

Ndikimi i teknikave imagjorative në simptomat e depresionit perinatal

DORINA BEDHIA

Dorëzuar

Universitetit European Të Tiranës

Shkollës doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në

Shkencat Sociale, me profil në Psikologji, për marrjen e gradës shkencore “Doktor”

Udhëheqës shkencor : **Prof.Dr. Ylli Pango**

Numri i fjalëve: 54.165

Tiranë, Shkurt 2019

DEKLARATA E AUTORËSISË

Unë Dorina Bedhia, me përgjegjësi të plotë deklaroj se ky studim është punë origjinale e imja dhe nuk është prezantuar para ndonjë institucioni tjetër për vlerësim. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të cituara dhe të referuara.

DORINA BEDHIA

ABSTRAKT

Qëllimi i këtij studimi është ndikimi i ndërhyrjes me teknika imagjinative në fenomenin e depresionit perinatal dhe në mënyrë specifike në reduktimin e simptomave depressive në shtatzëni dhe pas lindjes.

Gjetjet nga studime të ndryshme ofrojnë dëshmi të qarta se llojet e ndryshme të procedurave imagjinative, vetëm ose të kombinura me qasjet kognitive-bihejviorale mund të reduktojnë indekset vetë raportuese dhe të sjelljes depressive për depresionin e butë ose të moderuar dhe deri në depresion psikiatrik të rëndë. Edhe pse përmirësimi fillestar në nivelin e depresionit gradualisht zvogëlohet me kalimin e kohës, ka ende disa tregues të përmirësimit të vazhdueshëm të nivelit të depresionit gjashtë javë, dy muaj dhe madje edhe gjashtë muaj pas ndërprerjes së ndërhyrjeve relativisht të shkurtra terapeutike.

Ndërhyrjet terapeutike që integrojnë teknikat imagjinative me qasjen verbale duket se prodhojnë përmirësime më të gjëra dhe afatgjata.

Për realizimin e këtij studimi u morën 40 gra shtatzëna dhe të lindura të cilat bënë pjesë në grupin eksperimental të trajtur me teknikat imagjinative dhe 40 gra shtatzëna dhe të lindura të cilat u bënë pjesë e grupit të kontrollit të trajtuara pa ndihmën e teknikave imagjinative por vetëm me suport dhe këshillim psikologjik.

Për të vërtetuar hipotezën e këtij studimi mbi efikasitetin e ndërhyrjes me imazhe në reduktimin e simptomave të depresionit prerinatal lindi nevoja të analizoheshin edhe faktorët e rrezikut të cilët kishin kontribuar në zhvillimin e depresionit perinatal tek gratë.

Rezultatet e studimit vërtetuan hipotezën se ndërhyrja me teknika imagjinative është më efikase se suporti dhe këshillimi psikologjik në një hark të shkurtër kohor prej 4-6 javësh i cili përbën minimumin kohor për të patur një ndryshim efikas në terapi.

Fjalë kyçe: teknika imagjinative, depresion perinatal, faktorë rreziku, simptoma, suport psikologjik.

ABSTRACT

The aim of this study is the influence of the intervention with imaginative techniques in the phenomenon of perinatal depression and in particular on the reduction of depressive symptoms during pregnancy and after delivery.

The results of various studies provide clear evidence that different types of imaginative procedures, either alone or in combination with cognitive-behavioral approaches, can reduce self-reported indices and depressive behaviors for mild or moderate depression and up to heavy psychiatric depression. Although the initial improvement in depression gradually decreases over time, there are still some signs of continuous improvement in depression levels six weeks, two months and even six months after the suspension of relatively short therapeutic interventions.

Therapeutic interventions that integrate imaginative techniques with the verbal approach seem to produce more extensive and lasting improvements.

For the purposes of this study, 40 pregnant and postpartum women were included in the experimental group treated with imaginative techniques and 40 pregnant and postpartum women who became part of the control group were treated without the aid of imaginative techniques but only with support and psychological advice.

In order to validate the hypothesis of this study on the effectiveness of the intervention with the images in reducing perinatal depression, it was necessary to analyze the risk factors that contributed to the development of symptoms of perinatal depression in women.

The results of the study confirmed the hypothesis that the imaginative intervention is more effective than psychological counseling in a short span of 4-6 weeks, which is the minimum time for an effective change in therapy.

Key words: imaginative techniques, perinatal depression, risk factors, symptoms, psychological support.

Dedikimi

Prindërve të mi !!!

FALENDERIME

Falenderim, respekt dhe mirënjohje të veçantë për udhëheqësin tim shkencor Prof.DR.YLLI PANGO. Ndihma e tij profesionale, këmbëngulja, inkurajimi dhe durimi i tij por mbi të gjitha besimi i tij ndaj meje bëri të mundur realizimin e këtij punimi.

Një falenderim i veçantë shkon për kolegen dhe mikeshën time Irenën për mbështetjen në analizën e të dhënave dhe këshillat e saj precioze.

Një falenderim i veçantë shkon për të gjitha nënat që morën pjesë në këtë studim.

Falenderoj familjen time për sakrificën, mbështetjen, durimin dhe mirëkuptimin e ofruar në çdo moment.

Faleminderit të gjithëve !!!!

PËRMBAJTJA E LËNDËS

Kapitulli I: Imagjinata dhe teknikat imagjorative në terapi _____	fq 1
1.1 Çfarë është imagjinata? _____	fq 1
1.2. Karakteristikat e imagjinatës _____	fq 6
1.3. Tipologjia e IM _____	fq 9
1.4. Imagjinata, sëmundjet dhe proceset kuruese _____	fq 12
1.4.1 Imagjinata në proceset e kurimit _____	fq 13
1.4.1.1 Imagjinata dhe patogjeneza _____	fq 14
1.4.1.2. Imagjinata dhe psikopatologjia pre-moderne _____	fq 15
1.4.1.3. Imagjinata dhe patogjeneza në shekujt 18, 19 dhe 20 _____	fq 16
1.5. Përdorimi i teknikave të hershme imagjorative _____	fq 18
1.5.1. Terapitë komportamentale të bazuara në teorinë e të mësuarit _____	fq 21
1.5.2. Teknikat konjitive-komportamentale _____	fq 22
1.6. Përdorimi i imazheve në terapi _____	fq 24
1.6.1. Mbështetje teorike mbi përdorimin e imazheve në mjedisin klinik _____	fq 27
1.6.2. Problemet lidhur me përdorimin e imazheve në praktikën klinike _____	fq 34
1.7. Teknikat imagjorative në qasjen psikoanalitike dhe psikodinamike _____	fq 36
1.7.1. Imazhet mendore në trajtimin psikoanalitik _____	fq 38
1.7.1.1. Sfondi historik _____	fq 38
1.7.1.2. Braktisja e teknikave imagjorative _____	fq 39
1.7.1.3. Interesi i rinovuar në teknikat imagjorative _____	fq 39
1.7.1.4. Teknikat imagjorative në psikoanalizë: Probleme teorike dhe praktike _____	fq 40
1.7.2. Përdorimi i imazheve në ngërçet dhe bllokimet terapeutike _____	fq 43
1.8. Teknikat imagjorative në terapinë kognitive–komportamentale _____	fq 46
1.8.1. Hyrje _____	fq 46

1.8.2. Imagjinata e drejtuar_____	fq 50
1.8.2.1. Përdorimi i imazheve të drejtuara_____	fq 51
1.8.2.2. Imazhet e drejtuara në psikoterapi_____	fq 51
1.8.2.3. Implikimet që lidhen me përdorimin e imazheve të drejtuara në psikoterapi _____	fq 54
1.9. Teknikat për përmirësimin e aftësisë imagjinative_____	fq 56
1.9.1 Hyrje_____	fq 56
1.9.2. Dallimet individuale në përvojën imagjinative_____	fq 57
1.9.3. Metodatat që përmirësojnë aftësinë imagjinative_____	fq 58
1.9.3.1. Metodatat që përmirësojnë gjallërinë imagjinative_____	fq 58
1.9.3.2. Kontrolli imagjinativ_____	fq 67
Kapitulli II : Depresioni perinatal_____	fq 70
2.1 Hyrje _____	fq 70
2.2. Lindja e një fëmije: nyje problematike_____	fq 72
2.3. Depresioni Perinatal : Përkufizimi dhe karakteristikat _____	fq 76
2.4. Depresioni në shtatzëni_____	fq 79
2.4.1 Simptomat depressive në shtatzëni_____	fq 81
2.4.2. Faktorët e rrezikut për nënat_____	fq 82
2.4.3. Pasojat e depresionit në shtatzëni_____	fq 84
2.4.4. Identifikimi i depresionit prenatal si tregues i depresionit pas lindjes_____	fq 84
2.4.5. Mjetet e screening_____	fq 85
2.5. Depresioni pas lindjes_____	fq 87
2.5.1. Prevalenca e DPP_____	fq 90
2.5.2. Diagnoza diferenciale_____	fq 91
2.5.2.1 Baby blues_____	fq 91
2.5.2.2. Psikoza pas lindjes_____	fq 93

2.5.3. Depresioni madhor pas lindjes _____	fq 96
2.5.4. Studime transkulturore _____	fq 98
2.5.5. Shkaqet e mundshme të DPP _____	fq 99
2.5.6. Hulumtimi mbi faktorët e rrezikut dhe mbrojtjes _____	fq 105
2.5.6.1. Faktorët kryesore të rrezikut _____	fq 106
2.5.6.2. Faktorët mbrojtës _____	fq 118
2.5.7. Probleme të lidhura me shëndetin mendor perinatal _____	fq 119
2.6. Trajtimi i psikopatologjisë perinatale _____	fq 124
KAPITULLI III: METODOLOGJIA _____	fq 128
3.1. Shtrimi i problemit _____	fq 128
3.2. Qëllimi i studimit _____	fq 129
3.3. Objektivat e studimit _____	fq 130
3.4. Pyetjet kërkimore të punimit dhe hipotezat _____	fq 131
3.5. Dizajni i studimit _____	fq 131
3.6. Vështirësitë dhe kufizimit e studimit _____	fq 133
3.7. Çështje etike _____	fq 137
3.8. Proçedura dhe kampionimi _____	fq 137
3.8.1. Konteksti i studimit _____	fq 137
3.8.2. Mbledhja e të dhënave _____	fq 138
3.8.3. Proçedura e hulumtimit _____	fq 140
3.8.4. Kampionimi _____	fq 143
3.8.5. Kriteret e përfshirjes në studim _____	fq 143
3.8.6. Kriteret e përjashtimit nga studimi _____	fq 143
3.9. Instrumentat _____	fq 143
KAPITULLI IV: ANALIZA DHE REZULTATET E STUDIMIT _____	fq 156
4.1. Rezultate të nxjerra nga EPDS _____	fq 156

4.2. Analiza dhe rezultate të nxjerra nga intervista gjysëm e strukturuar mbi faktorët e rrezikut_____fq 171

4.2.1. Grupi i grave të trajtuara me ndihmën e teknikave imagjorative_____fq 171

4.2.2. Grupi i grave që nuk janë trajtuar me ndihmën e teknikave imagjorative__fq 178

4.2.3. Grupi i grave shtatzëna të trajtuara me imazhe në patologjinë e shtatzënisë_fq 183

4.2.4. Grupi i grave shtatzëna të trajtuara pa imazhe në patologjinë e shtatzënisë_fq 186

KAPITULLI V: DISKUTIMI _____fq 191

5.1. Diskutim mbi faktorët e rrezikut që kanë kontribuar në zhvillimin e simptomave depressive_____fq 191

5.2. Diskutim mbi efikasitetin e ndërhyrjes me imazhe_____ fq 209

KAPITULLI VI: Përfundime dhe rekomandime_____fq 218

Përfundime _____fq 218

Rekomandime_____fq 228

Bibliografia _____fq 231

Shtojca 1 _____fq 258

Shtojca 2_____fq 262

Shtojca 3_____fq 265

Shtojca 4_____fq 266

Shtojca 5_____fq 267

Shënime_____fq 268

Lista e tabelave dhe grafikëve

Tabela 1 : Tabela përmbledhëse e të dhënave të nxjerra nga EPDS tek pacientet e lindura punuar me IM _____fq 156

Tabela 2 : Të dhënat analitike tek pacientet e lindura punuar me IM_____fq 157

Grafiku 1 : Shpërndarja e rezultateve të EPDS para dhe pas ndërhyrjes me IM_____fq 157

Tabela 3 : Tabela përmbledhëse e të dhënave të nxjerra nga EPDS tek pacientet e lindura punuar pa IM_____fq 158

Tabela 4 : Të dhënat analitike tek pacientet e lindura punuar pa IM_____fq 159

Grafiku 2 : Shpërndarja e rezultateve të EPDS para dhe pas ndërhyrjes pa IM_____ fq 160

Tabela 5 : Tabela përmbledhëse e të dhënave të nxjerra nga EPDS tek pacientet në patologjinë e shtatzënisë punuar me IM_____fq 160

Tabela 6 : Të dhënat analitike tek pacientet në patologjinë e shtatzënisë punuar me IM
_____fq 160

Grafiku 3 : Shpërndarja e rezultateve të EPDS para dhe pas ndërhyrjes me IM tek pacientet në patologjinë e shtatzënisë _____fq 162

Tabela 7 : Tabela përmbledhëse e të dhënave të nxjerra nga EPDS tek pacientet në patologjinë e shtatzënisë punuar pa IM_____fq 162

Tabela 8 : Të dhënat analitike tek pacientet në patologjinë e shtatzënisë punuar pa IM
_____fq 163

Grafiku 4 : Shpërndarja e rezultateve të EPDS para dhe pas ndërhyrjes pa IM tek pacientet në patologjinë e shtatzënisë _____fq 164

Tabela 9 : Të dhënat përmbledhëse krahasuese të nxjerra nga pacientet e lindura të punuara me dhe pa IM_____fq 164

Tabela 10 : Të dhënat analitike krahasuese të nxjerra nga pacientet e lindura të punuara me dhe pa IM_____fq 164

Tabela 11 : Marrëdhënia e analizës Anova tek pacientët e lindura në ndërhyrjen me dhe pa IM_____fq 165

Grafiku 5 : Shpërndarja e përgjigjeve të individëve të lindur_____fq 166

Grafiku 6 : Rezultate EPDS pas ndërhyrjes me dhe pa IM tek pacientet e lindura ____fq 167

Tabela 12 : Të dhënat përmbledhëse krahasuese të nxjerra nga pacientet në patologjinë e shtatzënisë të punuara me dhe pa IM _____fq 167

Tabela 13 : Të dhënat analitike krahasuese të nxjerra nga pacientet në patologjinë e shtatzënisë të punuara me dhe pa IM _____fq 167

Tabela 14. Marrëdhënia e analizës Anova tek pacientët në patologji në ndërhyrjen me dhe pa imazhe_____fq 168

Grafiku 7 : Rezultate EPDS pas ndërhyrjes me dhe pa IM tek pacientet në patologjinë e shtatzënisë _____fq 169

Grafiku 8 : Shpërndarja e përgjigjeve të individëve në patologjinë e shtatzënisë ____fq 170

Lista e shkurtimeve dhe e fjalorit

IM Imazhet mendore

CBT Terapia konjitive-bihejviorale

DPP Depresion Post Partum (ose pas lindjes)

EPDS Testi i Depresionit Post Natal i Edinburgut (referuar pikëzimit)

Pre-test Testi para trajtimit

Re-test Testi pas trajtimit

FIV Fertilizim in vitro

Fenomeni i depresionit perinatal është një fenomen i nënvlerësuar në vëndin tonë. Nuk ka inçidenca dhe të dhëna të sakta për këtë fenomen në institucionet që trajtojnë gratë në këtë fazë të jetës. Shtojmë këtu edhe faktin që shtatzënia dhe lindja përkojnë me një ngjarje të rëndësishme dhe të gëzueshme në jetë që duhet të ngjallë emocione pozitive dhe kjo bën që ky fenomen të jetë i vështirë për t'u identifikuar dhe rrjedhimisht për t'u vlerësuar.

Po të shtohet edhe fakti që ideja e një trajtimi mjekësor i cili mbizotëron akoma në kulturën tonë është shumë larg mendimit të nënave dhe sensit komun për këtë fazë të jetës situata ndërlikohet akoma më shumë.

Në këtë studim është paraqitur një mënyrë trajtimi alternativ për gratë, trajtimi me imazhe dhe teknika imaginative. Kjo mënyrë trajtimi ndikon në reduktimin e simptomave të depresionit perinatal ose të paktën në një kohë afatshkurtër është më efikase se këshillimi normal terapeutik.

Struktura e punimit

Kapitulli i parë shqyrton literaturën në lidhje me imagjinatën, imazhet mendore dhe teknikat imagjinate. Shpjegon karakteristikat e imagjinatës dhe tipologjitë e imazheve mendore. Pastaj fokusohet tek roli i imagjinatës në sëmundjet dhe proceset kuruese në psikopatologjinë premoderne dhe në shekujt 18,19,20. Jep një panoramë të përdorimit të imazheve në terapi megjithë mbështetjet teorikë mbi përdorimin e tyre dhe mbi problemet që hasin në praktikën klinike . Pastaj jep informacion mbi teknikat imagjinate në qasjet kryesore terapeutike sic janë qasja psikoanalitike dhe psikodinamike dhe qasja konjitiv-komportamentale. Dhe në fund jepen disa teknika të shoqëruara me ushtrimet përkatëse që ndihmojnë në përmirësimin e aftësive imagjinate, kusht i domosdoshëm për një ndërhyrje me imazhet dhe për një efikasitet të tyre.

Kapitulli i dytë trajton fenomenin e depresionit perinatal i cili përfshin depresionin prenatal ose gjatë shtatzënisë dhe depresionin post partum ose pas lindjes. Jepen të dhëna mbi incidencën e tyre në botë, trajtohen shkaqet dhe faktorët e rrezikut që kontribuojnë në zhvillimin dhe mbajtjen në kohë të simptomave të depresionit perinatal.

Kapitulli i tretë përshkruan metodologjinë e studimit. Fillimisht prezantohet qëllimi dhe objektivat e këtij studimi. Vijon shtrimi i pyetjeve kërkimore dhe hipotezave të parashtruara

për realizimin e qëllimit të studimit. Fokusi më pas spostohet tek metodologjia, procedurat e mbledhjes së të dhënave, kampionimi dhe instrumentat e përdorur. Gjithashtu jepet informacion rreth aspekteve etike si edhe kufizimeve të studimit.

Kapitulli i katërt analizon rezultatet e këtij studimi duke u fokusuar në të dhënat e nxjerra nga pyetësi vetë-raportues me pikëzim dhe nga intervista gjysëm e strukturuar mbi faktorët e rrezikut perinatal, analizon edhe ndërhyrjen me teknika imagjinative kundrejt ndërhyrjes pa teknika imagjinative të realizuar respektivisht në grupin eksperimental dhe në grupin e kontrollit.

Kapitulli i **pestë** fokusohet në diskutimin e rezultateve. Lexuesi njihet me diskutimet rreth çështjeve të trajtuara gjatë studimit dhe lidhjen e tyre me teoritë ekzistuese.

Kapitulli i gjashtë jep konkluzionet përmblledhëse të studimit dhe disa rekomandime për studime të mëtejshme.

Vijojnë **referencat, shtojcat** dhe **shënimet**, këto të fundit japin një panoramë të metodave imagjinative më të përdorura në terapitë psikoanalitike, psikodinamike dhe konjitive-komportamentale.

Kapitulli I: Imagjinata dhe teknikat imagjorative në terapi

"Imagjinata qeveris botën"

(Napoleon Bonaparte)

1.1 Çfarë është imagjinata?

Fjala imazh dhe të gjitha fjalët të lidhura me të janë përdorur për të treguar koncepte të ndryshme. Interesi njerëzor për imazhet është shumë i hershëm. Në greqisht termi Eikasia dhe Fantazi, respektivisht imagjinatë dhe imazh i referohen së bashku aftësisë për të imagjinuar, pa bërë dallime midis aktivitetit imagjativ nga fantasia. Koncepti i imagjinatës dhe ai i fantazisë i referohen aftësisë për të ruajtur mendërisht produktin e perceptimeve. Me kohën kuptimi i këtyre termave u diferencua. Imagjinatës iu caktua roli i riprodhimit mendor të objekteve reale në brendësi të asocimeve të reja, apo i krijimit të imazheve. Fantazisë iu caktua roli i përpunimit estetik të përfaqësimeve, ose imazhet mendore (IM). Në terma kantiane imagjinata është e pastër dhe produktive kur përpunon estetikisht, ndërkohë që është riprodhuese kur presupozon eksperiencën e përpunuar në mënyrë empirike. Imagjinata ose fantasia prodhon jo vetëm imazhe vizuale mendore, por edhe të prekshme, akustike, olfative dhe motore. Imazhet mendore visive janë më të zakonshmet dhe më të studiuarat.

Imagjinata është një veprim, është aftësia për të formuar IM, për t'i transformuar ato, për t'i zhvilluar ato, madje edhe për t'i deformuar ato. Në gjuhën psikologjike, imagjinata tregon

një formë të mendimit që nuk ndjek rregulla fikse ose lidhje logjike, por paraqitet si riprodhim dhe përpunim i përmbajtjes së të dhënave sensoriale të tashme ose të kaluara, të lidhura me një gjendje afektive të përcaktuar. Mund të imagjinohet realiteti që shihet dhe njihet dhe ai që vjen nga fantasia. Imagjinata lejon kombinimin e kujtimeve, perceptimeve, aspiratave dhe konteksteve reale duke krijuar diçka të re në mendje, të transformuar dhe ripunuar falë imagjinatës.

Imazhi dhe imagjinata kanë qenë subjekt i një debati të gjatë dhe interesant midis filozofëve dhe antropologëve.

Aristoteli në veprat e tij ("De Memoria et Reminiscentia" & "De Anima") përkufizon imazhin mendor si një kujtim i lidhur me ndjesitë dhe mendimin. Sipas mendimit të tij, të dhënat e ndjeshme në imazh janë intime të procesit të të menduarit. Nuk mund të mendosh pa imazhe. Imazhi për të ishte ndjesi, kujtesë, mendim dhe simbol. Ai i kushtoi rëndësi të madhe marrëdhënies midis mendjes dhe trupit, të dy të implikuar në imagjinatë. Ai theksoi se si nga periferia e trupit, gjithçka që merret nga shqisat arrin në qendër të trurit, dhe aty ngulitet.

Edhe Platoni ka qenë i interesuar për temën e imagjinatës (në Republika, Teeteto, Timeo & Filebo). Në Timoeo, ai thekson lidhjen mes trupit dhe mendjes dhe vë theksin tek mëlçia, e cila do të përfaqësonte organin përmes së cilit "shpirti apetitiv" transformon mendimet në imazhe. Në këtë organ reflektohen mendimet. Në qoftë se këto mendime janë shqetësuese, mëlçia merr figura që kthehen në imazhe dhe e bëjnë atë biliare, por nëse mendimet janë qetësuese, imazhet janë të qeta dhe e bëjnë atë rozë dhe të relaksuar.

Descartes e shikonte imazhin si diçka që i përkiste trupit, si produkt i veprimit të objekteve të jashtme në trup të ndërmjetësuar nga shqisat dhe nervat. Materia dhe vetëdija përjashtonin njëra tjetrën në mënyrë reciproke dhe imazhi nuk mund të animohej nga ndërgjegja. Imazhi ishte një objekt si objektet e tjera, dmth ishte në kufirin e së jashtmes.

Shumë kohë më vonë Sartri argumentoi se imazhi i një objekti real nuk mund të jetë vetë objekti, sepse imazhi ka një ekzistencë të vetën. Ai thekson rëndësinë e marrëdhënieve midis IM dhe imazhit material që mund të përbëhet nga një fotografi ose ndonjë objekt tjetër. Është kritik ndaj psikologjisë që bën gabimin të njohë një shenjë në imazh dhe një imazh në shenjë. Ai është i prirur drejt një psikologjie fenomenologjike të imazhit që e përcakton veprim dhe jo objekt. Për Sartren, imazhi është vetëdija e diçkaje.

Për antropologun dhe historianin Gilbert Durand, në vitet 60, disa dekada mbas Sartrit, imazhi është një simbol dhe duhet kapur kuptimi i tij figurativ. Imagjinata gjeneron imazhe sepse është një fuqi dinamike (Durand.G, 1999, "L'immaginazione simbolica").

Historiani i feve, Mircea Eliade (1952), sheh në imazh fuqinë për të kontribuar në shëndetin psikik, si garantues i pasurisë së brendshme. Sipas historianit shumë imazhe janë simbole "iëro-kozmike" që janë të shenjta si pema, shkalla, labirinti, etj.

Në të gjitha disiplinat, si mjekësia, fizika, matematika, fiziologjia, psikologjia e artit, aktiviteti imagjinariv ka luajtur dhe luan një rol shumë të rëndësishëm. Filozofët kanë diskutuar temën e imagjinatës gjatë shekujve dhe kanë identifikuar tre rryma kryesore: Imagjinarivja, fantasia dhe IM. Psikologjia ka studiuar mitet, besimet e individit dhe besimet kolektive (fantasia), kreativitetin, ëndrrat, komunikimin simbolik dhe imazhet

patologjike (imagjinativja), aftësinë e mendjes për të prodhuar dhe përpunuar imazhet dhe karakteristikat e këtyre imazheve (imazhi mendor).

Në njëzet vitet e para të shekullit të njëzetë, me lindjen e psikologjisë si një "shkencë-njohuri" interesi për imagjinatën si metodë terapeutike u rrit. Në 1883 Galton flet për IM dhe studion se si disa individë kryejnë llogaritjet e tyre mendore duke vizualizuar numrat, duke iu dhënë atyre formë dhe ngjyrë në vend të trajtimit të tyre vetëm si subjekte simbolike. William James (1890), në "Parimet e psikologjisë" është interesuar për imagjinatën dhe e lidh atë me vëmendjen dhe ndërgjegjen. Midis 1931 - 1954 Desoille përhap përdorimin e teknikës së ëndrrës me sy hapur. Gjithashtu paraqet një formë të terapisë të orientuar në metodën e induksionit të imazhit. Frojdi e ka njohur rëndësinë e imagjinatës dhe shikonte në aktivitetin imagjativ onirik instrumentin kryesor të studimit të psikoanalizës por nuk thellohet mbi rolin e imagjinatës në teknikën psikoanalitike. Jung ka zhvilluar teknikën e imagjinatës aktive. Në vitin 1935 e përdori këtë term për të përshkruar një proces të ëndrrave me sy hapur. Metoda parashikon që në fillim të përqëndrohesh në një pikë të veçantë, imazh apo ngjarje, dhe pastaj të krijosh fantazi të cilat gradualisht marrin një karakter dramatik. Imazhet marrin jetë. Imagjinata aktive bie në kontrast me fantazinë që është rezultat i krijimtarisë së vetë personit dhe mbetet në sipërfaqen e eksperiencës personale dhe të përditshme. Në imagjinatën aktive krijohet një situatë në të cilën përmbajtja e pavetëdijshme shfaqet në një gjendje vigjilente. Jung e konsideron këtë teknikë veçanërisht të dobishme në fazat e fundit të analizës, kur objektivizimi i imazheve mund të zëvendësojë ëndrrat. Por, ndërsa ëndrrat jetojnë në mënyrë pasive, procesi imagjativ kërkon pjesëmarrjen aktive dhe kreative të Egos. Për

Jung imazhi është një shprehje e përqëndruar e gjendjes së përgjithshme psikike dhe jo vetëm i përmbajtjeve të pavetëdijshme, por vetëm të atyre që janë kultivuar në atë kohë.

Në një moment të caktuar krijohen dy fronte: ai i psikologëve eksperimentalë që e konsiderojnë përmbajtjen e ndërgjegjes si një e dhënë themelore e psikologjisë, mbi të cilën punohet për të ndërtuar një teori të mendjes dhe fronti tjetër ai i pasuesve të Watson dhe Skinner, të cilët e konsideronin të padobishëm studimin e jetës së brendshme dhe kufizohenin në ligjet e sjelljes. Këto polemika kanë penguar lindjen e një psikologjie të vërtetë imagjinative, por nuk e kanë penguar atë të bëhet një mjet terapie dhe një objekt studimi.

Për Plutchik (1984) dhe Suler (1985) themeli teorik i përdorimit të imagjinatës në modifikimin e mospërshtatjes adaptive është marrëdhënia dyanëshe midis imazhit dhe emocionit. Emocioni mund të përkthehet në imazh dhe imazhi mund të përdoret për të rregulluar dhe kontrolluar emotivitetin. Nucho (1995) foli për imagjinatën krijuese spontane dhe theksoi se aktivizimi i kanalit imagjinativ mund të favorizojë trajtimin terapeutik dhe të çojë drejt një kreativiteti që është burim mirëqënie.

Në dritën e fakteve nuk mund të injorojmë që imazhet mbajnë me vete një ndjenjë emocionale afektive, lehtësojnë ndryshimet në nivelin fiziologjik, mund të ndihmojnë në orientimin e subjektit drejt së ardhmes dhe prandaj mund të luajnë një rol themelor në trajtimin terapeutik.

1.2. Karakteristikat e imagjinatës

Historia e psikologjisë dhe në veçanti ajo shkencore-eksperimentale tregojnë se imagjinata është një nga temat më të diskutueshme dhe të debatuar. Disa argumentojnë se imazhet veprojnë në jetën mendore me qëllim ndërtimin e objekteve të vërteta të mendjes. Imazhet hapësinore karakterizohen nga të njëjtat karakteristika që ato përfaqësojnë në mendje. I japin jetë një lloj fotografie të realitetit, të përkthyer përmes kodeve neurobiologjike. Për disa të tjerë mendja vepron si një kompjuter që analizon informacionin në bazë të shënimeve, rregullave dhe procedurave formale, tipike të logjikës, duke përdorur përfaqësime simbolike-deklaruese. Një tjetër qëndrim pohon se imagjinata i përket një sistemi simbolik privat, individual, që përdoret si një mjet i dobishëm për qëllime të ndryshme, si orientimi në hapësirë, zgjidhja e problemeve apo ri-përjetimi i kujtimeve.

Ndër karakteristikat veçojmë :

- IM të cilat i referohen aftësisë për të parë me "syrin" e mendjes dhe për të dëgjuar me "veshin" e mendjes.
- Përfaqësimi simbolik i cili i referohet përdorimit të koncepteve dhe imazheve për të përfaqësuar entitete të botës reale, ose përdorimi i gjërave reale për të ndjellë të tjera (p.sh stilolapsin në vend të mikrofonit).
- Counterfactual thinking e cila është aftësia për të imagjinuar diçka që jo domosdoshmërisht është e natyrshme (qënësishme) për një rrethanë dhe realitet. Tregon dhe aftësinë për të imagjinuar rrjedhën e ngjarjeve, të një veprimi, të fantazive dhe

dëshirave, dhe aftësinë për të lexuar mendjen e tjetrit, që do të thotë të kuptojë synimet, besimet dhe dëshirat e tij (Gregory, 1999).

