6	1.4	55.8	23.3	34.0
nganjëherë	7.0	14.9	3.3	18.6	13.0	8.8
shpesh	13.0	6.5	5.1	14.4	14.9	4.7
shumë shpesh	1.4	0.0	0.9	0.5	1.4	0.0
Bindja e veprimit						
po	16.7	67.9	5.1	79.5	43.7	40.9
jo	3.7	2.8	1.9	4.7	3.3	3.3
ndoshta	6.5	2.3	2.3	5.1	5.6	3.3

Tabela nr. 25: Korrelacioni dhe T-testi: sjellja sociale/humbjet familjare	Familjar/miq të vrarë					Familjar/miq të humbur				
	r	sig	t	df	sig (2t)	r	sig	t	df	sig (2t)
Urrejtje	-.48	.000	-.28	214	.77	-.36	.000	-2.57	214	.001
Hakmarrje	-.52	.000	-1.01	214	.31	-.36	.000	-3.56	214	.000

Përvojat me familjar të vrarë përbëjnë një nga faktorët me rëndësi me ndikim në intensitetin e shfaqjes së ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje. Variabla familjar i vrarë ka pasur ndikim statistikisht të rëndësishëm në manifestimin e ndjenjës së urrejtjes ( $\chi^2= 48.84$ ,  $df= 1$ ,  $p= .000$ ) dhe dëshirës për hakmarrje ( $\chi^2=$

55.49,  $fd= 1$ ,  $p= .000$ ). Me ANOVA vërtetohet se grupi i veteranëve me familjar të vrarë gjatë luftës kanë shfaqur më shumë tendenca të manifestimit të ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje se sa grupi i veteranëve pa këto përvoja (Tabela nr. 26).

Tabela nr. 26: ANOVA/ Familjar të vrarë/ Urrejtje/ Hakmarrje		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Në mes të grupeve	41.640	1	41.64	65.74	.000*
Urrejtje	Brenda grupeve	134.899	213	.633		
	Total	176.540	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	42.112	1	42.11	82.50	.000*
Hakmarrje	Brenda grupeve	108.725	213	.51		
	Total	150.837	214			

(\* $p= .05$ )

Është e rëndësishme të potencohet se në manifestimin e ndjenjës së urrejtjes dhe të dëshirës për hakmarrje ndikim të rëndësishëm ka pasur edhe përvoja e grupeve me familjar të humbur/zhdukur. Është evidentuar ndikimi sinjifikant i kësaj variable në intensitetin e ndjenjës së urrejtjes ( $F= 31.922$ ;  $p= .000$ ) dhe të dëshirës për hakmarrja ( $F= 31.662$ ;  $p= .000$ ), dhe si në rastin e veteranëve me familjar të vrarë edhe përvoja me familjar të humbur/zhdukur ka nxitur shfaqjen e ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje (Tabela nr. 27).

Tabela nr. 27: ANOVA/ Familjar të humbur/		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Në mes të grupeve	23.01	1	23.01	31.92	.000*
Urrejtje	Brenda grupeve	153.53	213	.721		
	Total	176.54	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	19.52	1	19.52	31.66	.000*
Hakmarrje	Brenda grupeve	131.31	213	.617		
	Total	150.83	214			

(\*  $p= .05$ )

#### 4.4 Çrregullimet psikologjike të bazuara në DSM-IV-TR

Për të vlerësuar prezencën eventuale të çrregullimeve psikologjike janë marr për bazë kriteret diagnostike të DSM-IV-TR, këto kritere janë zbatuar për shkak se instrumentët e përdorur dhe intervistat e strukturuar me veteran janë hartuar bazuar në principet diagnostike të DSM-IV-TR. Në tabelën nr. 28 janë prezantuar gjetjet specifike të studimit dhe siç mund të vihet re kriteret diagnostike për Çrregullim të stresit post-traumatik i kanë plotësuar 113 veteran (52.6%), për Çrregullim depresiv 77 veteran (35.8%), kriteret për Çrregullim depresiv rekurent i kanë plotësuar 68 (31.6%), mandej kriteret për Çrregullim të panikut i kanë plotësuar 34 (15.8%) veteran dhe me Çrregullime të ankthit janë diagnostikuar 30 veteran (14%).

Tabela nr. 28: Çrregullimet bazuar në DSM-IV TR:	Nr	%
ÇSPT	113	52.6
Çrregullimi depresiv	77	35.8
Çrregullimi depresiv rekurent	68	31.6
Çrregullimi depresiv akut	21	9.8
Çrregullimi jetësor i panikut	34	15.8
Fobi sociale	18	8.4
Çrregullimi i ankthit	30	14
Çrregullimi i personalitetit antisocial	7	3.3

Ndryshime të humorit janë verifikuar edhe me Testin e Beck-ut për depresion, të dhënat e fituara dëshmojnë se 39 (18.1%) veteran kanë manifestuar depresion të moderuar, 17 (7.9%) kanë manifestuar depresion të rëndë dhe 17 (7.9%) të tjerë kanë manifestuar simptomatologji të depresionit ekstrem të rëndë. (Tabela nr. 29)

Tabela nr. 29: Vlerësimi i prezencës së Depresionit bazuar në Pyetësin e Beck-ut (n=215)		
	Nr.	%
0-10 Gjendje normale e humorit	106	49.3
11-16 Shqetësim i butë	19	8.8
17-20 Depresion klinik kufitar	17	7.9
21-30 Depresion i moderuar	39	18.1
31-40 Depresion i rëndë	17	7.9
> mbi 40 Depresion ekstrem	17	7.9

Studimi ka rezultuar me një gjetje interesante, grup moshë 36-45vj në krahasim me grup moshat e tjera ka shfaqur më shumë probleme psikologjike. Siç mund të shihet në tabelën nr. 30, nga numri i përgjithshëm i rasteve me çrregullim depresiv, 41.2% i takonin kësaj grup moshë, mandej, 38.2% e 36-45vj me Çrregullim depresiv rekurent dhe 52% me ÇSPT.

Tabela nr. 30: Grup moshë/	nën 35vj	36-45vj	46-55vj	mbi 56vj
Çrregullimet psikologjike	%	%	%	%
Çrregullimi depresiv	20.8	<b>41.2</b>	19.5	5.2
Çrregullimi depresiv rekurent	19.1	<b>38.2</b>	17.6	5.9
Çrregullimi i panikut	23.5	<b>12.7</b>	23.5	14.7
ÇSPT	22.1	<b>52</b>	22.1	8.8
Çrregullimi i ankthit	23.3	<b>15.7</b>	20.0	3.3

Është bërë analiza e ndërlidhjes në mes të çrregullimeve psikologjike të evidentuara dhe moshës dhe siç mund të shihet në tabelën nr. 31, në këtë studim është gjetur një lidhje korrelative shumë e dobët në mes të moshës dhe çrregullimit depresiv ( $r = -.11$ ,  $p = .02$ ), ndërlidhjet e tjera moshë-çrregullimet psikologjike nuk kanë pasur rëndësi statistikore.

Tabela nr. 31: Grup mosha/ Faktorët psikologjik	$x^2$	df	sig. (2-t)	r pearson
Çrregullim depresiv	4.11	3	.024	-.11
Çrregullim depresiv rekurent	4.78	3	.18	-.09
Çrregullimi i panikut	3.07	3	.39	.03
ÇSPT	1.51	3	.67	-.05
Çrregullimi i ankthit	1.87	3	.59	-.08

Nga analiza e shtrirjes së problemeve psikologjike në grup mosha me ANOVA është konstatuar se për Çrregullim depresiv ( $x^2= 2.87$ ,  $df= 2$ ,  $p= .238$ ), Çrregullim depresiv rekurent ( $x^2= 12.92$ ,  $df= 2$ ,  $p= .002$ ), Çrregullim të panikut ( $x^2= 3.53$ ,  $df= 2$ ,  $p= .171$ ), ÇSPT ( $x^2= 1.58$ ,  $df=1$ ,  $p= .452$ ) dhe Çrregullim të ankthit ( $x^2= .02$ ,  $df= 2$ ,  $p= .990$ ), siç mund të shihet në tabelën nr. 32, grup moshat kanë shfaqur dallim sinjifikant në manifestimin e Çrregullimit depresiv rekurent, por, nuk kanë pasur dallim sinjifikant në mes vete për prezencë të çrregullimeve psikologjike të tjera. Çrregullimet psikologjike të gjetura në këtë studim kanë pasur ndikim të njëjtë mbi të gjitha grup moshat.

Me testin e homogjenitetit të variancës (Levene) është dëshmuar homogjeniteti i grupit për Çrregullim depresiv ( $Ls= 7.16$ ,  $p=.000$ ), Çrregullim depresiv rekurent ( $Ls=7.02$ ,  $p=.000$ ), Çrregullim të panikut ( $Ls=3.30$ ,  $p=.021$ ) dhe për ÇSPT ( $Ls=1.35$ ,  $p=.025$ ), (Tabela nr. 33).



Tabela nr. 32: ANOVA/ Grup mosha/ Çrregullimi psikologjik		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Çrregullimi depresiv	Në mes të grupeve	.947	3	.316	1.374	.252
	Brenda grupeve	48.476	211	.230		
	Total	49.423	214			
Çrregullim depresiv rekurent	Në mes të grupeve	1.034	3	.345	1.601	.002
	Brenda grupeve	45.459	211	.215		
	Total	46.493	214			
Çrregullim i panikut	Në mes të grupeve	.400	3	.133	.998	.395
	Brenda grupeve	28.223	211	.134		
	Total	28.623	214			
ÇSPT	Në mes të grupeve	.377	3	.126	.499	.684
	Brenda grupeve	53.232	211	.252		
	Total	53.609	214			
Çrregullimi i ankthit	Në mes të grupeve	.225	3	.075	.619	.603
	Brenda grupeve	25.589	211	.121		
	Total	25.814	214			

Tabela nr. 33: Testi i Homogjenitetit të Variancës/ Faktorët psikologjik.	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Çrregullim depresiv	7.16	3	211	.000*
Çrregullim depresiv rekurent	7.02	3	211	.000*
Çrregullim i panikut	3.30	3	211	.021*
ÇSPT	1.35	3	211	.025*
Çrregullimi i ankthit	2.89	3	211	.036*

(\*Sinjifikante në  $p = .05$ )

Si faktor i dytë me rëndësi dhe me ndikim në mënyrën e manifestimit të çrregullimeve psikologjike është konsideruar faktori i arsimimit. Të dhënat e fituara flasin se për nivel të arsimimit dhe incidencës së disa çrregullimeve psikologjike ka dallim të rëndësishëm statistikor në mes të grupeve ( $p = .05$ ). Në

tabelën nr. 34 mund të shihet se është gjetur dallim i rëndësishëm statistikor në mes të grupeve me nivel të ndryshëm të arsimimit për çrregullim depresiv ( $x^2=19.96$ ,  $df=4$ ,  $p=.001$ ), çrregullim depresiv rekurent ( $x^2=14.2$ ,  $df=4$ ,  $p=.007$ ) dhe ÇSPT ( $x^2=34.38$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$ ), por nuk është gjetur dallim statistikor i rëndësishëm për çrregullim të panikut ( $x^2=1.3$ ,  $df=4$ ,  $p=.86$ ) dhe çrregullim të ankthit ( $x^2=7.47$ ,  $df=4$ ,  $p=.113$ ).

Tabela nr. 34: ANOVA/ Arsimimi/ Çrregullimi psikologjik		Sum of Square	df	Mean Square	F	sig.
Çrregullimi depresiv	Në mes të grupeve	4.610	4	1.153	5.401	.000*
	Brenda grupeve	44.813	210	.213		
	Total	49.423	214			
Çrregullim depresiv rekurent	Në mes të grupeve	3.089	4	.772	3.737	.006*
	Brenda grupeve	43.404	210	.207		
	Total	46.493	214			
Çrregullim i panikut	Në mes të grupeve	.175	4	.044	.323	.863
	Brenda grupeve	28.448	210	.135		
	Total	28.623	214			
ÇSPT	Në mes të grupeve	7.612	4	1.903	8.688	.000*
	Brenda grupeve	45.998	210	.219		
	Total	53.609	214			
Çrregullimi i ankthit	Në mes të grupeve	.901	4	.225	1.900	.112
	Brenda grupeve	24.912	210	.119		
	Total	25.814	214			

(\*Sinjifikante në  $p=.05$ )

Me krahasimet e shumëfishta (post hoc/ Tukey) janë gjetur dallime interesante në manifestimin e çrregullimit depresiv në mes të grupeve me: arsimim fillor ( $p=.05$ ) - arsimim superior ( $p=.02$ ), arsimim i mesëm ( $p=.05$ )– kolegji ( $p=.02$ ) dhe arsimim i mesëm ( $p=.05$ )– arsimim superior ( $p=.001$ ). Dallime interesante janë gjetur edhe në manifestimin e ÇSPT ( $p=.008$ ) në mes të grupeve me arsimim

fillor ( $p=.05$ )– kolegji ( $p=.008$ ) dhe arsimimi fillor ( $p=.05$ )– arsimimi superior ( $p=.008$ ), sa më i ulët niveli i arsimit, aq më të theksuara janë paraqitur problemet psikologjike posttraumatike, (Tabela nr. 35).

Tabela nr. 35: Post hoc Tukey/ Faktorët psikologjik/ Arsimimi		MD (I-J)	St. Err	sig
Krahasimi me arsimimin				
	Fillor – Superiore*	.33	.1	.02
Çrregullim depresiv	Mesëm – Kolegj*	.33	.1	.02
	Mesëm – Superiore*	.37	.09	.001
Çrregullim depresiv rekurent	Mesëm – Superiore*	.3	.09	.01
ÇSPT	Fillor – Kolegj*	.42	.12	.008
	Fillor – Superiore*	.38	.11	.008

(\*Sinjifikante në  $p=.05$ )

Gjetjet e mësipërme bëhen edhe më specifike kur bëhet analiza e gërshetuar në mes të nivelit të arsimit dhe manifestimeve psikologjike, nga të dhënat e prezantuara në tabelën nr. 36, mund të shihet se kampioni me arsimim të mesëm është më së shumti i prekur nga të gjitha çrregullimet e diagnostikuara. Nga numri i përgjithshëm i veteranëve të diagnostikuar me Çrregullim depresiv, 62.3% kishin nivel të mesëm të arsimit, ose 52.9% e veteranëve të diagnostikuar me ÇSPT po ashtu kishin të mbaruar vetëm shkollimin e mesëm. Grupi i dytë më i atakuar nga çrregullimet psikologjike rezultoi ai me nivel elementar/fillor të arsimit. Tri nivelet e tjera të arsimit: student, me kolegji të përfunduar dhe shkollim superior rezultuan shumë më pak prekur nga çrregullimet psikologjike.

Tabela nr. 36: Niveli i arsimimit/ Çrregullimet psikologjike	Fillor %	I mesëm %	Student %	Kolegj %	Superior %
Çrregullim depresiv	22.1	<b>62.3</b>	7.8	3.9	3.9
Çrregullim depresiv rekurent	22.1	<b>60.3</b>	8.8	4.4	4.4
Çrregullimi i panikut	20.6	<b>52.9</b>	8.8	5.9	11.8
ÇSPT	21.1	<b>60.2</b>	8.8	3.5	6.2
Çrregullimi i ankthit	16.7	<b>56.7</b>	16.7	6.7	3.3

Në tabelën nr. 37 dëshmohet homogjeniteti i plotë i grupit sipas testit të Levene's për nivelin e arsimimit dhe faktorëve siç janë çrregullimi depresiv (Ls= 48.476, p=.000), çrregullim depresiv rekurent (Ls= 31.878, p= .000), ÇSPT (Ls= 7.589, p= .000), etj.

Tabela nr. 37: Homogjeniteti i Levene / Arsimimi / Faktorët psikologjik	Levene Statistic	df1	df2	sig.
Çrregullim depresiv	48.476	4	210	.000
Çrregullim depresiv rekurrent	31.878	4	210	.000
Çrregullim i panikut	1.483	4	210	.02
ÇSPT	7.589	4	210	.000
Çrregullimi i ankthit	8.146	4	210	.000

Për të parë ndërlidhjen dhe ndikimin e nivelit të arsimimit në formën e manifestimit të çrregullimeve psikologjike është bërë analiza e korrelacionit sipas Pearson dhe siç shihet në tabelën nr. 38, në p=.05 është gjetur korrelacion i butë në mes të nivelit të arsimit dhe çrregullimit depresiv (r= -. 28; p=.000) dhe nivelit të arsimimit dhe ÇSPT (r= -, 33; p= .000).

Tabela nr. 38: Korrelacionet/ Arsimimi/ Faktorët psikologjik		Çrregullim depresiv	Çrregullim i panikut	ÇSPT	Çrregullim i ankthit
	Pearson Correlation	-.281**	-.063	-.330**	-.096
Arsimimi	Sig. (2-tailed)	.000	.356	.000	.163
	N	215	215	215	215

(\*\* Korrelacionet janë sinjifikante në  $p=0.01$ )

Kënaqja me cilësinë e jetës është faktori i tretë social i vlerësuar për ndikim në shfaqjen ose jo të çrregullimeve psikologjike te veteranët. Në tabelën nr. 39, mund të shihet se i gjithë grupi është homogjen dhe ndjenja e kënaqësisë me jetën në nivel të intervalit të konfidencës 95% ( $p=.05$ ) ka pasur ndikim të njëjtë në të gjitha çrregullimet psikologjike. Siç shihet në tabelë, kënaqja me jetën ka pasur ndikim sinjifikant ( $p= .000$ ) në përkeqësimin e çrregullimit depresiv, po ashtu ka pasur ndikim sinjifikant ( $p= .000$ ) edhe në përkeqësimin e çrregullimit depresiv rekurent, çrregullimit të panikut, ÇSPT dhe çrregullimit të ankthit.

Tabela nr. 39: Testi i Homogjenitetit- Levene/ Kënaqja me jetën/ Faktorët psikologjik;	F	df1	df2	Sig.
Çrregullim depresiv	30.306	5	209	.000*
Çrregullim depresiv rekurent	32.226	5	209	.000*
Çrregullim i panikut	3.865	5	209	.002*
ÇSPT	21.572	5	209	.000*
Çrregullimi i ankthit	9.411	5	209	.000*

(\* $p= .05$ )

Me ANOVA, çrregullimet psikologjike/ kënaqja me jetën, është gjetur ndikim statistikor sinjifikant i çrregullimit depresiv ( $F= (34.38, 5) 8.002, p= .000$ ), çrregullimit depresiv rekurent ( $F= (25.5, 5) 5.657, p= .000$ ), ÇSPT ( $F= (56.08, 5) 14.846, p= .000$ ) dhe çrregullimit të ankthit ( $F= (13.77, 5) 2.875, p= .017$ ) në cilësinë e jetës dhe përgjithësisht në perceptimin për kënaqësin me cilësinë e jetës, por nuk është gjetur ndikim sinjifikant i çrregullimit të panikut ( $F= (3.72, 5) .74, p= .59$ ) në nivelin e kënaqjes me cilësinë e jetës (Tabela nr. 40).

Tabela nr. 40: ANOVA/ Çrregullimet psikologjike/ Kënaqja me jetën		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Në mes të grupeve	7.941	5	1.588	8.002	.000*
Çrregullimi depresiv	Brenda grupeve	41.482	209	.198		
	Total	49.423	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	5.542	5	1.108	5.657	.000*
Çrregullim depresiv rekurent	Brenda grupeve	40.951	209	.196		
	Total	46.493	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	.498	5	.100	.740	.594
Çrregullim i panikut	Brenda grupeve	28.125	209	.135		
	Total	28.623	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	14.050	5	2.810	14.846	.000*
ÇSPT	Brenda grupeve	39.559	209	.189		
	Total	53.609	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	1.661	5	.332	2.875	.016*
Çrregullimi i ankthit	Brenda grupeve	24.153	209	.116		
	Total	25.814	214			

(\*Sinjifikant në  $p = .05$ )

Vlerësimi me testin post- hoc Tukey ka treguar se ekziston ndryshim statistikor i rëndësishëm për shkallën e ndjenjës së kënaqësisë për jetën dhe çrregullimit depresiv, në mes të grupit me modulim: ska si të jetë më keq ( $p = .05$ ) dhe grupit: as i kënaqur as i pa kënaqur ( $.005$ ), po ashtu grupi me modulim: i pakënaqur ( $p = .05$ ) ka pasur ndryshim të rëndësishëm statistikor me grupin: as i kënaqur as i pakënaqur ( $p = .000$ ). Ndërsa te grupi me ÇSPT, ndryshimet janë evidentuar në mes të pjesës së grupit me modulimin: ska si të jetë më keq ( $p = .05$ ) dhe as i kënaqur as i pakënaqur ( $p = .000$ ), ska si të jetë më keq ( $p = .05$ ) – kryesisht i kënaqur ( $p = .000$ ) dhe të pjesës së grupit me modulimin ska si të jetë me keq ( $p = .05$ ) – i kënaqur ( $p = .000$ ). Nga të dhënat ka rezultuar se sa më e lartë shfaqja e pakënaqësisë me jetën, aq më i lartë është shfaqur intensiteti i manifestimeve

psikologjike. Të gjitha ndryshimet në mes të grupeve mund të shihen në tabelën

nr. 41.

