

VLERËSIMI DHE TRAJTIMI I ÇRREGULLIMEVE TË PERSONALITETIT TEK PACIENTËT NË KUSHTET E PRIVIMIT TË LIRISË

"Nga afer askush nuk është normal"

FATBARDHA MYSLIMAJ, ANDIA MEKSI*

Summary

ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF PERSONALITY DISORDERS IN PRISON SETTINGS

"If you look a little bit closer you will see that nobody is NORMAL"

Patients with personality disorder are common and mostly found in prison settings: caring for them can be difficult and frustrating. The isolation tends to deteriorate the symptoms that these patients present. The characteristics of these patients' personalities tend to elicit strong feelings in psychiatrists and psychologists, lead to development of problematic psychotherapist – patient relationship and complicate the task in medical treating and the psychotherapeutic approach of psychiatric disorder. These chronic inflexible styles of perceiving oneself and interacting with others vary widely in presentation. In DSM-4-R (Diagnostic Manual of Mental Disorder), these styles are categorized into three clusters, based on their prominent characteristics: Cluster A, the odd or eccentric (paranoid, schizoid, schizotypal); Cluster B, the dramatic, emotional, and erratic (antisocial, borderline, histrionic, narcissistic) and Cluster C, the anxious or fearful (avoidant, dependent, obsessive-compulsive). Knowledge of the core characteristics of these disorders allows psychiatrists and psychologists to recognize, diagnose and treat affected patients to help them receive the best possible care despite their chronic difficulties in interacting with physicians and health care system. Effective interpersonal management strategies exist for these patients. These strategies vary depending on the specific diagnosis and include interventions such as the use of the specific communication styles, the establishment of clear boundaries, limit settings on the patients' behavior and use of medical resources and provision of reassurance when appropriated. Additionally, medication may be useful in treating specific symptoms in some patients.

Kjo thënie, e cila qetëson dhe iu jep shpresë jo pak personave të cilët shfaqen shqetësime të shëndetit mendor, duket shumë më e prekshme për ata pacientë të cilët vuajnë nga çrregullimet e personalitetit, si nozologji mjekësore dhe psikologjike.

Çrregullimet e personalitetit janë modele të instaluara, të pandryshueshme e të keqpërshtatuara gjatë adoleshencës dhe adultërisë së hershme. Çrregullime të tilla nuk diagnostikohen tek fëmijët.

Gjithsesi këto çrregullime i kanë fillesat e tyre në fëmijëri zhvillohen në periudhën e adoleshencës dhe marrin formën e çrregullimit në adultërinë e hershme.

Kushtet e izolimit, shkaktojnë një disfunkcion social të konsiderueshëm, shoqëruar me vështirësi në marrëdhëniet familjare e shoqërore. Modelet e sjelljeve të keqpërshtatura të kristalizuara përgjatë viteve si dhe perceptimet e gabuara, shoqërohen me shqetësime subjektive si dhe vështirësi në krijimin e

* Dërguar në Redaksi në Qershor 2007, miratuar për botim Dhjetor 2007.

Nga Qendra Spitalore e Burgjeve.

Adresa për letërkëmbim: Muslimaj F., Qendra Spitalore e Burgjeve.

marrëdhënieve të shëndetshme sociale; duke mundësuar pak ose aspak insight tek pacientët që i manifestojnë këto çrregullime. Më së shumti tek personat e privuar nga liria vërehen çrregullime të personalitetit antisocial, borderline, histrionik, të varur, duke mos përjashtuar edhe çrregullimet e tjera të cilat mund të manifestohen si forma mikste ku njëri prej çrregullimeve predominon më tepër.

Qëllimi dhe objektivat

· Të arrihet një bashkëpunim efikas pacient-psikoterapeut për të arritur një nivel të kënaqshëm autoskopie tek pacientët e privuar nga liria që shfaqin këto çrregullime gjatë kohës së vuajtjes së dënimit.

· Të bëhet i mundur kombinimi i mjekimit me medikamentez me atë psikoterapeutik, me anë të planeve të përbashkëta të trajtimit, me ekipe multidisiplinare të përbëra nga mjek psikiatër, psikolog, punonjës social, punonjës të sigurisë.