Me futjen e koncepteve të procesit primar dhe sekondar u theksuan më mirë kuptimet e dy regjistrave simbolike përmes të cilave shprehet mendimi. Imazhet janë karakteristikë e procesit primar, i cili përfaqëson mënyrën më primitive dhe primare të mendimit. Fjalët janë karakteristikë e procesit sekondar që përfaqëson një mënyrë më të matur, racionale dhe të orientuar drejt realitetit. Në fund të fundit imazhet janë produkt i pjesës më irracionale të mendjes.

U vu re një humbje e interesit dhe një mungesë e prodhimit shkencor, shkaktuar nga hegjemonia e komportamentizmit, e cila kishte për qëllim që ky objekt studimi të dëbohej nga kërkimi shkencor duke qenë IM një përfaqësim i brendshëm i padallueshëm në mënyrë direkte përmes vëzhgimit. Pra imazhi mendor rikonsiderohet i denjë për studim diku nga fillimi i viteve 60. Viti 1964, data e paraqitjes së artikullit të Holt (1964), me titull "Imazhet mendore: rikthimi i të dëbuarës", citohet si një pikënisje e vëmendjes së ringjallur për IM.

Me shfaqjen dhe suksesin e konjitivizmit, debati mbi imazhet vazhdon. Pavio, Kosslyn, Shepard mbështetën teorinë analogjike të IM që fliste për një komplementaritet ndërmjet procesit vizual dhe procesit imagjinativ. Ky komplementaritet u mendua si në aspektin e prodhimit të fenomeneve (pasi u tregua se gjatë një akti perceptual ose imagjinativ aktivizohenin zona cerebrale analoge) ashtu dhe në aspektin funksional duke qenë se perceptimi dhe imazhi kishin veti të ngjashme funksionale.

Pavio me kolegë kanë nxjerrë në pah disa karakteristika interesante të IM. Paivio në vitin 1971 propozoi teorinë e kodit të dyfishtë:

a) Dija ose njohuritë ruhen në dy sistemet simbol, të pavarur por të lidhur midis tyre: sistemi verbal dhe sistemi imagjativ.

b) Të dy sistemet kodifikojnë, organizojnë, ruajnë dhe rekuperojnë lloje të ndryshme të informacionit.

c) Sistemi imagjativ është i specializuar në një lloj përfaqësimi konkret dhe ndijor të njohurive. Sistemi verbal-propozicional është i specializuar në një përfaqësim më abstrakt dhe konceptual të njohurive.

d) Në sistemin imagjativ, njohuritë ruhen nga njësitë hapësinore, të cilat i nënshtrohen përpunimit paralel. Në sistemin verbal, njohuritë ruhen në njësi gjuhësore.

e) Sistemet ndahen në nënsisteme të tipit senso-motorik (viziv, uditiv, prekës). Nën-sistemet e nuhatjes dhe të shijes janë të pranishme vetëm në kodimin imagjativ.

Kosslyn e spostoi vëmendjen funksionale të IM, të cilat nuk janë gjithnjë të pranishme në eksperiencën e ndërgjegjshme, por shfaqen kur kemi nevojë: P.sh. nëse dikush kërkon të përshkruajë shtëpinë, ndoshta secili prej nesh formon një IM rreth shtëpisë dhe proçedon "sikur" po lëviz brenda saj. Aspekti "sikur" ishte interesant për autorin sepse ai mund të refuzonte teorinë që shpjegonin IM si metaforë e fotografisë dhe zhvendoste fokusin në funksionalitetin e tyre.

Shepard tregoi se karakteristikat funksionale, të tilla si transformimi i IM, u zhvilluan në përputhje me rregullat fizike të transformimit të botës reale. Ndërtimi i një IM do të përmbushte një funksion adaptiv të rëndësishëm.

Ndërsa Pylyshin (1973) kritikon përkufizimin e bazuar në konceptin e metaforës fotografike, pasi konsideron se imazhi është një epifenomen, rezultat i aktiviteteve dhe proceseve. Imagjinata është një pikë arritjeje në aktivitetin konjitiv dhe jo pikë nisja , dhe prandaj i mungon vlera funksionale. Pylyshin vëren se në shumë eksperimente, rezultatet mund të jenë kushtëzuar nga kërkesat dhe pritshmëritë e studiuesve dhe pjesëmarrësve të cilët priren të sillen sikur po përdorin IM por në realitet ato udhëhiqen nga njohuritë që kanë për vetitë e objekteve reale.

1.3. Tipologjia e IM

Përkufizimi i konceptit të IM nuk ka një konsensus unanim. Për disa nuk dallon nga perceptimi. Për Holt është një term i përgjithshëm për të gjitha përfaqësimet subjektive të vetëdijshme, të një natyre pothuajse sentimentale, por jo perceptuese (Holt, 1964, p.255). Sipas shkencave psikologjike është një produkt i mendjes. Kur ka karakteristika mbizotëruese të krijimtarisë dhe origjinalitetit i referohemi një fenomenit të quajtur fantazi ose imagjinatë. Kur ka një ngjarje mendore që përfshin ripërtëritjen dhe riprodhimin e fakteve dhe objekteve që në shumë aspekte janë të ngjashme me perceptimin e të njëjtave fakte dhe objekte, si në prani ashtu edhe në mungesë të stimulimit ndijor, atëherë përdorim termin IM që do të thotë një fenomen i përcaktuar në lidhje me karakteristikat ndijore që ngjall, i përshkrueshëm nga pikëpamja e strukturës dhe përmbajtjes. Në kontekste të

ndryshme të psikologjisë dhe psikiatrisë flitet për IM për të përcaktuar disa fenomene të veçanta psikike.

Sipas Richardson (1969) kemi tre lloje imazhesh të rëndësishme për terapinë.

1) imazhe eidetike:

Janë imazhe përgjithësisht vizuale, të cilat kanë qartësi dhe gjallëri të veçantë, të pasura me detaje të ngjashme me perceptimet, edhe pse subjekti i njeh ato si jo-korresponduese me objektet reale. Janë imazhe të vazhdueshme, spontane apo të vullnetshme, të adoptuara nga psikoterapeutë për metodologjitë e ndryshme psikoterapeutike.

Disa karakteristika të imazheve eidetike:

- a) Një imazh eidetik nuk është i ngjashëm me një imazh të gjallë;
- b) imazhi mund të eksplorohehet dhe pjesët e tij mund të përshkruhen,
- c) përshkrimet e imazhit eidetik janë më të shpejta dhe më të besueshme se raportet e bazuara në kujtesë,
- d) ato janë shumë më të shpeshta tek fëmijët sesa tek të rriturit,

2) imazhet e mendimit: Janë përfaqësime subjektive të një ndjesie ose të një perceptimi në mungesë të një inputi sensorial. Ato janë pjesë e një akti të mendimit (Holt, 1964). Kjo klasë e imazheve përfshin:

- imazhe të kujtesës : Janë imazhet e zakonshme që shoqërojnë jetën e përditshme, ato mund të shoqërojnë kujtimet e ngjarjeve të kaluara, proceset e mendimit që përgatisin dhe

parashikojnë veprimet e tashme dhe ato të ardhshme. Mund të përfaqësojnë një kujtim të ngjarjeve të këndshme ose të pakëndshme. Ripërjetimi i tyre jep akses të menjëhershëm tek të dhënat ndijore dhe perceptive të cilat i japin kuptimin fillestar ngjarjeve. Me ndihmën e nevojshme ngjarja mund të riformulohet dhe ri-interpretohet.

- imazhe verbale

- imazhet e prodhuara nga fantazia (imazhet e imagjinatës): përmbajtja e këtyre imazheve mund të shkëputet nga përvoja e kujtesës së subjektit, duke marrë konotacione emocionale më të forta dhe origjinale, derisa të shfaqen fizikisht. Ato ndodhin spontanisht ose nëpërmjet imazheve të udhëzuara dhe ndikohen nga gjendje të ndryshme të ndërgjegjes. Gjithashtu përfshihen edhe imazhe figurative që subjekti mund të formojë dhe të kontrollojë. Këto imazhe përbëjnë burimin e fshehur të zgjidhjes së problemeve.

Pope dhe Singer pohojnë se të rriturit paraqesin një rrjedhë të vazhdueshme të ngjarjeve imagjinative që mund të shfaqen në nivelin e vigjilencës ose të mbeten nën-ndërgjegje dhe të vëzhgohen vetëm nga vëzhguesit e nën-ndërgjegjshëm të quajtur nga Hillgard "vëzhgues të fshehur" sepse nuk japin shenja të të qenit të pranishëm, por mund të japin shenja në gjendje të modifikuara të vetëdijes. Të gjitha teknikat imagjinative mund ta stimulojnë subjektin që të drejtojë vëmendjen aty ku mbikëqyrin vëzhguesit e fshehur dhe më pas të sjellin në një nivel informativ / perceptues një kanal imagjinativ specifik . Ri-ndërtimi imagjinar dhe atribuimi i ndërgjegjshëm i një kuptimi është baza psikoterapeutike e shumë terapive aktuale konjitiviste-komportamentale.

1.4. Imagjinata, sëmundjet dhe proceset kuruese

Formimi i imazheve paraprin formimin e fjalëve. Jeta e përditshme është e mbushur me imazhe vizive falë të cilave orientohejmë në hapësirë dhe në kohë, përcaktohen sjelljet dhe vendosen qëndrimet. Në imazhe mishërohet historia dhe zhvillimi i njeriut. Përvojat imagjinative janë më intensive se realiteti. Çdo aspekt i përvojës njerëzore konfirmon se imazhi është themeli i jetës psikike. Për Jungun imazhi është psikikë dhe çdo ngjarje psikike është një imazh dhe një imagjinatë (1979). Imazhet i japin formë botës që ne e quajmë të vërtetë. Disa eksperiencat imagjinative marrin ngjyrat e realitetit, flitet për imazhe pothuajse reale. Supozime të tilla janë baza e disa orientimeve psikologjike dhe të shkollave që përdorin terapinë imagjinative.

Imagjinata është momenti i parë i veprimit dhe imazhet janë të vërteta sepse veprojnë, ata janë një realitet aktual pasi prodhojnë efekte konkrete. Dimensioni pothuajse real, që është një dimension imagjinativ, arrin të ndryshojë individin ose më mirë individi përmes imagjinatës ndryshon veten. Është aftësia për të imagjinuar e cila lejon individin të eksperimentojë veten në një dimension thuajse real.

Hulumtimet kanë identifikuar dhe sintetizuar në tri pika themelore karakteristikat e imazheve që garantojnë një përdorim efektiv të tyre: imazhet duhet të jenë të gjalla, multi-sensoriale dhe të modifikueshme. Një imazh i mprehtë dhe i gjallë i jep konkretësi imagjinatës dhe dëshmon afinitetin e saj me realen. Imagjinata nuk është vetëm vizive, por evokon aroma, tinguj, shije, lëvizje, prandaj një përfshirje shumë-sensoriale tregon se subjekti jeton plotësisht dimensionin pothuajse imagjinativ. Një IM mund të modifikohet

kur subjekti mund ta modifikojë atë qëllimisht, domethënë të ushtrojë një ndërhyrje aktive në imazhet. Këto tre aspekte të imagjinatës janë pika referimi për çdo ndërhyrje.

Fantazia është shpesh sinonim i iluzionit dhe evazionit, por shumë orientime të psikoterapisë dëshmojnë se ajo çon nga evazoni në realitet. Kjo është rruga që ndjek shumica e terapeutëve imagjinalive, domethënë, të kthehen nga fantazia në realitet. Karakteri i fortë i realitetit që imazhet mund të marrin, ka si efekt të menjëhershëm tronditjen e nivelit të ndërgjegjes, meqë bota imagjinalive alteron ndërgjegjen. Fantazia plasmon identitetin, dhe pikërisht për shkak të kësaj aftësie të imazheve në formimin e identitetit, disa shkolla e vendosin funksionin imagjinaliv në qendër të procesit evolutiv. Imazhet na përcaktojnë sipas Hillman-it, secili është bartës i imazheve kyçe që përcaktojnë procesin e individualizimit.

Duke pranuar se në botën imagjinalive qëndron thelbi i psikikës dhe se çdo ngjarje psikike është një imagjinatë, kuptohet në mënyrë implicite se edhe në bazën e vuajtjes psikike ka gjithmonë një imazh. Kështu që imazhet bëhen përfaqësuese të vuajtjes psikike, sepse ato janë të animuara nga fuqia dinamike dhe ekspresive e simbolit. Imazhet posedojnë fuqinë e përfaqësimit dhe transformimit që është tipike e simbolit.

1.4.1 Imagjinata në proceset e kurimit

Konceptualizime historike në lidhje me shëndetin dhe kurimin kanë njohur rëndësinë e aftësisë njerëzore për të imagjinuar. Për Aristotelin imagjinata ishte një potencial i shpirtit dhe e konsideronte atë si shkak në nxitjen e aktivitetit fiziologjik. Kjo teori ishte e përhapur në sistemin para-modern dhe ka kontribuar në dhënien e një kuptimi të sofistikuar të

fisiopatologjisë në rilindjen europiane. Qasjet mjekësore antike dhe rinashimentale ishin holistike. Funksionet biologjike dhe psikologjike drejtohenin nga shpirti i cili formonte substratin e ngjarjeve psiko-fiziologjike. Imagjinata, ashtu si ndjesitë, tretja dhe arsyeja ishte një aftësi e shpirtit. Për Aristotelin, sistemi emotiv nuk funksiononte në mungesë të imazheve. Imazhi në shpirt u konsiderua si forca e parë motivuese e veprimeve njerëzore.

1.4.1.1 Imagjinata dhe patogjeneza

Në mendimin post Aristotelian gjejmë përkufizimin e imazheve si emocione, sepse ishin lëvizje të shpirtit. Imazhet e bezdisshme përfaqësonin dhe përbënin devijime nga ekuilibri harmonik. Filozofët stoikë dhanë shembuj interesant të efektit të imagjinatës. Për to çdo emocion ishte një shkelje morale dhe një gjendje patologjike e trupit dhe e shpirtit, dhe gjendja ideale e natyrës njerëzore ishte një gjendje harmonike e balancuar dhe paqësore. Ata e lidhnin shëndetin me një rrjedhë të qetë të jetës. Kushdo që arrinte një përsosmëri të tillë, ishte i lirë nga çdo formë emocioni (Gould, 1970).

Në Mesjetë aftësia për të imagjinuar u vendos në ventrikulin cerebral, ku imazhet banonin në formën e tyre psikofizike, si shpirtra jetësorë, të cilët udhëtonin midis trurit dhe zemrës, kjo e fundit konsiderohej si vendi i emocioneve (Lucretius, 1965, fq.84) . Në shumë traktate stoike mbi emocionet, formula karakteristike e shëndetit ishte "*të fshihet imagjinata, të kontrollohet dëshira , të shuhet oreksi* "

Mjekët rinashimentalë i dhanë imagjinatës një rol mbizotërues në patologji. Kur imagjinata përpunonte një objekt të këndshëm ose të pakëndshëm, shpirti psikik vinte në zbatim aktivizimin nga truri në zemër, përmes nervave dhe nxiste arousalin (eksitim). Patologjia

humorale hynte në lojë në këtë pikë, sepse emocionet tentonin të stabilizonin ambientin e brendshëm që favorizonte vazhdimësinë e tyre. Ajo që sot interpretojmë si shprehje e emocioneve, si p. sh. lotët, psherëtimat, ndryshimet respiratore, u konsideruan në atë kohë si proçese funksionale dhe vepronin si mekanizma homeostatikë për të rivendosur ekuilibrin. Në këtë kontekst, zemra u quajt "orakulli shtëpiak". Urdhrat e saj duhej të ndiqeshin sepse paralajmëronin veprimin e favorshëm për mirëqënien (Huarte, 1575, f.83). Imagjinata përgatiste organizmin për një veprim specifik. Për shembull, nëse imagjinohej një fyerje, burrat trima ndjenin forcën e aktivizimit në muskujt që përdorehin për të goditur, ndërkohë që individët frikacakë e ndjenin këtë forcë në muskujt që flisnin. Natyra e imazhit përcaktonte cilësinë dhe sasinë e çrregullimit. (McMahon, 1976a).

1.4.1.2. Imagjinata dhe psikopatologjia pre-moderne

Në periudhën e holizmit të gjitha sëmundjet konsiderohenin psikosomatike. Imazhet shqetësonin mjedisin e brendshëm dhe ky i fundit përforconte imazhin shqetësues. Një çrregullim i gjerë i imagjinatës kishte një efekt proporcional mbi ndjesinë dhe perceptimin. Ngjarjet e jashtme perceptohenin në mënyra të veçanta, në varësi të llojit dhe shkallës së dis-balancimit humoral.

Tradita mjekësore që konsideronte imazhet si patogjene përfundoi në fund të shekullit të 17. Dualizmi kartezian u bë preminent në përcaktimin e bazës filozofike të teorisë mjekësore dhe psikologjike. Si rezultat, u ripërcaktua edhe natyra e shpirtit biologjik. Kartesio (1596-1650) përkufizoi mendjen si një entitet në vetvete, një substancë jo-materiale që nuk ishte në gjendje të ndikonte në materien.

Sipas tij thelbi i mendjes "*përbëhet tërësisht nga mendimi dhe për ekzistencën e tij nuk ka nevojë për ndonjë vend dhe nuk varet nga gjërat materiale ... shpirti është i dallueshëm nga trupi dhe nuk pushon edhe nëse trupi pushon së ekzistuari*". (Descartes, 1637).

Ai shpreh sigurinë e padiskutueshme që njeriu ka për veten e tij si subjekt i të menduarit me shprehjen '*Mendoj prandaj jam*'. Risia qëndronte në faktin se ai e përdori fjalën shpirt si sinonim të mendjes. Ai nxorri jetën jashtë shpirtit jetësor, mendjen dhe inteligjencën jashtë trupit dhe holizmin jashtë mjekësisë. Trupi si një objekt iu caktua fiziologëve dhe anatomistëve. Mendja iu caktua filozofëve dhe psikologëve. Ndërgjegjia, si një epifenomen i trupit, u zhvendos në fushën e filozofisë. Kuptimi i termit imagjinatë ndryshoi në përputhje me rrethanat. Në epokën para-dualizmit, diagnoza njihete sëmundjen në imagjinatë, e ndjekur nga veprime terapeutike specifike. Në epokën post-Kartesiane, shprehja "*është e gjitha fryt i imagjinatës suaj*" nënkuptonte që një pacient ishte i patrajtueshëm, ose akuzohej për simulim të sëmundjes. Sipas këtij koncepti gjithçka që shkatohej nga një variabël psikologjik, nuk mund të ishte asgjë tjetër veçse psikologjike. Një e keqe imagjinare nuk ishte një çrregullim i vërtetë.

1.4.1.3. Imagjinata dhe patogjeneza në shekujt 18, 19 & 20

Mendimtarët e shekullit të 18 kanë kritikuar implikimet e dualizmit në mjekësi dhe fiziologji. Zeitgeist (fryma e kohës) ishte një shpirt revolucionar, kritik. Fryma intelektuale e kohës gjendet në fjalët arsye dhe natyrë. Për La Mettri (1709-1751), dualizmi ishte problemi qëndror në filozofi dhe mjekësi dhe ai pohonte se fiziopatologjia e ndihmoi të

shihte dështimin e dualizmit. Imagjinata ishte e vendosur në tru. Ajo kërkonte vëmendjen e mjekut pasi konsiderohej si një manifestim i funksionimit të shpirtit.

Pierre Jean George Cabanis (1757-1808) ndau interesin e Mettrie për psikofiziologjinë dhe në veçanti imagjinatën. Sipas autorit, ngjarjet mendore shkaktonin çrregullime fiziologjike dhe këto të fundit shkaktonin imazhe ankthioze.

"Idetë e trishtuara ose të lumtura, ndjenjat dashamirëse apo të dëmshme ndodhin për shkak të mënyrës se si disa funksione të organeve të brendshme abdominale kryenin funksionet e tyre" (Gardiner, 1937, f. 278).

Ai gjithashtu jep një shembull për këtë: Vakti i një personi të shëndetshëm pason me një tretje aktive, por kur ky person merr lajme të këqija ose lejon që shpirti i tij të pushtohet me emocione të trishtuara dhe të mërzitshme, në të njëjtën kohë stomaku dhe zorrët pushojnë së vepruari në produktet ushqimore që përmbajnë (Gardiner, 1937).

Sëmundja organike është shpjeguar nga teoria qelizore e Virchow dhe teoria e mikrobeve e Paster. Megjithatë, asnjë nga dy interpretimet nuk mori parasysh përvojën ideore ose emocionale të të sëmurit. Sëmundjet që nuk paraqisnin ndonjë dis-ekuilibër organik klasifikoheshin si sëmundje nervore. Çrregullimet nervore nuk ishin sëmundje organike, por vetëm sëmundje funksionale. Këto përfshinin të gjitha kushtet që lidhenin me emocionet e mendjes. Por meqenëse emocionet nuk cilësohenin si një shkak natyror i sëmundjes, çrregullimet nervore shpesh interpretoheshin si shembuj të simulimit. Sëmundjet që lidhen me imagjinatën dhe çrregullimet psikosomatike në përgjithësi nuk mbështeteshin nga shpjegimet teorike. Ata që u përpoqën të shpjegonin këto fenomene u mposhtën nga dualizmi. Langley (1852-1925) bëri një përpjekje të tillë. Ai i atribuoi një rol mentalist imagjinatës. Nëse është e vërtetë që ekziston një lidhje mes imagjinatës dhe

patologjisë, imazhet duhet të bazohen teorikisht në fiziologji. Alexander Bain në " The senses and the intellect" përdori fiziologjinë e kohës së tij për të sfiduar pikëpamjen se truri është një lloj kontenieri i përshtypjeve të shqisave (Bain, 1872). Ai propozoi qarqe të përfunduara ku imazhet zinin të njëjtat pjesë dhe në të njëjtën mënyrë si aktivizimi ndijor origjinal. Në 1932 Edmund Jacobson konfirmoi pikëpamjen e Bain-it. Ai aplikoi matje elektrike për të përcaktuar se çfarë ndodh në sistemin neuromuskular gjatë formave të ndryshme të aktivitetit (Jacobson, 1932). Hulumtimet e Jacobson u zhvilluan në një klimë armiqësore ndaj imazheve. Puna e tij mbijetoi, sepse rezultatet e tij nuk ishin në përputhje me bihejviorismin.

Në dekadat e mëvonshme psikologët kanë vazhduar të preferojnë variablat e sjelljes kundrejt konstrukteve mendore. Sot ekzistojnë lidhje të mjaftueshme midis imagjinatës dhe fiziopatologjisë.

1.5. Përdorimi i teknikave të hershme imaginative

Tradita e interpretimeve të imazheve onirike daton në periudhën e lashtë. Mjeku Galen konsideronte dhe përdorte imazhet onirike për të ndihmuar në formulimin e një diagnoze. Ai besonte se përmbajtja e ëndrrës reflektonte natyrën dhe ashpërsinë e ekuilibrit humoral. Teoria pre-moderne çoi në përdorimin e imazheve në fushën e diagnozës, terapisë dhe parandalimit. Për psikofiziologjinë pre-moderne imagjinata nxiste ndryshime patologjike, kështu që rikthimi i shëndetit përfshinte heqjen e imazheve. Heqja e një imazhi patogjen ishte e nevojshme për të kuruar një çrregullim ekzistues dhe për ta parandaluar atë. Qëllimi përfundimtar i terapisë ishte rivendosja e ekuilibrit duke korigjuar dis-ekuilibrat e

brendshëm. Ndalimi ose shtypja e emocioneve vlerësohej si mjaft e rrezikshme, sepse imagjinata patogjene, e lënë vetëm, mund të përkeqësonte gjendjen ekzistuese. Shprehja e emocioneve shihej si e shëndetshme. P. sh. lotët nxjerrin jashtë lagështinë e tepërt përmes syve. Mjeku kishte për detyrë të nxiste pacientët të shprehnin emocionet e tyre. Meqënëse fenomenet psikologjike ishin të lidhura me ekuilibrin humoral të individëve, imazhi u konsiderua si një dritare drejt biologjisë bazë dhe një mjet për parandalimin, diagnozën dhe trajtimin e patologjisë.

Me ardhjen e Bihejviorizmit në psikologji, në fillim të shekullit të 20, konceptet mendore u eliminuan nga hulumtimet dhe nga fusha klinike. Megjithatë, psikologët europianë vazhduan të eksploronin përdorimin terapeutik të imazheve. Janet ishte i pari europian që përdori imazhin në trajtimet psikoterapeutike të pacientëve histerikë (Janet, 1898), dhe psikologu gjerman Carl Happich ishte i pari që bashkoi IM me relaksimin e muskujve (Di Nuovo, 1999). Ai sugjeroi një metodë meditimi, nëpërmjet distensionit muskolor mund të krijohet një zonë “rifreskimi” midis pjesës së ndërgjegjshme dhe të pandërgjegjshme. Frojdi në atë kohë përdori një teknikë në të cilën u kërkonte pacientëve të mbyllnin sytë dhe gjatë kësaj kohe presonte gishtat në kokat e pacientëve dhe i kërkonte atyre të raportnin imazhet e eksperimentuara. Më vonë e braktisi këtë teknikë, sepse IM shihenin si pengesë për asocimet e lira. Sidoqoftë, përdorimi i imazheve u mbajt i gjallë në kontekstin e psikoanalizës nga Jung i cili pa në IM një derë drejt të pandërgjegjshmes. Me zhvillimin e lëvizjes terapeutike komportamentale, filluan të dalin qasje të reja për trajtimin e psikopatologjisë, duke u bazuar në parimet komportamentale të të mësuarit. Pra, IM u bënë një mjet themelor në dhënien e një çelësi të ri terapeutik për teknikat e reja të trajtimit. Si

pasojë, përdorimi i IM si një teknikë terapeutike u intensifikua me kalimin e kohës. Imazhet janë përdorur brenda kuadrit terapeutik që shkonin nga teknikat simbolike karakteristike të qasjes psikiatrike deri tek strategjitë komportamentale për të nxitur modifikime. Terapitë imagjinare hynë në historinë e psikologjisë bashkëkohore me dy terma: *reve eveille libre* nga Arthus dhe *reve eveille dirige* nga Desoille. Nga njëra anë, i njihet egos një funksion qëndror-udhëzues. Në përvojat imagjinate ajo udhëzon ose drejton zhvillimin e imagjinatës, zgjedh në cilat imazhe duhet të përqëndrohet, në cilin drejtim t'i drejtojë, si t'i manipulojë dhe transformojë ato. Ndonjëherë këto veprime kryhen nga egoja e subjektit (desensitizimi sistematik i Wolpe), dhe ndonjëherë nga terapisti i cili mbledh projeksionet e egos, pra, bëhet një ego ndihmës që zgjedh imazhet, i propozon, i drejton dhe i modifikon ato.

Teoria komportamentale, ndonëse fillimisht kundër konstrakteve mentaliste, e përdori imazhin si një përbërës të rëndësishëm të teknikave të saj. Ky trend reflektohet kryesisht në terapinë komportamentale të bazuar në imazhe. P.sh. terapia implozive (Stampfl, Levis, 1967), e cila kishte për qëllim maksimizimin e niveleve të ankthit dhe frikës duke përdorur përfaqësime të përsëritura, falë së cilës, përgjigjja ndaj ankthit me kalimin e kohës ulej në mënyrë spontane, konsistonte në udhëzimin e pacientëve për t'u përballur me frikën e tyre. Terapisti identifikonte një stimul ankthioz, i kërkonte personit ta imagjinonte dhe të qëndronte në këtë gjendje për një kohë të gjatë, pa kërkuar alternativa për të shpëtuar. Teknikat imagjinate të imazhit të ekspozimit ndaj frikës kanë rezultuar efikase në trajtimin e sjelljes fobike, sjelljes obsesive-kompulsive, çrregullimet e ankthit dhe depresionit, çrregullimet e stresit post-traumatik dhe traumat fizike dhe seksuale. Teknika e

ndjeshmërisë së fshehtë është një teknikë imagjinate e projektuar për të reduktuar sjelljen e padëshiruar duke bashkuar këtë të fundit me një imazh të kundërt (Cautela, 1967). Përkrahësit e qasjes konjitive-komportamentale si Meichenbaum (1977, 1978) përdorën teknika imagjinate për të ndihmuar pacientët të modifikojnë sjelljet e tyre, duke identifikuar së pari besimet dhe bindjet e tyre dhe duke i zëvendësuar ato me mendime dhe përgjigje më adaptuese dhe duke praktikuar këto sjellje të reja së pari në situatat imagjinare dhe pastaj në jetën reale. Kontributi i lëvizjes terapeutike komportamentale për të nxjerrë në pah përdorimin e teknikave imagjinate në trajtim është integruar gjithashtu me kontributin e hulumtimit bazë të kryer mbi imazhet. IM janë konceptuar në një shumëllojshmëri të gjerë mënyrash, si një aftësi ose një talent, një kusht, një kompetencë, një mënyrë e të folurit dhe një proces shumëformësh që përfshin elementë nga kategori të ndryshme. Funkzioni imagjinativ mund të modifikohet përmes trajnimit intensiv dhe shumë prej këtyre koncepteve në të vërtetë sugjerojnë efektivitetin e procedurave të tilla.

Terapitë komportamentale që punojnë me imazhet mund të klasifikohen në dy kategori: kategoria e bazuar në teorinë e të mësuarit dhe kategoria e bazuar në teorinë konjitive. Secila prej këtyre qasjeve ofron një shpjegim logjik për vlerësimin dhe përmirësimin e funksionimit imagjinativ të personit.