Tabela nr. 41: Post hoc Turkey, Çrregullimi psikologjik/ Kënaqja me jetën;		(I) Kënaqja me jetën	(J) Kënaqja me jetën	Mean difference (I-J)	Standard error	sig	Kufiri i poshtëm	Kufiri i sipërm
Çrregullimi depresiv	Ska si të jetë më keq	as i kënaqur as i pakënaqur		.401	.111	.005*	.08	.72
		i kënaqur		.557	.109	.000*	.24	.87
	i pakënaqur	as i kënaqur as i pakënaqur		.337	.100	.011*	.05	.62
		i kënaqur		.493	.097	.000*	.21	.77
Çrregullim depresiv rekurent	Ska si te jetë me keq	i kenaqur		.412	.08	.000*	.18	.64
	as i kënaqur as i pakënaqur	i pa kënaqur		-.351	.082	.000*	-.59	-.11
ÇSPT	Ska si të jetë më keq	as i kënaqur as i pakënaqur		.540	.109	.000*	.230	.850
		kryesisht i kënaqur		.464	.104	.000*	.170	.760
		i kënaqur		.792	.107	.000*	.490	1.100
	i pakënaqur	as i kënaqur as i pakënaqur		.283	.097	.045*	.00	.56
		i kënaqur		.536	.095	.000*	.26	.81
	kryesisht i pakënaqur	as i kënaqur as i pakënaqur		-.540	.109	.000*	-.85	-.23
		kryesisht i kënaqur		.344	.113	.03*	.02	.67
		i kënaqur		.671	.116	.000*	.34	.101
		ska si të jetë më keq		-.792	.107	.000*	-1.10	-.49
		i pa kënaqur		-.536	.095	.000*	-.81	-.26
i kënaqur	kryesisht i pakënaqur		.671	.116	.000*	-1.01	.54	
	kryesisht i kënaqur		-.328	.099	.014*	-.61	-.04	

(\*p= .05)

Studimi ka gjetur ndërthurje interesante në mes të faktorit: kënaqja me jetën dhe çrregullimeve psikologjike dhe siç mund të shihet në tabelën nr. 42, faktori kënaqja me jetën ka pasur korrelacion negativ të rëndësishëm me çrregullimin depresiv ( $r = -.373$ ,  $p = .000$ ), çrregullimin depresiv rekurent ( $r = -.318$ ,  $p = .000$ ) dhe ÇSPT ( $r = -.469$ ,  $p = .000$ ), por nuk është gjetur korrelacion i rëndësishëm në

mes të faktorëve: kënaqja me jetën – çrregullimi i panikut dhe çrregullimi ankthit.

Tabela nr. 42: Korrelacionet: Kënaqja me jetën/ Çrregullimet psikologjike		Çrregullim depresiv	Çrregullim depresiv rekurrent	Çrregullim i panikut	ÇSPT	Çrregullimi i ankthit
	Pearson Corr.	-.373**	-.318**	-.084	-.469**	-.119
Kënaqja me jetën	Sig. (2-t)	.000	.000	.219	.000	.081
	N	215	215	215	215	215

Si faktorë i katërt me ndikim në shfaqjen ose jo të çrregullimeve psikologjike te veteranët është analizuar ndikimi i rasteve me familjarë të vrarë dhe të humbur/ zhdukur gjatë luftës. Nga të dhënat e këtij studimi shihet se 58 (27%) veteranë kanë pasur familjar të vrarë dhe 23 (10.7%) veteranë kanë pasur familjar të humbur dhe të zhdukur gjatë luftës.

Përjetimi i humbjes së familjarëve gjatë luftës ka pasur ndikim të njëjtë në gjithë grupin në shfaqjen e të gjitha çrregullimeve psikologjike të diagnostikuara te veteranët. Testi i Levene dokumenton për homogjenitetin e grupit (Tabela nr. 43).

Tabela nr. 43: Testimi i Homogjenitetit të grupit/ Familjar të vrarë/ Çrregullimi psikologjik	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Çrregullim depresiv	6.463	1	213	.012*
Çrregullim i panikut	5.248	1	213	.023*
ÇSPT	30.928	1	213	.000**
Çrregullimi i ankthit	46.363	1	213	.000**
Çrregullim depresiv rekurent	13.996	1	213	.000**

(\* Sinjifikante në p= .05 dhe \*\* p=.01)

Me ANOVA është dokumentuar ndikimi sinjifikant i variablës familjar i vrarë në manifestimin e Çrregullimit depresiv rekurent (F= (6.37, 1) 6.534, p= .012),



ÇSPT ( $F = (12.5, 1) 13.213, p = .000$ ) dhe Çrregullimit të ankthit ( $F = (12.23, 1) 12.919, p = .000$ ), (tabela nr. 44).

Tabela nr. 44: ANOVA/ Familjar të vlarë/ Çrregullimi psikologjik		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Në mes të grupeve	.645	1	.645	2.818	.095
Çrregullimi depresiv	Brenda grupit	48.778	213	.229		
	Total	49.423	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	1.384	1	1.384	6.534	.011*
Çrregullim depresiv rekurent	Brenda grupeve	45.109	213	.212		
	Total	46.493	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	.189	1	.189	1.414	.236
Çrregullim i panikut	Brenda grupeve	28.434	213	.133		
	Total	28.623	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	3.131	1	3.131	13.213	.000*
ÇSPT	Brenda grupeve	50.478	213	.237		
	Total	53.609	214			
	<hr/>					
	Në mes të grupeve	1.476	1	1.476	12.919	.000*
Çrregullimi i ankthit	Brenda grupeve	24.338	213	.114		
	Total	25.814	214			

(\*Sinjifikante në  $p = .05$ )

Në tabelën nr. 45, është prezantuar analiza e korrelacionit në të cilën shihet ndikimi korrelativ i dobët negativ i faktorit familjar të vlarë dhe manifestimit të Çrregullimit depresiv rekurent ( $r = -.114, p = .011$ ) dhe korrelacion i butë me ÇSPT ( $r = -.242, p = .000$ ) dhe Çrregullim të ankthit ( $r = -.239, p = .000$ ).

Tabela nr. 45: Korrelacioni/ Familjar të vlarë/ Çrregullimi psikologjik		Çrregullim depresiv	Çrregullim depresiv rekurent	Çrregullim i panikut	ÇSPT	Çrregullimi i ankthit
	Pearson Correlation	-.114	-.173*	-.081	-.242**	-.239**
Familjar të vlarë	Sig. (2-tailed)	.095	.011	.236	.000	.000
	N	215	215	215	215	215

(\*  $p = .05$ ; \*\*  $p = .01$ )

Ndikim të njëjtë në mes të subjekteve në manifestimin e çrregullimeve psikologjike ka pasur edhe faktori familjar të humbur. Subjektet me familjar të humbur/ zhdukur kanë pasur dallim sinjifikant në mes vete për manifestim të Çrregullimit depresiv rekurrent ( $F= (5, 1) 5.1, p= .025$ ), Çrregullimit të panikut ( $F= (10.46, 1) 10.956, p= .001$ ), ÇSPT ( $F= (9.28, 1)9.66, p= .002$ ) dhe Çrregullimit të ankthit ( $F= (18.61, 1) 20.290, p= .000$ ), (Tabela nr. 46).

Tabela nr. 46: Efektet në mes të subjekteve/ Familjar të humbur.

Burimi	Variabla e varur	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Familjar të humbur	Çrregullim depresiv	.689	1	.689	3.013	.084	.014
	Çrregullim depresiv rekurrent	1.087	1	1.087	5.100	.025	.023
	Çrregullim i panikut	1.400	1	1.400	10.956	.001	.049
	ÇSPT	2.326	1	2.326	9.660	.002	.043
	Çrregullimi i ankthit	2.245	1	2.245	20.290	.000	.087

Testi i Levene ka dëshmuar homogjenitetin e grupit për ndikimin e faktorit familjar të zhdukur ose humbur në manifestimin psikologjik (Tabela nr. 47).

Tabela nr. 47: Testi i Homogjenitetit- Levene/ Familjar të humbur/ Faktorët psikologjik

Faktori:	F	df1	df2	Sig.
Çrregullim depresiv	2.551	1	213	.012
Çrregullim depresiv rekurent	4.676	1	213	.032
Çrregullim i panikut	22.475	1	213	.000
ÇSPT	138.445	1	213	.000
Çrregullimi i ankthit	35.903	1	213	.000

(Sinjifikante në  $p=.05$ )

Studimi ka dokumentuar po ashtu një marrëdhënie korrelative të dobët në mes të faktorit familjar i humbur/ zhdukur dhe formave të manifestimit psikologjik, kjo marrëdhënie korrelative negative është shprehur në nivel statistikor të rëndësishëm për Çrregullim depresiv rekurrent ( $r= -.153, p= .025$ ), Çrregullim të

panikut ( $r = -.221$ ,  $p = .001$ ), ÇSPT ( $r = -.208$ ,  $p = .002$ ) dhe Çrregullim të ankthit ( $r = -.295$ ,  $p = .000$ ), (Tabela nr. 48).

Tabela nr. 48: Korrelacioni/ Familjar të humbur/ Çrregullimi psikologjik	Çrregullim depresiv	Çrregullim depresiv rekurent	Çrregullim i panikut	ÇSPT	Çrregullimi i ankthit	
Pearson Correlation	-.118	-.153*	-.221**	-.208**	-.295**	
Familjar të humbur	Sig. (2-tailed)	.084	.025	.001	.002	.000
N	215	215	215	215	215	

(\*Sinjifikante në  $p = .05$ , \*\*  $p = .01$ )

#### 4.5 Çrregullimi i Stresit Post-traumatik dhe komorbiditeti:

Bazuar në kriteret e DSM-IV-TR, Çrregullimi depresiv prezantohet në 32.6% të rasteve në ko-morbiditet me Çrregullimin post-traumatik dhe vetëm në 3.3% të rasteve të diagnostikuara Çrregullimi depresiv paraqitet si çrregullim i vetëm. Çrregullimi depresiv rekurent paraqitet në ko-morbiditet në 29.8% të rasteve me ÇSPT, mandej në 12.6% të rasteve në ko-morbiditet Çrregullimi i panikut me ÇSPT dhe në 13.5% të rasteve në ko-morbiditet Çrregullimi i ankthit me ÇSPT. Studimi vërteton raportin e një korrelacioni të rëndësishëm pozitiv në mes të Çrregullimit të stresit post-traumatik dhe Çrregullimit depresiv ( $r = .57$ ,  $p = .000$ ), ÇSPT- Çrregullimit depresiv rekurent ( $r = .56$ ,  $p = .000$ ), dhe korrelacion të butë në mes të ÇSPT- Çrregullimit të panikut ( $r = .23$ ,  $p = .001$ ) dhe ÇSPT- Çrregullimi i ankthit ( $r = .36$ ,  $p = .000$ ), (Tabela nr. 49).

Tabela nr. 49: Çrregullimi/ Komorbiditeti/ÇSPT	Ko-morbid me ÇSPT		Pa ÇSPT		ÇSPT		x <sup>2</sup>	df	r	p
	Nr	%	Nr	%	total	%				
Çrregullimi depresiv	77	32.6	7	3.3	77	35.8	70.7	1	.57	.000
Çrregullimi depresiv rekurent	64	29.8	4	1.9	68	31.6	68.9	1	.56	.000
Çrregullimi i panikut	27	12.6	7	3.3	34	15.8	11.68	1	.23	.001
Çrregullimi i ankthit	29	13.5	1	.5	30	14	27.2	1	.36	.000

Me testin e Levene's është gjetur se grupi është homogjen dhe variabla ÇSPT ka pasur ndikim të njëjtë mbi të gjitha variablat e tjera. Ndikimi i ndërsjell i ÇSPT (p= .05) me Çrregullimin depresiv (p= .000), Çrregullimin depresiv rekurent (p= .000) dhe të çrregullimeve të tjera të analizuara ka rezultuar i njëjtë (Tabela nr. 50).

Tabela nr. 50: Testi Homogjenitetit Levene's për ÇSPT	F	df1	df2	Sig.
Çrregullim depresiv	211.542	1	213	.000
Çrregullim depresiv rekurent	526.123	1	213	.000
Çrregullim i panikut	60.759	1	213	.000
Çrregullimi i ankthit	247.157	1	213	.000

#### **4.6 Ndikimi i numrit të eksperiencave traumatike në shfaqjen e pasojave psikologjike:**

Në studim kemi gjetur frekuencë të ndryshme të eksperiencave traumatike të veteranëve dhe këto eksperiencia janë fituar në varësi të kohëzgjatjes së pjesëmarrjes aktive në luftime. Sidoqoftë, shumica e veteranëve kanë pasur mbi 10 eksperiencia gjatë të cilave jeta e tyre ka qenë seriozisht e kërcënuar. Nga

tabela nr. 51 shohim se 24.2% e veteranëve kanë pasur 11-15 eksperiencia të rënda traumatike, mandej 19.5% e veteranëve kanë pasur 16-20 përvoja traumatike dhe 13.5% e tyre kanë pasur mbi 20 përvoja traumatike me rrezik jetësor.

Tabela nr. 51:		Nr.	%
Numri i ngjarjeve traumatike	0-5	45	20.9
	6-10	47	21.9
	11-15	52	24.2
	16-20	42	19.5
	mbi 20	29	13.5
	Total	215	100.0

Numri i përvojave traumatike ka pasur ndikim edhe në zhvillimin e më vonshëm të ÇSPT. Në tabelën nr. 52, shohim se shtimi i përvojave traumatike ka pasur ndikim në shfaqjen e ÇSPT, kështu psh., 13.5% e rasteve të diagnostikuara me ÇSPT kanë pasur 16-20 përvoja traumatike, 11.2% e rasteve me ÇSPT kanë pasur 11-15 përvoja traumatike, etj. Të dhënat e fituara megjithëse na japin një korrelacion të dobët ( $r = .199$ ,  $p = .003$ ) në mes të numrit të përvojave traumatike dhe Çrregullimit depresiv, Çrregullimit të panikut ( $r = .229$ ,  $p = .001$ ) ose të ÇSPT ( $r = .193$ ,  $p = .005$ ), megjithatë mund të konstatohej se në prezencë edhe të faktorëve të tjerë psikologjik dhe social, numri i madh i përvojave traumatike e ka mundur të ndikoj në përkeqësimin e simptomatologjisë së ÇSPT.

Tabela nr. 52: Korrelacioni: Numri i rasteve traumatike/ Manifestimet psikologjike		Çrregullim depresiv	Çrregullim depresiv rekurent	Çrregullim i panikut	ÇSPT	Çrregullimi i ankthit
	Pearson Correlation	.199**	.216**	.229**	.193**	.174*
Numri i ngjarjeve traumatike	Sig. (2-t)	.003	.001	.001	.005	.011
	N	215	215	215	215	215

(\* Sinjifikante në  $p = .05$ ; dhe \*\*  $p = .01$ )

Me post hoc/ Tukey testin (Tabela nr. 53) është gjetur ndryshim sinjifikant në mes të grupit me 0-5 përvoja traumatike ( $p=.05$ ) dhe grupit me 16-20 përvoja ( $p=.011$ ), si dhe grupit me 0-5 përvoja ( $p=.05$ ) me grupin mbi 20 përvoja traumatike ( $p=.033$ ) për Çrregullim depresiv rekurent. Ndryshim sinjifikant është gjetur edhe në mes të grupit me 0-5 përvoja traumatike ( $p=.05$ ) me grupin 16-20 përvoja traumatike ( $p=.007$ ) për ÇSPT.

Tabela nr. 53: Testi Post Hoc Tukey: Nr i ngjarjeve traumatike/ Faktorët psikologjik	Nr i ngjarjeve traumatike (I)	Nr i ngjarjeve traumatike (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	sig	95% Confidence Interval	
						Lower bound	Upper bound
Çrregullimi depresiv rekurent	0-5	16-20	-.32*	.098	.011	-.59	-.05
		mbi 20	-.31*	.108	.033	-.61	-.02
Çrregullimi i panikut	0-5	16-20	-.22*	.077	.044	-.43	.00
		mbi 20	-.25*	.085	.027	-.49	.02
Çrregullimi i ankthit	0-5	mbi 20	-.25*	.082	.018	-.48	-.03
ÇSPT	0-5	16-20	-.36*	.105	.007	-.65	-.07

(\* Sinjifikante në  $p=.05$ )

Studimi ka nxjerr një të dhënë karakteristike, sa më i lartë numri i përvojave traumatike të paraqitura, aq më e lartë është paraqitur shkalla e manifestimit të pasojave posttraumatike, sidomos e ÇSPT dhe Çrregullimit depresiv rekurent.

#### **4.7 Ndikimi i urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje ndaj kundërshtarit në manifestimet psikologjike.**

Studimi ka vërtetuar faktin se traumat e fituara nga pjesëmarrja aktive në luftë, ose nga eksperiencat humbjes së bashkëluftëtarëve, mandej të qenurit dëshmitar i vrasjeve masive të popullatës civile dhe familjarëve si edhe ngarkesa emocionale të fituara nga përcjellja dhe mbrojtja e kolonave të gjata të popullatës civile të zhvendosura me dhunë nga vatrat e tyre, kanë ndikuar zhvillimin dhe mbajtjen e

urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje ndaj forcave kundërshtare. Ky ndikim është vërtetuar me testin e Levene ku shihet se grupi është homogjen dhe se ndjenja e urrejtjes dhe dëshira për hakmarrje ndaj kundërshtarit ka pasur ndikim të njëjtë në të gjitha format e manifestimit psikologjik (Tabela nr. 54).

Tabela nr. 54: Testi i Homogjenitetit- Levene/ Urrejtje-Hakmarrje/ Faktorët psikologjik.	F	df1	df2	Sig.
Çrregullim depresiv	9.249	9	205	.000
Çrregullim depresiv rekurent	9.058	9	205	.000
Çrregullim i panikut	3.584	9	205	.000
Çrregullimi i ankthit	9.039	9	205	.000
ÇSPT	13.117	9	205	.000

Me post-hoc Tukey testin është gjetur ndryshim sinjifikant brenda grupit me Çrregullim depresiv ( $p=.049$ ) të pjesës së grupit me deklaram: jo aspak urrejtje ( $p=.05$ ) dhe të pjesës së grupit me deklaram: shumë urrejtje ( $p=.000$ ). Një ndryshim statistikor i rëndësishëm është evidentuar edhe brenda grupit me ÇSPT ( $p=.000$ ), të pjesës së grupit me deklaram: jo aspak urrejtje ( $p=.05$ ) kundrejt pjesës së grupit me deklaram: shumë urrejtje ( $p=.049$ ). Intensiteti i urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje ka qenë i ndërlidhur drejtpërdrejt me intensitetin e simptomatologjisë së çrregullimit të evidentuar (Tabela nr. 55).

Tabela nr. 55: Post hoc Tukey/ Urrejtje/ Manifestimi psikologjik	Urrejtje (I)	Urrejtje (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	sig	95% Conf. Int	
						Lower bound	Upper bound
Çrregullimi depresiv	Jo aspak	Shumë	-.21*	.080	.049	-.35	-.10
Çrregullim depresiv rekurent	Jo aspak	Shumë	-.21*	.077	.030	-.41	-.01
Çrregullimi i ankthit	Jo aspak	Shumë	-.25*	.057	.000	-.40	-.11
ÇSPT	Jo aspak	Shumë	-.33*	.081	.000	-.54	-.12

Ndryshime të rëndësishme statistikore janë gjetur edhe brenda grupeve me deklaram të dëshirës për hakmarrje dhe formave të manifestimit psikologjik. Kështu, dallim i rëndësishëm është evidentuar psh., brenda grupit me Çrregullim depresiv ( $p = .014$ ) dhe deklaram: nuk mendoj aspak për hakmarrje ( $p = .05$ ) dhe pjesës tjetër të grupit me deklaram: mendoj shumë shpesh për hakmarrje ( $p = .000$ ). Një ndryshim i rëndësishëm statistikor është gjetur po ashtu edhe brenda grupit me ÇSPT, të pjesës së grupit me deklaram: nuk mendoj aspak për hakmarrje dhe pjesës tjetër me mendim shumë të shpeshtë për hakmarrje ( $p = .000$ ), (Tabela nr. 55).

Tabela nr. 55: Post hoc Tukey/ Hakmarrje/ Manifestimi psikologjik	Hakmarrje (I)	Urrejtje (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	sig	95% Conf. Interval	
						Lower bound	Upper bound
Çrregullimi depresiv	Jo aspak	Shumë shpesh	-.25*	.084	.014	-.47	-.04
Çrregullim depresiv rekurent	Jo aspak	Shumë shpesh	-.26*	.081	.010	-.47	-.05
Çrregullimi i ankthit	Jo aspak	Shumë shpesh	-.24*	.059	.000	-.40	-.09
ÇSPT	Jo aspak	Shumë shpesh	-.36*	.086	.000	-.58	-.13

(\*Sinjifikante në  $p = .05$ )

#### 4.8 Ndikimi i faktorëve social në shkallën e rrezikut për vetëvrasje:

Kampioni i studiuar ( $n=215$ ) është vlerësuar për prezencë të rrezikut për vetëvrasje, rezultatet flasin për prezencë të riskut të përgjithshëm për vetëvrasje në 20.4% (44) të tërë kampionit. Rreziku i mesëm për vetëvrasje është evidentuar në 6% të kampionit, ndërsa rreziku i lartë për vetëvrasje në 6.5% të tërë kampionit të studiuar (Tabela nr. 57).



Tabela nr. 57:	Rastet	(n=215)
Shkalla e rrezikut për vetëvrasje	Numri	%
rrezik i ulët	17	7.9
rrezik i mesëm	13	6
rrezik i lartë	14	6.5
total	44	(20.4)

Në grupin e faktorëve social të cilët janë gjetur me ndikim në rrezikun për vetëvrasje duhet përmendur: moshën, nivelin e arsimimit, statusin civil (martesor), shkallën e punësimit, nivelin e të ardhurave, pozitën ushtarake/gradën si dhe format dhe kushtet e jetesës.