· Të specifikohen shenjat dhe karakteristikat e çrregullimeve të personalitetit duke ia bërë të njohura personelit të kujdesit shëndetësor dhe të sigurisë.

· Të mundësohet nëpër vëndet e vuajtjes së dënimit dhe paraburgimet, kujdes shëndetësor dhe psikosocial për këtë kontigjent vulnerabël.

Në institucionet e vuajtjes së dënimit, psikiatrit dhe psikologët hasin në një gamë të gjerë rastesh të çrregullimeve të personalitetit, gjithashtu referohen raste të çrregullimeve psikotike, psikofizike, si dhe të stresorëve psikosocial.

Më poshtë po paraqesim një përshkrim të shkurtër të disa karakteristikave kryesore të këtyre çrregullimeve të personalitetit, trajtimin me medikamentez që parashtrahet nga mjeku psikiatër si dhe përfaqsimin psikoterapeutik që psikologu dhe mjeku psikiatër ndërmarrin në trajtimin e tyre.

Kategoria A (paranoid, skizoid, skizotipal) janë të çuditshëm dhe eksentrik.

Pacientët e kesaj kategorie ndihen totalisht të papërshtatshëm në situatat sociale apo marrëdhëniet interpersonale, janë emocionalisht distant, izolues dhe mjaft të vështirë për t'u përfshirë në terapi. Pacientët paranoid shfaqin dyshime dhe mosbesime të theksuara ndaj terapistit, ndërsa pacientët skizotipal shprehin

ide të çuditshme apo pothuajse deluzionale. Ata nuk reagojnë në mënyrë të përshtatshme ndaj ndërhyrjeve të mjekut dhe psikoterapeutit, të cilët përpiqen të vendosin me ta një marrëdhënie të qëndrueshme, si dhe janë totalisht të paaftë për të vendosur lidhje emocionale me të tjeret. Përpjekjet që shumë terapistë ndërmarrin për të vendosur kontakte të mirëqëna, si qëllim krijimin e një marrëdhënieje bashkëpunuese me këtë kategori pacientësh, në shumicën e rasteve, përfundojnë të jenë totalisht ineffektive si dhe në shumë raste ato bëhen kundërproduktive. Këta pacientë refuzojnë dhe i shmangen kontaktit me mjekun apo psikologun pasi, pikërisht, i druhen vendosjes së kontakteve personale me personat e tjerë. Ata mund të ndërveprojnë në një mënyrë mjaft të çuditshme, të ftohtë dhe distante, si dhe shprehin ide bizare në lidhje me interpretimin e sëmundjes së tyre. Përpjekjet që terapisti bën për të krijuar një marrëdhënie të ngrohtë dhe emocionalisht të sigurtë për ta, si dhe përpjekja për të trajtuar bashkërisht çështjet personale të pacientit, shihen nga ky i fundit si intruzive duke krijuar një distancim të mëtejshëm të pacientit. Kur ndërveprojmë me këtë kategori pacientësh ne kemi parasysh se duhet të respektojmë dëshirën e pacientit për të mbajtur një distancë interpersonale, si dhe përshtasim qëndrimin tonë ndaj tyre, në përputhje me nevojën që paraqet pacienti. Ndaj pacientëve skizotipal dhe paranoid të cilët shprehin hapur mosbesimin që kanë ndaj terapistit si dhe idetë me përmbajtje të çuditshme, terapisti nuk duhet që t'i sfidojë në mënyrë të drejtpërdrejt idetë jologjike që këta pacientë shprehin.

Kategoria B (antisocial, kufitar, histrionik, narcistik) janë dramatik, emocional.

Trajtimi i këtyre pacientëve është mjaft sfidues për terapistin, ata janë mjaft manipulues, parashtrajnë kërkesa të panumërta, emocionalisht janë të paqëndrueshëm dhe krijojnë marrëdhënie interpersonale të paqëndrueshme. Ata kanë tendencën që të mos respektojnë vendosjen e limiteve në marrëdhëniet profesionale, duke e vendosur terapistin në një pozicion të vështirë, apo duke u përpjekur për të komprometuar këto marrëdhënie. Shpesh terapistët përjetojnë kundër-reagime të forta emocionale, për shkak të këtyre pacientëve. Kur ndërveprojmë me ta,

ne duhet të kemi parasysh tendencën e këtyre pacientëve për të manipuluar, mbajtja e një qëndrimi profesional në limitet e përcaktuara qartazi për pacientin si dhe vetëmonitorimi i gjëndjes sonë emocionale sjell rezultate të kënaqshme.