1.5.1. Terapitë komportamentale të bazuara në teorinë e të mësuarit

Terapia e parë tipike komportamentale, desensitizimi sistematik i Wolpe (1958), bazohet në teorinë e të mësuarit dhe ka përdorur gjerësisht imazhet. Wolpe i përcaktonte imazhet si "ngjarje të veçanta nervore", të cilat evokohen nga paraqitja e stimujve të veçantë. Kur këto

ngjarje ndodhin në mungesë të stimujve specifike, ato bëhen përfaqësime funksionale të tyre dhe mund të zënë vendin e tyre në procesin terapeutik. Ky pozicion u bë i njohur si teoria e zëvendësimit të stimulit. Ashtu si paraqitja e qartë e stimujve lehtëson format klasike të të mësuarit, qartësia e përfaqësimit nervor konsiderohet e rëndësishme në desensitizimin sistematik. Nga kjo vijon se përparësia mund të vijë nga vlerësimi i cilësisë së imazhit të pacientit dhe të përpiqet t'i përmirësojë ato nëse janë të pakënaqshme. Një element thelbësor i teorisë së zëvendësimit të stimulit është se "përgjigja ndaj situatës së imagjinuar i ngjan asaj të situatës reale" (Wolpe, 1958, f.139). Kjo hipotezë ishte thelbësore edhe për doktrinën e ekuivalencës funksionale e cila pohon se ekziston një homogjenitet mes sjelljeve fiziologjike overt (të dukshme) dhe kovert (të fshehta) dhe sjelljeve psikologjike kovert (të kryera mentalisht nga subjekti), i tillë që parimet e përdorura për të modifikuar sjelljen në një zonë të caktuar do të jenë po aq efektive për të ndikuar sjellje të tjera, p.sh. modifikimi i një sjelljeje të imagjinuar mund të sjellë ndryshime të ngjashme në sjelljen e dukshme.

1.5.2. Teknikat konjitive-komportamentale

Terapistët konjitivë-komportamentalë kanë një logjikë tjetër, rreth përdorimit të imazheve. Ata argumentojnë se konjicionet, duke përfshirë imazhet, funksionojnë si ndërmjetës të sjelljes së dukshme. Nëse një sjellje konsiderohet e paarsyeshme, mendohet se në themel ka një proces kognitiv maladaptiv. Rrjedhimisht nëse konjicioni mund të korrigjohet, sjellja duhet të përmirësohet. Teknikat imagjinative janë ndër dispozitivët më të rëndësishëm për modifikimin e proceseve konjitive. Shkalla në të cilën pacientët fitojnë përvojë dhe janë në

gjendje të kontrollojnë imazhet e tyre është shumë e rëndësishme. Meichenbaum (1978 në Singer 2006)) deklaroi se terapitë imagjinative kognitive:

- a) Bindin pacientët të marrin në konsideratë faktin se imazhet e tyre ndikojnë në sjelljen e dukshme.
- b) U mësojnë pacientëve të marrin dijeni për shfaqjen e imazheve në sjelljet e papërshtatshme.
- c) I bindin pacientët se imazhet mund të ndryshojnë sjelljet e papërshtatshme.

Sipas Meichenbaum, pasoja e këtyre proceseve është se ato i transmetojnë personit një ndjenjë kontrolli ndaj imazheve dhe ndaj jetës së tyre të brendshme, dhe në sjelljen ndërpersonale.

Përvetësimi i një ndjenje kontrolli tashmë është në vetvete thelbi i procesit terapeutik. Kjo perspektivë është revolucionare sepse presupozon se trajnimi imagjativ është në vetvete faktori përgjegjës për ndryshimin terapeutik, në vend që të jetë thjesht një ndihmës i terapisë.

Nga vitet shtatëdhjetë e deri më sot, ka pasur një ndryshim thelbësor në përdorimin e teknikave konjitive-komportamentale dhe terapia e sjelljes nuk është më shprehja e privilegjuar e komportamentizmit. I kushtohet rëndësi më të madhe ndikimeve mjedisore dhe proceseve njohëse që futen në sekuencën stimul – përgjigje.

1.6. Përdorimi i imazheve në terapi

Është folur shumë për rolin e imazheve dhe të imagjinatës në situata diagnostike, terapeutike dhe edukative. Imagjinata si teknikë ndërhyrjeje është treguar e efektshme dhe madje superiore ndaj ndërhyrjeve të tjera në trajtimin e një sërë problemesh psikologjike të tilla si pagjumësia, depresioni, obeziteti, dhimbje kronike, fobi dhe shqetësime të ndryshme dhe një seri problemesh psikosomatike. Teoritë imagjinative dhe mekanizmi me të cilin imazhet e lehtësojnë zhvillimin, vazhdojnë të zhvillohen dhe të zgjerohen në fushat filozofike, psikologjike dhe edukative. Si rezultat, IM është quajtur një konstrukt ndërdisiplinor (Drake, 1996). Imazhet përdoren në sektorë të ndryshëm dhe për qëllime të ndryshme si:

- a) të rrisin vetëdijen për veten dhe për të tjerët,
- b) të planifikojnë të ardhmen dhe të zhvillojnë një mënyrë jetese,
- c) të rimarrin kontrollin e sjelljes së padëshiruar,
- d) në trajtimin e sëmundjeve,
- e) për të përmirësuar mësimin, zhvillimin e aftësive dhe performancës,
- f) të reduktojnë stresin dhe të përmirësojnë shëndetin,
- g) të përmirësojnë aftësitë kreative dhe zgjidhjen e problemeve në jetën e përditshme.

Përdorimi i imazheve mund të zgjerojë imagjinatën e një personi, të çojë në ndryshime të mendimit dhe lejon njerëzit të dalin nga kufijtë e tyre të moshës, gjinisë dhe arsimit.

Richardson i përkufizon IM si një përfaqësim mendor të një përvoje shqisore ose perceptuese që ndodh në mungesë të stimulimit. Përvojat imagjinate janë plot kuptim dhe luajnë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e skemave konjitive dhe zhvillimin e kujtesës. Si rrjedhim, çdo diskutim rreth kuptimit të imazheve duhet të marrë parasysh vlefshmërinë e përmbajtjes kulturore. Imazhet mund të ndodhin në çdo modalitet: ndijor, vizual, uditiv, kinestetik, emocional, etj.

Imazhet mund të evokohen në dy mënyra: në mënyrë spontane ose përmes direktivave. Imazhet me sy të hapur janë një funksion natyror i jetës sonë së përditshme, që Freud e quajti "*të mendosh me imazhe*" dhe e konsideroi këtë fenomen si një proces mjaft primitiv. (Freud, 1938). Imazhet me sy të hapur shfaqen pothuajse në të gjithë njerëzit (Singer,). Disa njerëz thonë se nuk shohin imazhe në kokë, por të gjithë njerëzit kanë aftësinë për të kujtuar gjërat dhe për të vlerësuar cilësitë e tyre kur nuk janë të pranishme, dhe në të gjithë njerëzit kjo ndryshon nga përpjekja për të menduar, për të arsyetuar ose për të arritur në përfundime.

Imazhet me sy të hapur mund të jenë:

- spontane, pa përpjekje të vetëdijshme, ato ndikojnë në mendjet e njerëzve, p. sh. një fluks imazhesh apo ëndrrat me sy hapur.
- Vullnetare, shfaqen pas një përpjekjeje të qëllimshme për të kujtuar një person ose një skenë familjare ose kur personit i kërkohet të imagjinojë. Imazhet vullnetare janë një mënyrë aktive e imagjinatës.

- unbidden, janë ato imazhe që duken se ndërhyjnë në vetëdije. Prania e tyre shpesh është e dhimbshme dhe kuptimi i tyre mund të jetë i panjohur. Një person mund të ushtrojë manovra të ndryshme mbrojtëse kundër vazhimit dhe përsëritjes së imazheve, por pa sukses (Horowitz, 1970).

Imazhet e drejtuara janë një kombinim i imazheve spontane dhe imazhe direktive. Në këto lloj imazhesh paraqitet një situatë gjysëm e strukturuar që zakonisht jepet verbalisht nga një person tjetër që shërben si udhërrëfyes. Situata e paqartë plotësohet nga imazhet spontane të pjesëmarrësve.

Ka disa mënyra për të përmirësuar komunikimin e përvojave imagjinative.

- a) të raportosh verbalisht imazhet duke i përshkruar ato sa më saktë që të jetë e mundur me të gjithë pasurinë shqisore të ngjarjes,
- b) të shprehësh imazhin nëpërmjet përfaqësimeve piktoreske,
- c) të recitosh imazhin si në psikodramë ose në luajtjen e roleve.

Teknika të tjera joformale përfshijnë:

- plotësimin e fjalive ose pyetjeve,
- mbajtjen e një ditari të imazheve,
- shënimin e ëndrrave ose ëndrrave me sy hapur,
- kujtimet e hershme.

Është i mundur krijimi i imazhe vullnetare në procesin psikoterapeutik duke u kërkuar pacientëve të imagjinojnë. Natyrisht që ekzistojnë situata imagjorative standarde që janë pjesë e qasjes së” imazhit afektiv të udhëzuar “ të cilat mund të përdoren në mënyrë efektive për të formuar imazhe (Leuner, 1969) .

1.6.1. Mbështetje teorike mbi përdorimin e imazheve në mjedisin klinik

Individët që përdorin shpesh IM në detyrat e përditshme venë theksin më të madh në përdorimin e tyre në mësim dhe arsyetim, më shumë sesa individët që përdorin më pak imagjinatën dhe IM. Aftësia imagjorative ndikon në frekuencën me të cilën njerëzit përdorin spontanisht imazhet në jetën e tyre të përditshme. Përdorimi spontan i IM në detyrat e përditshme rritet me kapacitetin vetëvlerësues të IM.

Teknikat imagjorative mund të ndihmojnë një person që të jetojë më mirë. Ata mund të jenë një mjet i dobishëm për të përballuar vështirësitë e përditshme. Në terapi pacienti imagjinon dhe pastaj jeton ato imazhe në realitet. Me imazhet dhe përmes imagjinatës mund të shërohet dhe të modifikohet një imagjinatë e sëmurë ose joproduktive, mund të krijohen alternativa të reja për individin dhe komunitetin.

Disa konstrukte shpjeguese që mund të ndihmojnë në klasifikimin e imazheve në një mënyrë më efektive dhe të dobishme për vlerësim dhe ndërhyrje në një kontekst klinik janë:

- Niveli i ndjeshmërisë dhe kontrollueshmërisë së imazheve.
- Konteksti imagjinativ, i cili mund të konsiderohet si komponent i situatës që lidhet me prodhimin e llojeve të ndryshme të imazheve.

- Marrëdhëniet me perceptimin, rëndësia klinike e të cilave qëndron në ndihmesën për identifikimin e shtrembërimeve ose defiçiteve perceptuese në proceset konjitive .

- Përmbajtja e imazheve, e cila mund të jetë me rëndësi të madhe në nivel klinik, mund të japë indikacione të vlefshme për rindërtimin e përvojave të kaluara, për të identifikuar konflikte, për të vlerësuar parashikimet, për të provuar sjellje të reja dhe për të rregulluar afektivitetin dhe arousal-in.

- Përfshirja aktive dhe pasive individuale në prodhimin e imazheve.

- Marrëdhënia e tyre me ndërgjegjësimin.

- Dallimet individuale.

Ka disa faktorë për të cilët përdorimi i imazheve dhe mundësia e veprimit nëpërmjet tyre në imagjinatën e individit, mund të jetë një rrugë optimale në rritjen ose në rrugën terapeutike.

Në Di Nuovo (1999) vërejmë se:

- IM ndërhyjnë në proceset e kujtesës, zgjidhjen e problemeve, planifikimin e aktiviteteve të ardhshme dhe rrjedhimisht ato mund të përdoren për të rritur dhe përmirësuar aftësitë njohëse të subjekteve në formin ose rehabilitim.

- IM përfshijnë një integrim të kuptimit të përvojës dhe një mundësi për të udhëhequr planifikimin e veprimeve dhe strategjive të ardhshme.

- Imazhi shpesh shoqërohet me një emocion. Marrëdhënia midis tyre është bidirektive, nëse imazhet prodhojnë emocion, kjo e fundit së bashku me afeksionet, ngjall aktivitet

imagjinativ. Kjo mund të përdoret për të njohur realitetin kognitiv-emocional të një subjekti ose të ndërhyjë për ta modifikuar atë.

Pra, veprimi mbi imagjinatën dhe përmes imazheve mund të krijojë mundësi të reja dhe të forcojë ato ekzistuese. Duke u ndalur në një plan ndërhyrjeje mbi individin, një aspekt thelbësor është motivimi i subjektit për të punuar me IM, për të re-interpretuar realitetin me syrin e mendjes dhe të përdorësh imazhe për të gjetur një zgjidhje alternative për problemet, për të planifikuar veprime, për të parashikuar të ardhmen.

Karakteristika të tjera që i bëjnë imazhet një mjet veçanërisht të përshtatshëm për punën klinike:

1) Duket se imazhi paraqet funksionimin e komponentëve vitalë të aparatit psikologjik që përdoret në të gjitha aktivitetet. Imagjinaria përfaqëson bërthamën e përgjigjeve perceptuese dhe mekanizmave të rekuperimit (Klinger, 1980). Eksperienca imagjinative mund të konsiderohet psikologjikisht ekuivalente në shumë aspekte të përvojës reale. Për Perkyn (1910) dhe Richardson (1969) imagjinaria dhe perceptimi ishin procese neurofiziologjike të ngjashme dhe ndanin të njëjtat cilësi.

2) Për Aristotelin, imazhet ishin burimi i veprimit dhe drejtonin sjelljet (McMahon, 1973). Disa psikologë modernë (Miller, 1960, Mowrer, 1977) besojnë se përderisa imazhet përfaqësojnë objekte dhe situata, ata mund të veprojnë si motivues për veprime të ardhshme.

3) Kuptimet varen nga imazhet. Fjalët nxisin imazhe që shoqërohen me përgjigje emocionale. Këto përgjigje janë burimi i kuptimeve të fjalëve (Bugelski, 1970). Arieta

(1976) shton se imazhi bën të mundur mbajtjen e një reagimi emocional në mungesë të objektit.

4) IM sigurojnë mundësinë për të shqyrtuar integrimin e perceptimit, motivimit, kuptimeve, subjektive dhe mendimeve abstrakte realiste (Shorr, 1980).

5) Schachtel thekson se njerëzit në përgjithësi mbështeten në klishe ose abstraksione boshe verbale dhe humbin kontaktin e drejtpërdrejtë me përvojën (Schachtel, 1959). Ky kontakt është i nënkuptuar në "modalitetin konkret - sistem specifik imagjinativ" dhe prandaj është një burim detajesh mbi përvojën e kaluar (Singer, 1979).

6) Imagjinata mund të sigurojë aksesin kryesor për kujtimet e kodifikuara gjatë një faze zhvillimi në të cilën gjuha nuk është ende e pranishme ose ende nuk është dominuese (Sheikh dhe Panagiotou, 1975).

7) Klinger (1980) vë në dukje se imazhet shoqërohen me përgjigje emocionale ndaj sinjaleve të brendshme dhe të jashtme të përfshira në situata. Singer pohon se sistemi imagjinativ rrit probabilitetin për të përjetuar një gamë të plotë emocionesh (Singer, 1979).

8) Disa hulumtues kanë treguar se imagjinata është e aftë të prodhojë ndryshime fiziologjike. Simpson dhe Paivio (1966) vunë re ndryshime në dimensionet pupilare gjatë imagjinatës. May & Johnson (1973) zbuluan se krijimi i imazheve shkakton një rritje të frekuencës kardiake. Barber (1978) raportoi se imazhet mund të çojnë në rritjen e glukozës në gjak, në inhibimin e aktivitetit gastrointestinal, në rritjen e sekretimit të acidit gastrik dhe ndryshime në temperaturën e lëkurës. Miller (1972) propozoi që përdorimi i imazheve të jetë e vetmja mënyrë praktike për të zhvilluar një masë kontrolli të proceseve autonome.

9) Terapistët kanë vënë re se ndonjëherë kur individët nuk mund të shprehin verbalisht përvojat e tyre, mund të verifikohen imazhe spontane, të plotësuara nga përfaqësime perceptuese dhe figurative (Sheikh dhe Panagiotou, 1975). Edhe kur terapia duket se ka arritur në një pikë të vdekur, imazhet shpesh mund të zbulojnë fusha të reja eksplorimi (Singer, 1974). Dave (1976) vë në dukje se në qoftë se jemi në një rrugë pa dalje, vizualizimi i elementëve problematike është më i dobishëm se përdorimi i një qasjeje kognitive racionale.

10) Hulumtuesit kanë treguar se imazhet e lira që janë analoge me asocimet e lira janë shumë të efektshme në shmangien e mekanizmave mbrojtës dhe në nxjerrjen në sipërfaqje të materialit të fshirë (Jordan, 1979). Përdorimi i imazheve mund të kapë pacientin në befasi dhe të kapërcejë mbrojtjen e tij (Singer, 1974).

11) Horovitz (1970) vëren se metoda imagjinative është më e përshtatshme për organizimin e pavetëdijshëm. Në përgjithësi, fjalët dhe fjalitë duhet të kuptohen para se të shprehin verbalisht, në mënyrë që të marrin një rend gramatik dhe prandaj duhet të ekzaminohen përmes një çensure racionale. Imazhet ndoshta nuk i nënshtrohen këtij procesi filtrimi dhe prandaj kanë mundësinë të jenë shprehje më direkte e pavetëdijes (Sheikh dhe Panagiotou, 1975).

Eksperienca klinike dhe hulumtime të ndryshme tregojnë disa kushte për të rritur efektivitetin e imazheve (Lazarus, 1977, Sheik dhe Jordan, 1983). Ekzistojnë katër kërkesa që përmirësojnë përdorimin e imazheve për ndërgjegjësim, kontroll, ndryshim dhe kreativitet më të madh.

-Faza përgatitore: gjendje të alteruara të vetëdijes lejojnë që procesi imagjativ të jetë më i efektshëm (Korn dhe Johnson, 1983). Nxitja e disa gjendjeve të alteruara të vetëdijes prodhon ndryshime fiziologjike inverse me përgjigjen stresuese. Kështu, dhënia e udhëzimeve për relaksim mendor dhe psikik është një hap i rëndësishëm. Katër elementët që indukojnë përgjigje relaksuese janë:

- a) një ambient i qetë me pak shpërqëndrime,
- b) një pozicion i rehatshëm, për të shmangur tensionin muskular,
- c) një qëndrim pasiv (të lejojnë që të ndodhë në vend që ta bësh të ndodhë),
- d) një mekanizëm mendor që funksionon si një pikë qendrore ose një fokus që çliron mendjen nga mendimet e shpërqëndruara. Mund të jetë një tingull, një frazë etj.

-Gjallëria : është thelbësore një shkallë gjallërie për përdorimin maksimal të imazheve (Cautela dhe McCullough, 1978). Një efikasitet më i madh ndodh kur përjetohen modalitete ndijore multiple. Kur është e nevojshme të nxirren në pah imazhet, mund të përdoren ushtrime ngrohjeje. Klienti mund të udhëzohet të shohë objekte të ndryshme, dhe pastaj me sy të mbyllur, t'i përshkruajë ato. Është më e lehtë të formosh imazhe të qarta, kur përqëndrohesh në imazhe specifike, konkrete që përfaqësojnë një objekt të njohur, që ekziston fizikisht. Imazhet abstrakte që kanë kuptim simbolik mund të jenë të fuqishme, por kërkojnë më shumë përpjekje dhe kohë për t'i kuptuar. Ato kanë më shumë gjasa të shfaqen në mënyrë spontane ndërsa imazhet konkrete shfaqen me imazhe direktive. Shkaktimi i imazheve konkrete me vetëdije, mund të bëjë që njerëzit të arrijnë një shkallë më të lartë gjallërie.

-Kontrollueshmëria : Një shkallë e lartë e gjallërisë është terapeutike vetëm nëse ndërvepron me një tjetër variabël siç është kontrollueshmëria e imazheve (Cautela dhe McCullough,1978). Richardson (1969) realizoi një studim në të cilin subjektet kërkonin të përmirësonin performancën e tyre sportive duke imagjinuar veten në praktikimin e aftësive përkatëse. Studimi zbuloi se subjektet me një shkallë të lartë të gjallërisë dhe kontrollueshmërisë u përmirësuan ndërsa ato me një shkallë të lartë të gjallërisë dhe një shkallë të ulët kontrolli, patën përmirësime më të vogla. Njerëzit mund të arrijnë kontrollin e imazheve duke nxitur me vetëdije imazhe konkrete. Nuk është e rëndësishme sa i gjallë është imazhi, nëse nuk ka kontroll imagjativ nuk do të ketë efikasitet terapeutik. Kontrolli përbëhet nga:

a) inibimi i imazheve të padëshiruara.,

b) zhvillimi i imazheve të dëshiruara për arritjen e qëllimeve terapeutike.

Cueing është një teknikë që ndihmon në kontrollimin e imazheve dhe konsiston në dhënien e një sërë udhëzimesh për t'u përqëndruar në rezultatin e dëshiruar. Nëse fokusi është në rezultatin përfundimtar, shfaqet një imazh i qartë i qëllimit ose rezultatit të dëshiruar. Sapo kjo të stabilizohet, mendja zhvillon në mënyrë intuitive dhe krijuese një skenar për të arritur rezultatin e imagjinuar.

Imazhet e procesit : janë imazhe aksioni nga të cilat mund të zhvillohet një efekt apo rezultat i dëshiruar. Një person që ndihet i papërshtatshëm në marrëdhëniet ndërpersonale mund të imagjinojë ndjenja të rehatshme dhe konfidenciale në një mjedis të vogël shoqëror. Pasi të konsolidohet rezultati imagjativ, procesi imagjativ ose veprimet imagjinohen.

P.sh. personi mund të imagjinojë të bëhet gati për të shkuar në një festë, të dalë nga shtëpia, të arrijë në festë dhe të takojë njerëz të ndryshëm. Proçesi mund të vazhdojë me personin që imagjiron të përballet me tema të ndryshme, të ndajë diçka pozitive me njerëzit dhe të largohet nga festa me ndjenja të mira në lidhje me suksesin e marrëdhënieve shoqërore.

Kontrolli mund të përmirësohet më tej duke i theksuar pacientëve që:

- janë ata që krijojnë imazhin dhe janë të lirë ta ndryshojnë këtë imazh,
- të injorojnë përgjigjet e padëshiruara,
- imazhet e padëshiruara mund të plazmohen ngadalë në një përgjigje të dëshiruar,
- mbajtja e një regjistri të incidenteve që shoqërojnë imazhet që ngjallin tension dhe depresion, bën të mundur identifikimin dhe modifikimin e imazheve të mëparshme dhe të mëvonshme (Cautela dhe McCullough, 1978).

-Praktika: Sapo të krijohet imazhi i dëshiruar, mund të testohet në kontekstin terapeutik në kushte kontrolli. Kur zotërimi arrihet, personi mund t'i praktikojë ato jashtë kontekstit terapeutik për disa minuta 2 ose 3 herë në ditë. Praktika inkurajon klientin t'i zbatojë në një situatë reale.

1.6.2. Problemet lidhur me përdorimin e imazheve në praktikën klinike

Në përgjithësi, në të gjitha teknikat dhe terapitë imagjinative ekzistojnë vështirësi në lidhje me prodhimin imagjativ, p. sh:

- Vështirësia për të imagjinuar që shkon deri në mungesën e imazheve.

- Pacienti mendon, por nuk imagjinon.
- Mbivendosja e imazheve, pacienti prodhon shumë imazhe, por nuk ndihet i përfshirë në to, skena dhe njerëz ndjekin njëri-tjetrin pa ndjekur një fill të përbashkët.
- Imagjinata e fragmentizuar: imazhet rrjedhin në një formë të fragmentuar, secila prej tyre shkakton një arsyetim, një kujtim, etj.
- Iper-racionalizimi: çdo imazh lexohet dhe vendoset në një kuadër shpjegues për pacientin;
- Ndërhyrja e imazheve të huaja: imazhet ndryshojnë papritmas drejtim ose vazhdojnë në një plan tjetër.

Konsiderata të tjera në lidhje me përdorimin e imazheve në praktikën klinike janë:

- Imazhet kanë tendencë të shkaktojnë një gamë shumë të gjerë të eksitimit ndijor, më shumë se sa fjalët. Është e mundur që pacientët të ndihen të mbizotëruar nga aspektet emocionale të këtij eksitimi.
- Pacientët ndryshojnë në shkallën e aftësisë për të prodhuar imazhe. Kjo ndoshta i atribuohet dallimeve individuale në stilet njohëse dhe përvojave të kaluara të të mësuarit me modalitete të ndryshme shqisore.
- Disa njerëz i rezistojnë imazheve spontane dhe vullnetare për shkak të ankthit, apo nga frika e humbjes së kontrollit. Paqartësia, paaftësia e deklaruar për të imagjinuar dhe përsëritja e imazheve të njëjta, tregojnë një rezistencë të mundshme. Pacientëve i duhet dhënë siguri mbi faktin se t'i japësh imazheve më shume vetëdije u jep atyre më shumë kontroll.

- Me raste pacientët eksperimentojnë disa imazhe që janë jashtë kontrollit. Njerëzit që vuajnë nga haluçinacionet nuk mund të ndihmohen nga terapia imagjinative.

Vështirësitë e listuara më sipër mund të tejkalohen përmes trajnimit të duhur të pacientit. Ekziston një potencial ansiogjen, patogjen dhe terapeutik i imazhit. Prodhimi i tyre artikulon, por nuk shkakton evolucionin patologjik. Imazhet në vetvete nuk janë përgjegjëse as për sëmundjen apo shëndetin e një personi, por mund të jenë një mjet i fuqishëm për transformim dhe ndryshim.

1.7. Teknikat imagjinative në qasjen psikoanalitike dhe psikodinamike

Ka shumë lloje të terapive imagjinative që janë shqyrtuar thellësisht (Singer, 1974). Këto qasje mund të klasifikohen në një sërë modelesh bazuar në supozimet e tyre teorike dhe në objektivat e paracaktuara. Ata që përdorin imazhet në kontekstin e psikoanalizës dhe psikoterapisë analitike kanë ndryshuar metodën e asocimeve të lira duke përdorur udhëzimet imagjinative si një mënyrë për të përmirësuar zbulimin (Horovitz, 1970). Të tjerë besojnë se vetë fakti i të pasurit një përvojë imagjinative në vetvete është kurative, pavarësisht nëse përmbajtja e saj interpretohet ose jo, dhe në disa raste, pavarësisht nëse terapeuti është i ndjeshëm ndaj transfert-it. Terapisti shërben si një udhërrëfyes në imagjinatën në zhvillim. Të tjerë argumentojnë se funksioni imagjinativ i shprehjes së konflikteve të thella intrapsikike është vetëm një funksion shumë i kufizuar i imazheve në krahasim me funksionet imagjinative më të përgjithshme: p.sh. përpunimi i informacionit dhe parashikimi i një sërë problemesh të jetës së përditshme. Imazhi mund të japë

informacione të reja në situata ku vetë-reflektimi është i limituar (Tauber dhe Green, 1959), ose mund të shprehë me saktësi shqetësimet e vazhdueshme (Kliger, 1970).

Në psikoanalizë dhe në qasjet psikodinamike përdorimi i imazheve është menduar si rekuperim dhe ri-interpretim i imazheve të së kaluarës, me qëllim ndërtimin e imazhe të reja dhe të dobishme për të ardhmen. Ëndrra shërben si urë lidhëse midis të kaluarës, të tashmes dhe të ardhmes. Në ëndërr, prioriteti janë imazhet. Pacientët përmes ëndërrave sjellin imazhe që përbëjnë materialin për të ndërhyrë në mënyrë terapeutike për të arritur transformimin e dëshiruar. Imazhet janë instrumenti përmes së cilit mundësohet ndërtimi i metaforave të reja që mund t'i ndihmojnë pacientët të riorganizojnë ekzistencën e tyre. Në mendjen tonë ne krijojmë një sërë lidhjesh të cilat përmes metaforëve u japin jetë imazheve që lindin nga imagjinata jonë. Zakonisht tentojmë ta neutralizojmë aktivitetin imagjativ duke e reduktuar atë në emra që i përkasin një kodi verbal me rregulla të sakta dhe të ngurta. Pacienti duhet të ri-mësohet me përdorimin e imazheve. Në psikoterapinë dinamike ekziston një prani e fortë e kërkesës direkte për prodhimin e IM. Në Roscharch, p.sh. pacienti duhet të gjejë në kujtesën e tij imazhet që korrespondojnë me figurën e propozuar dhe më pas ta komunikojë atë verbalisht. Disa studime tregojnë se teknikat psikoanalitike dhe psikodinamike që evokojnë tek pacienti imazhe të njëpasnjëshme janë në gjendje të sjellin në sipërfaqe më shpejt materialin përkatës, duke ulur mbrojtjen dhe duke evokuar emotivitet më të madh (Reyer, 1978). Ka shumë teknika të zhvilluara dhe të përdorura në sajë të kontributit të Jung, Desoille, Leuner. Është treguar se përdorimi i imagjinatës mund të jetë i dobishëm për identifikimin e rezistencave, tendencave për të shmangur mekanizmat e mbrojtjes, besimet e rreme dhe mitet familiare. Terapitë psikoanalitike dhe psikodinamike

synojnë të identifikojnë mbrojtjet dhe episodet specifike të fëmijërisë që mund të kenë krijuar një sistem besimi të rremë ose sjellje vetë-dëmtuese. Përdorimi i imazheve mund të jetë një mënyrë për të inkurajuar pacientin në zhvillimin e strategjive për shqyrtimin e konflikteve dhe për ta bërë mbrojtjen dhe transfert-in të vetëdijshëm.

1.7.1. Imazhet mendore në trajtimin psikoanalitik

Teknikat imagjorative mund të lehtësojnë procesin psikoterapeutik duke stimuluar insight-in e pacientit, duke e ndihmuar të zbulojë dhe zotërojë afeksionet, duke përmirësuar kontaktin empatik dhe për të pasur akses në kundërtransfert-in. Cili është ndikimi i metodave imagjorative në procesin tradicional analitik?