Nga analiza e grup moshave për shkallën e riskut për vetëvrasje janë fituar të dhëna interesante, grup moshë 46-55vj ka rezultuar me rrezikshmëri të lartë në kategoritë: risk i ulët (9.4%) dhe risk i mesëm për vetëvrasje (9.4%), pasuar nga grup moshë 36-45vj e cila është gjetur me risk në të tri kategoritë: risk i ulët (8.8%), risk i mesëm (5.9%) dhe risk të lartë (8.8%). Veteranët e këtyre grup moshave me arsimim fillor kanë shfaqur rrezikshmëri më të lartë për vetëvrasje (12.5%), rrezikshmëri të mesme (11.8%) kanë shfaqur edhe veteranët e këtyre grup moshave me status të studentit. Statusi civil: i ndarë, edhe pse me pjesëmarrje të vogël në tërësinë e kampionit (1.4%), megjithatë ka paraqitur grupin me rrezikshmërinë më të lartë për vetëvrasje (66.7%).

Veteranët e kategorisë të papunë kanë shfaqur rrezikshmërinë më të lartë për vetëvrasje se sa kategoritë e tjera sociale. Risk të ulët kanë shfaqur 13% e të papunëve, risk të mesëm kanë shfaqur 9.8% dhe risku i lartë është evidentuar tek 9.8% e veteranëve të papunë (Tabela nr. 58).

Tabela nr. 58: Statusi social/ Risku për vetëvrasje	Gjendja	Risk i ulët (%)	Risk i mesëm (%)	Risk i lartë (%)	$\chi^2$	df	sig. (2-t)
Grupmoshat	nen 35vj	7.1	4.8	7.1	7.19	9	.617
	36-45vj	8.8	5.9	8.8			
	46-55vj	9.4	9.4	1.9			
	mbi 56vj	0	0	5.6			
Arsimimi	Fillor	5	7.5	12.5	15.74	12	.203
	I mesëm	12.5	5.8	6.7			
	Student	11.8	11.8	0			
	Kolegj	0	4.5	0			
	Shkollim superior	0	3.1	6.2			
Statusi civil	I pa martuar	4	4	4	21.18	9	.012
	I martuat	8.2	6.6	6			
	I ndarë	0	0	66.7			
	I vejë	25	0	0			
Statusi i punësimit	I papunë	13	9.8	9.8	17.216	9	.045
	Punë e përhershme	3.3	2.2	3.3			
	Punë e përkohshme	7.1	7.1	7.1			
	Pension	0	0	0			

Jetesa pa asnjë të ardhur është gjetur si faktori i pestë social me ndikim në shfaqjen e ideve dhe riskut për vetëvrasje. Veteranët pa të ardhura në 13.5% kanë shfaqur risk të ulët, në 10.1% risk të mesëm dhe në 10.1% kanë shfaqur risk të lartë për vetëvrasje.

Në raport me kategoritë e tjera ushtarake, veteranët me statusin ish-ushtarë kanë shfaqur predispozitat më të lartë për risk të ulët (7.1%), risk të mesëm (7.1%) dhe risk të lartë (7.6%) për vetëvrasje. Si kategori të tjera sociale me ndikim në manifestimin e riskut të lartë për vetëvrasje janë evidentuar edhe jetesa në vetmi (22.2%) dhe jetesa në shtëpi ose apartament të huazuar (17%), (tabela nr. 59).

Tabela nr. 59: Statusi social (2)/ Risku për vetëvrasje	Gjendja	Risk i ulët (%)	Risk i mesëm (%)	Risk i lartë (%)	$\chi^2$	df	sig. (2-t)
Niveli i të ardhurave mujore	Pa të ardhura	13.5	10.1	10.1	26.85	12	.008
	Nën 100 euro/M	0	0	20			
	100-200 E/muaj	9.8	2.4	2.4			
	200-400 E/muaj	2.6	7.7	0			
	mbi 400 E/muaj	0	0	5.6			
Statusi (grada) ushtarake	Ushtarë	7.1	7.1	7.6	6.75	9	.663
	Nënoficer	10	0	0			
	Oficer	15.8	0	0			
	Oficer i lartë	0	0	0			
Forma e jetesës	Me prindër	0	4.8	4.8	20.747	9	.014
	Bashkësi familjare	6.9	4.8	4.8			
	Bashkësi familjare të madhe	10	12.5	10			
	I vetmuar	33.3	0	22.2			
Vendbanimi	Shtëpi personale	4.2	4.2	3.3	26.99	9	.001
	Banesë (Apartament) personale	6,9	10.3	6.9			
	Me qera	26.3	10.5	0			
	Shtëpi/banesë të huazuar	10.6	6.4	17			

Me analizën e variablave nuk është gjetur dallim sinjifikant në mes të grup moshave ( $\chi^2= 3.26$ ,  $df= 3$ ,  $p=.352$ ) dhe as brenda grup moshave për riskun për vetëvrasje. Dallim sinjifikant për sa i përket të riskut për vetëvrasje nuk është gjetur as për nivelin e arsimimit ( $\chi^2= 1.21$ ,  $df=2$ ,  $p=.544$ ) dhe statusin civil ( $\chi^2= 1.01$ ,  $df= 2$ ,  $p=.6.02$ ) të veteranëve. Pra faktorët: moshë, niveli i arsimimit dhe statusi civil kanë pasur ndikim të njëjtë në zhvillimin ose jo të riskut për vetëvrasje. Por, analiza e variablave për riskun për vetëvrasje ka rezultuar me dallim sinjifikant në mes të punësuarve ( $\chi^2= 17.2$ ,  $df= 9$ ,  $p= .045$ ), për format e jetesës ( $\chi^2= 20.7$ ,  $df= 9$ ,  $p= .014$ ) dhe për kushtet e vendbanimit ( $\chi^2= 32.2$ ,  $df= 18$ ,  $p= .021$ ). Faktorët si: papunësia, jetesa në vetmi dhe kushtet e pafavorshme të vendbanimit kanë pasur ndikim sinjifikant në manifestimin e riskut për vetëvrasje, ndërkaq në pjesën e grupit me statut të zgjidhur të punësimit, jetesës

në bashkësi dhe kushte të mira të banimit nuk është raportuar për sjellje me risk për vetëvrasje (tabela nr. 60).

Tabela nr. 60: ANOVA/ Faktorët social/ Risku për vetëvrasje.		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Between Groups	.969	3	.323	.438	.726
Grup moshat	Within Groups	155.757	211	.738		
	Total	156.726	214			
	<hr/>					
	Between Groups	10.989	3	3.663	2.157	.094
Arsimimi	Within Groups	358.341	211	1.698		
	Total	369.330	214			
	<hr/>					
	Between Groups	.611	3	.204	1.012	.388
Statusi civil (martesor)	Within Groups	42.477	211	.201		
	Total	43.088	214			
	<hr/>					
	Between Groups	4.554	3	1.518	2.741	.044
Statusi i punësimit	Within Groups	116.860	211	.554		
	Total	121.414	214			
	<hr/>					
	Between Groups	5.743	3	1.914	4.758	.003
Forma e jetesës	Within Groups	84.890	211	.402		
	Total	90.633	214			
	<hr/>					
	Between Groups	22.621	3	7.540	5.231	.002
Vendbanimi	Within Groups	304.151	211	1.441		
	Total	326.772	214			
	<hr/>					

Testimi i homogjenitetit të grupeve sipas Levene's ka treguar se grupet kanë qenë homogjene vetëm për faktorët: niveli i arsimimit ( $p = .000$ ), të ardhurat personale ( $p = .05$ ) dhe për format e jetesës ( $p = .002$ ), por jo edhe për grup moshat ( $p = .096$ ), statusin civil ( $p = .842$ ) dhe statusin e punësimit ( $p = .952$ ), (Tabela nr. 61).

Tabela nr. 61: Levene testi i Homogjenitetit/ Risku për vetëvrasje/ Statusi social	F	df1	df2	Sig.
Grup moshat	2.140	3	211	.096
Arsimimi	10.575	3	211	.000
Statusi civil	.277	3	211	.842
Statusi i punesimit	.114	3	211	.952
Te ardhurat personale	2.620	3	211	.052
Forma e jeteses	4.951	3	211	.002
Vendbanimi	1.147	3	211	.331

Me që me testin e Levene's nuk është vërtetuar homogjeniteti i plotë i grupeve, është rivlerësuar homogjeniteti me F distribuim josimptomatik sipas Welch, rezultatet e fituara nuk kanë ndryshuar esencialisht nga testi i Levene's (Tabela nr. 62).

Tabela nr. 62: Welch Homogjeniteti/ Risku për vetëvrasje/ Statusi civil	F distribuimi asimptomatik	df1	df2	Sig.	
Grup moshat	Welch	.505	3	27.019	.682
Arsimimi	Welch	5.592	3	29.378	.004
Statusi civil	Welch	.773	3	26.813	.519
Statusi i punësimit	Welch	2.637	3	25.723	.071
Të ardhurat personale	Welch	8.302	3	27.145	.000
Forma e jetesës	Welch	3.109	3	24.708	.045
Vendbanimi	Welch	4.243	3	25.301	.015

Faktorët social si niveli i arsimimit ( $r = .157$ ,  $p = .021$ ), statusi i punësimit ( $r = .184$ ,  $p = .007$ ), niveli i të ardhurave personale ( $r = .269$ ,  $p = .000$ ), format e jetesës ( $r = -.229$ ,  $p = .001$ ) dhe kushtet e vendbanimit ( $r = -.210$ ,  $p = .002$ ) kanë treguar shkallë të dobët të korrelacionit të Pearson-it me riskun për vetëvrasje (Tabela nr. 63).

Tabela nr. 63: Korrelacioni/ Faktorët social/ Risku për vetëvrasje	Grup moshat	Arsimimi	Statusi civil	Statusi i punësimit	Të ardhurat personale	Forma e jetesës	Vendbanimi	
Pearson Correlation	.047	.157*	-.090	.184**	.269**	-.229**	-.210**	
Risku për vetëvrasje	Sig. (2-tailed)	.494	.021	.189	.007	.000	.001	.002
	N	215	215	215	215	215	215	

(\* Sinjifikante në p=.05 dhe \*\* në p=.01)

Për vlerësim të ndikimit në shfaqjen e sjelljeve me rrezik të lartë janë marr në konsideratë edhe faktorët e tjerë social si psh., ndikimi i nivelit të kënaqjes me cilësinë e jetës në riskun për vetëvrasje, mandej niveli i kënaqjes me punën ose shkollimin, gjendja financiare, niveli i kënaqësisë me aktivitetet e lira dhe niveli i kënaqjes me vendbanimin. Të dhënat e fituara flasin për ndryshime statistikore të rëndësishme në mes të grupeve për të gjitha këto kategori sociale (tabela nr. 64).

Tabela nr. 64: ANOVA/ Risku për vetëvrasje/ Gjendjet sociale.		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Between Groups	65.896	3	21.965	8.077	.000
Kënaqja me jetën	Within Groups	573.825	211	2.720		
	Total	639.721	214			
	Between Groups	50.044	3	16.681	5.519	.001
Kënaqësia me punën/shkollimin	Within Groups	637.705	211	3.022		
	Total	687.749	214			
	Between Groups	63.165	3	21.055	8.011	.000
Gjendja financiare	Within Groups	554.537	211	2.628		
	Total	617.702	214			
	Between Groups	46.000	3	15.333	5.573	.001
Kënaqësia me aktivitete e lira	Within Groups	580.493	211	2.751		
	Total	626.493	214			
	Between Groups	49.825	3	16.608	5.627	.001
Kënaqësia me vendbanimin	Within Groups	622.807	211	2.952		
	Total	672.633	214			

Me testin e homogjenitetit sipas Levene's nuk është verifikuar homogjenitetit i grupit të faktorëve social për sa i përket ndikimit të këtyre faktorëve në riskun për vetëvrasje. Me testin e Levene's grupi është homogjen vetëm për faktorët social: kënaqja me punën (Ls= 6.681, p=.000) dhe gjendjen financiare (Ls= 13.8, p=.000), por jo edhe për faktorët social të tjerë (Tabela nr. 65). Me që grupi nuk është treguar homogjen me testin e Levene's është bërë testi i distribuimit asimptomatik sipas Welch. Testi i Welch verifikon homogjenitetin e grupit, përkatësisht të ndikimin e faktorëve social në riskun për vetëvrasje (Tabela nr. 66).

Tabela nr. 65: Levene Testi i Homogjenitetit/ faktorët social	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Kënaqja me jetën	2.311	3	211	.077
Kënaqësia me punën/shkollimin	6.681	3	211	.000
Gjendja financiare	13.840	3	211	.000
Kënaqja me aktivitete e lira	.557	3	211	.644
Kënaqësia me vendbanimin	1.435	3	211	.234

Tabela nr. 66: Welch F distribuimi asimptomatik/ Risku për vetëvrasje/ Faktorët social.	Statistic	df1	df2	Sig.	
Kënaqja me jetën	Welch	9.755	3	26.884	.000
Kënaqja me punën/shkollimin	Welch	8.977	3	28.490	.000
Gjendja financiare	Welch	25.903	3	34.817	.000
Kënaqja me aktivitetet e lira	Welch	5.682	3	26.032	.004
Kënaqja me vendbanimin	Welch	6.333	3	26.835	.002

Është vlerësuar po ashtu homogjeniteti i grupit për faktorët si: invaliditeti, grada ushtarake, ndjenjë e urrejtjes dhe dëshirë për hakmarrje dhe humbjet familjare dhe

ndikimit të këtyre faktorëve në riskun për vetëvrasje. Testi i Levene's ka dëshmuar homogjenitetin e grupit vetëm për invaliditet (Ls= 20.7, p= .000), gradën ushtarake (Ls= 9.14, p= .000) dhe numrin e ngjarjeve traumatike (Ls= 8.17, p= .000), por jo edhe për faktorët e tjerë (Tabela nr. 67). Për të ri-vlerësuar homogjenitetin e grupit për këtë grup faktorësh përsëri është bërë testi i distribuimit asimptomatik sipas Welch, por që rezultatet e fituara kanë rezultuar pa ndryshime të rëndësishme statistikore për faktorët: ndjenja të urrejtjes, dëshira për hakmarrje dhe familjar të vvarë (Tabela nr. 68).

Tabela nr. 67: Testi i Homogjenitetit Levene/ Statusi personal/ Risku për vetëvrasje	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Invaliditeti i fituar	20.717	3	211	.000
Grada ushtarake	9.142	3	211	.000
Ndjenja e urrejtjes	.888	3	211	.448
Dëshira për hakmarrje	.653	3	211	.582
Familjar/mik të vvarë	2.370	3	211	.072
Numri i ngjarjeve traumatike	8.173	3	211	.000

Tabela nr. 68: Welch, F Distribuimi asimptomatik/ Risku për vetëvrasje		Statistic	df1	df2	Sig.
Ndjenja e urrejtjes	Welch	1.972	3	25.741	.143
Dëshira për hakmarrje	Welch	1.506	3	25.223	.237
Familjar/ mik të vvarë	Welch	.809	3	25.040	.501

Me ANOVA është gjetur ndryshim statistikor i rëndësishëm brenda grupit me invaliditet të fituar gjatë luftës në riskun për vetëvrasje ( $\chi^2= 29.3$ , df=2, p= .000). Ndryshim të rëndësishëm statistikor në riskun për vetëvrasje ka pasur edhe në grupin me numër të ndryshëm të ngjarjeve traumatike të përjetuara ( $\chi^2= 8$ , df= 2,



p= .018), por me ANOVA nuk është gjetur dallim i rëndësishëm statistikor në në riskun për vetëvrasje i faktorëve: grada ushtarake, ndjenja e urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje. Këto grupe faktorësh brenda dhe në mes të grupeve kanë pasur ndikim të njëjt në riskun për vetëvrasje (Tabela nr. 69).

Tabela nr. 69: ANOVA/ Statusi personal/ Risku për vetëvrasje		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Invaliditeti i fituar	Between Groups	1.425	3	.475	7.486	.000
	Within Groups	13.385	211	.063		
	Total	14.809	214			
Grada ushtarake	Between Groups	2.238	3	.746	1.784	.151
	Within Groups	88.200	211	.418		
	Total	90.437	214			
Ndjenja të urrejtjes	Between Groups	5.706	3	1.902	2.349	.074
	Within Groups	170.834	211	.810		
	Total	176.540	214			
Dëshira për hakmarrje	Between Groups	3.909	3	1.303	1.871	.135
	Within Groups	146.928	211	.696		
	Total	150.837	214			
Familjar/mik të vrarë	Between Groups	.634	3	.211	1.069	.363
	Within Groups	41.719	211	.198		
	Total	42.353	214			
Numri i ngjarjeve traumatike	Between Groups	21.546	3	7.182	4.244	.006
	Within Groups	357.087	211	1.692		
	Total	378.633	214			

Post hoc Tukey testi verifikon dallimin e rëndësishëm statistikor të grupit me invaliditet të fituar, përkatësisht në mes të grupit: me risk të ulët (p=.05) dhe grupit: me risk të lartë (p= .044) dhe grupit: pa risk (p=.05) dhe risk i lartë (p=.000). Dallim i rëndësishëm statistikor është gjetur edhe në mes të grupit pa risk (p=.05) dhe grupit me risk të lartë (p= .005) për numrin e ngjarjeve traumatike (Tabela nr. 70).

Tabela nr. 70: Post hoc Tukey testi: Variablat/ Risku për vetëvrasje	Risku për vetëvrasje (I)	Risku për vetëvrasje (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	sig	95% Conf. Interval	
						Lower bound	Upper bound
Invaliditet i fituar	Risk i ulët	Risk i lartë	.239	.091	.044	.00	.47
	Pa risk	Risk i lartë	-.316	.070	.000	.50	.13
Numri i ngjarjeve traumatike	Pa risk	Risk i lartë	-1.221	.362	.005	-2.16	-.28

Analiza e korrelacionit në mes të faktorëve: invaliditeti i fituar në luftë, grada ushtarake, ndjenjë e urrejtjes, dëshirë për hakmarrje dhe familjar të humbur/ zhdukur me rikun për vetëvrasje, ka rezultuar me lidhje korrelative të dobët në mes të invaliditetit të fituar ( $r = .159$ ,  $p = .02$ ) dhe riskut për vetëvrasje dhe është gjetur korrelacion i dobët jo sinjifikant me faktorët e tjerë të sipërpërmendur (Tabela nr. 71).

Tabela nr. 71: Korrelacioni/ Pozita sociale/ Risku për vetëvrasje.	Invaliditeti i fituar	Grada ushtarake	Urrejtje	Hakmarrje	Familjarë të vvarë	Familjarë të humbur	Nr i ngjarjeve traumatike
Pearson Correlation	.159*	.015	-.110	-.101	.074	.086	-.121
Risku për vetëvrasje Sig. (2-tailed)	.020	.832	.107	.138	.281	.207	.076
N	215	215	215	215	215	215	215

#### 4.9 Ndikimi i faktorëve psikologjik në shkallën e rrezikut për vetëvrasje:

Në grupin e faktorëve psikologjik me ndikim të lartë dhe me rrezik të lartë për vetëvrasje janë gjetur: ÇSPT (12.4%), Çrregullimi depresiv (18.4%) dhe Çrregullimi depresiv rekurent (20.6%). Është gjetur raport i korrelacionit të rëndësishëm në mes të ÇSPT ( $r = -.45$ ,  $p = .05$ ), Çrregullimit depresiv ( $r = -.57$ ,

p= .05), Çrregullimit depresiv rekurent (r= - .55, p= .05) dhe rrezikut të lartë për vetëvrasje (tabela nr. 72).

Tabela nr. 72:											
Faktorët psikologjik / Rreziku për vetëvrasje	Nr	%	Risk i ultë/ Nr	%	Risk i mesëm/ Nr	%	Risk i lartë/ Nr.	%	x <sup>2</sup>	df	r
ÇSPT	113	52.6	16	14.2	13	11.5	14	12.4	45.41	3	-.45*
Çrregullimi Depresiv	77	35.8	14	18.2	12	15.6	14	18.2	74.11	3	-.57*
Çrregullimi Depresiv Rekurent	68	31.6	10	14.7	13	19.1	14	20.6	78.59	3	-.55*
Çrregullimi i panikut	34	15.8	6	17.6	2	5.9	7	20.6	19.98	3	-.24**
Çrregullimi i ankthit	30	14	4	13.3	3	10	3	10	3.58	3	-.13**
Çrregullimi i personalitetit antisocial	7	3.3	0	0.00	2	4.55	2	4.55	13.27	3	-.15**

(\* Sinjifikante në p= .05, \*\* p= .01)

Me ANOVA në mes të çrregullimeve psikologjike dhe riskut për vetëvrasje, është pohuar ndikimi sinjifikant i çrregullimit depresiv (x<sup>2</sup>= 74.1, df= 3, p= .000), çrregullimit depresiv rekurent (x<sup>2</sup>= 78.6, df= 3, p= .000) dhe ÇSPT (x<sup>2</sup>= 45.4, df= 4, p= .000) në riskun për vetëvrasje, por nuk është gjetur ndikim sinjifikant në riskun për vetëvrasje i çrregullimit të ankthit (x<sup>2</sup>= 3.5, df= 3, p= .311), (tabela nr. 73).