Pacientët antisocial me një qëndrim persistent, impulsiv, indiferent ndaj të drejtave të njerëzve të tjerë, paraqesin probleme klinike të natyrës mjeko-ligjore të tilla si: abuzimi me substancat ilegale, përfshirja e tyre në situata ku subjekti manifeston sjellje agresive.

Pacientët kufitar (borderline) paraqesin mjaft vështirësi në trajtim. Karakteristikë e qëndrueshme e sjelljes së tyre, është labiliteti emocional dhe konfuzioni mendor. Për shkak të paqëndrueshmërisë së tyre, reflektuar kjo në mjaft aspekte të tilla si: marrëdhëniet interpersonale, të vet-imazhit, afekteve dhe shprehjes së impulsivitetit, këta pacientë paraqesin një gamë të gjerë simptomash në të cilat përfshihen: depresioni, inati, paranoja, varësi ekstreme, vetëgjymtimi si dhe alternimi ndërmjet idealizimit/përbuzjes ndaj terapistit. Jeta e tyre ka tendencë që të jetë mjaft kaotike. Ata transferojnë tek terapisti/mjeku kurues konfliktet dhe ndjenjat disfunktionale që përjetojnë. Nga ana e tij terapistit i duhet të mbajë një qëndrim formal dhe deri diku deatashues ndaj pacientit. Terapisti duhet të jetë i përmbajtur dhe të mos reagojë në mënyrë të papershtatshme ndaj sulmeve verbale dhe sjelljeve manipulative të pacientit.

Pacientët histrionik paraqesin një ndjenjë paqëndrueshmerie nëse nuk janë në qendër të vëmendjes së të tjerëve. Ata shfaqin reagime të ekzagjeruara emocionale, si dhe shfrytëzojnë pamjen e tyre për të tërhequr vëmendjen mbi ta. Nuk kanë qenë të pakta rastet kur këta pacientë, kryesisht gra, kanë hequr në mënyrë tendencioze rrobat e trupit si dhe janë ekspozuar totalisht të zhveshura përpara personelit sanitar dhe atyre policor. Përkeqësimet e këtyre simptomave me kalimin e kohës krijojnë një impakt mjaft të thellë në funksionimin e tyre psikologjik. Terapistët duhet të jenë të vetëdijshëm për këto trajta interpersonale të karakterit të tyre kur ndërveprojnë me ta, si dhe duhet të jenë empatikë ndaj problemeve që shfaqin. Njëkohësisht ata nuk duhet të reagojnë në mënyrë të papërshtatshme duke kritikuar apo duke shfaqur një reagim indinjues ndaj

tentativave për të tërhequr vëmendjen, si dhe ndaj reagimeve të skajshme emocionale që këto pacientë kryejnë, si një formë presioni apo për të ndjellur tek terapisti ndjenja të mëshirës/fajit kundrejt tyre. Proçesi i funksionimit social të këtyre pacientëve është tepër emocional si dhe negativisht impresionues. Ato paraqesin vështirësi në pranimin e fakteve reale, dështojnë në marrjen e vendimeve të rëndësishme dhe që kërkojnë përkushtim afatgjatë në kohë.

Pacientët narcistik, karakterizohen nga ndjesia e madhështisë, të vetëëndësisë së tepruar si dhe kanë gjithmonë kërkesa të ekzagjeruara. Në marrëdhënie me terapistin kërkojnë që të kenë një trajtim dhe status special. Me sa duket ata nuk e kanë aftësinë që të përqëndrohen gjatë intervistimit vlerësues apo seancave të terapisë. Duket se vëmendja e tyre është e vetabsorbuar në idetë e tyre egocentrike. Terapisti nuk duhet që të sfidojë ndjenjën e tyre për tu vetë etiketuar, apo të bien pre e kërkesave apo skenave inatçore që ata mund të demostrojnë duke e ndërgjegjësuar pacientin për domosdoshmërinë dhe efikasitetin e terapisë, dhe të jetë empatik ndaj shqetësimeve që ata shprehin.