1.7.1.1. Sfondi historik

Në studimet e tij të para mbi psikopatologjinë, Freud e kuptoi rëndësinë e IM. Interpretimi i tij i proceseve imagjorative ishte psikodinamik. Funkzioni intrapsikik i imagjinatës u eksplorua nga Freud dhe Breuer në "Studimet mbi histerinë" (1895). Gjatë punës së tyre me pacientë histerikë, autorët (1895) zhvilluan teknikën e përqendrimit, që në fakt rrjedh nga Bernheim, në të cilën kujtimet e ngjarjeve, gjatë ekstatës hipnotike, të cilat zakonisht harrohen në gjendje të zgjuar, mund të ripërjetohen nëpërmjet një presioni të dorës në ballë. Freud dhe Breuer përdorën teknikën për të rikuperuar kujtimet e fëmijërisë në origjinën e simptomave histerike. Ata supozuan se pacientët i njihnin rrënjët gjenetike të sëmundjes së tyre, por asocimet që mund të çonin në këtë material bllokohenin nga fakti se ata nuk dëshironin të mbanin mend. Teknika e përqendrimit u krijua për të kapërcyer rezistencën duke stimuluar imazhet vizuale. Ishte një mashtrim për të kapërcyer përkohësisht një ego të

gatshme për mbrojtje. Pasi rekuperohej imazhi, Frojd inkurajonte pacientët të eksploronin verbalisht kuptimin e saj. Ai i udhëzonte ata të përqëndroheshin në imazh deri sa të sqarohej edhe detaji i fundit. Nëse pacientët pohonin se nuk shikonin asgjë, ai këmbëngulte që ata refuzonin imazhet ose sepse mendonin se nuk ishin të rëndësishme ose sepse kishin frikë ta përshkruanin atë. Ai mbështeste faktin se mund të përsëriste procedurën sa herë që pacientët dëshironin dhe se ata gjithmonë do të shihnin të njëjtin imazh.

Por kjo metodë paraqiste komplikime të ndryshme. Imazhi që shfaqej herë ishte një imazh ndërmjetësimi që tregonte rrugën për burimin e simptomave hysterike dhe herë nuk dukej i lidhur me temën e diskutimit në analizë. Freud interpretoi këto rezultate si dëshmi të një inteligjence jashtë vetëdijes që organizon materialin psikik dhe ka një plan fiks për kthimin e tij në ndërgjegje. Pacientët ndonjëherë e mohonin imazhin, ose e deformonin, e riorganizonin dhe e filtronin atë. Për Frojdin kjo tregonte një proces mbrojtës, një strategji mendore .

1.7.1.2. Braktisja e teknikave imagjinative

Freud braktisi teknikën e përqëndrimit para vitit 1900 dhe pa një arsye të qartë. Për Kris (1950) kjo shënoi kalimin e rëndësishëm nga metoda hipnotike në atë të asocimeve të lira, për shkak të zhvendosjes së vëmendjes nga proceset vizuale tek ato verbale. Ky tranzicion nënvizoi kalimin e psikoanalizës në një drejtim që përjashtonte theksin në IM. Analiza e transfert-it u bë qëllimi kryesor terapeutik. Imazhet mendore u konsideruan një rezistencë, një shpërqëndrim nga eksplorimi sistematik racional i transfert-it të pacientit.

1.7.1.3. Interesi i rinovuar në teknikat imagjinative

Interesi për IM u rizgjua falë punës së Penfield mbi stimulimin e trurit, hulumtimin e kujtesës në psikologjinë konjitive dhe për ironi të fatit, krijimin e teknikës së desensitizimit sistematik, një nga teknikat më të njohura të teorisë bihejvioriste. Një ndryshim i ngjashëm u gjet edhe në psikoanalizë. Ferenzi (1950) propozoi procedurën e fantazisë së detyruar, e ngjashme me metodën e përqëndrimit. Analistë të tjerë filluan të studiojnë se si imazhet spontane ndërhyjnë në asocimet e lira të pacientit. Psikologjia europiane i kishte mirëpritur imazhet krahëhapur. Zgjerimi i lëvizjes psikodinamike në Europë përfshinte një lulëzim të teorive imagjinate siç dëshmohet nga puna e Jung, Desoille, Assagioli etj. Nga viti 1960 e më pas teoritë imagjinate zunë rrënjë, veçanërisht në veprat e Ahsen (1968-1977), Leuner (1969-1977) dhe Desoille (1965). Ajo që pasoi ishte një shpërthim interesi për IM dhe imagjinatën. Shumë nga këto teori dhe teknika hynë në kategorinë e terapive psikodinamike, sesa në rrjedhën kryesore të mendimit psikoanalitik. Një premisë e pranuar në mënyrë universale në lidhje me teknikat imagjinate shihte imazhet si një gjuhë të veçantë të ndërgjegjes, një lidhje midis të ndërgjegjshmes dhe të pandërgjegjshmes. Struktura e imazheve u konceptua si një kondensim i ideve dhe emocioneve. Terapeutët kanë mbështetur faktin se nëpërmjet punës me imazhet ata mund të shmangin mbrojtjen dhe të fitojnë një akses më të drejtpërdrejtë në proceset afektive dhe ideative të pandërgjegjshme.

1.7.1.4. Teknikat imagjinate në psikoanalizë: Probleme teorike dhe praktike

Përdorimi i imazheve në psikoanalizë ngre një seri pyetjesh teorike dhe teknike lidhur me ndryshimet terapeutike, siç është niveli i orientimit të teknikave të ndryshme imagjinate dhe zbatimi i këtyre metodave duke marrë parasysh dallimet individuale në aftësinë

imagjorative. Duke pasur parasysh aderimin e teorisë tradicionale psikoanalitike në parimin e neutralitetit, një analist jo-direktiv, teknikat imagjorative të përdorura mund të vlerësohen sipas nivelit të drejtimit (orientimit) të tyre.

Në nivelin më të ulët të orientimit janë metodat që fokusohen në imazhet e verifikuara në mënyrë spontane në terapi sepse zbulojnë një rrugë të frytshme dinamikash të pavetëdijshme. Meqenëse imagjinata është një përvojë e brendshme që ndonjëherë neglizhohet nga pacienti ose dobësohet nga verbalizimet, analisti duhet të jetë i ndjeshëm ndaj sinjaleve që tregojnë shfaqjen e imazheve, p.sh. periudhat e heshtjes ose verbalizimet e ndërprera. Një qëndrim i relaksuar i trupit dhe një privim ndijor i lehtë i krijuar nga përdorimi i shtratit analitik rrit probabilitetin e shfaqjes së imazheve spontane (Singer, 1974).

Në një nivel më të lartë orientimi (drejtimi) analisti mund të udhëzojë qëllimisht ose në mënyrë specifike pacientin të prodhojë asocime duke përdorur imazhet. Një problem apo konflikt i veçantë mund të shërbejë si një pikënisje për imagjinatën. Metaforat dhe interpretimet e analistit mund të provokojnë asociacione imagjorative.

Meqë përvojat imagjorative janë objektivi kryesor, roli i terapistit është të inkurajojë pacientët, butësisht por në mënyrë të vendosur, që të vazhdojnë imagjinatën. Terapisti qëndron absolutisht i heshtur gjatë imazheve të pacientit, me përjashtim të observimeve hera herës, për të rritur imagjinatën, për t'i qartësuar pacientëve atë që janë duke përjetuar, ose kur asociacionet e pacientit nuk janë produktive, duke i ndihmuar ata që të përqëndrojnë imazhet e tyre në një zonë të rëndësishme dinamike.

Në një nivel të lartë të orientimit gjenden ushtrimet imagjinate të strukturuar që kanë për qëllim të korigjojnë sesa të zbulojnë dinamika të thjeshta intrapsikike. Imazhi shihet si një ndihmë në punën me konfliktet e pavetëdijshme. Pacientët me ndihmën e analistit mund të krijojnë një skenar imagjinativ që ngjallte emocione dhe i referohej një problemi kritik psiko-dinamik të zbuluar gjatë trajtimit.

Këto teknika duhet të vlerësohen në kontekstin e parimeve themelore të terapisë psikoanalitike, duke përfshirë analizën e mbrojtjeve dhe rezistencave, transfert-in dhe kundërtransfert-in.

Nëse teknikat imagjinate përdoren si shtesë në metodat tradicionale psikoanalitike, analisti duhet të vlerësojë përshtatshmërinë e tyre bazuar në karakteristikat e pacientit. Nuk mund të mendohet se këto teknika kanë një efekt të njëjtë për të gjithë. Niveli i psikopatologjisë, formimi i simptomave, struktura e karakterit mund të jenë variabla të rëndësishëm, siç është edhe aftësia për të imagjinuar. Hulumtimet tregojnë dallime të rëndësishme individuale në aftësinë për të eksperimentuar, për të përdorur dhe kontrolluar imazhet gjatë gjendjeve të ndërgjegjes normale dhe gjendjeve të alteruara të ndërgjegjes (Pavio, 1971, Singer, 1974). Disa janë imagjinatorë fluidë, të tjerë përjetojnë imazhe të dobëta, të tjerë janë të privuar nga këto përvoja të brendshme dhe madje edhe skeptikë për ekzistencën e tyre. Richardson (1969) ka miratuar dallimin midis vizualizatorëve të cilët mbështeten mbi imazhet për të elaboruar përvojat në një mënyrë të veçantë, subjektive dhe personale, dhe verbalizatorëve të cilat kanë një imagjinatë të dobët dhe përpunojnë informacionin duke përdorur strukturat gjuhësore.

Për fat të keq, nuk ka pasur një studim sistematik se si këto dallime individuale në aftësitë imagjinative lidhen me llojet e psikopatologjisë dhe proceset psikoterapeutike. Edhe pse shumë terapistë që punojnë me imazhet argumentojnë se edhe imagjinuesit e varfër mund të përmirësojnë aftësitë e tyre imagjinative përmes praktikës dhe trajnimit, dallimet individuale nuk mund të injorohen. Reagimi i një pacienti ndaj një teknike imagjinative, dhe karakteristikat e imazheve të prodhuara, të tilla si gjallëria, kompleksiteti, simbolizimi, janë të gjitha variabla të rëndësishëm diagnostikë.

1.7.2. Përdorimi i imazheve në ngërçet dhe bllokimet terapeutike

Disa psikoterapeutë që punojnë me imagjinatën kanë shkruar për vlerën e imazheve në zgjidhjen e bllokimit terapeutik, edhe pse kjo zonë ka mbetur e paeksploruar për dy arsye: në radhë të parë, qëllimi kryesor i punës së terapistëve është të hulumtojnë mjedisin e brendshëm. Së dyti, pikërisht sepse terapistët "imagjinativë" theksojnë botën imagjinare, nga ana tjetër nuk i japin theksin e duhur ndërveprimit pacient-terapist dhe në veçanti dimensionit të transfert-it. Nuancat delikate të ndërveprimit pacient-terapist dhe pengesat e mundshme zëvendësohen në terapinë imagjinative nga vëmendja e dhënë botës imagjinare private të pacientit.

Shumë pajtohen me faktin se imazhet janë veçanërisht të dobishme kur bashkëveprimet verbale bllokohen (Ashen, 1973, Shorr, 1972), kur pacientët janë veçanërisht rezistentë (Horovitz, 1970) dhe kur pjesëmarrja emocionale është e ulët (Shorr, 1972; Singer, 1966). Ka disa referenca në lidhje me përdorimin e imazheve gjatë ngërçeve ose bllokimeve. Shorr (1976), përdor situatat imagjinative, plotësimet e frazave, pyetjet në lidhje me veten dhe të

tjerët për të gjeneruar zgjidhje të reja për konfliktin. Singer (1974) rekomandon mbylljen e syve dhe lejimin e shfaqjes së një imazhi. Për autorin, kjo procedurë zakonisht çon në një arritje efektive. Horovitz (1970) beson se imazhet mund të përdoren për të anashkaluar mbrojtjen e pacientit për shkak të shkallës më të ulët të çensurës së imazheve në krahasim me fjalët. Ato mund të korrigjojnë dështimin e empatisë së terapistit, nëse ky i fundit analizon imazhet e brendshme dhe raporton në mënyrë empatike imazhet e një problemi tek pacienti. Disa autorë kontemporanë supozojnë se ngërçet terapeutike ndodhin kryesisht për shkak të vështirësive në ndërveprimin pacient-terapist, rezistenca e të cilave është vetëm një nga pikat.

Format më të zakonshme të bllokimit në marrëdhëniet terapeutike janë:

- 1) Perceptimi i gabuar i terapistit ndaj problemit të paraqitur ose dinamikave të pacientit.
- 2) Dis- harmoni me ritmet e pacientit.
- 3) Përballimi i veprimeve të ndryshme që kryen pacienti.
- 4) Vështirësitë e shkaktuara nga transfert dhe kundërtransfert.
- 5) Vështirësia për të bërë një aleancë me pacientët me çrregullime të rënda.

Fuqia e imazheve në lidhje me bllokimin terapeutik vjen nga kufizimet e shkëmbimit verbal, kufizime që imazhet i shmangin. Një nga avantazhet e imazheve është sqarimi. Imazhet shërbejnë për të sqaruar elementët simbolikë dhe afektivë të botës së brendshme. Ata shërbejnë për të kthyer impliçiten dhe të pandërgjegjshmen në eksplicite dhe të vetëdijshme (Pollio et al., 1977). Ata nënkuptojnë më pak çensurë (Horowitz, 1970) në

krahasim me mendimet. Imazhi shërben jo vetëm për të qartësuar kuptimin e përmbajtjes, por gjithashtu mund të sjellë në sipërfaqje cilësinë emocionale të përmbajtjes (Singer, 1966). Një tjetër avantazh i imazheve është integrimi si një shprehje kompakte i kuptimeve të shumëfishta të ndjera. Edhe imazhet më të thjeshta mund të jenë komplekse. Disa aspekte të një problemi shihen të lidhura në një mënyrë që nuk kuptohet lehtë përmes fjalëve. Ndërsa imazhet përmbajnë kuptime të shumëfishta. Imazhet janë gjithashtu kreative. Ata janë mjete të fuqishme në transformimin e përvojave në poezi vizuale. Duke hequr përvojën nga konteksti i saj origjinal, bëhet i mundur ndërveprimi me përvojën e jetuar. E qënësishme e imazhit është aftësia për të prodhuar zgjidhje të reja për konfliktet. Kjo mund të çojë në mundësi të reja ndryshimi brenda dhe ndërmjet individëve. Imazhet frymëzojnë veprimin. Ata ofrojnë një shtysë për të dalë nga një rrugë qorre ose nga një situatë ngërçi (Schaffer, 1975). Nëpërmjet imazheve, mund të testohen drejtime të reja terapeutike dhe mund të zbatohen zgjidhje të reja jashtë terapisë (Singer, 1974). Imazhet evokojnë emocione. Ndryshe nga mendimet, imazhet gjithmonë karakterizohen nga menjëhershmeria emocionale, na animojnë, na zhvendosin vëmendjen, na sjellin njohje dhe i bëjnë jehonë thellësisë së përvojës së brendshme (Hammer, 1975).

Për Kosslyn (1994) hapi i parë në hulumtimin e IM është përballja dhe adresimi i emocioneve, sepse imazhi duket se luan një rol të veçantë në përfaqësimin e materialit emocional. IM:

- pasqyrojnë gjendjet emocionale,
- mund të intensifikojnë gjendjet emocionale,

- mund të na bëjnë të mësojmë ose të reduktojmë intensitetin e gjendjeve emocionale,
- mund të ndihmojnë individin në zotërimin e situatave të caktuara,
- paraqesin një sekuencë zhvillimi të tipit filogjenetik dhe ontogjenetik.

Imazhet janë të dobishme në kapërcimin e bllokimit, por gjithashtu kanë kufizime të ndryshme. Krijueshmëria dhe entuziazmi i qënësishëm në imazhet mund të jenë një kufizim në punën me to. Individët mund të përfshihen në procesin e formimit të imazheve, krijojnë fantazi të zgjeruara ose krijojnë një breshëri imazhesh, duke mos pasur kohë për të manipuluar me çdo imazh, për të reflektuar dhe për t'u përqëndruar në to, me qëllim kuptimin e përvojave. Një tjetër kufizim i imazheve në sqarimin e kuptimeve është se ndonjëherë imazhet janë shumë të pasura dhe të kondensuara. Në këtë rast duhet të kemi durim dhe duhet të marrim kohën e nevojshme për të lejuar që kuptimi i imazheve të qartësohet.

Si përfundim, pacientët në psikoterapi përdorin kryesisht fjalët për të përshkruar vështirësitë e tyre dhe terapistët përpiqen të interpretojnë këto fjalë. Ndonjëherë, megjithatë, kur ndodh një ngërç, imazhet janë më të favorshme dhe efektive, janë alternativa që na lejojnë të thellohemi dhe ato shpesh janë një frymëzim për të ecur përpara.

1.8. Teknikat imagjinative në terapinë kognitive–komportamentale

1.8.1. Hyrje

Sot, më shumë theks i kushtohet ndikimeve mjedisore dhe proceseve konjitive që futen në sekuencën stimul-përgjigje dhe merren parasysh variablat që kontribuojnë në prodhimin

dhe modifikimin e përgjigjeve komportamentale. IM gjithashtu bëhen pjesë e këtyre variablave. Historikisht në qasjen kognitive-komportamentale përdorimi i IM fillon me përdorimin e desensitizimit sistematik (Bandura, 1969; Wolpe dhe Lazarus, 1966), një teknikë e zhvilluar për të reduktuar ankthin dhe frikën me anë të ekspozimit të udhëzuar për stimujt ankthiozë dhe fobikë. Më pas, dëshmitë eksperimentale treguan efikasitetin e ekspozimit imagjativ ndaj stimujve të ankthit. Me këtë teknikë edhe ngjarjet e fshehta, jo direkt të dukshme, (kovert) janë bërë pjesë e mjedisit psikoterapeutik.

Terapia konjitive dhe terapia komportamentale dalin nga dy tradita teorike të ndara, por me kalimin e kohës filluan të kishin shumë karakteristika të përbashkëta. Terapia konjitive fillon si një qasje top down (nga lart poshtë), ku mendimet ndikojnë në ndjenja dhe në sjellje. Terapia konjitive-komportamentale rrjedh nga terapia komportamentale dhe konsiderohet një qasje bottom-up (nga poshtë lart) ku në plan të parë gjenden stimujt situativë, përgjigjet, përfshirë mendimet dhe pasojat që ato sjellin. Një nga karakteristikat e përbashkëta është inkorporimi i teknikave imagjative në trajtimin e çrregullimeve emocionale.

CBT bazohet në teorinë konjitive të të nxënit social dhe synon:

- 1) përmirësimin e strategjive të vetë-kontrollit nëpërmjet kontrollit të stimujve, vetë-monitorimit dhe shpërblimit,
- 2) vendosjen e sekuencave të përgjigjeve emocionale alternative përmes kushtëzimit dhe sensibilizimit kovert,

3) mësimin e përgjigjeve të reja konjitive-komportamentale përmes trajnimit konjitiv, zgjidhjes së problemeve dhe strategjive vendimmarrëse.

Analiza komportamentale dhe ajo konjitive fillon me një analizë të sjelljes dhe mendimeve të pacientit dhe identifikon pasojat që ndjekin këto sjellje dhe mendime.

Përdorimi i imazheve në terapinë konjitive është i dukshëm në identifikimin e komponentëve skematikë që kontribuojnë në formimin e mendimeve të papërshtatshme ose në prodhimin e proceseve të mendimit të ekzagjeruar. Proceset maladaptive të mendimit si një vëmendje selektive ndaj dështimeve, zgjerimi i pasojave negative dhe minimizimi i pasojave pozitive dhe konkluzionet arbitrare mbi përgjegjësinë personale mund të hulumtohen përmes situatave imagjinate që përfshijnë ankth ose reagime ndaj traumave. Imagjinata aktive dhe prodhimi i fantazive mund të shërbejnë si burim i parë për identifikimin e konjicioneve maladaptive dhe komponentëve përkatës emocionalë që i shoqërojnë ato. Një imagjinatë e gjallërishme mund t'i ilustrojë pacientit dhe terapistit rendin e mendimeve dhe ndjenjave që janë thelbësore për mosfunksionimin emocional.

Teknikat imagjinate të përdorura në trajtimet kognitive-komportamentale përdorin ekspozimin imagjativ si një alternativë ndaj vështirësive të hasura në ekspozimin real. Ekzistojnë dy premisa themelore që janë në bazë të përdorimit të ekspozimit imagjativ. Në të parën situatat imagjinate tregojnë përgjigjet e shkaktuara nga frika, kështu që imagjinata aktive përkthehet në një përafrim të reagimit shmangës. Në të dytën situata e imagjinuar provon një përgjigje më të vogël të frikës në krahasim me përvojën reale, kështu

që menaxhohet më lehtë me përgjigje alternative adaptive. Një arsye e tretë më e qartë lidhur me përdorimin e procedurave imagjinative është efektiviteti i tyre.

Në CBT, IM kryejnë disa funksione të përbashkëta (Di Nuovo, 1999):

- Provokojnë gjendje emocionale pozitive dhe negative. Reaksionet e nxitura konsiderohen ekuivalente me ato të përjetuara in vivo. Ndryshe nga mënyra verbale e qasjes ndaj realitetit, imazhi është në gjendje të sigurojë një përfaqësim të njëkohshëm të të njëjtës duke përdorur proceset e mënyrës perceptuese të analizës së të dhënave dhe duke zgjuar përmbajtje më të madhe emocionale sesa modaliteti verbal (Sheikh dhe Panaotou, 1975).,
- Veprojnë si veprime testuese që synojnë të mësojnë aktivisht përgjigjet e reja dhe konsolidimin e aftësive të mësuara më parë.,
- Transformojnë disa aspekte të realitetit të jashtëm ose të brendshëm.,
- Lehtësojnë identifikimin dhe analizën e gjendjeve emocionale, përmbajtjeve dhe proceseve njohëse.

Prandaj, në CBT, IM përdoren për të identifikuar dhe modifikuar besimet e shtrembëruara dhe irracionale, që aktivizojnë emocione maladaptive tek subjekti përmes një ndryshimi në vlerësimin e rrezikut të stimulit të ankthit ose nëpërmjet një ndryshimi në vlerësimin e aftësive të tyre të përballimit. Përdorimi i imazheve përfaqëson përvojën e përditshme dhe personale të subjektit.

1.8.2. Imagjinata e drejtuar

Imazhet e drejtuara janë një ndërhyrje konjitive dhe fleksibël, efektiviteti i të cilave është treguar përmes një numri të madh hulumtimesh disavjeçare në këshillim dhe fusha të ngjashme. Kjo procedurë përdoret për të lehtësuar përgjigjet ndaj stimujve të dëmshëm. Ka fituar të drejtën për t'u konsideruar një qasje kurative. Imagjinata e drejtuar u përkufizua nga Bresler dhe Rossman, bashkë-themeluesit e Akademisë së Imazheve të Drejtuara, si një sërë teknikash vizualizimi që përfshijnë vizualizimin e thjeshtë dhe sugjerim të drejtpërdrejtë imagjativ përmes metaforës dhe tregimit (2003). Megjithëse imazhet e drejtuara konsiderohen kryesisht si një teknikë alternative ose plotësuese, janë përdorur në psikoterapi për më shumë se një shekull.

Sipas Nightningale (1998) kjo qasje ndihmon pacientët të sintonizohen me burimet e tyre të brendshme, afektive dhe somatike. Qëllimi nuk është që të ofrojë imazhe të reja për pacientin, por të lehtësojë ndërgjegjësimin e imazheve që tashmë ekzistojnë dhe udhëzojnë pacientin të punojë me këto imazhe për nevojën e tyre personale . Imazhet e drejtuara mund të përdoren për të mësuar dhe testuar aftësitë, për të zgjidhur problemet në mënyrë më efektive duke vizualizuar rezultatet e mundshme alternative, për të rritur kreativitetin dhe imagjinatën. Ato gjithashtu ndikojnë në proceset fiziologjike. Përveç përdorimit në këshillim, kjo procedurë është përdorur me rezultate shumë pozitive edhe në sport, mjekësinë rehabilituese dhe kujdesin shëndetësor. Imazhet e drejtuara janë përdorur gjithnjë e më shumë nga operatorët shëndetësorë me rezultate mbresëlënëse.

1.8.2.1. Përdorimi i imazheve të drejtuara

Për Nightingale (1998) procedura e imazhit të drejtuar mund të përdoret në mënyra të ndryshme në këshillim:

- 1) të nxisë relaksim që nxit reduktimin e stresit,
- 2) në fushën e motivimit, duke imagjinuar një të ardhme pozitive,
- 3) në fushën e dijes, përmes eksplorimit të mundësive të ndryshme dhe zgjidhjes së problemeve.

Imazhet e drejtuara janë mjaft fleksibël, qoftë vetëm ose në kombinim me teknika të tjera, në varësi të nevojave të pacientit dhe trajnimit të këshilltarit, përvojës dhe komoditetit me qasjen.

Shumë autorë kanë përshkruar metodat dhe përfitimet e kësaj teknike. Teknika e imazheve të udhëzuara është e lehtë për t'u mësuar, duhet pak kohë për të trajnuar personelin në përdorimin e kësaj teknike dhe pacientët mund të mësojnë shpejt si të lehtësojnë imazhet e tyre të drejtuara.

1.8.2.2. Imazhet e drejtuara në psikoterapi

Teknikat e vizualizimit janë në bazë të shumë teknikave konjitive-komportamentale. Ato përdoren në shumë fusha si një ndihmë për të kujtuar kujtimet e fragmentizuara, për të kontrolluar emocionet negative dhe për të eliminuar sjelljen e padëshiruar. Teknika të shumta përdorin induksionin e një gjendjeje imagjinative tek pacienti. Pikënisja është një

temë e rëndësishme për personin ose një temë me kuptim të përgjithshëm. Funkzioni udhëzues i terapistit zbatohet në nivele të ndryshme:

- Si prani e thjeshtë, kjo ka një efekt qetësues.
- Në dhënien e stimujve verbalë nëse imagjinata ndalet.
- Ndërhyrje në qoftë se shfaqen emocionet negative.
- Inkurajimi, nëse hasen pengesa.

Imazhet e drejtuara kanë një vlerë diagnostikuese, pasi na japin informacion mbi fushat problematike dhe mbi përvojën emocionale, vlerë prognostike dhe vlerë terapeutike. Imagjinata është e lidhur ngushtë me emotivitetin dhe në përgjithësi stimulohet nga ai. Duhet pasur kujdes në çrregullimet e qëndrueshme ose të shoqëruara me gjendje emocionale shumë të forta dhe që janë pak të kontrollueshme, sepse kjo teknikë mund të prodhojë një amplifikim emocional të padëshiruar dhe rrjedhimisht një përkeqësim të çrregullimit. Në përgjithësi, është më i përshtatshëm përdorimi i vizualizimit të imazheve pozitive për të ndihmuar klientin të kapërcejë ankthet, fobitë, ndjenjat e pakëndshme. Imazhet negative janë më të përshtatshme në rastet kur duhet reduktuar një sjellje ose zakon i caktuar jo funksional. Në psikoterapi ushtrimet e imagjinatës së drejtuar mund të jenë pak a shumë të udhëzuara, në disa raste terapisti do të gjenerojë një skenar specifik që duhet imagjinuar, në raste të tjera do të sigurojë një element fillestar, pastaj do të krijojë një skenar imagjativ në bashkëpunim me pacientin.

Një nga objektivat e teknikave imagjinate të drejtuara është shqyrtimi i çështjeve emocionale dhe kuptimplota të problemeve aktuale të pacientit. P.sh. një pacienti që ndjen dhimbje në shpatull mund ti kërkohet të imagjinojë se kujt i ngjan dhimbja apo çfarë do të thoshte nëse do të mund të fliste. Një përdorim i tillë i imagjinatës në gjenerimin e metaforave mund të sigurojë një mënyrë që pacientët të shprehin me fjalë disa probleme emocionale ose ndërpersonale që lidhen me një simptomë të paqartë ose kinestetike (Arbuthnott, 1994). Një përdorim i dytë i imagjinatës është të ndihmojë pacientët të formulojnë një qëllim të ndryshimit. Pacientët shpesh hyjnë në terapi duke e ditur se çfarë nuk u pëlqen, por pa vendosur një qëllim ndryshimi. Një pacient që e imagjinon jetën e tij pas zgjidhjes së problemit, shpesh është një mjet efektiv për të përqendruar vëmendjen në një pikë përfundimtare të dëshiruar. Pasi problemet të jenë eksploruar dhe çështjet të jenë identifikuar, janë përpunuar teknika të ndryshme në mënyrë që të ketë një modifikim të përvojës së pacientit në lidhje me problemin ose të zhvillohen zgjidhje alternative për dilemën e pacientit (Edwards, 1990). Një mënyrë për të bërë këtë është të imagjinosh një objekt direkt ose nëpërmjet bisedës me pacientin, p.sh. dialogun mes dy elementëve të një imazhi. Një përdorim i tillë i imazhit ndihmon pacientin të eksperimentojë sjellje të reja. Imazhet mund të përdoren gjithashtu për të ndihmuar pacientët të ushtrojnë një kontroll të qëllimshëm mbi gjendjet emocionale ose stresuese. Teknikat imagjinate të reduktimit të stresit, siç është imagjinimi i përballjes me situata stresuese ose imagjinimi i sistemit fiziologjik që vepron për të përmirësuar shëndetin, kanë ndihmuar pacientët të afirmojnë kontrollin e qëllimshëm mbi funksionet e sistemit nervor autonom.

1.8.2.3. Implikimet që lidhen me përdorimin e imazheve të drejtuara në psikoterapi

Disa autorë kanë sugjeruar që imazhet e drejtuara të mos përdoren në ato njerëz me kujtime të pasigurta, për shkak të rrezikut të shtrembërimit të kujtesës historike. Kjo teknikë konsiderohet e rrezikshme, sepse mund të çojë në krijimin e kujtimeve të rreme, veçanërisht kur përdoret në trajtimin e një përvoje të mundshme të abuzimit seksual të fëmijëve.

Literatura që përcakton imazhet e drejtuara si një praktikë e rrezikshme e konsideron atë vetëm si një teknikë të rimëkëmbjes së kujtesës.

Allan Paivio (1971) i ka dhënë një kthesë të re marrëdhënies mes kujtesës dhe imagjinatës:

- Materiali verbal (fjalët, frazat) lehtësisht i imagjinueshëm (fjalë konkrete) ka një probabilitet më të madh të kujtohet sesa materiali që vështirë mund të imagjinohet (fjalë abstrakte).
- Përdorimi i IM, spontane dhe të drejtuara, rrit performancën e brendshme.
- "Imagjinuesit e mirë" mund të kenë një kujtesë më të madhe se "imagjinuesit e këqij".

Përparësia mnestike e vlerës së imazhit nuk i atribuohet një fuqie më të madhe të kodimit imagjinativ, por probabilitetit të aktivizimit të dy kodifikimeve. Përdorimi i imazheve gjatë një ngjarjeje kodimi përmirëson kujtesën e mëpasshme të ngjarjes, prandaj përdorimi i imazheve për të provuar një sjellje të re është në gjendje të përmirësojë efektivitetin e përvojës së ndryshimit.