Tabela nr. 73: ANOVA/ Risku për vetëvrasje/ Faktorët psikologjik		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Between Groups	17.035	3	5.678	36.994	.000
Çrregullim depresiv	Within Groups	32.388	211	.153		
	Total	49.423	214			
	Between Groups	16.995	3	5.665	40.523	.000
Çrregullim depresiv rekurent	Within Groups	29.498	211	.140		
	Total	46.493	214			
	Between Groups	2.660	3	.887	7.205	.000
Çrregullim i panikut	Within Groups	25.964	211	.123		
	Total	28.623	214			
	Between Groups	11.323	3	3.774	18.833	.000
ÇSPT	Within Groups	42.286	211	.200		
	Total	53.609	214			
	Between Groups	.290	3	.097	1.260	.289
Çrregullim i ankthit	Within Groups	16.203	211	.077		
	Total	16.493	214			

Me post hoc Tukey testin është gjetur dallim i rëndësishëm statistikor në mes të grupeve pa risk ( $p = .05$ ) dhe grupeve me risk të ulët ( $p = .016$ ), risk të mesëm ( $p = .05$ ) dhe risk të lartë ( $p = .000$ ) për çrregullimin depresiv dhe çrregullimin depresiv rekurent, po ashtu është gjetur dallim i rëndësishëm statistikor në mes të grupeve pa risk ( $p = .05$ ) risk të ulët dhe risk të mesëm ( $p = .000$ ) për ÇSPT (tabela nr. 74).

Tabela nr. 74: Post hoc Tukey testi: Faktorët psikologjik/ Risku për vetëvrasje	Risku për vetëvrasje (I)	Risku për vetëvrasje (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	sig	95% Confidence Interval	
						Lower bound	Upper bound
Çrregullim depresiv	Pa risk	Risk i ulët*	-.412	.138	.016	-.77	-.06
	Pa risk	Risk i mesëm*	-.707	.113	.000	-1.00	-.41
	Pa risk	Risk i lartë*	-.784	.109	.000	-1.07	-.50
Çrregullim depresiv rekurent	Pa risk	Risk i ulët*	-.107	.095	.000	-.06	.77
	Pa risk	Risk i mesëm*	-.819	.108	.000	-1.10	-.54
	Pa risk	Risk i lartë*	-.819	.104	.000	-1.09	-.55
ÇSPT	Pa risk	Risk i ulët*	-.532	.114	.000	-.84	-.24
	Pa risk	Risk i mesëm*	-.591	.112	.000	-.92	.26
	Pa risk	Risk i lartë*	-.591	.124	.000	-.91	-.27

(\*Sinjifikante në  $p = .05$ )

Të dhënat e mësipërme flasin në favor të ndikimit të drejtpërdrejtë faktorëve psikologjik në shkallën e riskut për vetëvrasje, përkatësisht sa më intensive simptomatologjia e Çrregullimit depresiv, Çrregullimit depresiv rekurent dhe ÇSPT aq më i lartë është treguar risku për vetëvrasje.

#### 4.10 Analiza e regresionit

Për të vlerësuar fortësin e lidhjes në mes të variablave të ndryshme është bërë analiza e regresionit për gjetjet më të rëndësishme të studimit. Për të vlerësuar lidhjen në mes të variabëlës kënaqësia me jetën është bërë analiza e regresionit për faktorët social dhe ka rezultuar se niveli i kënaqjes me jetën ka lidhje të fortë me nivelin e të ardhurave personale dhe kushtet e vendbanimit ( $F = (2; 277.51) 163.19, p = .000$ ), përkatësisht është vërtetuar ndikimi sinjifikant i nivelit të ardhurave dhe kushteve të banimit në nivelin e kënaqësisë me jetën dhe ka

mundur të parashikohet se sa më të ulta të ardhurat personale dhe sa më të vështira kushtet e banimit aq më e ultë është paraqitur shkalla e kënaqjes me jetën dhe e kundërta (Tabela nr. 75).

Tabela nr. 75: Variabla		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
Kënaqja me jetën/ Modeli		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.584	.175		9.046	.000
	Të ardhurat personale	.730	.057	.659	12.775	.000
2	(Constant)	2.149	.254		8.469	.000
	Të ardhurat personale	.681	.058	.615	11.699	.000
	Kushtet e vendbanimit	-.223	.074	-.159	-3.025	.003

Niveli i shfaqur i ndjenjës së urrejtjes përbën komponentën e dytë me interes të këtij studimi, analiza e regresionit e variablës urrejtje dhe variablave sociale dhe psikologjike ka rezultuar me konstatimin se për sa i përket komponentës sociale urrejtja është e lidhur fort (vlera e variacionit 99.2%) me variablën familjar/mik të vrarë gjatë luftës ( $F = (1; 41.64) 07.929, p = .000$ ), ndërsa për sa i përket komponentës psikologjike variabla urrejtje ka pasur lidhje të fortë ( $F = (2; 13.65) 8.865, p = .000$ ) me ÇSPT dhe Çrregullimin e ankthit. Në bazë rezultateve të analizës së regresionit mund të parashikohet se te rastet me përvoja të familjarëve të vrarë gjatë luftës dhe me manifestime të ÇSPT dhe Çrregullimit të ankthit, shfaqja e ndjenjës së urrejtjes për kundërshtarin është shumë më e lartë (Tabela nr. 76).

Tabela nr. 76: Variabla Urrejtje/ Modeli	Unstandardized Coefficient		Standardized coefficient	t	sig
	$\beta$	Std. Error	$\beta$		
(Constant)	3.423	.218		15.669	.000
Familjar të vrrarë	-.992	.122	-.486	-8.109	.000
(Constant)	1.049	.194		5.412	.000
ÇSPT	.431	.121	.238	3.569	.000
(Constant)	.742	.238		3.113	.002
ÇSPT	.332	.128	.183	2.589	.010
Çrregullimi i ankthit	.403	.285	.154	2.183	.030

Niveli i shfaqur i dëshirës për hakmarrje ndaj pjesëtarëve të forcave kundërshtare paraqet variablën e tretë të analizës së regresionit dhe nga të dhënat e fituara ka rezultuar se variabla dëshira për hakmarrje ka pasur lidhje të fortë (vlera e variacionit 99.6%) me komponentën sociale përkatësisht variablën familjar të vrrarë gjatë luftës ( $F = (1; 42.112) 82.5, p = .000$ ) dhe lidhje të fortë ( $F = (1; 14.023) 21.832, p = .000$ ) me komponentën psikologjike, përkatësisht me variablën e ÇSPT (vlera e variacionit 51.1%). Pra, dëshira për hakmarrje në mënyrë sinjifikante është paraqitur më e lartë tek grupi i kampionit me përvoja të humbjeve familjare dhe me simptomatologji manifeste të ÇSPT (Tabela nr. 77).

Tabela nr. 77: Variabla Hakmarrje/ Modeli	Unstandardized Coefficient		Standardized coefficient	t	sig
	$\beta$	Std. Error	$\beta$		
(Constant)	3.376	.196		17.218	.000
Familjar të vrrarë	-.996	.110	-.528	-9.083	.000
(Constant)	.871	.176		4.957	.000
ÇSPT	.511	.109	.305	4.673	.000

Analiza e regresionit për variabëlën Çrregullimi depresiv ka dëshmuar lidhjen me komponentën sociale ( $F = 4; 13.852) 27.389, p = .000$ ), përkatësisht me variablat: gjendja financiare, kushtet e vendbanimit dhe numrin e ngjarjeve traumatike. Nga të dhënat e analizës së regresionit rezultoi se faktorët e pafavorshëm social

ndikojnë në mënyrë sinjifikante në përkeqësimin e simptomatologjisë së çrregullimit depresiv (Tabela nr. 78).

Tabela nr. 78: Variabla		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
Çrregullimi depresiv/ Model		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.700	.054		31.478	.000
	Gjendja financiare	-.130	.017	-.458	-7.524	.000
2	(Constant)	1.875	.074		25.354	.000
	Gjendja financiare	-.096	.020	-.338	-4.886	.000
	Kënaqja me vendbanimin	-.063	.019	-.234	-3.375	.001
3	(Constant)	1.685	.097		17.380	.000
	Gjendja financiare	-.096	.019	-.339	-4.983	.000
	Kënaqja me vendbanimin	-.060	.018	-.222	-3.257	.001
	Numri i ngjarjeve traumatike	.063	.021	.174	2.966	.003

Analiza e regresionit e variablës Çrregullimi depresiv rekurent ka rezultuar me lidhje të fortë ( $F = (2, 11.829) 17.915, p = .000$ ) të kësaj variable me variablat: gjendja financiare, numri i ngjarjeve traumatike, kushtet e vendbanimit dhe invaliditetin e fituar.

Nga analiza e regresionit mund të parashikohet se te modeli, faktorët e përmendur social e përkeqësojnë ndjeshëm pasqyrën klinike të çrregullimit depresiv rekurent (Tabela nr. 79).

Analiza e regresionit për variablën ÇSPT ka rezultuar me lidhje të forta të ÇSPT ( $F = (4; 17.063) 24.512, p = .000$ ) me këta faktorë social: gjendjen financiare (vlera e variacionit 48.9%), shkallën e kënaqjes me aktivitete e lira (vlera e variacionit 24.9%), numrin e ngjarjeve traumatike (vlera e variacionit 15.4%), dhe nivelin e shfaqur të kënaqjes me arritjet jetësore (vlera e variabëlilit 21.4%), (Tabela nr. 80).

Nga analiza ka rezultuar se faktorët social të pafavorshëm në mënyrë



domethënëse mund të ndikojnë në përkeqësimin e simptomatologjisë ekzistuese të ÇSPT.

Tabela nr. 79: Variabla		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
Çrregullimi depresiv		Coefficients		Coefficients		
rekurent/ Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.608	.054		29.817	.000
	Gjendja financiare	-.111	.017	-.403	-6.431	.000
	(Constant)	1.401	.081		17.196	.000
2	Gjendja financiare	-.109	.017	-.397	-6.471	.000
	Numri i ngjarjeve traumatike	.071	.021	.204	3.322	.001
	(Constant)	1.571	.097		16.251	.000
	Gjendja financiare	-.078	.019	-.285	-4.078	.000
3	Numri i ngjarjeve traumatike	.068	.021	.193	3.201	.002
	Kënaqja me vendbanimin	-.057	.018	-.218	-3.113	.002
	(Constant)	2.047	.248		8.267	.000
	Gjendja financiare	-.072	.019	-.263	-3.755	.000
4	Numri i ngjarjeve traumatike	.057	.022	.162	2.624	.009
	Kënaqja me vendbanimin	-.062	.018	-.236	-3.364	.001
	Invaliditeti i fituar	-.230	.110	-.130	-2.086	.038

Tabela nr. 80: Variabla ÇSPT/		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
Model		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.906	.055		34.524	.000
	Gjendja financiare	-.144	.018	-.489	-8.184	.000
2	(Constant)	2.072	.073		28.324	.000
	Gjendja financiare	-.099	.022	-.336	-4.528	.000
	Kënaqja me aktivitete e lira	-.073	.022	-.249	-3.358	.001
3	(Constant)	1.887	.100		18.785	.000
	Gjendja financiare	-.102	.022	-.347	-4.737	.000
	Kënaqja me aktivitete e lira	-.065	.022	-.223	-3.019	.003
	Numri i ngjarjeve traumatike	.058	.022	.154	2.643	.009
	(Constant)	1.960	.104		18.795	.000
4	Gjendja financiare	-.057	.029	-.192	-1.951	.052
	Kënaqja me aktivitete e lira	-.059	.021	-.203	-2.767	.006
	Numri i ngjarjeve traumatike	.055	.022	.147	2.560	.011
	Kënaqja me arritjet jetësore	-.060	.026	-.214	-2.321	.021

Variabla Risku për vetëvrasje në raport me variablat sociale ka rezultuar me lidhje të fortë me variablat kënaqja me jetën ( $F = (2, 22.543) 15.129, p = .000$ ) dhe variablën format e jetesës. Kushtet e vështira sociale dhe pakënaqësia me kushtet jetësore janë treguar faktorët me ndikim të rëndësishëm në riskun për vetëvrasje (Tabela nr. 81).

Tabela nr. 81: Variabla		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
Risku për vetëvrasje/		Coefficients		Coefficients		
Faktorët social/ Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3.063	.137		22.378	.000
	Kënaqja me jetën	.146	.035	.275	4.180	.000
2	(Constant)	3.754	.241		15.588	.000
	Kënaqja me jetën	.143	.034	.269	4.185	.000
	Forma e jetesës	-.313	.091	-.222	-3.449	.001

Ndërsa variablat psikologjike: Çrregullimi depresiv dhe ÇSPT kanë pasur lidhje të fortë ( $F = (2; 49.379) 71.750, p = .000$ ) me variablën risku për vetëvrasje. Kjo

shpjegon vlerën e variacionit 76.2 dhe shkallën e ndikimit të ÇSPT dhe Çrregullimit depresiv në shfaqjen e riskut për vetëvrasje, përkatësisht sa më intensive simptomatologjia aq më i lartë është parashikuar rreziku për vetëvrasje (Tabela nr. 82).

Tabela nr. 82: Variabla		Unstandardized		Standardized	t	Sig.
Risku për vetëvrasje/ Faktorët psikologjik/ Model		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.880	.163		29.916	.000
	Çrregullimi depresiv	-.959	.113	-.502	-8.471	.000
	(Constant)	5.115	.186		27.447	.000
2	Çrregullimi depresiv	-.762	.137	-.399	-5.583	.000
	ÇSPT	-.329	.131	-.179	-2.512	.013

Në tabelën e mëposhtme vërehet se nën ndikimin e faktorëve social (kënaqja me jetën, gjendja financiare, kushtet e jetesës dhe të vendbanimit, numri i rasteve të ekspozimit traumatik dhe kënaqja me arritjet jetësore) dhe faktorëve psikologjik (Çrregullimi depresiv, Çrregullimi depresiv rekurent dhe ÇSPT) mund të parashikohet modeli për nga forma e sjelljes dhe shkalla e manifestimit të çrregullimeve psikologjike, model i cili në aspektin statistikor nuk është i rastësishëm (Tabela nr. 83).

Tabela nr. 83: Modeli përfundimtar nga analiza e regresionit.	R	R Square	Adjusted R Square	St. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square change	F Change	df1	df2	Sig. F change
1 <sup>a</sup>	0.659	0.454	0.431	1.3	0.457	82.296	1	2	0.000
2 <sup>b</sup>	0.684	0.468	0.465	1.243	0.639	97.929	1	2	0.000
3 <sup>c</sup>	0.486	0.236	0.232	0.796	0.486	67.748	1	1	0.000
4 <sup>d</sup>	0.528	0.279	0.276	0.714	0.528	82.5	1	1	0.000
5 <sup>e</sup>	0.458	0.21	0.206	0.428	0.529	27.389	1	3	0.000
6 <sup>f</sup>	0.403	0.163	0.159	0.423	0.504	17.915	1	4	0.000
7 <sup>g</sup>	0.489	0.239	0.236	0.438	0.564	24.512	1	4	0.000
8 <sup>h</sup>	0.257	0.076	0.071	0.885	0.353	15.129	1	2	0.000
9 <sup>i</sup>	0.502	0.252	0.248	0.796	0.523	39.923	1	2	0.000

1<sup>a</sup>. Kënaqja me jetën: (Konstant) Të ardhurat personale/Kënaqja me vendbanimin;

2<sup>b</sup>. Gjendja financiare: (Konstant) Të ardhurat personale/ Niveli i Arsimimit;

3<sup>c</sup>. Niveli i urrejtjes: (Konstant) Familjar/ Mik të vrarë gjatë luftës;

4<sup>d</sup>. Hakmarrje: (Konstant) Familjar/ Mik të vrarë gjatë luftës;

5<sup>e</sup>. Çrregullimi depresiv/ Faktorët social: (Konstant) Gjendja financiare, kënaqja me vendbanimin, numri i ngjarjeve traumatike;

6<sup>f</sup>. Çrregullimi depresiv rekurent/ Faktorët social: (Konstant) Gjendja financiare, numri i ngjarjeve traumatike, kënaqja me vendbanimn, invaliditeti i fituar;

7<sup>g</sup>. ÇSPT/ Faktorët social: (Konstant) Gjendja financiare, kënaqja me aktivitetet e lira, numri i ngjarjeve traumatike, kënaqja me arritjet jetësore;

8<sup>h</sup>. Rreziku për vetëvrasje/ Faktorët social: (Konstant) Kënaqja me jetën, format e jetesës;

9<sup>i</sup>. Rreziku për vetëvrasje/ Faktorët psikologjik: (Konstant) Çrregullimi depresiv, ÇSPT.

## **V. Kapitulli i pestë**

Në kapitullin e pestë janë diskutuar rezultatet e fituara dhe janë krahasuar ato e studime te autorëve të ndryshëm. Në fillim janë interpretuar gjetjet specifike demografike dhe sociale dhe është përshkruar ndikimi i këtyre faktorëve jetën e veteranëve.

Në këtë kapitull është analizuar prevalenca e çrregullimeve psikologjike dhe është krahasuar e studimet e ngjashme të autorëve të ndryshëm. Në këtë pjesë i është kushtuar kujdes interpretimit të ndikimit të faktorëve social dhe psikologjik shoqëruar në format e manifestimit të çrregullimeve psikologjike të evidentuara tek veteranët e luftës. Një analizë e veçantë i është kushtuar ndikimit të faktorëve demografik, social dhe psikologjik në shkallën e rrezikut për vetëvrasje, këto të dhëna janë krahasuar me studime të ngjashme të kësaj fushe.

## 5.1 Diskutimi i rezultateve

Studimi ka nxjerrë disa karakteristika specifike demografike, së pari, për ndryshim nga shumë studime të tjera në të cilat pjesëmarrësit në studim ishin të dy gjinive, në këtë studim të gjithë pjesëmarrësit ishin të gjinisë mashkullore (100%).

Mosha, si karakteristikë e dytë demografike është paraqitur me mesatare prej 42.9 vjet,  $SD \pm 7.89$ . Pjesën më të madhe të kampionit e përbënin veteranët e grup moshës 36-45 vjeçare me 47.7%. Nëse e marrim në konsideratë kohën nga përfundimi i luftës (15 vite), mund të konkludojmë se të gjithë ata në kohën e luftës kanë pasur një moshë prej 22 deri 38 vjeçare. Të gjithë veteranët luftës të cilët në kohën e angazhimit kanë qenë nën moshën 30vj, për shkak se për vite të tëra ju janë shmangur shërbimit të obliguar ushtarak, mund të konsiderohen si të papërvojë për luftë, por edhe në moshën me risk të lartë për zhvillim të problemeve psikologjike si pasojë e përvojave traumatike (Ditlevsen, 2010: 8, 9 dhe Seal, 2007: 479, 480).

Statusi civil (të martuar, 85.1%) si karakteristikë e tretë socio-demografike nga shumë autorë është cilësuar si faktorë i rëndësishëm me ndikim në reagimin psikologjik ndaj pasojave traumatike (Fontana, 2010: 755). Në modelin e familjes Kosovare martesë kuptohet dhe merret si obligim familjar i cili duhet realizuar përpara moshës 30 vjeçare. Në një model tradicional, përkrahja e ndërsjell në mes të familjarëve ndikon dhe dikton pozitën dhe statusin e individit brenda një familje. Kështu, duke pasur dhe duke jetuar në familje të mëdha dhe posaçërisht duke u ndjerë përgjegjës, veteranët me probleme të diagnostikuara psikologjike është raportuar të kenë manifestuar më shumë probleme emocionale, probleme

me pagjumësinë, hiper-aktivitet, apati dhe oreks të shtuar. Ndërsa si rezultat i pasojave dytësore të ÇSPT, në familjet e veteranëve me ÇSPT shpesh është prishur kohezioni familjarë (Klaric, 2008: 495, 496). Për shkak të traumave të fituara, veteranët e kthyer nga lufta kanë shfaqur probleme serioze në reintegrimin e tyre në familje, komunitet dhe vendin e punës duke rrezikuar kështu rolin shoqëror të tyre. Si rezultat, në familjet e veteranëve janë evidentuar tendenca të izolimit, ndërsa shmangia nga tubimet dhe kufizimi i aktiviteteve sociale janë bërë model i sjelljes së tyre. Duhet potencuar se sjellja agresive e veteranëve ndaj familjarëve posaçërisht ndaj bashkëshorteve është manifestuar me agresion verbal ose fizik, duke rrezikuar kështu në mënyrë serioze kohezionin familjar. Në të vërtetë sjellja agresive e veteranëve është përdorur si një mekanizëm mbrojtës kundrejt ndjenjave dhe kujtimeve të dhimbshme. Sjellja anashkaluese e familjarëve dhe e rrethit shoqëror ndaj veteranëve e ka vështirësuar edhe më shumë integrim social, ndërsa familjarët e tyre kanë jetuar në vazhdimësi në ankth dhe atmosferë kaotike. Në përpjekje për të menaxhuar me stresin, veteranët me ÇSPT janë treguar të ftohët me familjarët posaçërisht me bashkëshortet dhe kanë shfaqur pak interesim dhe gëzim për arritjet dhe ngjarjet e rëndësishme familjare. Pa aftësia për të mbajtur punën, raportet familjare të dëmtuara kanë shkaktuar shpesh ndarje të bashkëshortëve, është dokumentuar se veteranët me ÇSPT shfaqin tendencë tri here më të lartë për divorc se sa veteranët pa ÇSPT. Përpos moshës, edukimit dhe punësimit, është vërtetuar se edhe ÇSPT në format manifeste ka pasur efekt direkt në kualitetin e raporteve bashkëshortore të veteranëve të luftës, në shumicën e rasteve ÇSPT është shfaqur fajtorë për nivelin e lartë të agresivitetit dhe raporteve të papërshtatshme dhe nivelin e lartë të divorceve (Lambert, 2012: 734, 735).