Kategoria C (shmangës, i varur, obsesivo-kompulsiv) karakterizohen nga përjetimi i thellë i ankthit dhe frikës

Pacientët e kësaj kategorie përjetojnë ankth. Për shkak të frikës që ndjejnë ndaj një vlerësimi negativ, të braktisjes, apo dhe të humbjes së kontrollit mbi jetën e tyre, këta pacientë përjetojnë një stres të fortë, i cili pengon funksionimin normal të marrëdhënies mjek – pacient. Terapisti duhet të përdorë strategji të përshtatshme në mënyrë që të reduktojë përjetimin e ankthit nga ana e pacientit, si dhe të vendosë një marrëdhënie efektive bashkëpunuese me të.

Pacienti shmangës është mjaft i inhibuar, i turpshëm, përjeton ndjenja të papërshtatshmërisë në prezencën e të tjerëve, si dhe ka një vetëvlerësim të ulët. Këta pacientë janë hipersensitivë ndaj kritikave, por nga ana tjetër janë në gjëndje të vendosin marrëdhënie të mirëqënia dhe bashkëpunuese, me ata persona të cilët iu krijojnë ndjesinë se janë të sigurtë dhe të pranueshëm për ta. Këta pacientë shfaqen të tërhequr dhe nuk referojnë të dhëna që kanë të bëjnë me jetën e tyre interpersonale, pasi, i gijkojnë si të

sikletshme, duke ju paraprirë kështu braktisjes si dhe refuzimit si pasojë e gjykimt që ata mendojnë se mund të derivojnë nëse shprehin idetë apo shqetësimet që ata kanë karshi terapistit. Në përgjithësi ata i shmangen bashkëbisedimeve me psikologun, si dhe e kundërshtojnë apo e nënvleftësojnë ndërhyrjen psikoterapeutike.

Gjatë trajtimit, qëndrimi i terapistit kundrejt tyre duhet të jetë empatik, përkuqdeses dhe rezistent ndaj refuzimeve apo provokimeve tendencioze që pacienti ndërmerr për t'u larguar apo për të qënë distant ndaj terapistit. Në këto kushte, terapisti përpiqet në mënyrë konstante që ta përfshijë atë në terapi, pa cënuar dhe duke respektuar dëshirat dhe vullnetin e pacientit për të funksionuar në autonomi të plotë, kundrejt të tjerëve. Duke e siguruar për rëndësinë dhe efikasitetin e përfshirjes së tij në marrëdhënien psikoterapeutike si dhe duke e nxitur pacientin të raportojë dhe të diskutojë në mënyrë të hapur dhe pa druajtje, çështje që atë e shqetësojnë, terapisti vë në funksion mekanizma, të cilat i shërbejnë për të vendosur një marrëdhënie të qëndrueshme dhe afatgjatë me pacientin.

Pacienti i varur është i bindur se është totalisht i paaftë për të funksionuar pa ndihmën dhe prirjen e të tjerëve në zgjidhjen e çështjeve thelbësore që kanë të bëjnë me funksionimin e tij në komunitet. Kjo bindje predominuese tek pacienti shpie në shfaqjen e problemeve të tilla si pezullimin apo shtyrjen e marrjes së vendimeve, të përgjegjësi si dhe të mungesës totale të motivacionit për të vepruar në realizimin e qëllimeve apo dëshirave të ndrydhura. Tek ta predominon frika e braktisjes edhe atëhere kur sigurohen se nuk ekziston asnjë shkak real. Krijojnë varësi ndaj psikiatrit dhe terapistit dhe janë totalisht apatik në vendimmarrje duke kërkuar që ky funksion të kryhet nga vetë terapisti.