Në shumë raste, një nga objektivat e psikoterapisë është të ndihmojë pacientët të recuperojnë ngjarjet imagjinative, në vend të kujtesës së një përvoje traumatike. Psikoterapistët shkaktojnë qëllimisht një skenar imagjativ që do të konkurojë me kujtesën e bezdisshme, me shpresën se përfitimet e kodimit imagjativ do të garantojnë kujtimin e momenteve terapeutike në vend të përvojës origjinale (Edwards, 1990).

Përdorime të tjera të procedurave imagjinative në psikoterapi janë të lidhura me përvojën aktuale të sjelljes, problemeve, argumentave, emocioneve dhe dëshirave në nivelet e vetëdijes. Hulumtimi mbi efektet mnemonike nuk është drejtpërsëdrejti relevant për këto përdorime, me përjashtim të rasteve kur pacientët mund të mos jenë në gjendje të dallojnë përvojat imagjinative nga ngjarjet e perceptuara. Duke pasur parasysh mundësinë që përvoja të tilla imagjinative më vonë mund të shkëmbehen për përvoja të perceptuara, është ndoshta më mirë që terapistët të përdorin imagjinatën metaforike, kur është e mundur. P.sh. pacientët mund të ftohen të imagjinojnë dialog me kafshë apo karaktere imagjinare në vend të njerëzve të vërtetë, apo imazhet e drejtuara mund të jenë të vendosura në vende të pamundura dhe jo në jetën aktuale të pacientit. Identifikimi i temave të rëndësishme dhe emocioneve të mbajtura mund të arrihet më lehtë duke përdorur imazhet metaforike.

Imazhet e drejtuara zakonisht përdoren për të ndihmuar në kërkimin dhe zgjidhjen e problemeve aktuale, për të sqaruar temat emocionale dhe ndërpersonale. Përdorimi i imazheve metaforike kufizon problemet që lidhen me shtrembërimin e kujtesës dhe konfuzionin.

Përdorimi i imagjinatës si një teknikë terapeutike nuk duhet të dekurajohet, as nuk duhet të keqkuptohet nga studiuesit që punojnë me kujtesën, si një teknikë që përdoret vetëm për rikuperimin e kujtesës. Autorët bëjnë një përjashtim të rëndësishëm, duke rekomanduar faktin se imazhet e drejtuara nuk mund të përdoren si një teknikë e rimëkëmbjes së kujtesës, të paktën deri sa të mos ketë njohuri për faktorët që lejojnë aftësinë e pacientit për të dalluar ngjarjet e imagjinuara nga ata të perceptuara.

Përdorimi i imazheve realiste njihet si problematik me njerëzit që kanë një kujtesë të pasigurt që përpiqen të rekuperojnë kujtimet e tyre, veçanërisht nëse pasiguria e këtyre kujtimeve ka të bëjë me traumat e kaluara siç janë inçesti ose abuzimi seksual.

1.9. Teknikat për përmirësimin e aftësisë imagjinative

1.9.1 Hyrje

Aftësia e individëve për të formuar IM luan një rol të rëndësishëm në të gjitha proceset kognitive si, kujtesa, arsyetimi, zgjidhja e problemeve. Suksesi i procedurave imagjinative varet nga aftësia e personit për të prodhuar imazhe të gjalla. Çështja kryesore është:

" Personat me aftësi të dobët imagjinative etiketohen si të tillë apo mund të mësojnë të reduktojnë ose madje ta eliminojnë këtë handikap?"

Studiuesit që punojnë në fushën imagjinative bien dakord se çdo person ka aftësinë të imagjinojë. Aftësia imagjinative është një potencial i lindur, si gjuha dhe aftësi të tjera që perfeksionohen me praktikën. Natyrisht jo të gjithë mund të bëhen imagjinatorë të mirë, por të gjithë mund të përmirësojnë aftësitë e tyre. Pra, përbërësi kryesor për përmirësimin e

kapacitetit imagjinitiv është praktika (Sommer, 1978), e cila në qoftë se lihet pas dore ose braktiset çon në një paaftësi për të krijuar imazhe. Aftësia për të punuar me dhe mbi imazhet mund të jetë e pranishme në disa njerëz dhe jo në të tjerë. Aftësia imagjinitive mund të përcaktojë aftësinë për të përdorur imazhet në mënyrë të saktë dhe me sukses.

Dy faktorë janë sugjeruar si korrelatorë të mundshëm të kësaj aftësie: aftësia për të krijuar IM dhe shkalla e absorbimit e cilësuar si aftësia për t'u përfshirë në përvojat shqisore apo imagjinitive. Kapaciteti i përfshirjes duket një faktor i rëndësishëm në përcaktimin e suksesit të një procedure imagjinitive. Aftësia për të krijuar imazhe të gjalla apo perceptimi i imazheve si të gjalla është një faktor më pak diskriminues se absorbimi imagjinitiv. Një shpjegim për këtë mund të rrjedhë nga dallimet e bazuara në përvojat imagjinitive personale. Ajo që duket mjaft e gjallë dhe pothuajse reale për një person me një strategji të mirë të krijimit të imazheve ndryshon nga imazhet që krijojnë personat me kapacitet imagjinitiv më të ulët.

1.9.2. Dallimet individuale në përvojën imagjinitive

Studimi i dallimeve individuale në prodhimin imagjinitiv është shumë i rëndësishëm si në fushën eksperimentale ashtu dhe atë klinike. Studimi shkencor i këtyre dallimeve në eksperiencën imagjinitive daton tek Fechner (1860) dhe Galton (1880). Individët përjetojnë imazhe ndryshe dhe në mënyra të ndryshme. Tipi vizual përjeton imazhe vizuale më intensive. Të tjerë kanë vetëm imazhe kinestetike intensive, dhe të tjerë akoma përjetojnë imazhe intensive në të dy modalitetet.

Galton(1883) ka folur për dallime gjinore dhe të zhvillimit në përvojën imagjinative. Ai vuri në dukje se gratë kishin aftësi vizualizimi më të larta se meshkujt, dhe se kjo aftësi rritet me moshën në të dyja gjinitë. Këto rezultate janë konfirmuar nga dhe janë mohuar nga të tjerë që nuk kanë gjetur dallime gjinore në përvojën imagjinative.

1.9.3. Metodat që përmirësojnë aftësinë imagjinative

1.9.3.1. Metodat që përmirësojnë gjallërinë imagjinative

Gjallëria konsiderohet si një nga atributet themelore të imazheve vizuale, e lidhur me shkallën në të cilën një imazh i afrohet përvojës reale dhe pranisë së karakteristikave të ndriçimit dhe qartësisë. Është një indeks subjektiv i vlerësimit të imazhit që përdoret gjerësisht në fushën eksperimentale.

Cornoldi, De Beni, Mazzoni, Giusberti, Marucci (1992) kanë identifikuar gjashtë karakteristika të imazhit që kontribuojnë në përcaktimin e gjallërisë, të cilat janë: ngjyra, konteksti, prania e detajeve, përgjithësimi, spikatja, forma dhe konturi. Secila prej këtyre karakteristikave kontribuon në formimin e gjykimit të gjallërisë. Faktorë të ndryshëm të jashtëm të karakteristikave të imazhit ndikojnë në shkallën e gjallërisë, duke përfshirë udhëzimet dhe dëshirën për të imagjinuar.

Faktorët e spikatur që duket se çojnë në një shkallë më të lartë të gjallërisë së imazhit përfshijnë:

-Relaksimi

Është një nga kërkesat e rëndësishme për gjallërinë e imazheve (Bakan, 1980 Gendlin, 1981), pasi lejon fillimin e procesit të ndërgjegjësimit të gjendjeve të brendshme. Imagjinata konsiderohet një mënyrë simbolike e përfaqësimit, që prodhohet gjatë orëve të zgjimit. Zakonisht nuk jemi të vetëdijshëm për imagjinatën sepse duhet të konkurojmë me informacionin e përvojës së përditshme. Ne jemi gjithmonë dhe vazhdimisht të bombarduar me stimuj, dhe shqetësimi për të filtruar stimujt e tepërt na bën të pavetëdijshëm për stimujt e brendshëm. Gjatë relaksimit bota e zhurmshme lihet jashtë dhe bota e brendshme, imagjinative, ka mundësinë të bëhet qendra e vëmendjes. Gendlin (1981) thotë se *"imazhet formohen më mirë dhe përmbajnë shumë detaje gjatë gjendjeve të relaksimit"* (f.71) Singer (1974) thotë se relaksimi kontribuon në shfaqjen e ndërgjegjësimit imagjinativ dhe në rritjen e fantazive. Relaksimi redukton hiperstimulimin e jashtëm ndijor që mjegullon gjallërinë e imazheve dhe mbingarkon sistemin vizual i cili duhet të trajtojë imazhet që vijnë nga kujtesa afatgjatë, dhe stimulimin hyrës (Singer, 1974, p.226). Bakan (1980) fokusohet në rolin e relaksimit. Për autorin, është e qartë se tek njerëzit që punojnë me imazhe, relaksimi kontribuon në përvojën imagjinative. Ai shpjegon se hemisfera e majtë duket të ketë një marrëdhënie më të ngushtë me aktivitetin motorik sesa hemisfera e djathtë. Ndoshta aktiviteti imagjinativ, lidhur me hemisferën e djathtë, është i papajtueshëm me një shkallë të lartë të aktivitetit motorik, ose më mirë, imagjinata është e papajtueshme me ndryshimet në aktivitetin motorik dhe inputet shqisore. Relaksimi është një hap paraprak i nevojshëm për vizualizimin, qartëson mendjen dhe shpërndan tensionin e muskujve.

-Përqëndrimi

Një kërkesë tjetër për imazhet e gjalla është aftësia për t'u përqëndruar. Në mendjen tonë ka shumë mendime mbi të cilat kemi pak kontroll. Por sigurisht që kjo mungesë e kontrollit duhet të kapërcehet nga kushdo që dëshiron të përqëndrohet në imazhet. Përqëndrimi është një formë e vëmendjes që shërben për të marrë dhe organizuar informacionin e realitetit subjektiv dhe objektiv. Ai konsiston në përqëndrimin e vëmendjes në objekt. Në gjendjen e zakonshme mendore ajo është e shpërndarë në një mijë objekte dhe fiksimi në një objekt të vetëm kërkon një përpjekje të caktuar dhe shumë qëndrueshmëri. Yoga (Samuels & Samuels, 1975) tregon dy mënyra kryesore që kontribuojnë në zhvillimin e fuqisë së përqëndrimit:

a) përqëndrimi në një objekt të vogël të jashtëm: personi përpiqet të mendojë vetëm për objektin në fjalë dhe sa herë që një mendim i ndryshëm ndërhyr, ai përpiqet ta largojë atë dhe të kthehet në të menduarit rreth objektit;

b) të numërosh frymëmarrjen: personi përpiqet të ndalojë të gjitha mendimet që i vijnë në mendje dhe përpiqet të përqëndrohet në numërimin e frymëmarrjes. Sa herë që prezantohet një mendim, ai fillon të numërojë. Një mënyrë për të trajtuar këto mendime është largimi i tyre para se të kenë mundësinë të zgjerohen. Një mënyrë tjetër është të trajtohen sikur i përkasin dikujt tjetër.

Praktika e rregullt e këtyre ushtrimeve lejon personin të shmangë mendimet ndërhyrëse dhe të mbajë një imazh për një periudhë më të gjatë (Samuels & Samuels, 1975).

-Pozicioni i trupit dhe inputet ndijore

Duket se pozicioni i shtrirë i trupit lehtëson gjallërinë e imazheve. Pope (1978) ka deklaruar se pozicioni i shtrirë mund të rriste në mënyrë të konsiderueshme përvojën imagjinative vizuale dhe mund të ndikonte fluksin e ndërgjegjes dhe cilësinë e eksperiencës imagjinative. Disa studiues kanë propozuar shpjegime se pse procesi imagjativ rritet në pozicionin e shtrirë. Berdach dhe Bakan(1967) kanë sugjeruar se kjo vjen për shkak të uljes së tensionit të muskujve të kokës dhe qafës, një kusht që mbizotëron edhe në fillimin e gjumit REM. Singer (1978) tregon se pozicioni i shtrirë është i lidhur me gjumin dhe rrjedhimisht me ëndrrat dhe ëndrrat me sy hapur. Shumica e njerëzve raportojnë se një pjesë e mirë e ëndrrave me sy hapur ndodhin kur përgatiten për të shkuar në gjumë. Për Rychlak (1973) ky efekt nuk mund të jetë për shkak të pozicionit të shtrirë, por të reduktimit të stimulimit të jashtëm që e shoqëron këtë pozicion. Siç thotë Richardson, *"Imagjinata manifestohet më lehtë kur dikush është zgjuar dhe kur stimujt e jashtëm nuk janë operativë"*.

-Trajnimi ndijor

Bazuar në intervistat me gratë që konsideroheshin si subjekte të shkëlqyera hipnotike, Wilson dhe Barber (Barber & Wilson, 1983) arritën në përfundimin se karakteristika e spikatur e këtyre njerëzve është jeta e tyre mjaft imagjinative. Këta njerëz fantazojnë dhe imagjinojnë gjithë kohën në mënyre intensive, dhe kjo përfshin të gjitha modalitetet shqisore. Autorët hipotizuan se këto përvoja shqisore janë të lidhura ngushtë si më poshtë: individët që përqëndrohen dhe i përjetojnë përvojat ndijore në mënyra të gjallërishtme kanë

kujtime mjaft intensive të eksperiencave të tyre. Këta individë janë në gjendje të kenë një imagjinatë mjaft intensive dhe të gjallërishme, pasi ato mund t'i përdorin këto kujtime intensive si material mbi të cilin mund të ndërtojnë fantazitë e tyre. Duket se trajnimi ndijor çon në përmirësimin e aftësive imagjinative (Galton, 1883, Richardson, 1969, Wilson & Barber, 1983).

Samuels & Samuels (1975) sugjerojnë se hapi i parë për të zhvilluar aftësinë vizive është vetëdija e plotë për atë rreth nesh, dhe kjo mund të aplikohet edhe për ndjesitë e tjera. Disa ushtrime në funksion të saj janë :

- 1) Përqëndrimi në tiparet e ndryshme të një objekti, si dritat dhe hijet, ngjyrat, perspektiva dhe vetitë e objektit (Samuels & Samuels, 1975).
- 2) Fokusimi tek një objekt dhe përpjekja për ta përjetuar atë. Të mos e etiketosh verbalisht, por të lejosh ndërgjegjen të njohë objektin (Samuels & Samuels, 1975).
- 3) Shikimi i objektit nga këndvështrime të ndryshme fizike dhe pikëpamje të ndryshme mendore.
- 4) Hooper beson se qartësia e perceptimit mund të përmirësohet nëpërmjet vizatimit, duke fotografuar objektet nga kënde të ndryshme, duke dëgjuar me kujdes, duke nuhatur, duke provuar dhe duke prekur objekte (Sommer, 1978).
- 5) Petitclere sugjeron që është e dobishme të përshkruhet një objekt që mund të ndihet, por nuk shihet (Sommer, 1978).

- Trajnimi imagjinativ

Trajnimi imagjinativ duket se përmirëson aftësinë imagjinate. Për këtë qëllim janë ideuar ushtrime të ndryshme në dukje të dobishme.

-Trajnimi multimodal

Gjallëria nuk duhet të identifikohet ekskluzivisht me imazhe vizuale, por për të qenë efektive ajo duhet të përfshijë të gjitha modalitetet shqisore. P.sh. nëse një person ka probleme me vizualizimin ose imagjinimin e një avioni, është e këshillueshme që të përshkruhet zhurma që bën avioni, ndjeshmëria kinestetike e ngritjes së avionit ose presioni i rripit të sigurimit, përgjigjet fiziologjike si rrahjet e zemrës ose frymëmarrja dhe gjendjet e përshtatshme afektive, të tilla si ankthi ose euforia. Theksohet se personi nuk duhet thjesht të imagjinojë skenën, por duhet të identifikohet me të, duhet të përpiqet të dëgjojë ndjenjat sikur po e përjeton situatën në atë moment (Cautela & McCullough, 1978).

-Bindja e pacientit

Aftësia imagjinate është ndoshta universale. Megjithatë disa persona pretendojnë se nuk e kanë këtë aftësi. Korn (1983) propozoi një procedurë akoma sot efikase. Personit i kërkohet të imagjinojë terapistin si pastrues dritaresh të punësuar për të pastruar dritaret e banimit të personit në fjalë. Për të treguar çmimin, pastruesi i dritares duhet të dijë numrin e dritareve që duhet të pastrohen dhe personit i kërkohet të japë këtë informacion. Në përgjigje të kësaj pyetjeje sytë e personit kthehen në anën e kundërt. Kjo mund të tregojë një stimulim të hemisferës jo-dominante. Nëse personi do të merret në pyetje në këtë moment, ai do të tregojë se ishte duke numëruar dritaret.

"Por si mund të numërohen dritaret pa i vizualizuar, edhe pse imazhi nuk është i qartë dhe synon të jetë një produkt i syrit të mendjes? Kjo do ti demonstrojë edhe subjekteve më kokëfortë që imagjinata jo vetëm është e mundur, por që çdokush e përdor atë për të zgjidhur problemet e përditshme" (Korn, 1983, f.62).

Shorr (1977) përmend një mënyrë tjetër për t'u treguar njerëzve që zotërojnë dhe janë në gjendje të prodhojnë imazhe. *"Kur njerëzit më thonë që nuk kanë imagjinuar kurrë, unë i kërkoj të imagjinojnë skena seksuale ... Deri më tani kjo mënyrë nuk ka dështuar"*

-Imazhet e përcaktuara nga procesi evolutiv

Imazhet e ngjarjeve të rëndësishme të së kaluarës duket se janë efektive për t'i bërë njerëzit të vetëdijshëm për imazhet e tyre. Edhe njerëzit që nuk posedojnë një aftësi imagjinative të gjallërishme, përmes inkurajimit dhe përqendrimit mund të shfaqin imazhe kuptimplota të përvojave të kaluara. Këto lloj imazhesh kanë tendencë të rrisin imagjinatën e përgjithshme dhe procesin imagjinativ (Sheikh, 1978).

-Përmirësimi i aktivitetit të hemisferës së djathtë

Studime të ndryshme mbi specializimin e trurit kanë zbuluar se hemisfera e majtë duket më e interesuar në analizën kohore të informacionit në hyrje, e cila e etiketon verbalisht, në imagjinatën dhe rekuperimin e mëvonshëm të saj, në manipulimin e kujtesës dhe në problem-solving. Hemisfera e djathtë merret me organizimin e informacionit hyrës duke e kodifikuar në një mënyrë gjithëpërfshirëse, dhe vepron si një sintetizues më shumë se analizues (Richardson, 1977) . Për Paivio-n (1971) proceset verbale dhe logjike, të cilat përfshijnë përpunimin sekuencial, ndodhin në hemisferën e majtë, ndërsa proceset hapësinore dhe imagjinative, të cilat përfshijnë përpunimin paralel, ndodhin në hemisferën e djathtë. Meqenëse funksionet e hemisferës së djathtë janë të lidhura me imazhet,

valorizimi i tyre duket se provokon një përmirësim të aftësisë imagjinative. Pjesëmarrja në disa aktivitete në lidhje me hemisferën e djathtë, si muzika, arti, poezia, vallëzimi, humori dhe meditimi, duhet të çojë në një prodhim më të madh imagjativ.

-Roli i gjendjeve somato-emocionale

Imazhet mendohet të kenë një marrëdhënie të drejtpërdrejtë me emocionet. Shumë psikologë kanë vërejtur se imazhet kanë një aftësi të jashtëzakonshme në ndikimin e ndryshimeve emocionale dhe psikologjike (Sheikh & Kunzendorf, 1984, Sheikh & Panagiotou, 1975). Klinicistët shpesh u kërkojnë pacientëve të fokusohen dhe të projektojnë në mënyrë të përsëritur një imazh që fillimisht ishte i dobët dhe i paqartë derisa të bëhet i qartë, i gjallë, i saktë, i detajuar dhe i qëndrueshëm. Përmes imazhit, individit përpiqet të rikrijë përvojën origjinale, e cila është ri-përjetimi i ndjesive, kuptimeve dhe përgjigjet e trupit, të cilat përbëjnë kujtesën në tërësi. Përqëndrimi në kuptimin e imazhit ose në ndjesitë dhe përgjigjet trupore që imazhi ngjall duhet të bëjë ngjarjen më reale. Ley (1979) i konsideron imazhet dhe emocionet të pandashme. Ndoshta këto komponentë imagjinarë dhe emocionalë janë të pandashme, sepse ato janë të lidhura së bashku nga kuptimi që transmetojnë. Imazhet dhe ndjesitë trupore janë të lidhura ngushtë, por në nivele të ndryshme. Njerëzit nuk duhet të punojnë vetëm me trupin dhe me imazhet, por duhet t'i kushtojnë vëmendje të veçantë formimit të diçkaje që perceptohet drejtpërsëdrejti nga trupi, por pa dyshim kuptimplotë (Gendlin). Teoria bioinformative e Lang-it (1977) trajton drejtpërsëdrejti aspektin psikofiziologjik të imagjinatës. Supozohet se IM janë organizuar në mënyrë specifike në një tërësi funksionale të organizuar mirë që është e fiksuar në tru. Sipas Lang udhëzimet e dhëna do të jenë më efektive nëse konsistojnë jo vetëm në

propozicionet-stimul, që përfshijnë karakteristikat e skenarit që duhet imagjinuar si vende, veshje, etj, por edhe propozicionet-përgjigje që përfshijnë veprimet e parashikuara nga ai që imagjinoi, si përgjigjet motorike dhe aspektet fiziologjike. Të dyja propozicionet bashkë formojnë një imazh që përmban një program motorik me udhëzimet relative se si t'i përgjigjet imazhit. Imagjinimi i një scene çon në aktivizimin dhe përgjigjen psikomotorike, prandaj modifikimi i njërës ndryshon edhe tjetrën. Në përfundim, kur IM ndryshon, edhe sjellja e vërtetë ndryshon gjithashtu sepse të dy kanë të njëjtat baza psikofiziologjike.

-Kapërcimi i rezistencave

Në disa raste pamundësia për të imagjinuar ose aftësia për të imagjinuar gjallërisht mund të jetë një funksion i një rezistence të ngritur nga pacientët. Këto rezistenca mund të ndikojnë në aftësinë imagjinative në fusha të ndryshme specifike ose mund të pengojnë plotësisht procesin imagjativ. Këto rezistenca duhet të identifikohen dhe të kuptohen përpara zhvillimit të një procesi të saktë imagjativ.

-Faktorët e zhvillimit

Sipas Qualls dhe Sheehan (1983) origjina e aftësisë imagjinative dhe vullneti për të përdorur në mënyrë spontane këto aftësi qëndron në eksperiencat imagjinative dhe në lojrat fantaziose të fëmijërisë së hershme. Këto të fundit mund të përfaqësojnë një periudhë të ndjeshme dhe të rëndësishme për zhvillimin e aftësive imagjinative.

Hulumtuesit kanë identifikuar një numër faktorësh që duket se përforcojnë lojrat fantaziose të fëmijërisë, të cilat nga ana tjetër mund të çojnë në një përmirësim të aftësive imagjinative gjatë gjithë jetës.

- 1) Përvojat pozitive ndërpersonale në vitet e para të jetës janë të dobishme (Tower, 1983).
- 2) Lidhja dhe siguria është një faktor i rëndësishëm (Tower, 1983).
- 3) Modeli prindëror që ka forma artistike, verbale dhe forma të tjera shpikjesh i pasuron aktivitetet e lojës së fëmijës (Tower, 1983).
- 4) Fëmija duhet të inkurajohet që të angazhohet në aktivitete "role-playing" dhe të sillet sikur një objekt të ishte diçka tjetër nga ajo që në të vërtetë është
- 5) Tregimet nga ana e familjareve mund të jenë të dobishme (Hilgard, 1980).
- 6) Televizioni në mënyrë të moderuar, mund të jetë një katalizator i dobishëm për lojën imagjinative. Megjithatë prania e një personi që nxit përdorimin kreativ të televizionit është shumë më e rëndësishme se të shikuarit pasiv të televizionit (Singer, 1977).
- 7) Loja socio-dramatike, që përfshin tema dhe ngjarje të përvojës së përditshme të fëmijës dhe lojërat e fantazisë, që përfshijnë tema dhe ngjarje që janë shumë larg nga përvoja personale e subjektit (përralla), janë efektive në stimulimin e aftësive imagjinative të fëmijës (Qualls, Sheehan, 1983).

1.9.3.2. Kontrolli imagjativ

Suksesi i procedurave imagjinative përcaktohet jo vetëm nga aftësia për të krijuar imazhe të gjallërishme, por edhe nga aftësia për të kontrolluar imazhet. Nëse një individ është i aftë të prodhojë imazhe të gjallërishme, por nuk është në gjendje të kontrollojë këto imazhe, atëherë nuk e ka të mundur përdorimin në mënyrë efektive të teknikave imagjinative.

"Gjendja më e vështirë për të provokuar një ndryshim të sjelljes është ajo në të cilën një pacient përjeton imazhe të gjallërishtme në mënyrë intensive, por nuk mund t'i kontrollojë ato ose të deklarojë mendime adaptuese dhe vazhdon të përdorë imazhe jo adaptuese" (Cautela & McCulloch, 1978, f.237).

Sipas Richardson (1969) kombinimi i një shkallë të lartë të gjallërisë dhe një shkallë të lartë të kontrollueshmërisë lidhet më shumë me ndryshimet e sjelljes, ndërsa kombinimi i një niveli të lartë të gjallërisë dhe kontrollueshmërisë së ulët lidhet me ndryshimin minimal të sjelljes. Një individ që nuk ka kontroll mbi imazhet e tij, do të ketë vështirësi të përqëndrohet në imazhe të dobishme. Ai mund të fillojë duke imagjinuar situata mjaft pozitive, por pastaj e gjen veten vazhdimisht të bllokuar nga mendimet kundërshtare.

Cautela dhe McCullough (1978) propozojnë disa procedura që duken efektive për të ndihmuar në kontrollimin dhe përcjelljen e imazheve negative:

- 1) Individit i kujtohet që imazhi është e tij, ai e krijon dhe për këtë arsye mund ta ndryshojë atë. Pastaj i kërkohet të përshkruajë përsëri skenën imagjinative, por këtë herë me rezultate positive. Ndonjëherë ky ushtrim është i mjaftueshëm dhe personi bëhet i aftë për të kontrolluar imazhin e tij.
- 2) Nëse ushtrimi i përshkruar më sipër nuk është efektiv, imazhet e padëshiruara ndryshojnë gradualisht, duke i dhënë një formë të re.
- 3) Personi duhet të mbajë një regjistër të të gjitha situatave që shkaktojnë ankth, tension dhe depresion. Pas një javë shënimesh ai mëson t'i identifikojë shpejt. Mundohet të relaksohet para një mendimi kundërshtues dhe ta ndalojë atë që nga fillimi, kur është më e lehtë për ta kontrolluar dhe shtypur.

Në përfundim, të gjithë kanë potencial për të imagjinuar. Aftësia imagjinative nuk është e njëjtë në çdo individ, por ndryshon në aspektin e sasisë dhe të cilësisë. Të gjithë mund të përdorin IM, pasi trajnohen në formimin, manipulimin dhe përdorimin e tyre. Aftësia për të imagjinuar nuk bazohet vetëm në përvojën vizuale, sepse imazhet nuk janë vetëm vizuale, por rrjedhin nga integrimi i informacionit që vjen nga më shumë kanale.

Kapitulli II : Depresioni perinatal

Çfarë është një "nënë e mirë", e vendosin të tjerët. Kori. Shikimi që miraton dhe qorton. Ata që gjithmonë e dinë se çfarë duhet bërë dhe çfarë nuk bëhet. Çfarë është e drejtë, e mençur, e dobishme. Por sa janë mënyrat e të qenit një nënë ose të mos qenit fare? "

(Concita de Gregorio, Një nënë e di, 2006, Mondadori)

2.1 Hyrje

Lindja e një fëmije është një ngjarje shumë e rëndësishme dhe delikate në jetën e një gruaje dhe përfshin transformime të thella nga pikëpamja fizike, psikologjike dhe relacionale. Përvoja emocionale e përjetuar nga gratë që bëhen nëna ka një rëndësi themelore në zhvillimin e personalitetit të tyre. Stern dhe kolegë evidentojnë se si lindja e një fëmije është e lidhur me lindjen psikologjike të nënës, e cila duhet të gjejë një hapësirë mendore, jo vetëm për fëmijën, por edhe për një identitet të ri (Stern, Bruschweiler-Stern, & Freeland, 1998). Duke filluar nga vitet 1940, disa autorë kanë kontribuar në konceptualizimin e shtatzënisë si një fazë evolucionare themelore në zhvillimin e identitetit femëror. Me punën e Deutsch (1945) koncepti gjen njohuri të reja dhe zgjerohet në aspekte të lidhura me "dëshirën për mëmësi" që është e pranishme përgjatë gjithë rrugës së ndërtimit të identitetit të gruas, të karakterizuar nga transformime të vazhdueshme të lidhura me faktorë të brendshëm dhe të jashtëm. Autori gjithashtu nënvizon se si dëshira e mëmësisë lidhet me tendencën e grave, pjesërisht fizike dhe pjesërisht psikologjike, për "kujdesje", karakteristikë e veçantë e ndjenjës së nënës. Pines (1972, 1982) thekson se shtatzënia është një moment historik për zhvillimin e identitetit femëror, sepse e lejon gruan

të rielaborojë procesin e ndarjes-individualizimit në konfront me nënën e saj. Ai (1982, 1988) gjithashtu thekson rëndësinë e dallimit të dëshirës për mëmësi nga dëshira për shtatzëni. E para ka të bëjë me një nevojë objektivistike të gruas për t'u kujdesur për fëmijën, ndërsa e dyta ka të bëjë me një nevojë narcisiste për të provuar se trupi i tyre është në gjendje të gjenerojë si nëna e tyre. Ndryshimet që ndodhin gjatë shtatzënisë përfshijnë ndryshime të thella në përfaqësimet mendore të nënës, për fëmijën e ardhshëm dhe për veten e saj fëmijë (Amman, Candelori, Pula & Tambelli, 1995). Në veçanti, përfaqësimet e nënës për fëmijën mund të lidhen me "fëmijën imagjinar", dmth, me fantazitë e vetëdijshme për fëmijën dhe vendin e tij në kuadër të sistemit familjar, dhe "fëmijën shpirtëror", përfaqësimi i të cilit rrjedh nga konfliktet e pavetëdijshme që lidhen me zhvillimin psiko-seksual të nënës. Pas lindjes, "fëmija i vërtetë" hyn në botën e mbushur me fantazitë e nënës dhe kërkon një ndryshim të perspektivës së nënës. Mëmësia konfigurohet, pra, si një periudhë kritike vulnerabiliteti dhe "transparencë psikike" (Bydlowski, 1997). Përcaktohet si një periudhë "krize" (Pazzagli, Welcome, dhe Rossi Monti, 1981), në të cilën ndryshimet e lidhura me të mund të rrezikojë identitetin e gruas, duke shkaktuar konfuzion të elementëve që e karakterizojnë. Ky konfuzion kërkon një riorganizim të thellë të realitetit të jashtëm dhe të botës psikike të nënës: mëmësia është kryesisht një gjendje mendore. Përvetësimi i rolit të nënës, vjen nga një proces rielaborativ i thellë që lejon gruan të krijojë një strukturë të re mendore, të përcaktuar nga Stern (1995) "kostelacion matern". Një konfigurim i tillë psikik fillon të marrë formë gjatë shtatzënisë dhe lejon gruan të riorganizojë jetën mendore, duke ripërcaktuar prioritetet, vlerat dhe interesat, zhvillimin e kapaciteteve të reja për sintonizimin dhe pasqyrimin emocional të fëmijës.