Arsimimi ka paraqitur grupin e katërt të faktorëve socio-demografik me ndikim në sjelljen sociale. Në grupin e studiuar ka mbizotëruar grupi me edukim të mesëm (48.8%) dhe edukim fillor (18.6%). Në përgjithësi me nivel të arsimimit fillor, të mesëm dhe me statusin student kanë rezultuar 74.9% e kampionit. Në këtë studim grup moshë nën 35vj dhe 36-45vj kanë rezultuar me shkallë shumë më të ulët të arritjes arsimore se sa grup moshë 46-55vj. Kjo gjendje ka pasur efekt në mundësitë e punësimit ose edhe të angazhimeve të tjera me përgjegjësi shoqërore. Duhet potencuar se niveli i edukimit dhe statusi socio-ekonomik ka luajtur rol të rëndësishëm në paraqitjen ose jo të sjelljeve violente të grupit të veteranëve (Roth, 2009: 234, 235). Krahas faktorëve tjerë, niveli i ulët i edukimit është gjetur edhe si faktorë risku për përkeqësimin e simptomatologjisë ekzistuese të ÇSPT (Chris, 2000: 754), por edhe të çrregullimeve të tjera psikologjike.

Gjatë analizës së karakteristikave sociale si: punësimit, të ardhurave mujore, satisfaksionit me të arriturat jetësore, satisfaksionit me statusin financiar, satisfaksionit me aktivitetet sociale dhe satisfaksionit me kushtet jetësore, në raport me vendet e regjionit dhe të Evropës studimi ka gjetur të dhëna specifike për Kosovën: shkallë të lartë të papunësisë (42.8%), probleme të rënda sociale, jetesë pa asnjë të ardhura (41.4%), ose jetesë me të ardhura shumë të ulëta (4.7%).

Shkalla e papunësisë së veteranëve (42.8%) ka rezultuar të jetë më e lartë se niveli i përgjithshëm i papunësisë në Kosovë (30.9%). Si rezultat edhe i nivelit të ulët të arsimimit, grup moshë nën 35vj ka rezultuar me shkallën më të ulët të punësimit (7.7%). Krahasuar me të dhënat e ASK-2013 për popullatën civile, shkallë më e lartë e papunësisë është evidentuar tek grup moshë mbi 56vj: 33.3% (5%, ASK-2013), grup moshë 36-45vj: 37.3% (32.5%, ASK-2013) dhe 46-55vj: 26.4% (18.3%, ASK-2013).



Po ashtu varfëria në mesin e veteranëve ka rezultuar të jetë më e lartë se varfëria e përgjithshme (29.7%), ndërkaq niveli i jetesës me varfërinë ekstreme (10.2%) ka qenë i njëjtë me atë të popullatës civile (Agjensia e Statistikave të Kosovës, 2013). Nga të dhënat e këtij studimi është parë se 78.6% e veteranëve të grup moshës nën 35vj jetojnë pa asnjë të ardhur mujore dhe po nga ky grup 2.4% jetojnë me skema sociale prej 70 euro/muaj. Përpos gjendjes sociale të pavolitshme, studimi ka identifikuar edhe pakënaqësitë e mëdha lidhur me arritjet jetësore (64.2%), angazhimin social (55.8%), gjendjen financiare të familjes (79.5%) dhe pakënaqësitë e mëdha me kushtet jetësore (52.6%). Studimi ka dëshmuar se gjendja sociale ka rënduar njësoj mbi të gjithë, ndërsa në gjendje më të rënduar kanë rezultuar grup moshat nën 35vj, 36-45vj dhe mbi 56vj, mandej grupet me nivel të ulët të arsimimit si dhe në grupin e veteranëve të cilët jetojnë në vetmi, në shtëpi të huazuara dhe me invaliditet fizik të fituar në luftë.

Karakteristikat e mësipërme paraqiten shumë më të pafavorshme se në vendet e tjera, në SHBA mbi 90% e veteranëve janë të punësuar dhe kënaqësia sociale prezantohet po ashtu te mbi 90% e rasteve. Përkundër këtyre fakteve edhe te veteranët e luftës së SHBA-ve si rezultat i përvojave traumatike janë shfaqur probleme me abuzimin me alkoolin (14%), ankthin (5%), depresionin (5%) dhe substancat narkotike të ndaluara. Është posaçërisht e rëndësishme të potencohet se ky studim ka dëshmuar se përpos problemeve sociale dhe psikologjike, tek veteranët e luftës së Kosovës nuk është rexhistruar asnjë rast i problemeve të abuzimit me alkool ose substanca narkotike. Rëndësia e përkrahjes sociale për veteranët e luftës është parë në rastin e veteranëve të Vietnamit, shkallë shumë më të ulët të ÇSPT dhe të problemeve të tjera psikologjike kanë shfaqur veteranët me përkrahje adekuate sociale (Thanh, 2006: 124). Rezultate të kundërta gjejmë tek

veteranët e luftës së Bosnjës, tek ata mungesa e përkrahjes sociale rezultoi të ishte faktorë nxitës i sjelljeve impulsive, somatizimit, agresionit verbal dhe auto dhe hetero-agresionit (Begic, 2001: 138). Përpos përkrahjes sociale, rindërtimi i besimit sidomos i rasteve me probleme psikologjike, është dëshmuar si faktor me efekt pozitiv në uljen simptomatologjisë dhe përmirësimin e gjendjeve me çrregullime emocionale (Ahern, 2004: 767). Të dhënat e prezantuar si më sipër, përpos që dëshmojnë për rëndësinë dhe efektin e faktorëve social në zhvillimet e më vonshme, e arsyetojnë edhe shkallën e lartë të zhgënjimit social tek veteranët e luftës së Kosovës, sepse të dhënat e fituara në fakt flasin për një përkrahje sociale e shoqërore më shumë se minimale. Për më tepër studimet e deritanishme e kanë konfirmuar efektin e problemeve psikologjike sidomos të ÇSPT në aftësinë e punës, të hyrat financiare dhe jetën familjare. Po ashtu është vërtetuar se te veteranët me shkallë të ulët të arsimimit, vulnerabiliteti dhe rreziku për zhvillim të ÇSPT është më i lartë. Ndërsa, aftësia e zvogëluar për punë dhe paaftësia për ta mbajtur punën ka ndikuar direkt në mundësit për punësim (Marshall, 2011: 1470, 1471).

Ky studim ka dëshmuar një të dhënë interesante, përkundër se kanë kaluar 15 vite nga përfundimi i luftës në Kosovë, ndjenja e fortë e urrejtjes (25.1%) dhe dëshirës për hakmarrje (20.9%) ndaj forcave kundërshtarë dhe popullatës serbe edhe më tej qëndrojnë, po ashtu e lartë mbetet edhe gatishmëria për veprim (84.7%) e bazuar në ndjenjat e mësipërme. Në mbajtjen e lartë të nivelit ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës së hakmarrjes kanë ndikuar disa faktorë. Rastet me familjar të vrarë ose të zhdukur gjatë luftës, shënimet e përvjetorëve të humbjes së tyre dhe të bashkëluftëtarëve ka pasur ndikim të rëndësishëm në mbajtjen urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje. Duhet potencuar se ky nivel i shprehjes së ndjenjës së

urrejtjes dhe hakmarrjes rezultoi të jetë më i lartë në gjetjet e vitit 2000 nga Cordozo në popullatën civile të Kosovës, të sa po kthyer nga kampet e refugjatëve në Maqedoni dhe Shqipëri. Në studimin e Cordozos urrejtja për forcat serbe shprehej tek 60% e kampionit ndërsa dëshira për hakmarrje tek 43% e kampionit (Cordozo, 2000: 572). Por, kjo shkallë e urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje tregohet më e ulët në studimin e Wenzel (2006: 46), 7 vite pas luftës ndjenja e urrejtjes evidentohet ende në rreth 50% të kampionit ndërsa dëshira për hakmarrje evidentohet në 24.7% të kampionit. Se ndjenja e urrejtjes dhe hakmarrjes është e lidhur me kohën e ekspozimit ndaj traumës dëshmohet në studimin e Wang-Shr-Jie (2010: 4, 10) ku niveli i shprehjes së urrejtjes (60%) dhe zemërimit (90%) të popullatës civile të Kosovës veriore është ende shumë i lartë, sepse kjo popullatë edhe më tej ballafaqohet me represalie dhe me rreziqet për jetë (Wang Shr-Jie, 2010: 4, 10). Po të krahasohet niveli i ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje i të dy studimeve me popullsi civile të Kosovës (Cordozo 2000 dhe Wenzel 2006), shihet tendenca e uljes së nivelit të ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje. Me që ky është studimi i parë me veteran dhe në mungesë të dhënave të mëparshme, nëse bazohemi në të dhënat e mësipërme mund të përfundohet me besueshmëri se edhe te veteranët e luftës së Kosovës ndjesia e urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje ndaj kundërshtarëve tregon tendenca të uljes.

Duhet potencuar se si edhe në studimet e tjera, motivi për hakmarrje te veteranët është zhvilluar si pjesë e mekanizmave të lindur të mbijetesë së njeriut si qenie komplekse sociale. Dëshira për hakmarrje dhe reciprociteti “dhëmbë për dhëmbë” është baza e raporteve sociale e ndërtuar ndër shekuj. Veteranët si qenie humane në vazhdimësi kanë kërkuar drejtësi dhe kur nuk ju është kërkuar falje për keqtrajtim, fyerje morale dhe nëpërkëmbje, ata kanë zhvilluar një lidhje e fortë në

mes të turpit dhe pikëllimit dhe dëshirës për hakmarrje (Bloom, 2001: 70, 71). Njerëzit me prirje për përjetim të rënd të turpit të shkaktuar nga mosrespektimi më lehtë zemërohen, bëhen violent dhe hakmarrës direkt ndaj personave të cilët kanë shkaktuar lëndimin. Nën mbulesën e kërkimit për drejtësi, një dëshirë e vazhdueshme për hakmarrje mund t'ju shërbejë atyre gjithashtu si mbrojtje kundër përfundimit të dhimbjes dhe zisë, kjo mund të pengojë progresin terapeutike dhe përmirësim e jetës së tyre (Bloom, 2001: 72).

Problemi i hakmarrjes është problem social i cili është dëshmuar se duhet zgjidhur në bashkëveprim kompleks në mes të viktimës, dhunuesit dhe grupit social. Prandaj hakmarrjen e vrazhdët nuk duhet parë vetëm si dështim të individit violent, por edhe të grupit social. Hakmarrja është “drejtësi” e cila ka shkuar shtrembër dhe shfaqet vetëm atëherë kur institucionet e shoqërisë kanë dështuar ta menaxhojnë. Për shumë kultura fisnore, hakmarrja ka qenë çështje e familjes. Nëse një anëtar i familjes është lënduar apo vvarë, anëtarët e tjerë të familjes e kanë pasur detyrim hakmarrjen. Dhe nëse kjo hakmarrje nuk është arritur brenda një gjenerate atëherë ka mbetur detyrim për gjeneratën tjetër. Në civilizimet perëndimore ky model i hakmarrjes së dhunshme ka marr shumë kohë deri sa është arritur të kontrollohet (Bloom, 2001: 72, 75, 76). Në Kosovë që nga paslufta nuk ka pas një proces të kërkim-faljes dhe si rezultat ndjenja për hakmarrje është shtuar edhe në rrethanat e nxitjes emocionale nga zemërimit, hidhërimit dhe ndonjëherë nga dezorientimi i shkaktuar nga rikujtimi i përvojave traumatike. Ndjenja për ti shkaktuar dëme agresorit ka shkuar përtej nevojës për ti shkaktuar vetëm dëm fizik, por mëton ti shkaktoj ulje të vetëbesimit, respektit dhe vlerave shoqërore. Si dhe në rastet e tjera, kërkim-falja ndihmon viktimën në uljen e impresionove negative ndaj kundërshtarit, po ashtu kërkim falja zvogëlon afektin

negativ dhe agresionin e viktimës ndaj agresorit. Kërkim falja është treguar se ka efekte pozitive ndaj dëmtimeve të lehta deri mesatare, por për dëmtimet e rënda kërkim falja zakonisht nuk jep rezultatet e pritura (Bloom, 2001: 76, 77, 78).

Ky studimi ka zbuluar shkallë të lartë të manifestimit të problemeve psikologjike te veteranët e luftës, sidomos të Çrregullimit të stresit post-traumatik (52.6%), Çrregullimit depresiv madhor, (35.8%), Çrregullimit depresiv rekurent (31.6%), Çrregullimit të ankthit 914%), etj. Problemet e evidentuara janë ndërlidhur edhe me faktorët e tjerë si: moshën, nivelin e arsimit, numrin e ekspozimeve traumatike, nivelin e kënaqjes me cilësinë e jetës, përvojat me humbjet familjare gjatë luftës si dhe komorbiditetin me problemet e tjera shëndetësore. Për dallim nga grup moshë mbi 56vj tek e cila janë evidentuar më pak probleme psikologjike, moshat e tjera janë treguar më vulnerabile. Më e atakuara ka rezultuar grup moshë 36-45vj tek e cila Çrregullimi depresiv është evidentuar në 54.5%, Çrregullimi depresiv rekurent në 57.4% dhe ÇSPT në 46.9% të rasteve brenda kësaj grup moshë. Në një gjendje më stabile janë gjetur grup moshë nën 35vj tek e cila Çrregullimi depresiv është paraqitur në 20.8%, Çrregullimi depresiv rekurent në 19.1% dhe ÇSPT në 22.1% të rasteve brenda kësaj grup moshë. Edhe pse korrelacioni i Pearson për moshën dhe manifestimet psikologjike ka pasur vlera statistikore të papërfillshme, megjithatë, shkalla e çrregullimeve psikologjike të regjistruara tek grup moshë 36-45vj duhet vlerësuar si alarmante!

Niveli i arsimit është listuar si faktori i dytë me ndikim në manifestimet psikologjike, sa më i ulët niveli i arsimit aq më të larta kanë rezultuar problemet psikologjike. Grupi i veteranëve me arsim të mesëm ka rezultuar me prevalencën më të lartë për të gjitha çrregullimet psikologjike: Çrregullim

depresiv 62.3%, Çrregullim depresiv rekurent 60.3%, ose për ÇSPT 60.2%. Në raport me grupin e veteranëve me arsimim fillor dhe të mesëm, veteranët me statusin student, kolegji të përfunduar dhe shkollim superior kanë rezultuar dukshëm më stabil në aspektin emocional. Është e rëndësishme të potencohet se faktori i arsimimit ka pasur korrelacion të butë me Çrregullimin depresiv ( $r = -.28$ ,  $p = .000$ ) dhe ÇSPT ( $r = -.33$ ,  $p = .000$ ). Përpos nivelit të edukimit në shkallën e manifestimit të simptomatologjisë së ÇSPT në mënyrë sinjifikante ka ndikuar mosha, punësimi, zona e luftës në të cilën veterani ka shërbyer dhe mundësia e qasjes dhe kërkimit të ndihmës në institucionet shëndetësore (Magruder, 2004: 298).

Kënaqja me cilësinë e jetës është dëshmuar si faktorë i tretë me ndikim të rëndësishëm në shfaqjen e çrregullimeve psikologjike. Sa më e lartë shkalla e pakënaqësisë me cilësinë jetësore aq më e lartë ka rezultuar prevalenca për Çrregullim depresiv ( $F=30.306$ ,  $p = .000$ ), Çrregullim depresiv rekurent ( $F=32.226$ ,  $p = .000$ ), ÇSPT ( $F=21.572$ ,  $p = .000$ ), etj. Cilësia jetësore ka pasur ndikim të njëjtë mbi tërë grupin për të gjitha çrregullimet e evidentuara. Kënaqja me cilësinë e jetës ka pasur korrelacion mesatarisht të fortë me Çrregullimin depresiv ( $r = .373$ ,  $p = .000$ ), Çrregullim depresiv rekurent ( $r = -.318$ ,  $p = .000$ ) dhe ÇSPT ( $r = -.469$ ,  $p = .000$ ).

Një faktor po aq i rëndësishëm me ndikim në shfaqjen e pasojave posttraumatike është treguar numri i eksperiencave traumatike të pësuar gjatë luftës. Studimi ka dëshmuar se 13.5% e veteranëve me ÇSPT kanë pasur 16-20 përvoja me rrezik të lartë për humbjen e jetës. Edhe pse të dhënat e fituara kanë dhënë një korrelacion të dobët në mes të faktorit: numri i përvojave traumatike dhe ÇSPT ( $r = .193$ ,  $p = .005$ ), megjithatë ka mundur të konstatohej se në prezencë edhe të problemeve të

tjera psikologjike, përvojat e shumta kanë pasur ndikim në manifestimin e ÇSPT. Duhet potencuar se veteranët me numër të madhë të përvojave traumatike dhe me raste të humbjeve familjare gjatë luftës, përpos manifestimit më të lartë të ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje kanë shfaqur më shumë predispozita për zhvillim të ÇSPT ( $\chi^2= 12.56$ ,  $p= .000$ ,  $r= -.242$ ). Nga studimi rezultuar se 37.2% e veteranëve me ÇSPT kanë pasur humbje familjare.

Rezultatet e mësipërme dallojnë dukshëm nga studimet e bëra me popullatën civile, në studimin e Wenzel (2006: 31), në popullatën civile ÇSPT është prezantuar në 22.6% të anketuarëve, kjo shpjegohet me faktin se ish-ushtarët tani veteranë të luftës, në shumicën e rasteve detyroheshin të luftonin për mbrojtje edhe të popullsisë civile dhe familjeve të tyre me që rast i nënshtroheshin presionit dhe stresit të shumëfishtë. Familjet me familjar luftëtar të UÇK-së kanë qenë në vazhdimësi cak i sulmeve nga forcat ushtarake dhe paraushtarake serbe (Wang-Shr-Jie, 2010: 10). Po në këtë studim me të mbijetuarit e luftës të Kosovës veriore, Wang-Shr-Jie (2010: 4) ka gjetur prevalencë të lartë të ÇSPT (47%), të Çrregullimit depresiv (58%) dhe të Çrregullimit të ankthit (37%), të gjetura të cilat shkojnë në favor të konstatimit se veteranët e luftës të Kosovës përpos stresit për sigurinë personale në vazhdimësi i janë nënshtruar stresit nga rreziku për represaliet e mundshme ndaj familjeve të tyre dhe popullatës tjetër civile. Prevalenca e lartë e ÇSPT ka të bëjë edhe me kohëzgjatjen dhe ashpërsinë e luftërave si dhe me përmasat e viktimave të saj, në këtë kontekst edhe përvojat me ÇSPT nga vatrën e ndryshme janë tejet të ndryshme, kështu psh., prevalenca e ÇSPT jetësore e luftëtarëve të Vietnamit ishte 30.9% për meshkujt dhe 26.9% për femrat (Price, 2007: 2), mandej prevalenca e ÇSPT te veteranët Australian të Vietnamit ishte 18.7% (Hawthorne, 2010: 2), në një studim tjetër me veteranët e

Vietnamit 15 vite pas përfundimit të luftës ÇSPT jetësore manifestohej në 29% të rasteve (Godberg, 1990: 1230). Një gjendje edhe më problematike haset në disa raste të studimeve me popullatën civile, në studimin e Basoglu (2005) prevalenca e ÇSPT jetësore te civilët e Bosnjës ishte 41%, ndërsa Çrregullimi depresiv manifestohej në 9-12% të studimit (Basoglu, 2005: 585). Duke i konsideruar të dhënat e më sipërme dhe duke i pasur në konsideratë të dhënat e fituara nga ky studim, është e dukshme se si rezultat i ekspozimeve të numërta traumatike, pasojat te veteranët e Kosovës ishin afatgjate dhe me ndikim direkt në funksionimin dhe sjelljen sociale të tyre.

Ndër të tjera, prevalenca e lartë e ÇSPT (52.6%), Çrregullimit depresiv madhor (35.8%), Çrregullimit depresiv rekurent (31.6%), Çrregullimit të panikut (15.8%) dhe Çrregullimit të ankthit (14%), përpos ekspozimit ndaj traumave, ka të bëjë edhe me ndikimin e faktorëve kulturor specifik për popullsinë e Kosovës. Në aspektin kulturor dhe social në tiparet dalluese të Shqiptarëve të Kosovës duhet përmendur: krenarinë, atdhedashurinë, burrërinë, trimërinë, besën, lojalitetin, përkushtimin për familjen, përkushtimin për ruajtje dhe vlerësim të vlerave morale dhe besimi në të drejtën e natyrshme (Nushi, 2002: 602), tipare të cilat kanë pasur ndikim të drejtpërdrejtë në sjelljet e më vonshme të veteranit të luftës. Si rezultat i krenarisë individuale, individi tenton ti shmangët manifestimit publik të frikës (Dragoti 1999), kjo sjellje i ka kufizuar veteranët nga kontakti me të tjerët, sidomos me ata që kanë mundur të nxisin ankthin dhe stresin siç janë bashkëluftëtarët apo dëshmitarët e luftës. Në këtë studim ka rezultuar se 55.8% e veteranëve ju shmangen aktiviteteve të lira. Kjo shmangie është shpjeguar nga ata si përpjekje për ti fshehur para të tjerëve problemet dhe për ta mbrojtur vetën nga situatat në të cilat ri-përjetimi i ngjarjeve traumatike mund të jetë i



pashmangshëm. Kjo ka bërë që një pjesë e tyre gradualisht të vetë-izolohen, duke ndryshuar kështu modelin e jetesës nga ai kolektivistik në modelin individual. Siç është e njohur, në shoqëritë me modelin kolektivistik të jetesës, normat sociale ekzistojnë dhe shërbejnë për të siguruar harmoninë sociale. Kundrejt kësaj, në shoqëritë individuale suksesi i individit vlerësohet dhe zakonisht individit i jepet admirimi social (Hofman, 2010: 1121), admirim ky i cili nuk i është dhënë sa duhet veteranit të luftës së Kosovës. Në modelin kulturor individualistik të pranuar së fundmi nga veteranët, ndjenjat dhe mendimet në mënyrë të drejtpërdrejtë kanë determinuar sjelljen e tyre, ndërsa ankthi social është lidhur direkt me normat kulturore të vendit respektiv (Hofstede, 1984: 394, Lucas, 2000: 465, 466). Jetesa në kushte sociale të pafavorshme dhe pa përkrahje shoqërore ka ndikuar në shfaqjen e zhgënjimit social dhe në manifestimin e lartë të problemeve psikologjike me ndikim të drejtpërdrejtë në modelin e sjelljes së tyre ndaj shoqërisë. Është i njohur korrelacioni në mes të vetë-izolimit, mpirjes emocionale, zemërimit post-traumatik, kufizimit të manifestimit emocional dhe ÇSPT si problem psikologjik i veteranëve (Litz, 1997: 614). Si rezultat i problemeve të evidentuara psikologjike, mungesës së përkrahjes sociale dhe mos zgjidhjes së statusit ligjor të tyre, tek veteranët e luftës të Kosovës është evidentuar rreziku për vetëvrasje si sjellja më e lartë vetë-dëmtuese. Nga rezultatet shihet se rreziku i përgjithshëm për vetëvrasje është gjetur tek 20.4% e tërë kampionit të studiuar. Shkalla e lartë e rrezikut për vetëvrasje është gjetur në 6.5% të kampionit ndërsa rreziku mesatar është regjistruar tek 6% e kampionit, vlera këto të cilat flasin të seriozitetin e këtij problemi.