Terapisti tregon kujdes në asistimin që i bën pacientit duke monitoruar aktivizimin e tyre në marrëdhënie me vetë atë dhe të tjerët me të cilët ai ndërvepron, duke evituar që ai vetë të jetë aktori kryesor në vendimmarrje në vend të pacientit, pa iu nënshtruar kërkesave të pacientit si një përpjekje për të ruajtur marrëdhënien terapeutike, ç'ka nuk ndihmon aspak në reabilitimin e tij. Terapisti duhet të jetë i sinqertë dhe empatik ndaj pacientit, gjithashtu, ai

duhet të përfshijë në terapi një anëtar të familjes, apo kujdestarin, të cilët bëjnë të mundur që pacienti të mund të ketë marrëdhënie të mirëqëna dhe afatgjata edhe jashtë bashkëpunimit terapeutik.

Pacientët obsesivo-kompulsiv janë infleksibël dhe mjaft strikt në gjykimet që bëjnë dhe idetë që shpalosin gjatë seancave terapeutike. Përpiqen që të kontrollojnë si dhe të predominojnë në marrëdhënien me terapistin. Nuk hezitojnë që ta kritikojnë atë ose psikiatrin kur këta të fundit nuk përkrahin apo aprovojnë mendimet apo pritshmëritë që ata kanë ndaj trajtimit. Terapistët duhet të bëjnë kujdes që të mos përfshihen apo të nëpërkëmben nga stili obsesional i pacientit për të kontrolluar në mënyrë maniakale cdo detaj të jetës së tyre, deri tek individët që përbëjnë jetën e tyre.

Këta pacientë të axhituar dhe dukshëm në ankth mund të përngjajnë fare lehtë më të sëmurët nga psikoza që manifestojnë delir për shkak se mendimi obsesiv, i cili është me të vërtetë i pavarur nga vullneti i të sëmurit, mund të përshkruhet prej tij si një fenomen psikik i huaj për mendjen e tij, apo si një "zë" i huaj; këtu situata fare mirë mund të ngatërrohet me halucinacionin auditiv, prandaj duhet patur kujdes në vlerësimin dhe trajtimin e tyre.

Terapia Somatike (farmakologjike)

Disa prej pacientëve me çrregullime të personalitetit, në momente të caktuara, kur disfunksioni social pengon jetën normale dhe kur shenjat e çrregullimeve agravohen, kanë nevojë për trajtim medikamentoz krahas atij psikoterapeutik.

Ky trajtim i referohet intensitetit të shfaqjes klinike të simptomave dhe indikohet nga mjeku psikiatër bazuar në protokolle të përshtatshme për këto çrregullime.

Më poshtë po përshkruajmë shkurt disa grupe medikamentesh psikoaktive më të përdorshme.

Anksiolitikët:

Alprazolam (Xanax), Klordiazepoksid (Librium), Klonazepam (Klonopin), Klorazepate (Tranxene), Diazepam (Valium), Lorazepam (Ativam) etj. Përdorimi i këtyre medikamenteve në doza të nevojshme, çliron pacientët nga ndjenja e ankthit që shoqëron një pjesë të çrregullimeve të personalitetit.

Antidepresivët:

Frenuesit selektivë të rikapjes së serotoninës (5 HT) : Fluoksetina (Prozak), Pertralina (Zoloft), Paroksetina (Paxil), Fluvoksamina (Luvox), Citaloprami (Celeksa), Ekscitaloprami (Lexapro).

Frenuesit e rikapjes së serotoninës dhe norepinefrinës: Heterocikliket (ATC), Venlafaksina (Effexor).

Frenuesit e rikapjes së norepinefrinës dhe dopaminës: Bupropioni (Wellbutrin).

Frenuesit e përzier të rikapjes së serotoninës dhe antagonistë të receptorëve të serotoninës: Trazodoni (Desyrel), Nefazodoni (Derzone).

Frenuesit e monoaminaksidazës (IMAO): Fenelzia, Tranilcipromina dhe Izokarboksazidi.

Këto medikamente, për të arritur me doza terapeutike të cilat përmirësojnë simptomat, kërkojnë 3-6 javë kohë për të dhënë efektet e pritshme ndaj shenjave depresive që shfaqen në çrregullimet e personalitetit.

Antipsikotikët:

Clozapina, Risperidoni (Risperdal), Quetiapina (Seroquel), Haloperidoli, Tioridazina, Olanzapina etj.