Në fazat e hershme të mëmësisë, çdo grua kalon një periudhë "sëmundjeje normale" që Winnicott (1958) e përkufizon si "preokupim parësor madhor", një gjendje psikologjike në të cilën nëna është thellësisht e zhytur në fantazitë dhe përvojat lidhur me fëmijën. Është një funksion adaptiv që fillon në tre muajt e fundit të shtatzënisë dhe zgjat deri në tre muajt e parë të jetës së fëmijës. Kjo e lejon nënën të kuptojë nevojat e fëmijës dhe t'u përgjigjet atyre me ndjeshmëri. Por, nëse ky preokupim madhor parësor zgjatet në kohë, krijohet tek nëna një tërheqje narcisiste nga vetvetja dhe nga realiteti, duke ndryshuar marrëdhënien e saj me mjedisin (Hung, 2004). Koncepti i ndryshimit nënkupton, për gruan, humbjen e një pjese të saj, e cila nuk do të rekuperohet më. Ndryshimi do të kërkojë një proces ri-sistemimi global të personalitetit, në të cilin nëna e re duhet të përpiqet të krijojë një lidhje midis fantazive që lidhen me shtatzëninë, lindjen, mëmësinë, dhe realitetin e fëmijës. Ndonjëherë, megjithatë, në prani të faktorëve të caktuar të rrezikut, ajo mund të paraqesë vështirësi dhe të favorizojë shfaqjen e simptomave depresive në periudhën perinatale.

2.2. Lindja e një fëmije: problematikat

Në vitin 1967, dy psikiatër amerikanë, Thomas Holmes dhe Richard Rahe propozuan një shkallë për vlerësimin e impaktit të ngjarjeve stresuese të jetës në shëndetin e individit. Ideja themelore ishte se rritja e një pikëzimi total e arritur në një moment të caktuar, korrespondon me një probabilitet në rritje të zhvillimit të një patologjie. Në një interval nga 11 deri në 100, shtatzënia korrespondonte me 40 pikë ndërsa hyrja e një anëtari të ri në familje me 39 (Holmes & Rahe, 1967). Nëse shtohen ndryshimet e tjera që mbërritja e një fëmije mund të sjellë, shuma e tejkalon nivelin e pritshëm për rrezikun e moderuar të një sëmundjeje.

Pavarësisht se dëshmitë empirike dëshmojnë mundësinë e shfaqjes së problemeve psikologjike gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes (O'Hara, 2009), ndërtimi social i mëmësisë vazhdon ta përfaqësojë këtë periudhë si një "mit", në të cilin duket se të drejtat ekskluzive i kanë emocionet pozitive (Nicolson, 2006). Përgjegjësia e prindërve, dhe në veçanti e një nënë, është e njohur nga sensi komun. Megjithatë, konsiderohet "e natyrshme", vazhdimësi ideale, për gruan, një ngjarje fiziologjike e konceptimit dhe ajo që vijon prej saj.

Në veçanti për nënat, dëshira për përshtatje ndaj një modeli të "prindit ideal", "të përsosur", mund të parandalojë njohjen e gjendjes së sëmurë dhe nevojën për të kërkuar ndihmë. Shtohet, edhe stigma e fortë ende e pranishme ndaj sëmundjeve mendore, si një pengesë shtesë për identifikimin e saktë të asaj që po përjetohet (Buist et al., 2007).

Whitton et al. (1996) intervistuan një kampion prej 78 grash në Mançester të diagnostikuara me depresion 6-8 javë pas lindjes. 97 % pranuan se po jetonin një situatë jo të favorshme, nuk ndjehenin mirë si zakonisht, por vetëm 32 % mendonin se ishte e drejtë të flisje për DPP lidhur me gjendjen e tyre. 55 % thanë se simptomat e tyre nuk ishin aq të rënda sa të konsiderohenin një indeks i një gjendjeje depresive dhe 33 % ia atribuonin shqetësimin e tyre lodhjes. 51 (65%) gra kishin ndarë përvojat e tyre me dikë, më shumë se gjysma me familjen ose miqtë. Vetëm 9 gra (12%) e kishin diskutuar atë me një punonjës shëndetësor, vetëm 3 (4%) me mjekun e familjes.

Në një studim të kryer në Zelandën e Re me 400 nëna të kontaktuar gjatë një vizite rutinë midis javës së 12-22 të shtatzënisë, u pa se 370 (93%) kanë pranuar të plotësojnë një shkallë vlerësimi për depresionin, por vetëm 31% e atyre me një rezultat të lartë morën

pjesë në fazat e mëvonshme të projektit. Në fund, vetëm 4 gra morën pjesë në trajtimin e planifikuar. Mes atyre që refuzuan, u hasën motive që lidhenin me frikën e të qenit të "etiketuar" negativisht, me faktin se simptomat e tyre nuk ishin mjaftueshëm serioze ose mjeku i familjes kishte pohuar se, duke pasur parasysh gjendjen e shtatzënisë, kjo konsiderohej "normale".

Për më tepër, pas lindjes së fëmijës, mund të shfaqen edhe në të dy prindërit simptoma ankthi, të cilave, literatura shkencore i ka kushtuar më pak vëmendje (Matthey et al., 2003; Miller et al., 2006). Rreziku është nënvlerësimi i fenomenit dhe mos garantimi i një përgjigje në kohë dhe të përshtatshme. Shfaqjet e ankthit mund të konsiderohen si një pasojë e pashmangshme e ardhjes në jetë të fëmijës, sidomos tek nënat. Kjo mund të çojë në minimizimin e problemit, para së gjithash nga gratë që e jetojnë atë. Në një studim australian, Woolhouse et al. (2009) zbuluan se nga 1385 gra të kontaktuara në javën e 24-të të shtatzënisë dhe të cilat iu përgjigjën një pyetësori telefonik 9 muaj pas lindjes, 8.5 % kanë raportuar se kanë provuar simptoma të ankthit intensiv ose atak paniku tre muaj para intervistës. 44.4 % kanë folur me një operator shëndetësor. Arsyeja kryesore e atyre që nuk kishin kërkuar ndihmë ishte se nuk kishin askënd me të cilin të flisnin rehat ose ishin shumë të turpshme për ta bërë atë. 11 %, e vlerësuan ndjenjën e tyre si "normale" dhe shpresonin se me kalimin e kohës do të përmirësohenin, ndërsa 10% e konsideronin të parëndësishëm një vlerësim mjekësor për simptomat e tyre. Nga ana tjetër, vështirësia në përballimin e simptomave të ankthit dhe depresionit, si dhe vuajtjet e lidhura me të, dalin qartë nga një studim cilësor kanadez i cili përfshiu 19 gra me një diagnozë të depresionit madhor gjatë shtatzënisë (Bennett et al., 2007). Emocionet irracionale, paaftësia për të

vepruar në çdo fushë të jetës, mendimet invazive, ankthi i përhapur, largimi nga miqtë dhe pamundësia për të vendosur marrëdhënie të reja: e gjithë kjo panoramë mbizotëron gruan që vazhdon të ketë si qëllim të bëhet "nëna më e mirë ", e tmerruar nga ideja se ajo që po përjeton mund të ndikojë në një farë mënyre fëmijën në barkun e saj. Për shumë nëna ideja e perceptimit të emocioneve negative gjatë shtatzënisë është një non sens, është diçka që ata nuk mund të shpjegojnë dhe që i bën të ndjehen keq. Nuk korrespondon me imazhin e idealizuar të mëmësisë që kanë përfytyruar. Në veçanti, këto gra shprehin nevojën për të njohur veten në të tjerë që janë duke jetuar përvojën e tyre, në mënyrë që të mos ndjehen vetëm dhe të kapërcejnë atë ndjenjën e turpit që kanë (Bennett et al., 2007).

Është interesante ajo çfarë propozoi Amankwaa (2005) si një lexim shpjegues i fillimit të DPP në kontekstin e teorisë së roleve sociale. Duke u nisur nga të dhënat e dala nga një hulumtim cilësor i kryer me nënat afroamerikane, autori thekson peshën që roli i nënës, dhe pritshmëritë sociale të lidhura me të, mund të kenë mbi përgjigjet ndaj ngjarjes së lindjes për gruan. Shumë nga faktorët stresues janë të lidhura pikërisht me rolin e nënës. Nënata ankohen për mospërputhje midis asaj që imagjinojnë dhe realitetin që po përjetojnë, midis asaj që të tjerët presin prej tyre dhe sa ata ndjehen të afta për të bërë. Perceptimi i mospërputhjes ndaj pritshmërive dhe mbingarkesa e detyrave dhe përgjegjësisë është e fortë.

Kjo mund të çojë në një kolaps të rolit të nënës dhe rrjedhimisht në zhvillimin e simptomave depressive. Një element që mund të parandalojë këtë përfundim është prania e një suporti të jashtëm në gjendje të favorizojë një ri-konceptim dhe ri-organizim të vetë rolit. Aspekti interesant i këtij propozimi teorik është vëmendja e vendosur në nivelin

kontekstual: shoqëria është vendi ku ndërtojmë dhe mësojmë rregulla që pastaj udhëheqin veprimet dhe ndjenjat në jetën e përditshme. Kur ajo që jetojmë nuk korresponдон me pritshmëritë sociale, mund të lindin më shumë ose më pak probleme serioze. Simptomat depresive pas lindjes mund të jenë mes tyre.

2.3. Depresioni Perinatal : Përkufizimi dhe karakteristikat

Depresioni është një çrregullim i humorit i karakterizuar nga simptoma të tilla si trishtimi, ulje e ndjeshme e interesit në aktivitete të ndryshme, humbje ose shtim në peshë, pagjumësi ose gjumë i tepërt, nervozizëm ose vonesë psikomotorore, mungesë energjie, ndjenja pavlefshmërie dhe faji të tepruara ose të papërshtatshme, përqëndrim i reduktuar dhe mendime vdekjeje (DSM). O. B. Sh. (1992) identifikoi depresionin si shkaktarin e parë të mosfunksionimit tek individët e moshës 14-44 vjeç. Rreziku për çrregullime depresive në kampionet e komunitetit varion nga 10% në 25% dhe janë gratë dhe të rinjtë që kanë një rrezik më të lartë. Termi "depresion" zakonisht përdoret për të përcaktuar një sërë ndjenjash të dhimbshme me të cilat individi i përgjigjet përvojave të humbjes, qoftë simbolike apo reale (Grinberg, 1971). Që nga studimet e para psikoanalitike mbi depresionin, koncepti i humbjes merr një rëndësi qendrore në shumë prej teorive që përpiqen të shpjegojnë dinamikat psikologjike dhe të pavetëdijshme. Predispozita për depresion duket se rrjedh nga paaftësia e subjektit për të kapërcyer fazat e ndryshme të zhvillimit që nënkuptojnë braktisjen e objekteve ose pjesëve të tyre. Pamundësia për të ndryshuar investimet emocionale krijon një gjendje vulnerabiliteti depresive, e cila mund të çojë në zhvillimin e një çrregullimi depresiv në ato faza të jetës ku ndodhin ndryshimet më të rëndësishme, p.sh. gjatë adoleshencës ose kur lind fëmija i parë (Haynal, 1976).

Nga pikëpamja diagnostike, DSM-V nuk e klasifikon depresionin postpartum (DPP) si një çrregullim specifik, por shton termin peripartum për të specifikuar momentin e fillimit të një çrregullimi të humorit, nëse kjo ndodh në shtatzëni dhe brenda katër javëve të para pas lindjes.

ICD-10 (Klasifikimi Ndërkombëtar për Sëmundjet, O.B.Sh, 1993) përfshin në klasifikimin e saj kategorinë "Çrregullimet psikologjike dhe çrregullime të sjelljes të lidhura me lehoninë", ku mund të futen shqetësimet që lindin brenda gjashtë javësh nga lindja e fëmijës. Në hulumtimet klinike, shumica e studimeve tregojnë vulnerabilitet psikologjik të gruas për të paktën gjashtë muajt e parë pas lindjes dhe disa autorë e shtrijnë përkufizimin e depresionit pas lindjes deri në vitin e parë të fëmijës (Beck & Driscoll 2006., Nemeroff, 2008., McQueen, Montgomery, Lappan-Gracon, Evans, & Hunter, 2008).

Në veprat e shumta në literaturë ende vërehet një mungesë konsensusi në lidhje me përkufizimin e depresionit perinatal . Në peisazhin shkencor debatohet mbi specificitetin kundrejt natyrës jo-specifike të këtij kuadri klinik, ku përpiqet të përcaktohet nëse depresioni perinatal është një çrregullim specifik apo nëse është i ngjashëm me çrregullimin depresiv që manifestohet në periudha të tjera të jetës. Sigurisht gruaja përjeton këto simptoma në një periudhë të caktuar të jetës së saj, në një fazë që ka transformime të thella emocionale dhe gjatë së cilës lindja e një fëmije përbën një faktor vulnerabiliteti (Whiffen, 1988). Studime të shumta që hetojnë "specifikën" e DPP kundrejt depresionit patologjik kanë treguar se, në gratë që nuk kanë përjetuar asnjëherë një çrregullim humori, lindja është një "faktor vulnerabiliteti".

Prandaj, depresioni perinatal karakterizohet si një kornizë specifike, sepse lidhet me mëmësinë, një periudhë kritike e një vulnerabiliteti të thellë që përfshin transformime të rëndësishme në jetën e një gruaje në aspekte të ndryshme: psikologjike, fizike, kulturore, shpirtërore dhe emocionale. Të dhënat epidemiologjike mbështesin hipotezën e një marrëdhënie specifike midis shtatzënisë dhe gjendjeve depressive. Prevalenca e depresionit perinatal (prania e një ose më shumë episodesh depressive madhore ose minore në gratë gjatë shtatzënisë dhe në 12 muaj pas lindjes) vlerësohet të jetë midis 5% dhe 25% (edhe pse disa raportojnë të jetë mbi 40%). Këto shifra lidhen me mungesën e homogjenitetit midis studimeve të veçanta në lidhje me kohën dhe metodat, karakteristikat e popullatave të hetuara, dhe instrumentet e përdorura për matjen e intensitetit të simptomave (O'Hara, Neunaber, & Zekoski 1984 Hopkins, Marcus & Campbell, 1984; Jesse et al., 2010).

Studimi meta-analitik i kryer nga Agency for Healthcare Research and Quality mbi rezultatet e hulumtimeve të botuara nga 1980 deri në 2004 (Gaynes et al., 2005) tregon një normë mesatare të prevalencës për depresion midis 8,5 % dhe 11% gjatë shtatzënisë dhe midis 6.5 % dhe 12.9 % në vitin e parë pas lindjes së fëmijës. Simptomatologjia e depresionit pas lindjes përbëhet nga çrregullime të cilat janë pjesërisht të ngjashme me ato të një kuadri tipik depresiv dhe që vazhdojnë rregullisht për të paktën një javë: humor depresiv, nervozizëm, vështirësi përqëndrimi, ankth, qarje, nivel të ulët të energjisë, humbja e interesit, lodhje, çrregullime të gjumit dhe oreksit, ndjenja faji, pavlefshmëri dhe ide vetëvrasëse (Beeber 2002., NMHA 2003, Troy, 2003., Bernstein et al 2008). Një episod DPP synon të zgjasë mesatarisht disa muaj, por në format më të rënda mund të zgjasë deri në dy vjet (Affonso, De, Horowitz, dhe Mayberry, 2000, Cramer, 1999). Campbell dhe

Cohn (1997) gjetën një variabilitet ekstrem në rrjedhën e DPP, mund të vërehen depresione të karakterizuara nga një simptomatologji e lehtë ose e moderuar, të cilat mund të zgjasin nga disa javë në disa muaj, dhe depresione më serioze, të cilat mund të zgjasin një vit ose më shumë.

Rreziku kryesor për një grua që ka vuajtur nga DPP është t'i nënshtrohet episodeve depressive, gjatë një periudhe 5 vjeçare, me një probabilitet më të lartë sesa gratë që nuk kanë vuajtur kurrë nga DPP (Cooper & Murray, 1995).

2.4. Depresioni në shtatzëni

Shumë vëmendje i është kushtuar çrregullimeve të shëndetit mendor perinatal dhe DPP në veçanti, por deri kohët e fundit ka pasur pak hulumtime mbi efektet e periudhës prenatale në humorin e nënës. Besohej se gjendja e shtatzënisë i mbron gratë nga ndjenjat e dëshpërimit, prandaj, përmirësimi i shëndetit mendor të nënës gjatë shtatzënisë mund të konsiderohet si një qëllim legjitim.

Depresioni është më i përhapur në gratë midis moshës 18 dhe 44 vjeç dhe është momenti më i mundshëm në të cilin gratë mbeten shtatzënë (Stewart 2005).

Shumë gra përjetojnë depresion dhe ankth gjatë shtatzënisë, i cili ka potencial për të ndikuar në vetë-mjaftueshmërinë dhe në kujdesin e fetusit në zhvillim p.sh. frekuenca e vizitave prenatale, përdorimi i alkoolit ose drogës (Lobel, Dunkel-Schetter dhe Scrimshaw, 1992). Kjo bëri që zhvilluesit e DSM Edicioni i 5-të (Shoqata Psikiatrike Amerikane, 2013) të modifikonin identifikuesin e "fillimit të pas-lindjes" të lidhur me diagnozën e

çrregullimeve depressive madhore në "me fillimin perinatal", të përcaktuar si fillimi i depresionit gjatë shtatzënisë ose në katër javët e para pasuese të lindjes.

Është interesante të zbulohet në veprën e Evans et al. (2001) se simptomat e depresionit nuk janë më të zakonshme ose serioze pas lindjes në krahasim me shtatzëninë. Hulumtimet kanë sugjeruar se depresioni prenatal prek 15-20 % të nënave, që është një përqindje më e lartë se gratë që vuajnë nga depresioni pas lindjes. Një studim i Austin vlerëson se rreth 40 % e grave që kanë depresion në periudhën pas lindjes kanë qenë depressive gjatë shtatzënisë. Në studimet që propozojnë rezultate epidemiologjike në lidhje me depresionin e shtatzënisë ka një ndryshueshmëri të gjerë që varion nga 10-16 % në 14-23 % të grave shtatzëna me simptoma depressive

Fraser (2006) i kërkoi 11 nënave të përshkruanin tremujorin e tyre të fundit të shtatzënisë duke kompletuar vizatime dhe raporte abstrakte të perceptimeve dhe ndjenjave të tyre: edhe pse ka pasur përgjigje të ndryshme ndaj aspekteve pozitive dhe negative të shtatzënisë, të gjithë raportuan "gëzim" si emocion të përbashkët. Hulumtimi vazhdon të tregojë se shumë gra janë të shqetësuara gjatë shtatzënisë, por nuk e njohin atë si problem. Sidoqoftë, dëshmitë e nënave që kanë ndarë përvojat e tyre thonë: *"Të qarit gjatë shtatzënisë ishte krejtësisht normale dhe si mund të isha në depresion kur isha kaq e lumtur për shtatzëninë?"* Është e mundur që gratë të pranojnë emocione të ndryshme si pjesë e emocioneve të shtatzënisë. Është gjithashtu e mundur që ata nuk janë në gjendje të njohin burimin e këtyre emocioneve dhe mund ta shpjegojnë atë si lodhje, shqetësim (Welford, 1998). Bollëku i ndjenjave që mbizotërojnë nënën mund të krijojë veshtirësi midis asaj që

është normale për të dhe çfarë është e ndryshme nga normalja për shkak të lindjes së fëmijës.

Është e mundur që ndryshimet hormonale të jenë përgjegjëse, por nuk ka dëshmi të mjaftueshme. Megjithatë, ndryshimet biologjike të përqendrimeve të rritura të steroideve seksuale gjatë shtatzënisë njihen të kenë një efekt të drejtpërdrejtë në gjendjen emocionale të nënës. Shtatzënia është një ngjarje e rëndësishme që ndryshon jetën kështu që nuk është jashtë sferave të mundësisë që gratë mund të bien në depresion gjatë kësaj periudhe, veçanërisht nëse kjo është e përbërë nga faktorë stresues të jetës.

2.4.1 Simptomat depresive në shtatzëni

- Paaftësi në përqendrim.
- Ankth.
- Irritim ekstrem me të tjerët dhe me veten.
- Probleme të gjumit (pagjumësia / gjumë i tepërt).
- Humbja / rritja e oreksit.
- Ndjesi lodhjeje në shumicën e kohës.
- Paaftësi për të përjetuar kënaqësi.
- Trishtim i vazhdueshëm dhe lot.
- Agorafobi: Vështirësia në daljen nga shtëpia dhe ekspozimi i vetes në situata shoqërore.

- Tendenca obsesive-kompulsive, siç janë larja e duarve në mënyrë të përsëritur.

2.4.2. Faktorët e rrezikut për nënat

Çdo faktor rreziku merr një kuptim në lidhje me subjektin, kulturën e tij, qëndrueshmërinë e tij në kohë dhe kohëzgjatjen e ndikimit. Në ndërveprimin e tyre të ndërlikuar nuk është e mundur të përcaktohet një marrëdhënie e veçantë shkak-pasojë, dhe as nëse veprojnë sinergjikisht ose individualisht.

Studimet kanë treguar se privimi socio-ekonomik, papunësia dhe varfëria ekspozojnë nënat në depresionin para lindjes (Bolton et al., 1998).

Mbështetja e dobët sociale, mungesa e një partneri mbështetës dhe mosmarrëveshjet në marrëdhëniet martesore janë gjithashtu një faktor rreziku (Johanson et al., 2000). Një episod i mëparshëm i depresionit gjithashtu ka të ngjarë të tregojë një rishfaqje të mundshme të simptomave depressive (Spinelli, 1997).

Edhe pse ka pak studime, ka edhe prova që sugjerojnë se dhuna në familje rrit rrezikun e depresionit prenatal. Nuk është bërë asnjë hulumtim i detajuar mbi faktin se pse burrat sulmojnë partnerët e tyre shtatzëna, por në disa raste burrat duket se duan të shkaktojnë qëllimisht abortin. Arsyeja më e mundshme është se gruaja është më e dobët dhe e paafte të reagojë ose të mbrojë veten. Është i regjistruar fakti që dhuna në familje rritet me martesën, kur një grua ka fëmijë dhe kur ajo është shtatzënë. Kjo, si çdo abuzim, çon në ndryshime të rëndësishme në psikologjinë e grave.

Ka dëshmi se abuzimi seksual në fëmijëri mund t'i predispozojë gratë për depresion në shtatzëni. Pamundësia për të kontrolluar këto ndryshime fizike dhe emocionale mund të pasqyrojnë ndjenja të ngjashme të abuzimit. Një histori abuzimi seksual mund të shoqërohet me një neveri ndaj kujdesit obstetrikal rutinë. Kjo, nga ana tjetër, mund të lidhet me tokofobinë primare. Është e mundur që trauma e një lindjeje vaginale mund të shkaktojnë një rilindje të kujtimeve të abuzimit.

Modelet e dobëta prindërore janë gjithashtu një faktor rreziku, mungesa e mbështetjes nga familja dhe miqtë mund të ketë një ndikim serioz negativ. Roli jetësor që familjet luajnë në mbështetjen e gruas shtatzënë njihet në shumë studime, jo vetëm në ato të përfshira në shëndetin mendor perinatal. Ky është një rol i veçantë, por që mund të integrohet nga profesionistë të shëndetit dhe agjencitë multidisiplinare.

Shtatzënia e paplanifikuar është gjithashtu një faktor rreziku (Rubertsson et al. 2003).

Faktor tjetër rreziku është edhe vulnerabiliteti hormonal p.sh. gratë me Sindromë Premenstruale, çrregullim disforik Pre-Menstrual, patologjia mjekësore e nënës (p.sh. çrregullime tiroidale, diabeti), komplikime fetale (p.sh: keqformime parësore dhe / ose sekondare).

Përdorimi i substancave psikoaktive (droga, alkooli, substanca dopingu) konsiderohen po ashtu si faktorë rreziku.

2.4.3. Pasojat e depresionit në shtatzëni

Depresioni gjatë shtatzënisë mund të ndikojë në peshën e foshnjës në lindje. Një studim u ndërmor nga Rahman et al. (2007) të cilët treguan një lidhje mes depresionit prenatal dhe peshës së ulët të lindjes në një vend në zhvillim në Azinë Jugore. Stresi dhe ankthi gjatë shtatzënisë gjithashtu mund shkaktojnë peshë të ulët lindjeje në vendet e zhvilluara siç tregohet nga Hoffman dhe Hatch (2000). UNICEF dhe WHO (2004) gjithashtu raportuan se dukuria e peshës minimale të ulët tek fëmijët ishte katër herë më shumë në vendet e pazhvilluara.

Johansson et al. (2000) ndërmorën një studim në maternite në lidhje me depresionin në shtatzëni. Studimi synonte përcaktimin e frekuencës së depresionit gjatë shtatzënisë dhe gjatë periudhës paslindjes në lidhje me dis-harmoninë bashkëshortore. Studimi tregoi një lidhje të rëndësishme midis depresionit prenatal dhe pas lindjes. Në studim, gjithashtu 7 gra nga 31 të cilët ishin në depresion në periudhën pas lindjes kishin qenë në depresion gjatë periudhës prenatale. Dis- harmonia martesore ishte e lidhur fort me depresionin në femra gjatë dy periudhave, prenatale dhe paslindjes.

2.4.4. Identifikimi i depresionit prenatal si tregues i depresionit pas lindjes

Depresioni prenatal është shpesh është një parashikues i depresionit pas lindjes.

Në një studim të depresionit të shtatzënisë Stanley et al. (2004) identifikuan se mbi tre të katërtat e mamive pranuan se kishin trajtuar një nënë me depresion prenatal. Megjithatë, provat e pakta në dispozicion tregojnë se mamitë, edhe pse të gatshme për të përqafuar shëndetin emocional dhe mendor të grave, janë ende hezituese për shkak të punës dhe

ngarkesës se tyre. Mami të rregullisht duhet të bëjnë disa pyetje. Në shtatzëni në takimin e parë me gruan, pyetet nëse ajo ka ndonjë histori familjare të sëmundjes mendore perinatale ose nëse ka detaje të një të shkuare me sëmundje mendore. Nëse gruaja përgjigjet se ka, atëherë thërrihen shërbimet përkatëse.

Ka gjithmonë rrezik, ashtu si në diagnostikimin e DPP, se shtatzëna nuk do të zbulojë ndonjë problem të shëndetit mendor nga frika e pasojave të mundshme: stigma e të qenit të etiketuar si "e çmendur", qëndrime negative të punonjësve të shëndetësisë, apo qëndrime negative edhe të vetë familjarevë. Mëmësia duhet të jetë një ngjarje e gëzueshme, përmbushëse, që nënat duhet ta pranojnë me dëshirë. Shtatzënia është shpesh një proces i ngadalshëm. Lëvizja bëhet më shumë e vështirë dhe ekziston një numër gjithnjë e më i madh kufizimesh mbi atë që gratë mund dhe nuk mund të bëjnë. Ekziston gjithashtu mundësia e qartë se, sapo fëmija të lindë, çdo gjë tjetër duhet të ndryshojë. Fraza si: "Mos u shqetësoni, të gjithë e kalojnë dhe do të largohet", janë të kota, sepse ekziston një mundësi e largët që nuk do të ndodhë.

2.4.5. Mjetet e screening

Mjetet e screening prenatal janë zhvilluar për të parashikuar depresionin pas lindjes. Në një studim të Austin & Lumley (2003), megjithatë, u konstatua se nuk kishte mjete të screening që plotësonin kriteret gjatë periudhës së shtatzënisë. Studimi sugjeron që përdorimi aktual i mjeteve të screening duhet konsideruar me kujdes. U gjet se shumë prej tyre kanë një përqindje të lartë të falseve pozitive midis grave që janë identifikuar si "në rrezik" dhe një përqindje e grave të identifikuara si "rrezik të ulët".

Johansson et al. (2000) rekomanduan fuqishëm që Shkalla e Depresionit post-natal e Edinburgut të përdoret gjatë shtatzënisë për të vlerësuar depresionin dhe për të ndihmuar në identifikimin e depresionit në gratë shtatzëna: është validuar për përdorim gjatë periudhës së paralindjes. Buist et al. (2006) ka gjetur se screening rutinë me EPDS është i pranueshëm nga shumica e grave dhe profesionistëve të shëndetësisë.

Udhëzimet e NICE (2007) rekomandojnë që të përdoren pyetjet e mëposhtme gjatë vizitës së gruas në klinikën prenatale:

- A keni patur ndonje sëmundje mendore serioze në të kaluaren apo të tashmen?
- Keni pasur trajtime të mëparshme nga një psikiatër ose specialist i shëndetit mendor
- A ka një histori të sëmundjes perinatale mendore?

Whooley et al. (1997) sugjeruan që të gjitha gratë shtatzëna t'i nënshtroheshin dy pyetjeve të rekomanduara nga Task Forcë e Shteteve të Bashkuara dhe Kanadasë për kujdesin shëndetësor në vlerësimin e depresionit. Pyetjet janë si më poshtë:

- Gjatë 2 javëve të fundit, a jeni ndjerë të trishtuar, në depresion ose të paafta?
- Gjatë 2 javëve të fundit, a keni ndjerë interes me të ulët apo pakënaqësi për të bërë gjërat?