Studimi ka dokumentuar se në riskun për vetëvrasje kanë ndikuar faktorët social (mosha, niveli i arsimimit, statusi civil, shkalla e punësimit, kënaqja me cilësinë e

jetës dhe jeta sociale) dhe psikologjik. Në studim është dokumentuar se grup moshë 36-45v ka shfaqur riskun për vetëvrasje në tri kategoritë e vlerësimit: risk i ulët (8.8%), risk i mesëm (5.9%) dhe risk të lartë (8.8%). Veteranët me nivel fillor (12.5%) dhe të mesëm (11.8%) të shkollimit kanë shfaqur nivel më të lartë të riskut për vetëvrasje ( $F= 2.15$ ,  $p= .94$ ). Veteranët me statusin civil të martuar (risk i lartë: 6%,  $x^2= 21.18$ ,  $p= .012$ ), të papunë (risk i lartë: 9.8%,  $x^2= 17.21$ ,  $p= .045$ ), pa asnjë burim financiar familjar (risk i lartë: 10.1%,  $x^2= 26.85$ ,  $p= .008$ ), ish-ushtar (risk i lartë: 7.6%,  $x^2= 6.75$ ,  $p= .665$ ), ose që jetojnë të vetmuar (risk i lartë: 22.2%,  $x^2= 20.74$ ,  $p= .014$ ) dhe në shtëpi të huazuar (risk i lartë: 17%,  $x^2= 26.99$ ,  $p= .001$ ) janë gjetur si grupet me rrezikshmërinë më të lartë për vetëvrasje. Këtyre grup faktorëve duhet shtuar edhe invaliditetin e fituar gjatë luftës ( $F= 7.48$ ,  $p= .000$ ), dhe faktorët psikologjik si: ÇSPT ( $F 7.20$ ,  $p= .000$ ), Çrregullimin depresiv ( $F= 36.99$ ,  $p= .000$ ) dhe Çrregullimin depresiv rekurent ( $F= 40.53$ ,  $p= .000$ ), të cilët gjithë së bashku dokumentojnë kompleksitetin e fenomenit të vetëvrasjeve të veteranve në Kosovës. Është dokumentuar se rrezik të lartë për vetëvrasje kanë treguar veteranët me depresion të patrajtuar të grup moshave nën 25vj dhe mbi 60 vjeçare, me vendbanim në zonat rurale dhe kushte të dobëta jetësore (York, 2013: 4). Vetëvrasja e veteranëve është konsideruar si një epidemi e heshtur dhe është përshkruar si shkaktari i dytë më i lartë i vdekjeve në ushtrinë e SHBA-ve. Rritja e ideve vetëvrasëse dhe veprimeve vetëvrasëse ka qenë e lidhur me kohëzgjatjen e ekspozimit traumatik gjatë luftimeve dhe me kohën pas kthimit nga lufta, është dokumentuar se me kalimin e kohës rritet dukshëm rreziku për vetëvrasje. Te veteranët e SHBA-ve psh., shfaqja e çrregullimeve mendore pas kthimit nga zonat e luftës, posaçërisht ÇSPT dhe Çrregullimi depresiv e kanë rritur rrezikun e sjelljeve vetëvrasëse. Përpos çrregullimeve

mendore, në rritjen e rrezikut për vetëvrasëse është konstatuar se ka ndikuar edhe izolimi social, konfliktet dhe dhuna familjare, papunësia, trajtimi i kufizuar, divorcet, shëndeti i dobët fizik dhe kushtet e vështira jetësore (Fulginiti, 2011: 1, Thompson, 2015: 113). Është e rëndësishme të potencohet se në grupin e veteranëve me risk më të lartë për vetëvrasje janë evidentuar edhe veteranët me tipare të personalitetit neurotik, ekstrovert, impulsiv, agresiv, irritabil, etj. Faktorë të cilët e ulin rrezikun për vetëvrasje janë treguar: angazhimi në ritualet fetare dhe në aktivitetet altruiste (McLeane, 2008: 63, 64). Lëndimet e fituara në luftime në shumicën e rasteve kanë rezultuar me invaliditet të përjetshëm, ndërsa invaliditeti i fituar e ka rritur rrezikun për zhvillim të depresionit, papunësisë dhe izolimit social, këta faktorë më pas është vërtetuar se e rrisin rrezikun për sjellje vetëvrasëse të veteranëve (Bruce, 2010: 102). Është e vështirë të parashikohet se kush mund të bëjë vetëvrasje, megjithatë duhet konsideruar dhe duhet kushtuar kujdes shenjave të rrezikut si: humbjes së shpresës, kërcënimeve dhe planeve për vetë-dëmtim, diskutimet ose shkrimet për vdekjen dhe vetëvrasjen dhe kërkimi për mjetet vrasëse (Jakupcak, 2011: 94). Nëse në raste të tilla kërcënimet për vetëvrasje, tentim vetëvrasjet dhe vetë-dëmtimet janë fenomene shoqëruese të çrregullimeve mendore të lidhura me traumën, atëherë kujdesi ndaj veteranëve me këto karakteristika duhet të jetë maksimal (Bloom, 2001: 77, 78). Ky studim e ka verifikuar dhe regjistruar prezencën e të gjithë faktorëve të sipërpërmendur me ndikim në rrezikun për sjellje vetëvrasëse. Është e rëndësishme të potencohet se tek në vitin 2015 është u përmbyllur procesi ligjor i verifikimit të statusit të veteranit të luftës. Konsiderohet se në fund të luftës (qershor, 1999) janë demobilizuar rreth 17.000 veteran të vijës së frontit, po ashtu nuk janë publikuar ende të dhënat përfundimtare për numrin e veteranëve të vetëvrasë në periudhën e

pasluftës. Bazuar në regjistrat e anëtarësisë së Organizatës së Veteranëve të Luftës, në periudhën 2000-2013 janë vetëvrasë 45 veteran të Kosovës, krahasuar psh., me shkallën e vetëvrasjeve të veteranëve të SHBA ku në 100.000 veteran vetëvriten 18.9/ vit (Miller, 2004: 497, 498), rezulton se në Kosovë nga 17.000 veteranë në periudhën 2000-2013 janë vetëvrasë 3.5 veteran në vit ose 20.6/100.000 veteran, nivel më i lartë i vetëvrasjeve se në SHBA, kur këtyre të dhënave t'ju shtohet shkalla e lartë e problemeve psikologjike, papunësia, zhgënjimi i madh social i cili gjatë viteve ka ardhur duke u rritur, mungesa e programeve të rehabilitimit psikologjik dhe shkalla e lartë e rrezikut të përgjithshëm për vetëvrasje (20.4%), rezulton se problemi i rrezikut për vetëvrasje të veteranëve paraqet njërin nga problemet serioze të shoqërisë kosovare të cilit duhet qasur në mënyrë multidisiplinare.

Studimet flasin se veteranët me ÇSPT i vuajnë pasojat për vite të tëra edhe pas trajtimit profesional, madje edhe 50 vite pas përfundimit të luftës (Breslau, 2001: 57), prandaj sa më herët që fillohet trajtimi i ÇSPT, përfitimet janë shumë më të mëdha. Për një trajtim të suksesshëm të ÇSPT duhet llogaritur në korrigjimin e të gjithë faktorëve kontribues, ngase zgjidhja parciale e tyre nuk jep rezultatet e dëshiruara (Lanius, 2007: 1630). Detyra e shërimit të urrejtjes dhe zemërimit kërkon një spektër të gjerë të aktiviteteve përfshirë këtu aktivitetet politike, transformimin social, inkurajimin për eksplorimin e përvojave të kaluara traumatike, qoftë përmes artit, mediave, ritualeve dhe nderimit të atyre që u sakrifikuan, por edhe përmes përpjekjeve për pajtim dhe rifitim të besimit të ndërsjellë (Edwards, 2005: 122,123).

Viktimat e dhunës, sidomos ata të diagnostikuar me ÇSPT, mund të përfitojnë shumë nëse në programin e tyre të rehabilitimit integrojnë vetë-dhembshurinë si

teknikë e adresimit të vet-kritikës dhe ruminacioneve (Thompson, 2008: 557, 558), dhe aftësitë ripërtëritëse të ballafaqimit me stresin (Connor, 2006: 49). Të menduarit pozitiv dhe marrja aktive me problemet paraqet strategjinë aktive të ballafaqimit me stresin, kërkesa e përkrahjes sociale paraqet një formë tjetër të strategjisë pozitive të ballafaqimit me stresin (Olf, 2005: 976). Po ashtu si rezultat i mos trajtimit të stresit akut dhe Çrregullimit të stresit post-traumatik zhvillohen komplikime psikologjike të më vonshme, përfshirë këtu Çrregullimin e ankthit të gjeneralizuar, Çrregullimin e panikut, Çrregullimin depresiv, Çrregullimet somatoforme dhe Çrregullimet e personalitetit. Si rezultat, viktimat e patrajuara mund të rezultojnë me paaftësi të përhjetshme, shpenzime të mëdha shëndetësore dhe ligjore, mungesa të stërzgjatura nga puna, dezorganizimit social dhe komunitar, produktivitet të zvogëluar dhe stresit psikologjik intensiv. Shkalla e vuajtës të këto raste është shumë e lartë dhe e papranueshme (Flannery, 1999: 80, 81). Dilemat e kërkimit ose jo të ndihmës kanë paraqitur çështjen kryesore për veteranët me përvoja traumatike, zakonisht veteranët në nevojë nuk kërkojnë ndihmë ose trajtim për shkak se këtë e konsiderojnë turpëruese dhe zhvlerësim i vlerave burrërore, ndërsa vetë ideja për ndihmë ka shkaktuar ndjenjën e frikës nga turpërimi dhe ka nxitur shmangien sociale. Për këto arsye, vetëm një e treta e veteranëve me probleme psikologjike kërkojnë ndihmë profesionale. Përmes izolimit social veteranët e inhibojnë nevojën për trajtim, me këtë edhe ulin nivelin e ankthit nga turpërimi dhe zhvlerësimi publik (Vogel, 2007: 410). Për më tepër, frika nga trajtimi vije si rezultat i gjendjes subjektive të krijuar nga nxitja aversive ndaj shërbimeve të shëndetit mendor. Frika nga trajtimi është dëshmuar se ka pasur më shumë efekt tek individët të cilët duhet të merren me probleme akademike, probleme interpersonale dhe të konsumuesit të drogave ose alkoolit

(Vogel, 2007: 411). Pra, këshillimet dhe ekzaminimet psikologjike janë parë nga veteranët si potencialisht të vështira, të turpshme dhe veprime me rrezikshme të cilat shkaktojnë frikë dhe shmangie tek shumë individ. Prandaj, vetëm 1/3 e atyre që pësojnë ankthe psikologjike kërkojnë ndihmë për shkak se kërkimi i ndihmës psikologjike është konsideruar si mjete i fundit të cilin duhet përdorur (Vogel, 2007: 416). Nga ky studim është parë se në prezencë të faktorëve të mësipërm dhe në mungesës së programeve të rehabilitimit psikologjik, një shkallë e këtill e rrezikt për vetëvrasje të jetë e pritshme.

Në procesin e shërimit të stresit posttraumatik punësimi si faktor i rëndësishë social ka pasur ndikim pozitiv në zbutjen e simptomatologjisë së ÇSPT, veprim të kundërt ka pasur papunësia. Mandej, pëlqimi i vendit të punës, punësimi i qëndrueshëm dhe ambienti i përshtatshëm në punë ka ndikuar pozitivisht në mekanizmat e përballimit të stresit posttraumatik (Nandi, 2004: 1061, 1062).

Duhet potencuar se kolegët, rrethi shoqëror dhe përkrahja sociale kanë luajtur rol të rëndësishëm në lehtësimin e kërkimit të ndihmës. Të gjeturat sugjerojnë se përkrahja sociale ka pasur efekt pozitiv në rrjedhën e ÇSPT (Laffaye, 2008: 399, 400). Gjithashtu, përfshirja e familjes në trajtimin e ÇSPT ka luajtur rol pozitiv, ndërsa rezultatet e trajtimit janë treguar shumë më të mira (Meis, 2010: 565).

Veteranët me ÇSPT kanë shfaqur më shumë ankth social dhe mirëqenie më të ulët se sa veteranët pa ÇSPT (Kashdan, 2006: 192), ndërsa me rritjen e moshës është dëshmuar se rritet edhe rreziku për zhvillim të ÇSPT (Çelikel, 2015: 3). Studimet kanë vërtetuar se në rrethanat e një mirëkuptimi familjar dhe shoqëror, të traumatizuarit shumë më lehtë vendosin të kërkojnë ndihmë dhe në këto raste kërkimi i ndihmës vije si rezultat i rekomandimit nga personat e rëndësishëm. Në të kundërtën, kur përkrahja dhe mirëkuptimi nga familjarët dhe shoqëria mungon

atëherë tendencat për t'ju shmangur kërkesës së ndihmës profesionale rriten (Vogel, 2007: 416). Studimet kanë dëshmuar si shumë të rëndësishëm planifikimin me kohë të vlerësimit të gjendjes mendore të veteranëve pas kthimit nga zonat e luftërave, sepse është dëshmuar se prevalenca e çrregullimeve mendore është më e lartë 3-4 muaj pas demobilizimit (Kim, 2010: 587).

Në diferencimin e programeve të trajtimit të ÇSPT duhet kushtuar kujdes procesit të re-konsolidimit të kujtesës traumatike dhe pengimit të ri-deponimi i kujtimeve traumatike (Van de Schoot, 2015: 1; van Marle, 2015: 1). Kjo është posaçërisht e rëndësishme të veteranët e vjetër sepse është dokumentuar se edhe pas 40 vite prej kthimit nga lufta e Vietnamit, 10.8 % e veteranëve edhe më tej i plotësonin kriteret diagnostike për ÇSPT, Depresioni komorbid me ÇSPT prezentohej në 36.7% të rasteve të studiuara, prandaj vetëm programet gjithëpërfshirëse të trajtimit janë treguar të efektshme.

Siç u tha edhe më lartë, veteranët e të gjitha vendeve në vazhdimësi ngurrojnë të fillojnë trajtimin e domosdoshëm psikologjik. Krahas ndikimit të normave sociale e kulturore, vetëvlerësimit të ulur dhe frikës nga vetëzbulimi në publik, shmangies nga kërkimi i ndihmës dhe trajtimi i kontribuon edhe frika nga stigma sociale. Është dëshmuar se personat të cilët kanë nevojë për trajtim por që nuk e marrin atë, shfaqin dy here më shumë frikë nga stigma sociale se sa individët të cilët kanë pasur nevojë dhe janë trajtuar (Vogel, 2007: 416). Po ashtu, stigma konsiderohet atribut i cili i diskrediton thellë të gjithë veteranët që kërkojnë ndihmë dhe ka efekte shumë më negative se vet problemi mendor me të cilin ballafaqohen ata dhe stigma është përjetuar nga të gjithë pavarësisht nivelit ushtarak (Gould, 2007: 512, 513). Në rrethanat e kujdesit nga stigma sociale, për veteranët me ÇSPT përkrahja nga familja dhe kolegët në lidhje me kërkesën e

ndihmës profesionale është dëshmuar si nevojë e jashtëzakonshme. Ndërkaq, iniciativat e qeverisë dhe bizneseve përfshirë këtu edhe ndihmën e komunitetit kanë ndihmuar veteranët në procesin e re-integrimit në shoqëri dhe jetën civile (Keane, 2013: 26). Ekziston bindja se pranimi i një problemi psikologjik siç është ÇSPT mund të ketë konsekuenca sociale të dëmshme për një veteran. Besimi se kërkim i ndihmës nuk është aq stigmatizues e rritë besueshmërinë e kërkimit të ndihmës profesionale tek profesionistët e shëndetit mendor dhe e kundërta sa më i madh besimi se kërkim ndihma shihet si stigmë, për aq e ulë gatishmërinë për kërkim ndihme nga profesionistët (Britt, 2007: 160).

Të dhënat e fituara nga ky studim për shkallën e problemeve psikologjike determinojnë nevojën e shoqërisë kosovare për organizimin e programeve të rehabilitimit psikologjik për të gjithë veteranët. Për më tepër mbrojtja etike dhe shëndetësore e të mbijetuarve të torturës dhe të mbijetuarve të luftës është edhe obligim shoqëror i rregulluar me protokollin e Stambollit, përfshirë këtu detyrimin për vlerësimin dhe trajtimin e rehabilitimin psikologjik (Allden, 2001: 10). Kosova e ka njohur këtë protokoll, prandaj e ka për obligim të ndërmerri masat e duhura për mbrojtjen e tyre.



## **VI. Kapitulli i gjashtë**

Në këtë kapitull janë përshkruar gjetjet kryesore të këtij studimi dhe është përshkruar verifikimi i hipotezave të vendosura në fillim të këtij studimi. Në fund të kapitullit janë paraqitur konkluzionet kryesore të këtij studimi.

## 6.1 Përfundimet e studimit

Nga të dhënat e këtij studimi është parë se veteranët e luftës së Kosovës 1997-1999 të përfshirë në këtë studim janë kyqur në aktivitetet luftarake çlirimtare në moshë 22-38 vjeçare (mosha mesatare aktuale 42.9 vj, DS 7.89), pjesa më e madhe e tyre në moshë mjaft të re për të marr përgjegjësi kaq të larta. Përpos kësaj, shumica e tyre nuk kanë pasur përvoja paraprake të përdorimit të armëve të zjarrit ose të pjesëmarrjes në konflikte të armatosuara. Të detyruar të mbrojnë pragun e shtëpisë dhe të luftojnë shumë afër vendbanimeve dhe familjarëve të tyre, të gjendur shumë shpesh pa përkrahje logjistike dhe pa furnizime adekuate, nën presionin psikologjike të pjesëmarrjes aktive në luftë dhe të mbrojtjes dhe përcjelljes së kolonave të popullatës së zhvendosur me dhunë, të gjitha këto situata u dokumentua të kanë lënë pasojë evidente psikologjike. Shkalla e lartë e problemeve psikologjike të manifestuara dhe të verifikuara me DSM-IV-TR dhe DSM-V, e kanë vërtetuar hipotezën e parë për prezencë dhe prevalencë të lartë të ÇSPT (52.6%), Çrregullimit depresiv madhor (35.8%), çrregullimit të panikut (15.8%) dhe problemeve të tjera psikologjike.

Në studim është vërtetuar se grup moshat nën 35vj dhe 36-45vj kanë pasur arritje sinjifikane më të ulët në nivelin arsimimit ( $F=4.203$ ,  $p= .007$ ) se grup moshat e tjera, shkallë dukshëm më të lartë të papunësisë (56.9%,  $F= 10.419$ ,  $p= .000$ ), jetesë në varfëri, pa të ardhura personale dhe familjare (78.6%), jetesë në bashkësi të mëdha familjare me shumë nevoja sociale të paplotësuara (35.81%,  $F= 14.31$ ,  $p= .000$ ), të pakënaqur me cilësinë e jetës ( $F= 3.85$ ,  $p= .000$ ) dhe kushtet e banimit ( $F= 1.42$ ,  $p= .237$ ), dhe me tendenca të dukshme të izolimit social ( $F= 3$ ,  $p= .032$ ), fakte të cilat së bashku e shpjegojnë arsyen e zhgënjimit të madhë social, po ashtu këto fakte e vërtetojnë edhe hipotezën e dytë të këtij studimi për

shkallë të lartë të problemeve sociale. Duhet potencuar se faktorët e mësipërm social kanë pasur ndikim të konsiderueshëm në përkeqësimin e simptomatologjisë ekzistuese të çrregullimeve psikologjike. Është vërtetuar korrelacion negativ sinjifikant mesatar i nivelit të arsimimit me ÇSPT ( $r = -.330$ ,  $p = .000$ ), i kënaqësisë me cilësinë e jetës me Çrregullimin depresiv ( $r = -.373$ ,  $p = .000$ ) dhe ÇSPT ( $r = -.469$ ,  $p = .000$ ), izolimi social me Çrregullimin depresiv ( $r = -.38$ ,  $p = .000$ ), Çrregullimin depresiv rekurent ( $r = -.36$ ,  $p = .000$ ), ÇSPT ( $r = -.46$ ,  $p = .000$ ) dhe Çrregullim të ankthit ( $r = -.24$ ,  $p = .000$ ), me çka është vërtetuar hipoteza e tretë, përkatësisht e ndikimit të faktorëve social në format e manifestimit psikologjik të traumës.