Keto medikamente mund të jenë të nevojshëm për pacientët me çrregullime të personalitetit me tipare psikotike. Në këto raste duhet patur kujdes që të përdoren për një periudhë të shkurtër dhe me doza të vogla.

Stabilizuesit e humorit:

Acidi Valproik (Depakote), Litiumi, Karbamazepina (Tegretol).

Keto medikamente mund të përdoren në doza terapeutike të përshtatshme për disa nga çrregullimet e personalitetit, ku çrregullimet e humorit dominojnë në tablonë klinike.

Disa forma të trajtimit psikoterapeutik si dhe teknikat e tyre aplikative

Trajtimi sjelljes (bihevioral)

Fokusohet në sjelljet problematike dhe aplikon teknikat e saj në bazë të principeve të të mësuarit dhe modifikimit të sjelljeve problematike. Kjo terapi përpiket që t'u mësojë pacientëve reagime të përshtatshme si zëvendësues të reagimeve të

mëparshme keqpërshtatëse. Terapistët modifikojnë elementet e jashtme situacionale, të cilat ndikojnë në përforsimin e sjelljeve të dëshiruara dhe në shuarjen e sjelljeve të gabuara.

Teknikat terapeutike:

Modelimi i sjelljes

Qëllimi i kësaj teknike është "shuarja" e sjelljeve keqpërshtatëse me anë të metodës së ndëshkimit (jo fizik) si dhe përforsimi i sjelljeve pozitive me anë të shpërblimit.

Ndryshimi i sjelljes

Terapisti fokusohet në identifikimin e sjelljeve problematike, formimin e një plan trajtimi si dhe përcaktimin e qëllimeve të trajtimit. Një nga qëllimet kryesore të këtij trajtimi është "zëvendësimi" i sjelljeve problematike me sjelljet shoqërisht të pranueshme si dhe vlerësimi i këtyre arritjeve pozitive.

Trajnimi asertiv

Përdoret për trajtimin e atyre anktheve që kanë të bëjnë me marrëdhëniet midis njerëzve. Zakonisht kjo teknikë përdoret me njerëzit që kanë ngurrime, hezitime rezerva, ndrojtje, mbyllje. Me këtë teknikë trajtimi i nënshtrohen ata pacientë të cilët ankohen përherë se u shkelen të drejtat, ata që hezitojnë të shprehin mendimet dhe ndjenjat që përjetojnë, ata që duan të injorojnë e dominojnë, si dhe ata që sillen me agresivitet.

Desenzibilizimi sistematik

Shoqërimi i reagimit ankthfrenues me ngacmimin ankthndjellës bën që pacienti të zëvendësojë reagimet anksoze me ato adaptive. Për të frenuar ankthin kjo teknikë përdoret gjerësisht për relaksim sistematik, e cila e përgatit pacientin që të arrijë të përballë me sukses elementet ankthndjellës.

Të mësuarit observues

Kjo teknikë ofron mundësinë që subjekti ta imitojë sjelljen nga dikush tjetër sipas gjykimit të vet. Modelimi mund të realizojë disa funksione: ai instruktin, ai motivon si dhe pakëson ankthin.

Trajtimi i njohjes (cognitiv)

Qëllimi i terapisë konjitive është që të pikasë dhe të modifikojë mendimet joadaptive që i bllokojnë pacientit aftësinë për tu marrë me problemet e veta, dhe që i çrregullojnë jetën emocionale. Shumë pacientë

nuk janë të vetëdijshëm dhe të kthjellët në mendimet që okupojnë psikikën e tyre kur bllokohen emocionalisht. Në këtë rast terapisti iu drejton atyre pyetje rreth sitatës dhe në këtë mënyrë ata aftësohen gradualisht, arrijn të dallojnë se në situata të caktuara ata kanë prirje të prodhojnë mendime që prishin ekuilibrin emocional. Të gjitha teknikat që përdoren në këtë terapi synojnë që klienti të dallojë se tjetër gjë është realiteti që e rrethon atë dhe tjetër gjë është perceptimi i tij si dhe interpretimi që ai i bën këtij perceptimi.