Udhëzimet e NICE (2007) sugjerojnë se gjatë kontaktit të parë të një gruaje shtatzënë me shërbimet e kujdesit parësor, qofshin mjeku i familjes, mamia apo ofrues tjetër, duhet të pyesë nëse gruaja i ka përjetuar këto ndjenja gjatë muajit të kaluar. Përgjigjet e këtyre dy pyetjeve do të ndihmojnë mjekët dhe profesionistët e shëndetit në parashikimin e depresionit prenatal dhe postnatal tek gratë.

Përgjigjet e grave mund të shqyrtohen më në detaje gjatë gjithë vlerësimit.

Pse është i rëndësishëm screening në shtatzëni?

Stewart (2005) identifikoi depresionin gjatë shtatzënisë si parashikuesin më të fortë të depresionit pas lindjes.

Qëllimi është vlerësimi i rrezikut.

Rezultatet:

- Identifikimi i mundshëm i rasteve të rrezikut
- Modifikimi i faktorëve të rrezikut
- Monitorimi dhe kontrolli
- Profilaksia dhe masat e menaxhimit

Pse është i rëndësishëm diagnostikimi i depresionit në shtatzëni?

- Depresioni është më i përhapur në gratë midis moshës 18 dhe 44 vjeç, është momenti më i mundshëm në të cilin gratë mbasin shtatzënë.
- Depresioni gjatë shtatzënisë mund të ndikojë në peshën e foshnjës në lindje.

2.5. Depresioni pas lindjes

Në dekadat e fundit fenomeni i DPP është në rritje si në njohje dhe në vëmendje. Arsyet për këtë nuk janë të qarta, por në 30 vitet e fundit ka pasur një rritje interesi në debatin mbi shëndetin mendor perinatal dhe një rritje interesi për DPP. Brockington (1998) ka sugjeruar

se simptomat ndryshojnë vetëm në sasi nga ata që kanë reagime normale ndaj stresit dhe pakënaqësisë dhe zakonisht tregohen nga spektri i çrregullimeve emocionale pas lindjes. Sugjerohet në punimet e Brockington (2006) që ka shumë gjasa të jenë mbi 30 çrregullime perinatale, të cilat përfshihen në grupe. Këto përfshijnë psikozën pas-lindjes, depresionin pas lindjes, psikopatologjinë e lindjes së fëmijës, çrregullimin bipolar pas lindjes dhe çrregullimin menstrual, çrregullime të marrëdhënieve nënë-fëmijë, ankthin, çrregullime obsesive dhe të lidhura me stresin. Shëndeti i keq mendor ka një ndikim të rëndësishëm në jetën e nënës, të foshnjës, familjes, miqve dhe komunitetit në përgjithësi.

Beck (2001) vlerësoi se rreth 13% e grave përjetonin DPP. Royal College of Psychiatrists (2004) deklaroi se rreth një në dhjetë gra do të vuajnë nga DPP brenda një muaji pas lindjes ose deri në 6 muaj pas lindjes së fëmijës. Kjo thekson rëndësinë për mjekët, infermierët dhe profesionistët për të kuptuar si simptomat edhe arsyet pse gratë vuajnë nga DPP. Ka një sërë simptomash të përjetuara nga këto gra që përfshijnë: ndjenja trishtimi, pamjaftueshmërie, turpi, ndjesi irrituese, ndjenja lodhjeje, pamundësia për të fjetur, mos dëshirë për të ngrënë, pamundësia për të përballuar situatat, ankth, mungesë interesi në aktivitetet e përditshme, në marrëdhëniet shoqërore dhe në kujdesin e të porsalindurit, faj i tepërt dhe frika për të bërë gabime. Mund të perceptohet dhe të vëzhgohet, tek gratë, një inerci kostante, vështirësi përqëndrimi, nervozizëm apo ngadalësim motor, çrregullime të gjumit ose të oreksit (Klasifikimi sipas DSM-V). Nga pikëpamja diagnostike, DPP është konsideruar si një episod i depresionit, i cili mund të kategorizohet si madhor ose minor, që ndodh në afërsi të lindjes së një fëmije, duke u shtrirë për një periudhë që mund të shkojë nga dy muaj deri në dy vjet (Cramer, 1998) Mund të jetë unipolar ose bipolar, nëse

ka edhe mani ose hipomani dhe ndryshon nga dëshpërimi i lindjes (baby blues) ose psikoza pas lindjes, në simptomatologji, kohë dhe shfaqje si dhe prevalenca dhe përsëritja e sëmundjes.

Gale dhe Harlow (2003) ndërmorën një rishikim të aspekteve klinike dhe epidemiologjike që kanë ndikuar në çrregullimet e humorit pas lindjes. Është e qartë se gratë kanë më shumë gjasa të vuajnë nga DP, nëse kanë përjetuar (Përshtatur nga Kolegji Mbretëror i Psikiatërve, 2004) :

- Një numër të caktuar ngjarjesh stresuese në një periudhë të shkurtër kohore,
- Depresion të mëparshëm,
- Një fëmijë të parakohshëm ose shumë të sëmurë,
- Mosprezenca e një partneri mbështetës,
- Humbjen e nënës që fëmijë,
- Një periudhë zie,
- Probleme në marrëdhënie,
- Probleme financiare,
- Shqetësime përsa i përket strehimit.

2.5.1. Prevalenca e DPP

Edhe pse DPP besohet se prek 12-15 % të femrave, prevalenca ndryshon nga 3 % në 30 % në varësi të metodave dhe kohës së shqyrtimit. Rryma amerikane tregoi se të dhënat vetëm në Amerikë variojnë nga 3 deri në 48.6 %. Kjo ndryshueshmëri në shtete të ndryshme është për shkak të faktorëve social-kulturorë, qasjeve ndaj problemeve psikologjike dhe stigmës përreth tyre, si dhe faktorët biologjikë dhe fiziologjikë që lidhen me ndjeshmërinë hormonale. Kohëzgjatja e çrregullimeve vazhdon për disa muaj, gjithmonë duhet të trajtohet dhe në shumicën (nga 25% në 60%) e rasteve shkon në remision pas gjashtë muajsh, ndërsa 15 % -25 % pas një viti dhe 10 % - 15 % vazhdon të mos gjejë dobi nga trajtimi i propozuar dhe mund të çojë në kronicitet (linja udhëzuese - Shëndeti Kombëtar dhe Këshilli Mjekësor i Riaftësimit, 2000). Studimet follow-up njëvjeçare që nga fillimi i simptomave, kanë gjetur një probabilitet të rrezikut për zhvillimin e shqetësimit psikologjik pas-lindjes më të lartë në njerëzit me një diagnozë të mëparshme të depresionit madhor. Megjithatë, probleme të ankthit, çrregullime obsesive kompulsive dhe simptoma të çrregullimit të stresit post-traumatik, kanë tendencë të përsëriten në mënyrë të vazhdueshme pas lindjes dhe të tërheqin vëmendjen klinike sepse kanë pasoja të rëndësishme në mirëqënien e marrëdhënies nënë-fëmijë, dhe në atë të çiftit. (O'Connor et al., 2003). Për këto probleme, nuk janë bërë studime të thelluara.

2.5.2. Diagnoza diferenciale

Në aspektin e diagnozës diferenciale, DPP duhet të dallohet nga dy forma të tjera të çrregullimeve psikologjike të lidhura me fushën perinatale: baby blues dhe psikoza pas-lindjes (Lee & Chung, 2007, Monti & Agostini, 2006) .

2.5.2.1 *Baby blues*

I quajtur ndryshe si dëshpërimi i lindjes, i quajtur më parë si "sindroma e ditës së tretë ose depresion i përkohshëm" (Hamilton, 1967), është një çrregullim i lehtë i humorit, shumë i zakonshëm, si një përgjigje fiziologjike ndaj një eksperience stresuese por i përkohshëm dhe përgjithësisht pa efekte afatgjata (O'Hara, 1987; O'Hara et al., 1990).

Është i njohur për shumicën e nënave, ato mund të mos jenë në gjendje të funksionojnë normalisht dhe janë tepër të ndjeshme, humbin aftësinë për t'u përqëndruar ose kanë një tendencë të harrojnë çështje të rëndësishme. Këto ndryshime në statusin e humorit nuk janë të rralla, i atribuohen ndryshimeve të shpejta fizike dhe hormonale pas lindjes së fëmijës, dhe duhet të konsiderohen pjesë e procesit natyror ku nëna mund të vuajë nga niveli i lartë në shtatzëni i estrogenit, progesteronit dhe endorfinave (Clay & Seehusen, 2004; Henshaw, 2003,). Luhatjet hormonale përfshijnë një rënie të niveleve hormonale tiroidale, estrogenit dhe progesteronit (, Stein, 1982 Baker, Mancuso, dhe Lionit, 2002).

Megjithatë, nuk duhet harruar se jo gjithmonë është e mundur që nënat të jenë racionale në këtë periudhë. Kërkohet durim, mirëkuptim dhe simptomat duhet të lejohen të zbuten natyrshëm dhe gradualisht. Ekziston rreziku që ndjenjat të zgjaten dhe të frenojnë kënaqësinë që vjen nga fëmija dhe mund të ketë një efekt negativ në ndjenjat emocionale.

Gjithashtu, variabla të rëndësishëm janë paqëndrueshmëria e mëparshme emocionale (Tod, 1964), procesi i dështimit të ndarjes nga fëmija (Benedek, 1959), roli pasiv gjatë hospitalizimit (Camaioni, 1980).

Simptomatologjia, karakterizuar nga tendenca për të qarë, lodhje, ankth, frikë dhe shqetësim i tepruar, nervozizëm, ndryshueshmëri emocionale, çrregullime të gjumit dhe oreksit, vështirësi përqëndrimi dhe ndërveprim i reduktuar me fëmijën, tenton të zhduket brenda dy javëve të para të lindjes dhe nuk ndikon në aftësinë e nënës për t'u kujdesur për fëmijën (Beck, 2006., Scrandis, Niazi, Tonelli & Postolache, 2007., Begic, & Martić-Biočina, 2009). Në fakt, siç vë në dukje Bydlowski (2000), dëshpërimi i lindjes përfaqëson aspektin emocional të "lakuriqësisë psikike", që lejon nënën të sintonizohet me fëmijën e saj.

Në disa raste ndjenjat ndaj partnerit janë veçanërisht të kompromentuara. Shpesh përmendet në literaturë si një simptomë, por ka mungesë informacioni mbi hulumtimet solide që diskutojnë ndikimin aktual që kjo ka në marrëdhëniet midis nënës dhe partnerit të saj. Dëshmitë sugjerojnë se kjo është një kohë kur meshkujt ndjehen vulnerabël, kanë presionin për t'u kujdesur jo vetëm për veten dhe nënën e fëmijës së tyre, por edhe për fëmijën. Mbështetja emocionale është thelbësore për nënën, por nevojat e babait duhet gjithashtu të njihen. Në këtë rast, çdo ndërhyrje praktike e nevojshme për të ndihmuar nënat e reja për t'u përballur dhe për t'u kujdesur për fëmijët e tyre është e mirëpritur.

Incidenca e tij ndryshon midis 50 % dhe 80 % (Zonana & Gorman, 2005), zakonisht midis 2 dhe 5 ditë pas lindjes.

Në gratë me dëshpërim të lindjes, është gjetur në krahasim me nënat që nuk janë të prekura, një rrezik për të zhvilluar DPP 3.8 herë më të madh dhe një rrezik 3.9 herë më i madh për të shfaqur një patologji të spektrit të ankthit. Është thelbësore të evidentohen gratë me dëshpërim të lindjes dhe të bëhet një kontroll pas një muaji për të vlerësuar simptomat dhe evolucionin e tyre.

2.5.2.2. Psikoza pas lindjes

Shumë rrallë ekziston një çrregullim psikiatrik me haluçinacione, iluzione dhe dëmtime të përgjithshme të funksionimit të gruas, flitet në këtë rast për psikozë pas-lindjes (Hipwell & Kumar 1997) dhe është një simptomatologji që ka të bëjë me 1-2 % të nënave. Manifestohet 1 në 1000 lindje fëmijësh të lindur gjallë. Nëse një grua ka përjetuar një episod të psikozës pas-lindjes ajo do të ketë një rrezik 25-57 % të të pasurit një rikthim në shtatzënitë pasuese. Është forma më serioze e psikopatologjive të paslindjes. Simptomat mund të jenë të pranishme gjatë shtatzënisë sidomos në gratë që kanë anamneza të një episodi psikotik ose çrregullimi bipolar. Fillimi i psikozës pas-lindjes është i papritur dhe i shpejtë. Zakonisht manifestohet brenda 48 orëve deri në 2 javë pas lindjes por mund të ndodhë deri në 12 javë pas lindjes. Është e rëndësishme të njihet psikoza pas lindjes dhe të dallohet nga DPP. Për shkak të ashpërsisë së simptomatologjisë është e nevojshme të ndërhyhet me shtrimin në spital. Simptomat mbizotëruese janë: refuzimi i ushqimit, depresioni, humbja e kontaktit me realitetin, çrregullimet e kujtesës dhe mendimit, iluzionet, haluçinacionet (kryesisht uditive), gjendje katatonike, dëmtim i kapacitetit funksional (Brockington et al., 1981). Mund të vëzhgohen simptoma maniakale të karakterizuara nga energjia e tepruar e kombinuar me pamundësinë për të ndërprerë një

aktivitet, irracionalizëm dhe shqetësime për detaje të parëndësishme (Kruckman & Smith, 1998), ndonjëherë mund të çojë në episode vetëvrasjeje ose infanticid, sidomos kur fokusi i delireve ose haluçinacioneve është fëmija, i perceptuar nga nëna si një entitet keqdashës apo kërcënues. (Appleby, Mortensen, & Faragher, 1998., Spinelli, 2004). Në popullsi psikoza e lehonisë ka një incidencë prej 1-4 raste për 1,000 (Doucet, Dennis, Letourneau, & Blackmore 2009, Scrandis, Sheikh Niazi, Tonelli & Postolache, 2007) dhe për gratë me një histori të mëparshme të çrregullimit bipolar ose me një episod të mëparshëm të psikozës paslindjes, rreziku është më i madh (Marcus, 2009; Oates, 2008; Sharma, 2008). Megjithatë, kjo është një gjendje që zakonisht kërkon hospitalizim.

Shkaqet

Pasuria e provave sugjeron që shkaktarët për gjendjen lidhen me shtatzëninë. Kjo mund të ndodhë pas një aborti ose ndërprerje të një tumori trofoblastik. Hipoteza se ndryshimet hormonale mund të shkaktojnë psikozë pas-lindjes është mbështetur nga Abdullah et al. (2006) kur ata shqyrtuan lidhjen mes procedurave kirurgjikale dhe psikozës. U zbulua se kishte një episod të psikozës në një grua kur u hoq një tumor trofoblasti. Këto gjetje sugjerojnë një nevojë për ndërgjegjësim, aftësi për të diagnostikuar dhe kuptuar shkakun e simptomave psikotike pas procedurave kirurgjikale, të cilat përfundimisht do të ofrojnë kujdes më të mirë dhe trajtim më efektiv.

Vetë shtatzënia i bën gratë vulnerabël, më të ndjeshme ndaj episodeve që mund të ndodhin gjatë tremujorit të tretë të shtatzënisë. Megjithatë, përcaktuesi më i fuqishëm duket të jetë gjatë dhjetë ditëve të para pas lindjes. Ka prova që tregojnë një lidhje të fortë midis ciklit

menstrual dhe psikozës. Në një përmbledhje të literaturës botërore Brockington (2006) diskuton lidhjen midis fillimit të psikozës dhe menstruacioneve. Ekzistojnë disa prova të kufizuara që psikoza mund të ndodhë kur foshnja është larguar nga gjiri i nënës dhe një propozim që ushqyerja me gji mund të ketë pasur një efekt mbrojtës kundër zhvillimit të skizofrenisë, megjithatë, kjo nuk u mbështet në një studim nga Leask et al. (2000).

Tregues i parë që nëna nuk është mirë sinjalizohet zakonisht me sjelljen e saj të çuditshme, por ky nuk është gjithmonë rasti dhe nganjëherë mënyrat e çuditshme të sjelljes së nënës lidhen me normalitetin e lindjes dhe shpesh neglizhohen. Nënata me intuitë mund të fshehin mënyrën se si ndjehen nga frika e çmendurisë dhe e ndarjes nga fëmija. Në këtë drejtim frika e tyre është e saktë, pasi shpesh fëmijët mund të kenë nevojë të vendosen në një vend të sigurt, derisa nëna të jetë e aftë të kujdeset vetë për fëmijën. Edhe nëna kërkon një vend të sigurt dhe ndihmë të specializuar, një mjedis mbrojtës për ta ndihmuar të shërohet sa më shpejt. Terapitë duhet të monitorohen me kujdes, pasi ekziston një tendencë që të kenë efekt qetësues dhe sedativ, gjë që mund ta bëjë nënën të pa aftë të mendojë në mënyrë racionale.

Megjithatë, këto nuk janë format e vetme të çrregullimeve pas lindjes. Janë diagnostikuar shpesh në tremujorin e tretë të shtatzënisë deri në një vit pas lindjes edhe çrregullime të aksit të parë që lidhet me emocionet e ankthit dhe frikës si ataket e panikut dhe çrregullimi obsesiv-kompulsiv ose çrregullimi i stresit post-traumatik.

2.5.3. Depresioni madhor pas lindjes

Në përgjithësi, vetëm 3% e grave do të vuajnë nga depresioni i rëndë dhe 7% do të priren drejt një forme të sëmundjes minore. Në një të tretën e rasteve, baby blues përkeqësohet progresivisht dhe nëna është e paaftë të rifitojë ndjenjën e mirëqënies. Periudhat e ndjesisë "normale" tejkalohen dhe mbizotërojnë ndjenjat e vazhdueshme të lodhjes dhe letargjisë. Ato mund të ankohen se nuk bëjnë gjumë të mjaftueshëm ose gjumi që kanë është i pakënaqshëm. Çdo ditë situatat bëhen të pakontrollueshme dhe ekziston një konflikt ku luftojnë nevojat e fëmijës me nevojat e shtëpisë. Nëna që ka punuar para shtatzënisë mund të kërkojë të njëjtat standarde që ajo kishte para lindjes së fëmijës. Pritshmëritë e saj janë të larta. Ajo kërkon një shtëpi të mbajtur mirë, ushqim të përgatitur në kohë, blerje të përfunduara, një partner të shëndetshëm dhe një fëmijë të qeshur. Kur realiteti është i ndryshëm, përkeqësohen ndjenjat e saj të dështimit dhe zhgënjimit. Nënashpesh kanë frikë nga pamjaftueshmëria e tyre dhe paaftësia për t'u përballur mund të ketë efekte të dëmshme mbi mirëqënien dhe shëndetin e përgjithshëm të fëmijës. Disa nëna fajësojnë veten për çdo gjë dhe ndjenjat e fajit që durojnë ndërkohë që ndihen nëna të këqija janë të mëdha. Nuk është çudi që nëna ngurron të kërkojë ndihmë ose të pranojë ndjenjat e saj. Një e treta e grave pas-lindjes që më pas zhvillojnë depresion mund të paraqesin shenjat dhe simptomat brenda katër javëve të para të lindjes së fëmijës së tyre dhe dy të tretat midis 10-14 javë. Depresioni madhor pas-lindjes përfshin një ulje të thellë dhe konsistente të gjendjes së humorit. Një ndryshim i të menduarit të qartë është i dukshëm, me një ngadalësim të funksioneve psikomotore dhe të gjitha simptomat klinike të depresionit të rëndë. Mendimet janë shpesh dembele dhe ndonjëherë mund të ketë një "bllok mendimi" në të cilin nëna nuk

është në gjendje të lirojë proceset e saj mendore dhe shpesh mund të ndalet në mes të fjalisë ose "harron" atë që do të thotë. Ajo gjithashtu mund të ketë vështirësi në përgjigje të pyetjeve, jo sepse nuk e di përgjigjen, por sepse nuk është në gjendje ta formulojë atë në dicka të kuptueshme. Mund të jetë e vështirë ose e pamundur biseda me të rriturit dhe angazhimi në biseda me fëmijën e saj. Përgjigjet e shpejta që shpesh kërkohen kur merren parasysh nevojat e fëmijës mund të mungojnë. Nëna mund të mos jetë në gjendje të racionalizojë kërkesat e fëmijës. Ajo mund të interpretojë britmat e fëmijës si ankesë ndaj saj si një nënë e keqe, e cila nuk është në gjendje të parashikojë dhe t'i përgjigjet nevojave të fëmijës.

Nëna nuk mund të parashikojë nevojat e saj ushqimore dhe përgatitja e një vakti mund të jetë një përpjekje e madhe. Një familje vigjilente mund të vërejë se nëna po bëhet anoreksike, por mund të ketë gjithashtu një rritje në peshë sepse ushqehet me ushqime kalorike të larta, për të marrë sheqer si një antidot për depresionin e saj.

Zhënjimi është gjithashtu një shqetësim dhe mund të jetë pjesë e vargut simptomatik. Një zhënjim njihet zakonisht si "besim i rremë", diçka që nëna pretendon të jetë e vërtetë dhe sigurisht edhe nëse dikush tregon dëshmi për të kundërtën. Një nga karakteristikat kryesore qëndron në faktin se nëna ka bindjen se ajo është gënjyer dhe vetëm ajo në të cilën beson është e vërtetë. Ky perceptim nuk merr parasysh nivelin e inteligjencës së nënës, kulturës së saj ose përkatësisë fetare. Ndonjëherë mund të jetë e vështirë të dallosh atë që është një ide e paarsyeshme dhe çfarë është anormale në proceset e saj mendore. Disa nga shenjat janë të dukshme dhe disa, siç është diskutuar, konfondohen me normalitetin. Ndarja e përvojave

dhe të kuptuarit se pse ndodh është gjysma e rrugës për të menaxhuar gjëndjen dhe për të ndihmuar nënat në mirëqënien e tyre.

2.5.4. Studime transkulturore

Studimet transkulturore janë ndërmarrë për të përcaktuar nëse DPP është evidente në vende të tjera dhe në kultura të tjera. Oates et al. (2004) kanë ndërmarrë kërkime në 15 qendra në 11 vende të ndryshme për të përcaktuar nëse DPP është universalisht i njohur. Mund të jetë e qartë për disa profesionistë që gjatë shtatzënisë gratë mund të jenë të ekspozuara ndaj një sërë ndikimesh të ndryshme kulturore. Hulumtimi i Oates et al. (2004) kishte tre grupe pjesëmarrësish, të cilët përdorën fokus grupe dhe intervista si metoda të mbledhjes së të dhënave. Grupet e fokusit përbëheshin nga nënat e reja, intervistat u ndërmorën me baballarët dhe gjyshërit dhe gjithashtu me profesionistët e shëndetësisë. Pjesëmarrës nga të gjitha qendrat përshkruan ndjenjat e pakënaqësisë pas lindjes që ishin të krahasueshme me përvojat e DPP në Mbretërinë e Bashkuar. Megjithatë, jo të gjithë pjesëmarrësit besonin se ndërhyrjet e profesionistëve ishin mënyra më efektive për t'i trajtuar këto ndjenja. Kjo tregon një ndryshim kulturor në lidhje me Mbretërinë e Bashkuar, ku profesionistët e shëndetësisë e shohin diagnozën e DPP dhe ndërhyrjes si mënyra më e mirë për të mbështetur nënat dhe familjet. Roberston et al. (2004) theksuan rëndësinë për të përdorur mjete të përshtatshme vlerësimi. Incidenca e DPP është e lidhur me përvojën e lindjes. Parker (2004) zbuloi se nëse lindja ishte traumatike, kishte më shumë gjasa që nëna të vuante nga DPP. Gale dhe Harlow (2003) sugjeruan që faktorët epidemiologjikë gjithashtu mund të ndikojnë në incidencën e DPP, p.sh. varfëria, klasa sociale dhe të ardhura të ulëta. Roberston et al. (2004) ndërmorën një rishikim të literaturës, e cili gjithashtu njihte

rëndësinë për të shqyrtuar faktorët e rrezikut tek gratë me prejardhje më të ulët socio-ekonomike dhe shqyrtimin e faktorëve rilevantë të rrezikut për nënat adoleshente. Mjekët, mamitë dhe profesionistët e shëndetësisë duhet të ndërmarrin vlerësime të përshtatshme për të siguruar që DPP të njihet dhe të trajtohet si duhet.

2.5.5. Shkaqet e mundshme të DPP

Në 40 vitet e fundit studiuesit kanë kryer hulumtime të rëndësishme rreth shkakut të DPP. Duket se ka prova të mjaftueshme për të sugjeruar se një komponent janë faktorët socialë, të cilët predispozitojnë nënat për DPP. Studimet epidemiologjike tregojnë se gratë vuajnë më shumë nga depresioni në krahasim me meshkujt dhe gratë në periudhën e fertilitetit janë më të rrezikuara për fillimin e depresionit. Shtatzënia, aborti, infertiliteti dhe periudha pas lindjes vënë në pikëpyetje të gjitha problemet mendore të një gruaje.

Në vitin 1984 Kumar & Robson arritën në përfundimin logjik se përbërësit kimikë të trupit të njeriut luajnë një rol të madh në përcaktimin e predispozicionit ndaj DPP. Në vitet e fundit është ndërmarrë një larmi hulumtimesh për të përcaktuar shkaqet e DPP përveç atyre psikologjike. Kjo mund të lidhet me faktin se nënat preferojnë të pranojnë se një ç'ekuilibër kimik është përgjegjës për gjëndjen mendore. Gjithashtu lejon që nënat të kenë më shumë kontroll mbi veten dhe trupat e tyre dhe të refuzojnë nevojën për ndërhyrje nga shërbimet psikiatrike.

Estrogjeni dhe progesteroni

Gjatë shtatzënisë ka një rritje të niveleve të plazmës, estrogjenit dhe progesteronit. Ekziston gjithashtu një rritje e madhe në kortizol dhe në hormonin (CRH) që liron kortikotropinën.

Pasi fëmija lind, të gjitha këto nivele ulen me shpejtësi. Receptorë për hormonet ovariane janë gjetur jo vetëm në zonat e trurit që kontrollojnë funksionet riprodhuese, por edhe në vendet që janë të përfshira në rregullimin e humorit dhe funksionet më të larta mendore.

Progesteroni ka një efekt të fuqishëm dhe mund të jetë përgjegjës për disa simptoma të lidhura me çrregullime të humorit të tilla si ndryshimet në gjumë, shpejtësi, përqëndrim ose ankth. Zhvillimi i një ndjeshmërie më të madhe të receptoreve të dopamines d2 të hipotalamusit në periudhën pas lindjes duket se parashikon fillimin e çrregullimeve depressive dhe ankthioze. Harris et al. (1994) zbuluan se nënat që kanë vuajtur nga depresioni minor kishin një rënie më të madhe të progesteronit, por në studime të tjera nuk është parë ndonjë ndryshim midis nënave të depresuara dhe jo të depresuara (Bloch et al., 2003).

Gjithashtu është propozuar që rënia e shpejtë e estrogenit në periudhën pas lindjes mund të jetë një faktor kontribues për DPP (Bloch et al., 2003; Sichel & Driscoll, 2000). Fink et al. (1996) deklarojnë se estrogeni ka efekte të thella në humor. Nivelet e ulëta të estrogenit tek femrat janë të lidhura me tensionin premenstrual, DPP dhe depresionin pas menopauzës. Studimi i Fink ishte i pari që tregoi se estrogeni gjithashtu stimulon një rritje të ndjeshme në densitetin e kimikateve në zonat e trurit që prekin kontrollin e humorit, gjendjen mendore, njohuritë, emocionet dhe sjelljet. Këto rezultate shpjegojnë efektivitetin e terapisë estrogenike ose bllokuesit e absorbimit 5-HT si fluoksetina (SSRI). Hulumtime të tjera treguan se humori i grave me DP të cilat marrin estrogen shtesë përmirësohet në një shkallë shumë më të shpejtë sesa grupi i kontrollit (Gregoire et al., 1996).

Aksi hipotalamo-hipofizo-adrenal (HPA)

Aksi hipotalamo-hipofiza-adrenal (HPA) është një nga sistemet kyçe të përfshira në përgjigjen ndaj stresit njerëzor. Është një grup kompleks i ndërveprimeve midis hipotalamusit, gjëndrrës së hipofizës dhe gjëndrrës veshkore. Kjo është një pjesë e rëndësishme e sistemit neuro-endokrin që është përgjegjës për rregullimin e sistemit imun dhe të tretjes, por kryesisht kontrollon reagimet ndaj stresit, dhe është me interes të veçantë për shkencëtarët, sepse rregullon gjithashtu humorin, emocionet dhe seksualitetin. Aksi HPA qeveriset nga sekretimi i hormonit çlirues të kortikotropinës (CRH) nga hipotalamusi. CRH aktivizon sekretimin e hormonit adrenokortikotropik (ACTH) nga gjëndrra e hipofizës. Prandaj, ACTH stimulon sekretimin e kortizolit nga gjëndrra veshkore. Kortisoli ndërvepron me receptorët - kortikosteroidë përmes gjithë trupit. Lidhja e kortizolit me receptorët kortikosteroidë në tru pengon sekretimin e mëtejshëm të CRH nga hipotalamusi dhe ACTH nga hipofiza (Pariante et al., 2004). Disa neurotransmetues monoamine rregullojnë aksin HPA. Këto janë dopamina, serotonina dhe noradrenalina. Në eksperimente mbi kafshët është zbuluar se ka dy lloje të ndryshme të stresit: fizik dhe social. Të dy këto lloje aktivizojnë aksin HPA përmes rrugëve të ndryshme.

Funksioni i aksit HPA ndryshon në mënyrë të konsiderueshme gjatë shtatzënisë dhe në periudhën pas lindjes (Wadha et al., 1996). Hormoni i aksit HPA, i cili normalisht lëshohet nga hipotalamusi në qarkullimin e gjakut, prodhohet nga placenta ndërkohë që shtatzënia përparon. Nivelet CRH janë në gjysmë të rrugës së dukshme dhe vazhdojnë të rriten deri në lindje, deri sa të jenë pothuajse njëqindfish më shumë se normalja. Është theksuar

gjithashtu se ka një lidhje të rëndësishme me humorin e ulët dhe përqëndrimin e ACTH, gjashtë ditë pas lindjes së foshnjës. Kjo sugjeron se sekretimi CRH "fillon pas lindjes".