Përvojat traumatike të luftës, humbjet familjare dhe faktorët e sipërpërmendur psikosocial kanë ndikuar në mbajtjen e ndjenjës së urrejtjes (25.1%) dhe dëshirës për hakmarrje (20.9%) ndaj forcave kundërshtarë dhe popullatës sërbë. Në studimet Cordozo (2000) me popullatën civile të Kosovës, shkalla e urrejtjes (60%) dhe dëshirës për hakmarrje (43%) ka rezultuar shumë më e lartë se në studimin e Wenzel (2006) kur ndjenja e urrejtjes (50%) dhe dëshira për hakmarrje (24.7%) kanë shënuar tendenca të uljes. Nëse merren në konsideratë trendet e ndjenjës së manifestuar të ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirës për hakmarrje në studimet e Cordozo (2000) dhe Wenzel (2006) dhe krahasohen me gjetjet e këtij studimi atëherë mund të përfundohet me besueshmëri të lartë se edhe të veteranët këto ndjenja ndaj forcave kundërshtarë dhe popullatës sërbë të jenë ulur, me çka vërtetohet edhe hipoteza e katërt.

Nën ndikimin e pasojave traumatike dhe faktorëve të pafavorshëm social tek 20.4% e veteranëve të luftës janë evidentuar elemente të riskut për vetëvrasje. Studimi ka dokumentuar se risk më të madhë për vetëvrasje kanë treguar grup

mosha 36-45vj, me nivel të ulët të arsimimit, me statusin civil të martuar, të pa punë, me jetesë pa asnjë të ardhur personale ose familjare, ish-ushtar dhe që jetojnë në shtëpi të huazuara. Evidentimi i shkallës së lartë të riskut për vetëvrasje ka verifikuar hipotezën e pestë.

Rezelutatet e fituara me analizën e regresionit shkojnë në favor të hipotezave të vërtetuara si më lartë. Modeli i nxjerrur me analizën e regresionit përputhet me gjendjen aktuale të veteranëve të luftës së Kosovës. Gjendja e vështirë sociale për shkak të ardhurave të ulta bashkë me kushtet e vështira të banimit kanë ulur shkallën e kënaqësisë me mënyrën e jetesës. Krahas kushteve sociale, përvojat e humbjes së familjarëve gjatë luftës dhe manifestimi i simptomatologjisë së ÇSPT dhe Çrregullimit të ankthit kanë ndikuar në mbajtjen e lartë të hidhërimit në formë të manifestimit të ndjenjës së urrejtjes dhe dëshirën për hakmarrje ndaj ish pushtuesëve. Duhet potencuar se krahas faktorëve social, në shfaqjen e problemeve psikologjike ka mundur të parashikohet ndikimi i përvojave traumatike dhe invaliditetit të fituar në manifestimin dhe ashpërsinë e problemeve psikologjike si të: Çrregullimit depresiv, Çrregullimit depresiv rekurent, ÇSPT dhe Çrregullimit të ankthit, probleme këto mjaftë frekvente tek veteranët e luftës së Kosovës. Analiza e regresionit për faktorët social dhe psikologjik ka vërtetuar parashikimin se në rrethanat e pakënaqësisë me mënyrën e jetesës dhe në prezencë të faktorëve psikologjik sidomos të Çrregullimit depresiv dhe ÇSPT mund të rritet dukshëm rreziku për sjellje vetë dëmtuese (vetëvrasje).

Nga të dhënat e fituara dhe të diskutuara mund të nxjerrën disa konkluzione: së pari, prevalenca e lartë e ÇSPT dhe problemeve të tjera psikologjike ka mundur të parashikohet dhe ka qenë e pritshme, ngase si popullata civile ashtu edhe veteranët kanë kaluar nëpër eksperiencë të shumta traumatike.

Së dyti, faktorët social-ekonomik kanë luajtur rol të rëndësishëm në funksionimin ditor të veteranëve dhe kanë ndikuar si faktorë përkeqësimi i problemeve ekzistuese psikologjike me efekt të drejtpërdrejtë në shtimin e rrezikut për sjellje vetë-dëmtuese.

Së treti, të dhënat e fituara dëshmojnë për domosdoshmërinë e përpjekjeve më të mëdha për pajtimin dhe ngritje të tolerancës, po ashtu kujdes duhet dhënë faktorëve social, punësimit, rehabilitimit ekonomik dhe organizimin e aktiviteteve të cilat do të ndikonim në ngritjen e mobilizimit social, dhe së fundmi, ky studim ngritë nevojën për një qasje të integruar ndaj problemeve të veteranëve, qasje e cila integron të gjithë faktorët politik dhe ekonomik dhe posaçërisht strukturat shëndetësore të cilat duhet të tregojnë më shumë angazhim dhe kujdes ndaj shëndetit mendor të veteranëve.

## VII. Kapitulli i shtatë

### 7.1 Lista e referencave:

- Agani, F. (2001). Mental Health Challenges in Postwar Kosova; JAMA, Vol 285, No. 9;
- Ahern, J., Galea, S., Fernandez, W., Koci, B., Waldman, R., Vlahov, D. (2004). Gender, Social Support, and Posttraumatic Stress in Postwar Kosovo; The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol 192, No. 11, 762-770;
- Allden, K., Baykal, T., Iacopino, V. (2001). Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Geneva: United Nations; Office of High Commissioner for Human Rights.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. Journal of Abnormal Psychology, 109, 69–73.
- Angelaksia, S., and Nixon, R. (2015). The Comorbidity of PTSD and MDD: Implications for Clinical Practice and Future Research; Behavioral Change, Volume 32, No. 1, p. 1-25;
- Avdibegovic, E., Delic, A., Hadzibeganovic, K., Selimbasic, Z. (2010). Somatic Diseases in Patient with Posttraumatic Stress Disorder. MED ARH; 64(3); 154-157;
- Baldachin J. (2010). The Problematic Nature of Using Western Treatments for PTSD in Non-Western Settings and a Discussion of Culturally Sensitive Interventions; *academiccommons.columbia.edu/*
- Banduar, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency; American Psychologist, Vol 37(2), Feb 1982, 122-147.
- Banduar, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means; Health Education & Behavior, Vol. 3 (2), 143-164;

- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory; *American Psychologist*, Vol. 44, No. 9, 1175-1184;
- Bandura, A. (2012). *Social-Cognitive Theory*; California State University-Monterey Bay, 1-10;
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its disorders*, 2-nd edition, New York; 426-437;
- Barlow, D. (2006). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, 4-th edition, New York;
- Barret, D., Boyle, C., Decoufle, P., DeStefani, F., Davine, O., Morris, R., Scally, M., Stroup, N., Wetterhall, S., and Worth, R. (1988). Health Status of Vietnam Veterans; Psychosocial Characteristics; *JAMA*, Volume 259, No. 18, pp. 2701-2707;
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Suljic, E., Duric, D., Vranesic, M. (2005). Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia. Association of Lack of Redress for Trauma and Posttraumatic Stress Reactions; *JAMA*, Vol 294, No. 5, 580-592;
- Beck, A., Kovacs, T., Weissman, M. (1979). Assessment of suicidal risk intention: The scale of suicide ideation. *J Consult Clinical Psychology*, 47; 343-352;
- Begic B, Jokic-Begic N. (2001). Aggressive behavior in combat veterans with posttraumatic stress disorder; *Military Medicine*, Vol 166 (8), 671-676;
- Begic, D., Jokic-Begic, N. (2007). Heterogeneity of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Croatian War Veterans: Retrospective Study. *Croat Med J*, Vol. 48: pp. 133-139;
- Belik, Sh-L., Stein, M., Asmundson, G., Sareen, J. (2009). Relation Between Traumatic Events and Suicide Attempts in Canadian Military Personnel; *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 54, No. 2, 93-105;
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., and Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress

- disorder. Systemic review and meta-analysis. *BJP*, Vol. 190, pp. 97-104;
- Bloom, S. L. (2001). Commentary: Reflections on the Desire for Revenge; *Journal of Emotional Abuse*, 2 (4); 61-94;
- Boehnlein, J. (2001). Cultural Interpretations of Physiological Processes in Post-Traumatic Stress Disorder and Panic Disorder; *Transcultural Psychiatry*, Vol 38(4); 461-467;
- Boley, C.M., Wenzler, M., Djapo, N. (2007). Caring and Treating Post-Traumatic Stress Disorder in Bosnia and Herzegovina. Submitted in partial fulfillment of the requirements for The Balkans: Gender, Transformation, and Civil Society; 1-54;  
<http://digitalcollections.sit.edu/cgi>
- Bollinger, A., Riggs, D., Blake, D., and Ruzek, J. (2000). Prevalence of Personality Disorders Among Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, Vol 13, No. 2, ;
- Boscarino, J. (2006). Posttraumatic Stress Disorder and Mortality among U.S. Army Veterans 30 Years after Military Service; *Ann Epidemiology*, Vol 16, No. 4; 248-256;
- Bremner, D., Southwick, M., Darnell, A., Charney, DS. (1996). Chronic PTSD in Vietnam Veteran combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am. J. Psychiatria*, Vol. 153 (3), 369-375;
- Breslau, N. (2001). Outcomes of Posttraumatic Stress Disorder; *J Clin Psychiatry*, 62( suppl 17); 55-59;
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373–393.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499–509.



- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.
- Brewin, Ch., Andrews, B., Valentine, J. (2000). Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; Copyright by the American Psychological Association, Inc. Vol. 68 (5), 748-766;
- Britt, Th., Tiffany, M., Greene-Shortridge, M.S: (2007). The Stigma of Mental Health Problems in the Military; *Military Medicine*, 172, 2; 157-161;
- Bruce, M. (2010). Suicide risk and prevention in veteran populations; *Annals of the New York Academy of Science*, 1208, 98-103;
- Buxhovi J. Kosova: Nga Konferenca e Londrës deri te protektorati ndërkombëtar. Botuar nga “Faik Konica”, Prishtinë, 2012.
- Calabrese, J., Prescott, M., Tamburrino, M., Liberzon, I., Slembariski, R., Goldmann, E., Shirley, E., Fine, Th., Goto, T., Wilson, K., Ganocy, S., Chan, Ph., Serrano, M., Sizemore, J., and Galea, S. (2011). PTSD Comorbidity and Suicidal Ideation Associated With PTSD Within the Ohio Army National Guard. *J Clin Psychiatry*, 72 (8); 1072-1078;
- Carretero-Dios, H., Ruch, W., Agudelo, D., Platt, T., & Proyer, R. (2010). Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study. *Psychological Test and Assessment Modeling*, Volume 52: (1), 108-124;
- Chang, E., Sanna, L., Hirsch, E. (2010). Loneliness and Negative life events as Predictors of Hopelessness and Suicide Behaviors in Hispanics; Evidence for a Diathesis-Stress Model; *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 66 (12), 1242-1253;

- Chris, B., Bernice, A., John, V. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; Vol 68(5), 748-766;
- Connor, K. (2006). Assessment of Resilience in the Aftermath of Trauma; *J Clin Psychiatry*, Vol. 67 (2), 46-49;
- Cooper, A., Perkins, A., and Corr, Ph. (2007). A Confirmatory Factor Analytic Study of Anxiety, Fear, and Behavioral Inhibition System Measures; *Journal of Individual Differences*, Vol. 28 (4), 179-187;
- Cordozo, B., Vergara, A., Agani, F., Gotway, C. (2000). Mental Health, Social Functioning and Attitudes of Kosovar Albanians Following the War in Kosovo; *American Medical Association, JAMA*, Vol 284, No. 5; 569-577;
- Cozza, S., Guimond, J., McKibben, J., Chun, R., Teresa, L., Schneider, B., Maiers, A., Fullerton, C., and Ursano, R. (2010). Combat-Injured Service Members and Their Families: The Relationship of Child Distress and Spouse-Perceived Family Distress and Disruption; *Journal of Traumatic Stress*, Vol 23, No. 1, pp. 112-115;
- Cukor, J., Olden, M., Lee, F., and Difede, J. (2010). Evidence-based treatments for PTSD, new directions, and special challenges. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1208, pp. 82–89;
- Çelikel, A., Demirkiran, D S., Ozsoy, S., Zeren, C., Arslan, M. (2015). Factors Associated with PTSD in Cases of Sexual Assault. *Journal of Psychiatry*, Vol. 18, No. 1, 1-4;
- Dasberg, H. (2007). Late onset of posttraumatic reactions in Holocaust survivors at advanced age. Published in “Breaking The Silence” Ed Rosenebrg, H and Lansen J, publ. Peter Lang, Berlin-New York (pp 311-348);
- de Jong, J.T.V.M. (2007). Traumascape: an ecological-cultural-historical model for extreme stress; *Textbook of Cultural Psychiatry*, Dinesh Bhugra and Kamaldeep Bhui (eds.). Published by Cambridge University Press;

- de Jong, J.T.V.M., Komproe, I., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., Somasundaran, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings; *JAMA*, August 1, Vol. 286, No-5. 5, p 555-562;
- De Vries, A., Klazinga, N. (2006). Mental Health reform in post-conflict areas: a policy analysis based on experiences in Bosnia Herzegovina and Kosovo; *European Journal of Public Health*, Vol 16, No. 3, 246-251;
- Declerc, F., Vanheule, S., and Deheegher, J. (2010). Alexithymia and Posttraumatic Stress: Subscales and Symptom Cluster. *Journal of Clinical Psychology*, Vol 66 (10), 1076-1089;
- Delaney, E. (2014). The Relationship between Traumatic Stress, PTSD and Cortisol; National Center for Cortisol & Operational Stress Control (NCCOSC) (M95); pp. 1-7; [www. Nccosc.navy.mil](http://www.Nccosc.navy.mil); Navy Bureau of Medicine and Surgery;
- Denneson, L., Basham, Ch., Dickinson, K., Crutchfield, M., Millet, L., Shen, X., and Dobscha, S. (2010). Suicide Risk Assessment and Content of VA Health Care Contacts before Suicide Completion by Veterans in Oregon; *Psychiatric Services*, Vol. 61, No. 12; 1192-1198;
- Denneson, L., Basham, Ch., Dickinson, K., Crutchfield, M., Millet, L., Shen, X., and Dobscha, S. (2010). Suicide Risk Assessment and Content of VA Health Care Contacts before Suicide Completion by Veterans in Oregon; *Psychiatric Services*, Vol. 61, No. 12; 1192-1198;
- Desai, R., Dausey, D., Rosenheck, R. (2008). Suicide among Discharged Psychiatric Inpatients in the Department of Veterans Affairs. *Military Medicine*, Vol 173, (8), 721-728;
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994;

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-V (American Psychiatric Association, 2013);
- Ditlevsen, D., Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? *Annals of General Psychiatry*, 9:32;
- Donev, D., Onceva, S., Gligorov, I. (2002). Refugee crisis in Macedonia during the Kosovo conflict in 1999; *Croat Med Journal*, 43(2); 184-189;
- Dragoti E. *Psikologjia Sociale*. Blu Line 1999, Tiranë;
- Drozdek, B., Wilson, J. (2007). *Voices of Trauma, Treating Psychological Trauma Across Cultures*; Springer Science + Business Media, LLC;
- Dyrstad, K. (2010). After civil war: an empirical study of ethnic intolerance in the Western Balkans; Paper prepared for SGIR 7<sup>th</sup> Pan\_European International Relations Conference, Stockholm 9-11 September; pp. 1-29;
- Edwards, D. (2005). Critical perspectives on research on post-traumatic stress disorder and implications for the South African context; *Journal of Psychology in Africa*, 15(2), 117-124;
- Ehlers, A. (2010). Understanding and Treating Unwanted Trauma Memories in Posttraumatic Stress Disorder; *Journal of Psychology*, Vol. 218, (2), 141-146;
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A., Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder; *Behavior Research and Therapy*; Vol. 38, pp. 319-345;
- Ehlers, A., Hackmann, A., and Michel, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy; *MEMORY*, 12(4), 403-415;

- Ehlers, A., Maercker, A., & Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: the role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45–55.
- Elbogen, E., Wagner, R., Calhoun, P., Fuller, S., Kinner, P., and Beckham, J. (2010). Correlates of Anger and Hostility among Iraq and Afghanistan War Veterans; *Am J Psychiatry*, Vol. 167, No. 9, 1-16;
- Elklit, A., Petersen, T. (2008). Exposure to traumatic events among adolescents in four nations; *Torture*, Vol. 18, No. 1, pp. 1-10;
- Engdahl, B., Dikel, Th., Eberly, Th., Eberly, R., Blank, A. (1997). Posttraumatic Stress Disorder in a Community Group of Former Prisoners of War: A Normative Response to Severe Trauma. *Am J Psychiatry*, Vol. 15; pp. 1576-1581;
- Fernandez, W., Galea, S., Ahern, J., Sisco, S., Waldman, R., Koci, B., and Vlahov, D. (2004). Mental Health Status Among Ethnic Albanians Seeking Medical Care in an Emergency Department Two Years After the War in Kosovo: A Pilot Project; *Ann Emerg Med*. Vol. 43; 1-8;
- Flannery, Jr. R. (1999). Psychological Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Review; *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 77-82;
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 12, pp. 273–303.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
- Fontana, A., Rosenheck, R., and Desai, R. (2010). Female Veterans of Iraq and Afghanistan Seeking Care from VA Specialized PTSD Programs: Comparison with Male Veterans and Female War Zone Veterans of Previous Eras; *Journal of Women's Health*, Vol 19, No. 4, 751-757;

- Ford, J., Campbell, K., Storzbach, D., Binder, L., Anger, K.W., Rohlman, D. (2001). Posttraumatic Stress Symptomatology Is Associated with Unexplained Illness Attributed to Persian Gulf War Military Service; *Psychosomatic Medicine* 68: 842-849;
- Forgas, J., Kruglanski, A., and Williams, K. (2011). *The Psychology of Social Conflict and Aggression*; Psychology Press, Taylor & Francis Group, New York; London;
- Friel, A., White, T., and Hull, A. (2008). Posttraumatik stress disorder and criminal responsibility. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, Vol. 19, No. 1, 64-85;
- Frojd, Z. Frika (2001, a), Shtëpia Botuese “Fan Noli” Tiranë.
- Frojd, Z. Hyrje në Psikoanalizë (2001, b), Shtëpia Botuese “Fan Noli” Tiranë.
- Frojd, Z. Obsesionet, fobitë dhe paranojat (2001, ç), Shtëpia Botuese “Fan Noli” Tiranë.
- Frojd, Z. Përtej parimit të kënaqësisë (2001, e), Shtëpia Botuese “Fan Noli” Tiranë.
- Frojd, Z. Psikoanaliza fëmijërore (2001, c), Shtëpia Botuese “Fan Noli” Tiranë.
- Frojd, Z. Totemi dhe tabuja (2001, d), Shtëpia Botuese “Fan Noli” Tiranë.
- Frueh, B.Ch., Elhai, J.D., Monnier, J., Magruder, K., Keane, T., Arana, G. (2003). Disability Compensation Seeking Among Veterans Evaluated for Posttraumatic Stress Disorder; *Psychiatric Service*, Vol. 54, No. 1; 84-91; <http://psychservices.psychiatryonline.org>.
- Fulginiti, A., Rice, E. (2011). Together We Stand, Divided We Fall: Connectedness, Suicide, and Social Media in the Military; USC Center for Innovation and research on Veterans & Military Families (CIR); Policy Brief. <http://cir.usc.edu>;
- Fulginiti, A., Rice, E. Together We Stand, Divided We Fall: (2011). Connectedness, Suicide, and Social Media in the Military; USC Center

for Innovation and research on Veterans & Military Families (CIR);  
Policy Brief. Pp. 1-6; <http://cir.usc.edu>;

Galea S, Nandi A, and Vlahov D. (2005). The Epidemiology of Post-Traumatic  
Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews*; Vol. 27, 78-91;

Garske, G. (2011). Military Related PTSD: A Focus on The Symptomatology and  
Treatment Approaches; *Journal of Rehabilitation*, Vol. 77, No. 4, pp.  
31-36;

Gawande, A. (2004). Casualties of War-Military Care for the Wounded from Iraq  
and Afghanistan; *New England Journal of Medicine (NEJM)*. Vol. 351,  
No. 24, 2471-2475;

Gelder, M., Lopez-Ibor, J., and Andreasen, N. (2003). *New Oxford Textbook of  
Psychiatry*, Oxford University Press, 759-768;

Gerlock, A. (2004). Domestic Violence and Post-Traumatic Stress Disorder  
Severity for Participants of a Domestic Violence Rehabilitation  
Program; *Military Medicine*,

Gill, J., Szanton, R.N., Taylor, B.S., Page, R.N., Campbell, J.C. (2009). Medical  
Conditions and Symptoms Associated with Posttraumatic Stress  
Disorder in Low-income Urban Women; *Journal of Women's Health*,  
Vol 18, No. 2, 261-267;

Goldberg, D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire: A  
Technique for the Identification and Assessment of Non-Psychiatric  
Illness*. London; Oxford University Press;

Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health  
Questionnaire; *Psychol. Med.* 9, 139-145;

Goldberg, J., True, W., Eisen, S., Henderson, W. (1990). A Twin Study of the  
Effects of the Vietnam War on Posttraumatic Stress Disorder; *JAMA*,  
Vol 263, No. 9, pp. 1227-1232;

- Goldenberg, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Ustu, TB., Picinelli, M., Gururje, O. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27, 191-197;
- Goldney, R.D., Wilson, D., Dal-Grande, E., Fisher, L.J., McFarlane, A.C. (2000). Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events; *Aust N Z J Psychiatry*, 34(1); 98-106;
- Goodwin L, Jones M, Rona R, Sundin J, Wessely S, and Fear N. (2012). Prevalence of Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder in Military Personnel: Is There Evidence for This Disorder? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 200, No. 5, pp. 429-437;
- Gordon, J., Staples, J., Blyta, A., and Bytyqi, M. (2004). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Postwar Kosovo High School Students Using Mind-Body Skills Groups: A Pilot Study; *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17, No. 2, pp. 143-147;
- Gould, M., Greenberg, N., Hetherington, J. (2007). Stigma and the Military: Evaluation of a PTSD Psychoeducational Program. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 20, No. 4, pp. 505-515;
- Gradus, J., Qin, P., Lincoln, A.K., Miller, M., Lawler, E., Sorensen, H., and Lash, T. (2010). Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *American Journal of Epidemiology*, Vol 171, No. 6, 1-7;
- Gray, N., Carman, N., Paul-Rogers, M., MacCulloch, M., Hayward, P., and Snowden, R. (2003). Posttraumatic stress disorder in mentally disordered offenders by the committing of a serious violent or sexual offence; *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. Vol. 14, No. 1, 27-43;
- Grey, N., Young, K., & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: a treatment for peritraumatic emotional ‘‘hotspots’’ in posttraumatic stress disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, Vol. 30, 37–56.