Teknikat terapeutike:

Zëvendësimi i mendimeve disfunktionale me mendime racionale

Gati çdo mendim disfunktional mund të zëvendësohet me mendime racionale. Në qoftë se pacienti ka arritur të dallojë shpërbërjet konjitive dhe mendimet disfunktionale që ato prodhojnë, atëherë ai ka mundësi që t'i zëvendësojë ato me mendime racionale.

Riatribuimi

Pacientët kanë tendencën që mosukseset e tyre t'i atribuojnë faktorëve të brendshëm të tillë si pa aftësia personale për t'u përballur dhe për të zgjidhur në mënyrë të përshtatshme pengesat. Pacientët fajësojnë vetveten për dështimin e tyre edhe në ato situata kur nuk janë përgjegjës të drejtpërdrejtë në mosukses.

Trajtimi psikoanalitik

Është një shqyrtim intensiv dhe i gjatë i motivacioneve të pavetëdijshme të pacientit. Mendohet se pacienti ka konflikte të ndrydhura nga fëmijëria, të cilat janë ende të pazgjidhura, si pasojë shkaktojnë ankth dhe probleme psikologjike. Qëllimi i psikoanalizës është që ti sjellë konflikte të ndrydhura në nivelin e vetëdijes, në mënyrë që pacienti të mund të merret vetë me to si një i rritur. Terapisti përpaket të kuptojë problemet e pavetëdijshme prej të cilave burojnë vështirësitë e pacientit. Analisti mund t'i thotë pacientit mënyrën se si i ka kuptuar ai problemet e tij dhe kështu kthjellohet psikikisht. Qëllimi i trajtimit është që pacienti duhet të bëhet i vetëdijshëm për motivet dhe konfliktet e pavetëdijshme si dhe të kuptojë si veprojnë ato; dhe, pa u bërë kjo, modelet e sjelljes joadaptive nuk mund të ndryshojnë.

Teknikat terapeutike:

Përballimi i rezistencave

Fillimisht pacienti shfaq rezistencë, duke shmangur në mënyrë të pavetëdijshme disa çështje që shkaktojnë ankth. Pacienti mund të kapërcejë papritmas në një çështje tjetër ose mund të harrojë tërësisht atë që po thoshte. Në këto kushte, kur terapisti vazhdon ta nxisë, pacienti e ndërpret seancën duke heshtur, duke bërë shaka ose duke u bërë keq.

Transfereca

Është një mjet i rëndësishëm për ekspozimin e konflikteve emocionale të pacientit. Terapisti duke folur fare pak e duke mbetur në sfond, bëhet një figurë e zbrazët mbi të cilën pacienti projekton cilësitë e personave më të rëndësishëm të jetës së tij emocionale – të nënës ose babait, të motrës – ose vëllait si dhe bashkëshortes/bashkëshortit, të gjithë këta mund të jenë figura të urryera ose të dashura për pacientin. Aktivizimi i këtyre reagimeve emocionale (tek terapisti) bën që të kuptohet se ndaj kujt janë drejtuar ato si dhe lehtëson trajtimin e tyre.

Asosacionet e lira

Me këtë metodë pacienti nxitet që çdo gjër që i vjen në ato momente në mendje t'i shprehe hapur pa u frenuar, pa u rezervuar duke shprehur urrejtjen, miqësinë, absurditetin, ose mungesën e logjikës kur ato ekzistojnë.

Trajtimi i drejtimit humanist (jo drejtues-roxheriane)

Kjo terapi përpaket të asistojë pacientin duke u përpjekur të kuptojë motivet, impulset e pavetëdijshme si dhe ndjenja të tilla si depresioni, të cilat përbëjnë gjenezën e formimit të sjelljeve të keqpërshtatura.

Teknikat terapeutike:

Qendërimi i pacientit

Në qendër të terapisë është vetë pacienti dhe sipas këtij këndvështrimi mosadaptimi psikologjik ndodh kur individ i mbron aspekte të rëndësishme të vetvetes (ndjenja dhe eksperiencat të papranueshme për të). Për të rivendosur kontaktin me vetveten ata kanë nevojë për një mjedis që i pranon dhe nxit njohjen e lirë dhe të hapur të personalitetit të tyre, e cila çon në njohjen e vetvetes se "mohuar" dhe në shëndetin mendor.