- Harvard Program in Refugee Trauma Harvard Manual, Bosnia-Herzegovina  
Version, Harvard School of Public Health, Harvard Medical School,  
Harvard, 1998;
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999). A qualitative investigation of the  
organization of traumatic memories. *British Journal of Clinical  
Psychology*, Vol. 38, 401–405.
- Hasanovic, M., and Pajevic, I. (2010). Religious moral beliefs as mental health  
protective factor of war veterans suffering from PTSD, Depressiveness,  
Anxiety, Tobacco and Alcohol abuse in comorbidity; *Psychiatria  
Danubiana*; Vol 22, No.2, pp 203-210;
- Hofmann, S., and Asnaani, A., Hinton, D.E. (2010). Cultural Aspects in Social  
Anxiety and Social Anxiety Disorder; *Depress Anxiety*, 27(12); 1117-  
1127;
- Hofstede, G. (1984). The cultural relativity of the quality of life concept. *Acad  
Manage Rev*, 9:389-398;
- Hoge, Ch., Castro, C., Messer, S., McGurk, D., Cotting, D., and Koffman, R.  
(2004). Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems,  
and Barriers to Care. *The New England Journal of Medicine*, Volume  
351 No 1, 13-22;
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic  
and Adjustment Disorders; *Psychiatric Services*, Vo. 37, No. 3, 241-  
249;
- <http://www.eisa-net.org>
- Iacopino, V., Frank, M.W., Bauer, H.M., Keller, A. K., Fink, Sh.L., Ford, D.,  
Pallin, D., Waldman, R. (2001). A Population-Based Assessment of  
Human Rights Abuses Committed Against Ethnic Albanian Refugees  
From Kosovo; *American Journal of Public Health*, Vol 91, No 12,  
2013-2018;

- Ilggen, M., Bohnert, A., Ignacio, R., McCarthy, J., Valenstein, M., Kim, M., Blow, F. (2010). Psychiatric Diagnoses and Risk of Suicide in Veterans; *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 67, No. 11; 1152-1158;
- Imura, T. (2006). Culturally Based Interventions for Posttraumatic Stress. *Hitotsubashi Journal of Social Studies*, Vol. 38 pp. 23-32;
- Institute of Medicine of the National Academies. (2012). Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Population. Initial Assessment, (pp. 233-246). The National Academies Press. Washington DC. [www.nap.edu](http://www.nap.edu);
- Jakovljevic, M., Brajkovic, L., Jaksic, N., Loncar, M., Aukst-Margetic, B., Lasic, D. (2012). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) from Different Perspective: A Transdisciplinary Integrative Approach; *Psychiatria Danubina*, Vol. 24, No. 3, pp 246-255;
- Jakupcak, M., Varra, E. (2011). Treating Iraq and Afghanistan War Veterans With PTSD Who Are at High Risk for Suicide; *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 85-97;
- Jankovic, S., Stivicevic, V., Dodog, G., Biocic, M., Stajner, I., Primorac, D. (1998). Psychological Characteristics of Wounded and Disabled Croatian Veterans; *Military Medicine*, 163 (5), 331-336;
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299–328.
- Jordan, B.K., Marmar, Ch., Fairbank, J., Schlenger, W., Kulka, R., Hough, R., and Weiss, D. (1992). Problems in Families of Male Vietnam Veterans with Posttraumatic Stress Disorder; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; Vol. 60, No. 6, 916-926;
- Kalebic-Jakupcevic, K., Ajdukovic, M. (2011). Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder; *Croat Med J*, 52: 25-34;

- Kalicanin, P. (2003). *Clinical Psychiatry*, Craner Print, BG. ISBN. 86, 86.8277-35-2, pp. 116-140;
- Kang, H., and Bullman, T. (1996). Mortality among U.S. Veterans of the Persian Gulf War; *The New England Journal of Medicine*, pp. 1498-1504;
- Kaplan and Sadock, *Synopsis of Psychiatry*, 10-th edition, 2007; New York, 617-623;
- Kaplan, M., McFarland, B., Huguet, N., and Valenstein, M. (2012). Suicide Risk and Precipitating Circumstances Among Young, Middle-Aged, and Older Male Veterans. *American Journal of Public Health*, Vol. 102, Supplement 1, pp. 131-137;
- Kashdan, T., Julian, T., Merritt, K., Uswatte, G. (2006). Social anxiety and posttraumatic stress in combat veterans: Relations to well-being and character strengths. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 44, 561-583;
- Kashdan, T., Morina, N., Priebe, S. (2009). Posttraumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 23, 185-196;
- Keane, T., Chaudhry, B., Docherty, J., Jesse, R., Lee, J., McNurlen, J., and Zeller, E. (2013). Caring for Returning Veterans: Meeting Mental Health Needs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74;0; p. 22-28;
- Kim, P., Thomas, J., Wilk, J., Castro, C., Hoge, Ch. (2010). Stigma, Barriers to Care, and Use of Mental Health Services among Active Duty and National Guard Soldiers after Combat. *Psychiatric Services*, Vol. 61, No. 6, p. 582-589;
- Klaric, M., Franciskovic, T., Klaric, B., Kvesic, A., Kastelan, A., Graovac, M., Lisica, I. (2008). Psychological Problems in Children of War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder in Bosnia and Herzegovina: Cross-Sectional Study; *Croat Med J*, 49: 491-8;

- Kleespies, Ph., Deleppo, J., Gallagher, P., and Niles, B. (1999). Managing Suicidal Emergencies, recommendations for the practitioner; Professional Psychology, Research and Practice, Vol 30 (5), 454-463;
- Kleijn, W.C., Hovens, J.E., Rodenburg, J.J. (2001). Posttraumatic Stress Symptoms in Refugees: Assessments with The Harvard Trauma Questionnaire and The Hopkins System Checklist-25 in Different Languages. Psychological reports, 88 (2), 527-532;
- Klott, J., and Jr Jongsma, A. (2004). The Suicide and Homicides Risk Assessment & Prevention. Treatment Planner. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey;
- Koic, E., Filakovic, P., Muzinic, L., Vondracek, S., Nad, S. (2005). The Club of Croatian War Veterans treated for PTSD as form of psychosocial rehabilitation; Vol. 127 (1-2); 44-47;
- Kosovo Agency of Statistics. Kosovo population and housing census 2013. Final results; [http:// esk.rks-gov.net](http://esk.rks-gov.net);
- Kosovo Timeline (May, 21, 1999); Chronology of events 1989-1999 relating to the crisis in Kosovo, released by the Department of State, Washington, DC, [http://www.state.gov/www/regions/eur/fs\\_kosovo\\_timeline.html](http://www.state.gov/www/regions/eur/fs_kosovo_timeline.html)
- Kozaric-Kovacic, D., Hercigonja, D., Grubisic-Ilic, M. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Soldiers with Combat Experiences; Croatian Medical Journal; 42(2); 165-170;
- Kulka, R., Schelenger, W., Fairbanks, A., Hough, R., Jordan, K., Marmar, Ch., and Weiss, D. (1990). Trauma and the Vietna war generation: Report of Findings from the National Readjusment Study. Printed by ROUTLEDGE;
- Laffaye, Ch., Cavella, S., Drescher, K., and Rosen, C. (2008). Relationships Among PTSD Symptoms, Social Support, and Support Source in Veterans With Chronic PTSD. Journal of Traumatic Stress, Vol. 21, No. 4, pp. 394-401;

- Lambert, J., Engh, R., Hasbun, A., and Holzer, J. (2012). Impact of Posttraumatic Stress Disorder on the Relationship Quality and Psychological Distress of Intimate Partners: A Meta-Analytic Review. *Journal of Family Psychology*, Vol. 26, No. 5, 729-737;
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Journal of Psychophysiology*, 16, 495–512.
- Lanius, R. (2007). Complex Adaptations to Traumatic Stress: From Neurobiological to Social and Cultural Aspects; *Am J Psychiatry*, Vol. 164, No. 11, pp. 1628-1630;
- Lanius, R. (2007). Complex Adaptations to Traumatic Stress: From Neurobiological to Social and Cultural Aspects; *Am J Psychiatry*, Vol. 164 (11), 1628-1630;
- Lazarus, R S. (1974). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5, pp. 321–333;
- Lazarus, RS and Folkman, S, (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M H Appley and R Trumbull (Eds), (1986). *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives* (pp. 63–80). New York;
- Lazarus, RS. (1991). Emotion and Adaptation. *American Psychologist*, Vol 46(4), 352-367;
- Lazarus, RS. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 234–247;
- Lazarus, RS..(1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, pp. 3–13;
- Ligji Nr. 04/ L-054: Për Statusin dhe të drejtat e dëshmorëve, invalidëve, veteranëve, pjestarëve të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës, viktimave civile dhe familjarëve të tyre. Kuvendi i Kosovës, 2012.

- Litz, B., Schlenger, W. (2009). PTSD in Service Members and New Veterans of the Iraq and Afghanistan Wars: A Bibliography and Critique; National Center for PTSD; Vol. 20, No. 1, 1-3;
- Litz, B., Schlenger, W., Weathers, F., Caddell, J., Fairbank, J., LaVange, L. (1997). Predictors of Emotional Numbing in Posttraumatic Stress Disorder; Journal of Traumatic Stress, Vol. 10, No. 4, 607-618;
- Lucas, R.E., Diener, E., Grob, A. (2000). Cross-cultural evidence for the fundamental features of extraversion. J Pers Soc Psychol, 79:452-468. (PubMed: 10981846);
- Magruder, K., Frueh, B., Knapp, R., Johnosn, M., Vaughan III, J., Carson, T., Powell, D., and Hebert, R. (2004). PTSD Symptoms, Demographic Characteristics, and Functional Status Among Veterans Treated in VA Primary Care Clinics. Journal of Traumatic Stress, Vo. 17, 4, pp. 293-301;
- Marmar, Ch. (2009). Mental Health Impact of Afghanistan and Iraq Deployment: Meeting the Challenge of a New Generation of Veterans. Depression and Anxiety 26: 493-497;
- Marmar, Ch., Schlenger, W., Henn-Haase, C., Qian, M., Purchia, E., Li, M., Corry, N., Williams, Ch., Ho, Ch., Horesh, D., Karstoft, K., Shalev, A., Kulka, R. (2015). Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War Findings from the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. JAMA Psychiatry, Vol. 72 (9); 875-881;
- Marshall, R., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., Struening, E. (2001). Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD; Am J Psychiatry, 158: 1467-1473;
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., and Jepson, R. (2008). Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behavior: A Literature Review; Scottish Government Social Research; [www.scotland.gov.uk/socialresearch](http://www.scotland.gov.uk/socialresearch).

- Meis, L., Barry, R., Kehle, Sh., Erbs, Ch., and Polusny, M. (2010). Relationship Adjustment, PTSD Symptoms, and Treatment Utilization Among Coupled National Guard Soldiers Deployed to Iraq; *Journal of Family Psychology*, Vol. 24, No. 5, 560-567;
- Miller, M., Barber, C., Azrael, D., Calle, E., Lawler, E., and Mukamal, K. (2009). Suicide among US Veterans: A Prospective Study of 500,000 Middle aged and Elderly Men; *American Journal of Epidemiology*, Vol. 170, No. 4, 494-501;
- Morina, N. Albanian translation: M.I.N.I. 5.0.0 (2005); Friedrich-Schiller University Jena- Germany; Copyright 1992-2005 Sheehan DV & Lecrubier Y.
- Morina, N., Ford, J., Risch, A.K., Morina, B., Stangier, U. (2010). Somatic distress among Kosovar civilian war survivors: relationship to trauma exposure and the mediating role of experiential avoidance; *Soc Psychiatric Epidemiology*, 45: 1167-1177;
- Nandi, A., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Gershon, R., and Vlahov, D. (2004). Job Loss, Unemployment, Work Stress, Job Satisfaction, and the Persistence of Posttraumatic Stress Disorder One Year After the September 11 Attacks. *JOEM*, Volume 46, No. 10, 1057-1064;
- Nushi P. Psikologjia e përgjithshme I. Libri Shkollor, Prishtinë, 2002, f 599-608;
- Olf, M., Langeland, W., Gerson, B. (2005). The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 974-982;
- Oquendo, M., Brent, D., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Burke, A., Firinciogullari, S., Ellis, S., Mann, J. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression: Factors Mediating the Association With Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* Vol. 162 (3), 560-566;
- Orr, S. P., Metzger, L. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., Peri, T., & Pitman, R. K. (2000). De novo conditioning in trauma-exposed individuals with and

- without posttraumatic stress disorder; *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 290–298.
- Papastavrou E, Farmakas A, Karayiannis, Kotrotsiou E. (2011). Co morbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder; *Health Science Journal*, Volume 5, Issue 2, 107-117;
- Political Killings in Kosova/Kosovo, March-June 1999. (2000). A Cooperative Report by Central and East European Law Initiative of the American Bar Association and the Science and Human Rights Program of the American Association for the Advancement of Science. Publisher: ABA Central and East European Law Initiative, 740 15<sup>th</sup> Street, NW, Washington, DC 20005, USA.
- Pribe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). The Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA); *Int. J. Soc Psychiatry*, 45(1); 7-12;
- Price, J. (2007). Findings from the National Vietnam Veterans' Readjustments Study, 1-5; [www.ptsd.va.gov/professional/pages/vietnam-vets-study.asp](http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/vietnam-vets-study.asp)
- Pridmore, S., and Walter, G. (2013). Culture and Suicide Set Points; *German Journal of Psychiatry*, Vol. 16(4), 143-151;
- Redwood-Campbell, L., Thind, H., Howard, M., Koteles, J., Kaczorowski, J. (2008). Understanding the Health of Refugee Women in Host Countries: Lessons from the Kosovar Re-Settlement in Canada. *Prehospital and Disaster Medicine*, Vol 23, No. 4,
- Resnick, S., Rosenheck, R. (2008). Posttraumatic stress disorder and employment in veterans participating in Veterans Health Administration Compensated Work Therapy. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, Vol. 45, No. 3, page 427-436;
- Richardson, D., Sareen, J., and Stein, M. (2012). Psychiatric Management of Military-Related PTSD: Focus on Psychopharmacology; pp. 51-70. <http://www.intechopen.com/>



- Ringdal, G.I., Ringdal, K., Simkus, A. (2008). War Experiences and War-Related Distress in Bosnia and Herzegovina Eight Years after War; *Croat Med J.* Vol. 49: 75-86;
- Rosenberg, S., Mueser, K., Jankowski, M.K., Hamblen, J. (2002). Trauma Exposure and PTSD in People with Severe Mental Illness; *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*; Vol. 13, No. 3, 1-4;
- Roth, G., Ekblad, S., Prochazka, H. (2009). A study of aggression among mass-evacuated Kosovo Albanians; *Torture, Volume 19, No 3*, 227-236;
- Rozanov, V., and Carli, V. (2012). Suicide among War Veterans; *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 2504-2519; ISSN 1660-4601;
- Schnurr P, Spiro III A, Paris A. (2000). Physician Diagnosed Medical Disorders in Relation to PTSD Symptoms in Older Male Military Veterans; *Health Psychology*, Vol. 19; No. 1, 91-97;
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, Vulnerability and self-beliefs as health related cognitions; *Asystemic overview. Psychology & Health*, vol. 9, Issues 3.
- Schwarzer, R. (1998). Stress and Coping Resources: Theory and review; *Advances in Health Psychology Research*, userpage. fu.berlin.de, html.
- Seal, K., Bertenthal, D., Miner, Ch., Sen, S., Marmar, Ch. (2007). Bringing the War Back Home; *Arch Intern Med*, 167: 476-482;
- Selye, H. (1950). Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions. *CMA Journal*, 115, pp. 53-55;
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott;
- Selye, H. (1976). *The Stress of life*, New York, NY: McGraw-Hill, 63-66;
- Selye, H. (1977). *Stress without distress*. *School Guidance Worker*, 32, 5, pp. 5-13;

- Spiegel, D., & Carden, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Spiegel, P., Salama, P. (2000). War and mortality in Kosovo, 1998-99; an epidemiological testimony; *International Emergency and Refugee Health Branch (IERHB)*; 355; 2204-09;
- Svetlicky, V., Solomon, Z., Benbenishty, R., Levi, O., and Lubin, G. (2010). Combat Exposure, Posttraumatic Stress Symptoms and Risk-Taking behavior in Veterans of the Second Lebanon War; *Isr J Psychiatry Relat Sci*, Vol 47, No. 4, 276-283;
- Shay, J. (1995). *Achilles in Vietnam: combat trauma and the undoing of character*. New York: Touchstone.
- Sher, L. (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder. *Editorial; QJMed*; 97: 1-5;
- Shipherd, J., Keyes, M., Jovanovic, T., Ready, D., Baltzell, D., Worley, V., Gordon-Brown, V., Hayslett, C., Duncan, E. (2007). Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: What about comorbide chronic pain? *Journal of Rehabilitation Research & Development*; Volume 44, No. 2, 153-166;
- Toomey R, Kang H, Karlinsky J, Baker D, Vasterling J, Alpern R, Reda D, Henderson W, Murphy F and Eisen S. (2007). Mental health of Gulf War veterans 10 years after the war; *British Journal of Psychiatry*; 190; 385-393;
- Trappler B, Cohen C, Tullo R. (2006). The Impact of Early Lifetime Trauma in Later Life: Depression among Holocaust Survivors sixty years after The Liberation of Auschwitz; *Am J Geriatric Psychiatry*, Vol. 15(1): 79-83.
- Thanh, D., Minh, T., Wilson, J., Slane, S. (2006). Posttraumatic Stress Disorder Among Vietnamese war Veterans Living in Vietnam. Research center for Gender, Family and Environment in Development (CGFED); *International Scientific Conference*: 107-130;

- Thompson, B. and Waltz, J. (2008). Self-Compassion and PTSD Symptom Severity; *Journal of Traumatic Stress*, Vol 21, No.6, pp. 556-558;
- Thompson, J., Zamorski, M., Sweet, J., VanTil, L., Sareen, J., Pieterzak, R., Hopman, W., MacLean, M., Pedlar, D. (2015). Roles of physical and mental health in suicidal ideation in Canadian Armed Forces Regular Force veterans; *Canadian Journal of Public Health*, 105 (2); 109-115;
- Van de Schoot, R. (2015). Latent Growth Mixture Models to estimate PTSD trajectories; *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 6, p. 1-2;
- van der Kolk B. (2001). The psychobiology and psychopharmacology of PTSD; *Human Psychopharmacol Clin Exp*; 16: S49-S64;
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 1-20.
- van Marle, H. (2015). PTSD as a memory disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 6 (1), p. 1-3;
- Vogel, D., Wester, S., and Larson, L. (2007). Avoidance of Counseling: Psychological Factors That Inhibit Seeking Help; *Journal of Counseling & Development*, Vol. 85, pp. 410-425;
- Wang, Shr-Jie., Pacolli, S., Rushiti, F., Rexhaj, B., Modving, J. (2010). Survivors of war in the Northern Kosovo (II): baseline clinical and functional assessment and lasting effects on the health of a vulnerable population; *Conflict and Health*, 4:16;
- Wenzel, Th., Agani, F., Rushiti, F., Abdullahu, I., Maxhuni, B. (2006). Long-term Sequels of War, Social Functioning and mental health in Kosovo. Danish Refugee Council, pp. 1-55;
- Wessely, S. (2005). Risk, psychiatry and the military; *British Journal of Psychiatry*, 186, 459-466;
- Windfurh, K., Platt, S., Gordon, J. International Perspectives on the Epidemiology and Aetiology of Suicide and Self-Harm. Chapter two (27-57).

O'Connor, R., Platt, S., Gordon, J. (2011). *International Handbook of Suicide Prevention, research Policy and Practice*; Wiley-Blackwell;

York, J., Lamis, D., Pope, Ch., Egede, L. (2012). *Veteran- Specific Suicide Prevention*; *Psychiatric Quarterly*, Ralph H. Johnson Veterans Medical Center, Medical University of South Carolina, pp. 1-20;