Ndihma jo drejtuese

Terapistët humanist nuk kanë si qëllim që të drejtojnë, të japin këshilla, të bëjnë vlerësime apo analizimin e gjëndjes së pacientit, nuk përcaktojnë

diagnoza, dhe mbi të gjitha nuk gjykojnë personalitetin e pacientit.

Të kuptuarit empatik

Është mjaft e rëndësishme që terapeuti të transmetojë empati ndaj pacientit. Të dëgjuarit empatik ka si qëllim që pacienti të ndihet i barabartë me terapistin. Komunikimi joverbal nëpërmjet shprehjes së ndjenjave që korrespondojnë me ato të pacientit, si dhe pohimi aktiv i atyre që shpreh pacienti me fjalë dhe me gjeste instalon besueshmëri dhe shpresë.

Marrëdhënia terapeutike

Është marrëdhënia midis terapistit dhe pacientit faktori kryesor që çon në ndryshimet e dëshiruara tek pacienti dhe jo teknikat specifike psikoterapeutike që pacienti ndërmerr nën drejtimin e psikoterapistit. Krijimi i një marrëdhënieje të besueshme është "çelësi" i suksesit të arritjes së vetë-eksplorimit dhe mirëqënies psikike. Kjo besueshmëri ndaj terapistit krijohet në se ky i fundit është jo drejtues, jo gjykues, kur nuk ka si qëllim të vlerësojë apo të përcaktojë diagnozën por të vendos në qendër të vëmendjes pacientin si një qenie unike dhe me vlera.

Pranimi i pakushtëzuar pozitiv

Nga ana e terapistit lipset të mbajë një qëndrim të pa kushtëzuar pozitiv, ta pranojë pacientin ashtu siç është duke respektuar individualitetin e tij/saj. Në këtë mënyrë pacienti do të ndihet totalisht i lirë në

shprehjen e vetvetes në mënyrë të hapur dhe pa qënë i shqetësuar se do të paragjykohe apo refuzohet nga terapeuti.

Trajtimi në grup

Është një metodë trajtimi në të cilën një grup pacientësh diskutojnë rreth problemeve të përbashkëta që ata kanë. Detyra e terapistit është që të nxisë pacientët për t'u shprehur rreth ndjenjave dhe shqetësimeve që ata përjetojnë. Qëllimi i terapisë është vendosja e kohezionit midis antarëve të grupit, e cila ndihmon në krijimin e ndërveprimit (feedbackun) midis tyre si dhe gjetjen, diskutimin apo zgjidhjen e alternativave të ndryshme përballuese. Pacientët mund të vetëndihmohen duke kuptuar se edhe njerëz të tjerë kanë vështirësi të ngjashme me të tyret (universaliteti).

Gjithashtu një individ në terapi grupi mund të shikojë sesi reagojnë ndaj tij anëtarët e tjerë të grupit, të cilët pacienti i njeh dhe ka besim në gjykimin e tyre dhe sesi ata përpiqen të gjejnë mënyra të reja reagimi. Anëtarët mësohen të krijojnë besueshmëri ndaj njeri-tjetrit, të jenë mbështetës dhe përkrahës. E rëndësishme është që anëtarët, të cilët kanë rimësuar sjellje pozitive dhe janë ripërshtatur ndaj kushteve dhe kërkesave sociale, bëhen modele referimi si dhe ballafaqimi për ta.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition (2007) American Psychiatric Publishing.
2. **Athar S.:** Broken Structures: Severe Personality Disorder and Their Treatment. Nerthvale, NJ : Jason Anonson, Inc.
3. **Barlow, David H., Durand, Vincent M.:** Abnormal Psychology: An Integrative Approach, Thomson Wadsworth Publishings 2005.
4. **Bochian N.R., Jangma A.E.:** The Personality Disorders Treatment Planer. San Francisco, CA: Jassey- Bass, 2001.
5. **Butcher J. N., Norcross NC., Beutler L.E., Willis D.J. Koocher, G.P (Eds):** Clinical personality assesement: Practical Approach. New Jork. NY: Oxford University Press, 1994.
6. **Feldman, Robert S.:** Understanding Psychology, Fourth Edition, New York Mc Graw Hill Publishigs, 1999.