Kammerer et al. (2006) kanë sugjeruar se simptomat e depresionit perinatal mund të jenë dukshëm të ndryshëm dhe këto dallime janë pjesërisht të lidhura me funksionin e aksit HPA. Depresioni melankolik, ka më shumë të ngjarë të lidhet me depresionin prenatal, ku nivelet e kortizolit janë rritur. Depresioni "Atipik" ose DPP është i lidhur me nivelet e reduktuara të kortizolit. Kjo mund të shpjegojë pse nënat mund të preken nga depresioni i butë bipolar ose çrregullimi i stresit post-traumatik pas lindjes. Ata gjithashtu pohojnë se nënat mund të kenë një predispozitë gjenetike për të dy grupet, depresion melankolik ose depresion atipik.

Nivelet e kortizolit rriten ndjeshëm gjatë shtatzënisë dhe arrijnë nivelet maksimale të tyre gjatë lindjes. Nivelet bien gradualisht me kalimin e kohës, zakonisht për disa javë. Është sugjeruar që këto nivele të larta predispozojnë një nënë për ndjenjat e ankthit gjatë shtatzënisë dhe rënia e kortizolit pasi fëmija lind, bën që nëna të ndihet në depresion.

Elektrolitet

Janë bërë studime të ndryshme për të identifikuar nëse ka ndryshime biologjike në çrregullimet e lehonisë. Këto studime u përqëndruan në ndryshimet në plazmën e gjakut dhe në urinë. Disa prej tyre treguan se ndryshimet e humorit mund të lidhen me ndryshimet në gjak, përqëndrimin e natriumit, por jo me prodhimin e vazopresinës urinare. Reid et al. (1977) regjistruan shumë raste të reduktimit të etjes, që përkon me simptomat depresive, në tre dhe katër ditë pas lindjes. Në një studim të mëtejshëm, Stein et al. (1984) treguan se një

periudhë kulmore për një ndryshim të lehtë në lehoni ndodh midis ditës së dytë dhe ditës së shtatë pas lindjes. Kjo gjithashtu lidhet me humbjen e konsiderueshme të peshës dhe rritjen e etjes, si dhe një rritje në sekretim urinar të natriumit. Megjithatë, kulmi I ndryshimit të humorit nuk lidhet me çdo ndryshim në koncentrimin e vazopresinës. Është sugjeruar që rritja e kalciumit të plazmës është e rëndësishme për përcaktimin e fillimit të çrregullimeve mendore pas lindjes në gratë që nuk kanë një sfond gjenetik të sëmundjes mendore. Është zbuluar se nivelet e ngritura të kalciumit të plazmës lidhen me ndryshimet e humorit.

Vitaminat

Është supozuar se vitamina B6 është përgjegjëse për ndryshimet e humorit në periudhën para menstruacioneve. Livingstone et al. (1978) në studimet e tyre nuk gjetën dëshmi të mungesës së vitaminës B6 në gratë që vuajn nga DPP. Është pretenduar se administrimi i piridoksinës lehtëson simptomat e DP. Nënata që u trajtuan me një administrim ditor prej 100 mg piridoksinë, për 30 ditë pas lindjes, patën një ulje statistikisht të ndjeshme në rezultatet e humorit depresiv.

Gjenetika

Mënyra se si një nënë trajton ndryshimet pas lindjes, deri diku, mund të diktohet nga trashëgimia e saj gjenetike dhe një histori e depresionit është një tregues i fortë i prirjes ndaj DPP. Psikiatri francez Jean- E'tienne Esquirol (1772-1840) vuri re tendencën për psikozë paslindjes (Goldstein, 1987). Disa studime familjare janë fokusuar në psikozën dhe kanë treguar vazhdimisht agregimin familjar të çrregullimeve bipolare, duke ngritur

mundësinë që një ose më shumë gjene recesive kontribuojnë në ndjeshmëri (Jones & Craddock, 2001).

Ankthi

Ankthi është një forcë e fuqishme në procesin e coping. Ai mund të jetë i pranishëm si faktor antecedent, në formën e një tipari personaliteti, dhe faktor kontribues, si përgjigje ndaj stresit. Ankthi gjatë shtatzënisë gjithashtu duket të jetë një faktor rreziku për DPP (Heron et al., 2004). Nivelet e larta të kortizolit kanë gjasa gjatë shtatzënisë të stimulojnë ndjenjat e ankthit dhe kur ato ulen pas lindjes favorizojnë depresionin. Kjo tregon që gratë e shqetësuara kanë nevojë për një kohë më të gjatë për t'u përshtatur me mëmësinë në krahasim me gratë që janë më pak të shqetësuara. Nuk ka dyshim se personaliteti është një ndikim i fuqishëm në mënyrën se si gratë ballafaqohen me kërkesat e mëmësisë dhe nënat ankthioze janë më të prekshme ndaj vuajtjeve emocionale.

Njerëzit ankthioze kanë vështirësi për t'u çlodhur, për të marrë informacion dhe për të mësuar aftësi të reja. Prandaj nuk është realiste pritshmëria që nënat e shqetësuara të mësojnë të kujdesen për fëmijët e tyre, dhe të përballen me një kujdes të tillë, aq shpejt sa nënat më pak ankthioze. Këto nëna kanë nevojë për më shumë kohë për t'u bërë të sigurta dhe mund të kenë nevojë për përsëritje të vazhdueshme të të njëjtit informacion para se ta absorbojnë plotësisht atë. Personat ankthiozë shqetësohen më shumë kur mendojnë se nuk janë në përputhje me pritshmëritë e të tjerëve.

2.5.6. Hulumtimi mbi faktorët e rrezikut dhe mbrojtjes

Të dhënat më të fundit kërkimore drejtohen drejt një hipoteze shumëfaktoriale shpjeguese të fillimit të depresionit perinatal. Brenda kësaj, përbërësit biologjikë, karakteristikat psikologjike, relacionale dhe mjedisore ndërthuren dhe e definojnë veten si faktorë rreziku ose mbështetës.

Faktorët e rrezikut janë kushtet apo karakteristikat e personit ose të mjedisit në të cilin ai jeton, të cilët mund të rrisin mundësinë e zhvillimit të një gjendjeje të veçantë të vuajtjes në krahasim me një kampion të përgjithshëm të popullsisë të krahasueshme me të për të gjitha karakteristikat e tjera.

Faktorët mbrojtës, po ashtu, janë të gjitha ato karakteristika që mund të përmirësojnë ose të ndikojnë në rrezikun personal të zhvillimit të një problemi të tillë.

Disa prej këtyre faktorëve janë të zakonshëm në disa çrregullime mendore: një histori familjare me episode të çrregullimeve të rënda afektive, prania e burimeve të rëndësishme të stresit, nivele të ulëta të autostimës, një gjendje kritike socio-ekonomike, janë gjithmonë një faktor rreziku, ndërsa një funksionim i lartë konjitiv, autostimë e lartë, një punë dhe situatë e qëndrueshme ekonomike ose marrëdhënie pozitive dhe mjedis emocionalisht mbështetës, janë konsideruar gjithmonë faktorë mbrojtës.

Hulumtimi mbi faktorët e rrezikut është komplikuar nga variabiliteti i metodave të ndryshme të klasifikimit dhe përcaktimit të çrregullimit pas lindjes, koha në të cilën zbulohet prania ose jo e faktorëve, lloji i pajisjeve të përdorura për vlerësimin dhe lloji i kampionit të përdorur. Dallimet në nivelin e arsimit, statusit civil, statusit socio-ekonomik,

dhe episodet e mëparshme depressive para shtatzënisë rezultojnë shumë të ndryshueshme në kampionët e ndryshëm të marrë në konsideratë (Arizmendi & Affonso, 1984). Rezulton megjithatë, e qartë dhe përgjithësuese, sipas Halberich (2005) se faktorët subjektivë të vulnerabilitetit psikologjik dhe ngjarjet stresuese të jetës janë të paktën po aq kritikë sa ndryshueshmëria hormonale në fillimin e simptomave. Thorp, në vitin 2006, hetoi faktorët mbrojtës duke identifikuar mbështetjen e dhënë nga partnerët në shtatzëni dhe në shkallën e vendimmarrjes në lidhje me zhvillimin e fëmijës gjatë gjithë shtatzënisë dhe pas lindjes, si faktori më vendimtar në mirëqenien e grave. Në muajt e parë pas lindjes rezultojnë mjaft të rëndësishme nivelet e mbështetjes sociale dhe emocionale të perceptuara nga gratë si të përshtatshme si praktikisht dhe emocionalisht.

2.5.6.1. Faktorët kryesore të rrezikut

Shumë studime kanë hetuar faktorët e rrezikut që mund të kontribuojnë në fillimin e simptomatologjisë depressive pas lindjes së një fëmije. Beck (2001) bëri një meta-analizë të 84 studimeve të botuara në vitet 1990, dhe shqyrtoi marrëdhëniet midis DPP dhe faktorëve të rrezikut. 13 faktorë rreziku janë identifikuar me shkallë të ndryshme kuptimi. Parashikuesit më të mundshëm për DPP ishin si në vijim: depresioni prenatal, vetëbesimi, stresi në kujdesin për fëmijën, ankthi para lindjes, stresi në jetë, mbështetje sociale, marrëdhënie martesore, historia e depresionit të mëparshëm, temperamentit foshnjor, baby blues, gjëndja martesore, statusi socio-ekonomik, shtatzënia e paplanifikuar / e padëshiruar.

Roberston et al. (2004) ndërmorën një sintezë të literaturës që konsideronte faktorët e rrezikut prenatal që mund të shkaktojnë DPP. Rezultatet erdhën nga një meta-analizë e

14,000 subjekteve dhe studimeve të mëtejshme të 10,000 subjekteve të tjera. Ata gjetën se faktorët e mëposhtëm parashikonin depresion pas lindjes:

- Depresioni gjatë shtatzënisë
- Ankthi gjatë shtatzënisë
- Nivele të ulëta të mbështetjes sociale
- Historia e mëparshme e depresionit
- Ngjarje stresuese gjatë periudhes prenatale dhe lehoni të hershme.

Dennis dhe Creedy (2006) njohën disa parashikues të ngjashëm për DPP duke u fokusuar në ndjenjat e vetëbesimit të ulët, paaftësia për t'u përballur, mungesa e besimit, ankthi, fajësia dhe pritjet jorealiste të mëmësisë. Rezultatet e studimit të Beck (2001) gjithashtu konfirmuan rezultatet e studimeve të mëparshme, megjithatë, ata gjithashtu identifikuan këto katër parashikues të rinj të DP, të cilat ishin vetëbesimi, statusi martesor, statusi socio-ekonomik dhe statusi i paplanifikuar / padëshiruar i shtatzënisë. Faktorë të tjerë që kanë një ndikim të vogël por të rëndësishëm janë neuroticizmi, një stil i atribuimit konjitiv negativ dhe variablat obstetrikalë.

Në veçanti, vlera parashikuese e depresionit prenatal është theksuar në shumicën e punimeve në literaturë, prandaj mund të themi se ky faktor është një aspekt vulnerabiliteti për fillimin e DPP (Rickel & Atkinson, 1984; Wisner et al., 2001).

Këndvështrimi biologjik

Janë marrë në konsideratë disa faktorë, për shkak të ndryshimeve hormonale që karakterizojnë ditët pas lindjes. Shpesh rezultatet e studimeve në këtë drejtim janë kontradiktore. Kjo është veçanërisht e vërtetë në lidhje me rolin e progesteronit, testosteronit, prolaktinës ndërsa duken më të qëndrueshme studimet që lidhin shfaqjen e DPP me lëkundjet midis mbiprodhimit dhe nën prodhimit të kortikosteroideve (Abou-Saleh, Ghubash, Karim, Krymski, & Bhai, 1998., Buckwalter et al, 1999., Bloch et al, 2000., e të tjerë). Kohët e fundit është konsideruar një aspekt tjetër që duket i lidhur me praninë e DPP: anemia nga mungesa e hekurit (Beard, Hendricks, & Perez, 2005). Ky deficit është i lidhur shpesh, në të rriturit, me ndryshime të sjelljes dhe performancën konjitive dhe me një prevalencë prej 50 % përfaqëson deficitin nutricional më të përhapur në botë në gratë e moshës riprodhuese. Anemia karakterizohet shpesh nga një gjëndje rraskapitjeje, lodhje dhe depresioni, kështu që mund të ndërhyjë në sjelljet interaktive të nënës dhe mund të ndikojë në rritjen e foshnjës.

Depresioni dhe ankthi i gruas para ose gjatë shtatzënisë

Duke shqyrtuar rishikimet e O'Hara & Swain (1996) dhe meta-analiza të mëvonshme të kryera nga Beck (2001) në 84 studime që lidhen me DPP, del një lidhje e fortë midis eksperiencave të problemeve psikologjike tek femrat para lindjes dhe shfaqja e mëvonshme e këtij çrregullimi. Shumë studime të tjera të kryera në vende të ndryshme kanë konfirmuar këto të dhëna (Nielsen Forman et al., 2000; Eberhard-Gran et al., 2002; Dennis et al., 2004; Jardri et al, 2006; O'Hara, 2009). Disa studime kanë gjetur një prevalencë të lartë të

simptomave depressive dhe të ankthit të shkaktuar në shtatzëni, madje edhe më e lartë se pas lindjes (Evans et al., 2001; Heron et al., 2004). Në dy studime të cituara, shfaqet një stabilitet individual për ankthin dhe depresionin para dhe pas lindjes: gratë që kishin arritur rezultate pikëzimesh të larta gjatë shtatzënisë vazhduan t'i mbajnë ato të larta edhe pas lindjes së foshnjës. Ndërsa mesatarja e përgjithshme, u zvogëlua në postpartum. Rëndësia e shqyrtimit të këtyre aspekteve del nga rezultatet e një studimi suedez. Rubertsson et al. (2005) krahasuan gratë me simptoma depressive gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes me të tjera që i manifestuan ato vetëm pas lindjes. Disa nga faktorët e rrezikut u hasën nga të dy grupet (papunësia, mungesa e mbështetjes sociale, problemet fizike të nënës), por situata e grupit të parë ishte më komplekse dhe "serioze" se ajo e grupit të dytë. Në shumë studime supozohet se kur çrregullimet psikologjike të grave përfaqësojnë një antecedent të DPP, kjo është indikative e një problemi biologjik ose gjenetik. Në realitet, siç sugjerojnë rezultatet e studimit të Rubertsson dhe të tjerë (2005), të njëjtit faktorë të rrezikut psiko-social mund të shoqërohen me simptoma depressive para shtatzënisë, gjatë dhe pas. Për këtë arsye është e domosdoshme që të kryhet një kontroll adekuat gjatë shtatzënisë për të identifikuar çdo situatë në rrezik.

Mbështetja sociale gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes

Mbështetja sociale është një konstrukt shumë kompleks dhe i artikuluar, që mund të sintetizohet në ndihmën dhe mbështetjen që merr një person nga personat që janë në marrëdhënie direkte me të (Santinello et al., 2009). Shumë studime kanë treguar centralitetin e këtij aspekti në fillimin e DPP. Nga meta-analizat e Robertson et al. (2004), të cilat integruan dhe zgjeruan raportet e mëparshme të O'Hara & Swain (1996) & Beck

(2001), doli se gratë që nuk kishin mbështetje adekuate gjatë shtatzënisë tregonin një rrezik më të lartë për manifestimin e simptomave depressive pas lindjes së fëmijës. Në një studim australian, Haslam et al. (2006) kanë theksuar se si prania e mbështetjes adekuate nga prindërit e gruas reduktonte probabilitetin e manifestimit të depresionit 4 javë pas lindjes. Në veçanti, autorët gjetën një efekt ndërmjetësimi: mbështetja e marrë, duke rritur ndjenjën e vetë-efikasitetit të nënës, ndikon pozitivisht në shëndetin e saj mendor. Nuk u shfaq, një lidhje me praninë ose mungesën e mbështetjes nga partneri, në kontrast me rezultatet e hulumtimeve të tjera. Në punën e përmendur tashmë nga Rubertsson et al. (2004), p. sh. pakënaqësia krahasuar me mbështetjen e marrë nga partneri, rriste rrezikun për gruan për të paraqitur DPP. Në një studim kanadez, Dennis dhe Ross (2006b) kanë evidentuar disa aspekte të marrëdhënies me partnerin të lidhura me depresionin 8 javë pas lindjes. Ata gjetën se gratë që paraqisnin simptoma depressive kishin një perceptim më të ulët të "integritetit" me partnerin (bashkimi dhe ndarja e interesave, ndjenja e përkatësisë), raportonin të ishin më pak të inkurajuar për të kërkuar ndihmë nga jashtë kur e ndjenin të nevojshme dhe merrnin më shpesh komente negative nga partneri në lidhje me aftësitë menaxhuese të fëmijës së tyre. Rezultatet e një studimi gjerman nga Lemola et al. (2007) paraqesin të dhëna analoge: për 374 gra të përfshira në hulumtimin e tyre, prania e një partneri emocionalisht përkrahës moderonte ndikimin e përvojave negative në lidhje me lindjen e fëmijës në shëndetin e tyre mendor, duke zvogëluar gjasat e depresionit 5 muaj më vonë. Është konstatuar se mbështetja e partnerit dhe ndërveprimi pozitiv midis nënës dhe fëmijës janë dy faktorë decisivë në diferencimin midis grave me episode të shkurtra të DPP (më pak se gjashtë muaj), dhe atyre me episode kronike (nga gjashtë muaj deri në dy vjet) (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, & Meyers, 1992; Cox, Connor, dhe Kendell, 1982).

Nënat adoleshente janë veçanërisht të prekshme për shkak të brishtësisë së marrëdhënieve të tyre me partnerin. Ata ankohen se janë braktisur kur kanë ngelur shtatzënë. Shpesh nëna do të pretendojë se ka pasur një DPP dhe do ta atribuojë këtë kryesisht mungesës së mbështetjes sociale dhe emocionale nga ana e partnerit por edhe neglizhimi i detyrimeve financiare.

Asocimi ndërmjet mungesës së mbështetjes sociale, sidomos nga partneri, dhe DPP, është i qartë. Variabiliteti midis hulumtimeve të ndryshme mund ti atribuohet instrumentave të ndryshëm, mungesës së vëmendjes që i kushtohet suportit të dhënë në një moment të caktuar. Mbështetja e ofruar duhet të përkohet me kërkesat e subjektit të cilit i drejtohet, përndryshe rrezikon të jetë joefektive (Rand, 1986). Kjo mund të ndihmojë në shpjegimin e arsyes pse ndonjëherë është më kuptimplotë një mbështetje instrumentale, ndërsa herë të tjera është më e rëndësishme mundësia për t'u dëgjuar dhe inkurajuar.

Marrëdhënia e çiftit dhe dhuna

Zgjedhja nëse dhe kur do të vihet në jetë një fëmijë është një vendim qendror në ekzistencën e individit. Ardhja e një fëmije ndryshon kohën dhe hapësirat e jetës së përditshme dhe shpesh nënkupton një rivendosje të trajektoreve personale, sociale dhe të punës. Disa studime kanë hetuar efektin që një ngjarje e tillë mund të ketë në cilësinë e marrëdhënies në çift. Nga një meta-analizë e kryer nga Twenge et al. (2003) nga 97 artikuj mbi këtë temë, shfaqet një asociim negativ midis prindërimit dhe kënaqësisë në marrëdhënien midis partnerëve, në veçanti për gratë. Në një punim amerikan, Doss et al. (2009) i kanë konfirmuar këto të dhëna. Autorët ndoqën 218 çifte për 8 vjet duke filluar nga

martesa e tyre, duke krahasuar sa ndërkohë ishin bërë prindër me ata që nuk kishin fëmijë. Në të dyja rastet, vërehej një rënie në nivelin e kënaqësisë së raportuar nga baballarët dhe nënat gjatë viteve, por ardhja e një fëmijë përkonte me ndryshime negative më të shpejta dhe të papritura. Dhe kjo ishte më e theksuar tek gratë sesa tek burrat.

Të dhëna të ngjashme theksojnë nevojën për të marrë parasysh këtë aspekt në vlerësimin e faktorëve të rrezikut për fillimin e depresionit tek nënat. Cilësia e marrëdhënies me një partner gjatë shtatzënisë shoqërohet me mirëqënien e gruas pas lindjes. Kjo gjithashtu duket se është konfirmuar nga disa studime transkulturore (Fisher et al., 2009). Në shqyrtimet e përmendura, O'Hara & Swain (1996) & Beck (2001) tregojnë një efekt nga të vogël në të moderuar të kësaj variabile mbi shëndetin e nënave në postpartum. Më pas, studimi australian i McMahon et al. (2005) identifikon pakënaqësinë në marrëdhënien në çift pas 4-muajsh si një nga faktorët kryesorë të rrezikut për vazhdimin e simptomave depresive 12 muaj pas lindjes. Në një hulumtin spanjoll, Escribà-Agüir et al. (2008) gjithashtu theksuan se të gjykosh si jo pozitive marrëdhëniet me partnerin gjatë trimestrit të tretë të shtatzënisë, rrit rrezikun që gratë të zhvillojnë një simptomatologji depresive në të njëjtën periudhë.

Megjithatë, veprat e shumta që hetojnë këto aspekte nuk kanë marrë parasysh të gjitha elementët e mundshëm në lojë. Përkundër faktit se dhuna nga ana e partnerit është një nga faktorët kryesorë të rrezikut për shëndetin e grave ndërmjet moshës 15-44 vjeç (WHO, 2005), janë të pakta studimet që në mënyrë eksplicite e konsiderojnë këtë variabël gjatë periudhës perinatale në lidhje me mirëqënien psikologjike të nënave (Fisher et al., 2009; Kendall-Tackett, 2007). Kjo është edhe më paradoksale nëse konsiderojmë se dhuna nga partneri është përshkruar si "shkaku kryesor i depresionit gjinor tek gratë" (Astbury,

2001, cituar në Fisher et al., 2009). Nga analiza e Campbell et al. (2004) shfaqet një ndryshueshmëri e madhe në normën e prevalencës së dhunës gjatë shtatzënisë në vënde të ndryshme të botës, me një hendeq të gjerë midis atyre të industrializuara (3.4-11%) dhe atyre në zhvillim (3.8-31.7%). Dhuna gjatë shtatzënisë është e lidhur fort me zhvillimin e simptomave depressive tek gratë. Nga 478 gra shtatzëna të intervistuar nga Valladares et al. (2005) në Nikaragua, 32% deklaruan se kishin pësuar dhunë nga partneri gjatë shtatzënisë aktuale, kryesisht psikologjike, por edhe fizike (13%) dhe seksuale (7%). Tek këto nëna, rreziku i shfaqjes së "shqetësimit emocional" gjatë shtatzënisë ose menjëherë pas lindjes ishte dukshëm më i madh se tek gratë që nuk kishin provuar dhunë. Në një studim kinez, Leung et al. (2002) zbuluan se midis 838 nënave të intervistuar pas lindjes, 16.6 % ishin abuzuar, veçanërisht verbalisht, në vitin paraprak. Një deri në dy ditë pas lindjes së fëmijës, disa ditë pas kthimit në shtëpi dhe 6 javë më vonë, këto gra shënuan pikë më të larta në EPDS se ata që nuk kishin vuajtur ndonjë formë dhune. Përjetimi i një situatë dhune nga partneri gjatë shtatzënisë mund të ketë edhe pasoja më serioze: nga një hulumtim amerikan (McFarlane et al., 2002) është gjetur që kjo e ekspozonte gruan ndaj një rreziku tre herë më të madh të të qenit viktimë e vrasjes / vrasjes së tentuar nga partneri. Pavarësisht asocimit të fortë ekzistues, pra, midis shëndetit të grave dhe dhunës në çift, janë ende të pakta studimet që kanë hetuar praninë e tyre në postpartum. Edhe më pak ata që e kanë lidhur këtë aspekt me depresion tek femrat.

Ngjarje stresuese të jetës

Sëmundja ose vdekja e një personi të dashur, fundi i një marrëdhënieje, divorci, humbja e vendit të punës, ndryshimi i shtëpisë dhe ngjarje të tjera të ngjashme mund të krijojnë stres

në gruan dhe përbëjnë një faktor të rëndësishëm rreziku për fillimin e DPPP (Robertson et al., 2004). Si shtatzënia dhe lindja e fëmijës mund të jenë momente në vetvete veçanërisht stresuese për gratë (Holmes & Rahe, 1967), por disa autorë argumentojnë se veprimi negativ i ushtruar nga to dhe ngjarje të tjera të ngjashme ndërmjetësohen nga perceptimi subjektiv që gruaja ka, nga kuptimi që i atribuohet (Zaccagnino, 2009). Megjithatë, në disa studime prania ose mungesa e ngjarjeve stresuese nuk është verifikuar (Lee et al., 2001; MacMahon et al., 2005; Jardri et al., 2006), ndërsa në të tjera nuk ka asocime të rëndësishme me simptomat depresive në postpartum (Robertson et al., 2003). Kjo mospërputhje mund të jetë për shkak të metodave të ndryshme të matjes: në disa raste janë përdorur shkallë të standardizuara, ndërsa disa të tjera bazohen në përgjigjen ndaj një pyetjeje të vetme "Kohët e fundit, a keni pasur stres, ndryshime apo humbje?" (Matthey et al., 2004). Ngjarje të rëndësishme për gratë gjatë shtatzënisë ose lehonisë konsiderohen si qendrore për shëndetin psikologjik në periudhën pas lindjes.

Gjendja socio-ekonomike dhe gjendja e punësimit të grave

O'Hara & Swain (1996) & Beck (2001) tregojnë një larmi rezultatesh për rëndësinë e situatës ekonomike në mirëqënien e nënës. Në të dyja rastet, autorët përfundojnë duke pranuar një ndikim të kufizuar nga ky faktor në shëndetin e grave. Problemi qendror është mungesa e marrëveshjes për treguesit më të saktë që përdoren për të zbuluar këtë aspekt, në disa raste të matura si punësim / papunësi e grave (Dennis et al., 2004), në disa të tjera bazuar në nivelin e të ardhurave të tyre (Watt et al., 2002), herë të tjera si "emocione" (p.sh. zemërimi) lidhur me mungesën e parave (Patel et al., 2002). Megjithatë, në disa hulumtime

italiane, një pyetje rreth pranisë së "problemeve serioze ekonomike" rezultonte e lidhur fort me DPP (Romito et al., 1999, 2009).

Ekziston një lidhje e rëndësishme midis kënaqësisë së nënës për aktivitetin profesional dhe DPP: në dy hulumtime të ndryshme italiane gratë që deklaroheshin të pakënaqura me gjendjen e tyre të punës, pavarësisht nëse ata ishin duke punuar apo jo, paraqitnin një rrezik më të lartë për të manifestuar DPP (Romito et al., 1999, 2009). Rezultate të ngjashme dalin nga studimi kanadez i Dennis et al. (2004): 1 javë pas lindjes, nënat që kishin deklaruar pakënaqesi ndaj punës së tyre ishin ato që kishin një shans më të madh për të qenë në depresion. Kompleksiteti i lidhjes midis punës dhe mirëqenies së grave është gjithashtu i dukshëm nga të dhënat e një studimi amerikan (Goldberg & Perry-Jenkins, 2004). Autorët analizuan lidhjen midis ndarjes së detyrave shtëpiake dhe kujdesit të tyre për fëmijën në njërën anë, dhe shëndetin psikologjik të nënave nga ana tjetër. Janë përfshirë 97 çifte në pritje të fëmijës së tyre të parë dhe në të cilën të dy prindërit ishin të punësuar me kohë të plotë para lindjes. Nga analiza e të dhënave të mbledhura mesatarisht 15 javë pas lindjes, gratë që kishin kaluar në orar të pjesshëm ishin më depressive se ato të cilët kishin mbajtur orët e tyre të punës të pandryshuara. Në veçanti, midis nënave të cilët punonin me kohë të pjesshme, ishin më keq ata që i përmbaheshin një imazhi të barabartë të marrëdhënies së burrit dhe gruas.

Karakteristika të tjera socio-demografike

Mosha dhe niveli i arsimimit të femrave nuk duket i lidhur me DPP (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 2001; Robertson et al, 2004.). Vetëm në vitet e fundit ka filluar ti kushtohet

vëmendje shtetësisë së nënës, në veçanti statusit të saj si emigrant. Disa studime kanë gjetur se kjo gjendje mund të ekspozojë gratë për rrezik më të madh të depresionit.

Faktorët obstetrikale-gjinekologjikë

Studimet që kanë për qëllim vlerësimin e ndikimit të faktorëve gjinekologjikë dhe obstetrikale kanë prodhuar gjithashtu rezultate kontradiktore. Në dy meta-analiza është parë një efekt i dobët, por i rëndësishëm i faktorëve obstetrikalë (komplikime gjatë lindjes së fëmijës, lindja e parakohshme, seksio cesarea urgjent, mungesa e mbështetjes gjatë lindjes) në fillimin e DPP (Monti & (Murray & Cartwright, 1993; Beck, 1996), sidomos nëse shoqërohet me prezencën e simptomatologjisë depresive në shtatzëni ose me një histori të çrregullimeve depresive (Agostini, 2006; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2001). Studimet e mëtejshme, nga ana tjetër, nuk tregojnë ndonjë korrelacion të rëndësishëm (Cox, Connor, & Kendell, 1982; O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984; Whiffen, 1988).

O'Hara & Swain (1996) gjetën një lidhje të dobët mes aspekteve të lidhura ngushtë me shtatzëninë dhe lindjen dhe DPP. Autorë të tjerë nuk kanë identifikuar asnjë (Robertson et al., 2003). Problemi qëndror është zgjedhja e "asaj" që duhet vlerësuar dhe me çfarë mjetesh. Në të vërtetë, disa studime kanë theksuar se nuk është përvoja e shtatzënisë dhe vetë lindja që ndikon tek grua, por është vlerësimi i saj për atë që po përjeton. Si nga meta-analiza e Beck (2001) si edhe studimet pasuese (Inandi et al., 2005; Rubertsson et al., 2005) del p. sh. një lidhje midis shtatzënisë së padëshiruar / paplanifikuar dhe DPP. Për më

tepër, perceptimi i humbjes së kontrollit ose mungesa e përkrahjes në lindje duket se ndikojnë negativisht në mirëqenien psikologjike të nënës (NHMRC, 2000).

Një tjetër variabël i marrë në konsideratë është ushqyerja me gji. Duket se një dështim në këtë fazë është i lidhur me nivele të larta të depresionit (Ferguson, Jamieson, dhe Lindsay, 2002).

Pritshmëritë sociale

Beck (2002a) në një nga meta-analizat e tij të kryera në 18 studime mbi DPP, identifikoi në konfliktin mes pritshmërive sociale rreth mëmësisë dhe përvojave reale, një nga faktorët parashikues të DPP. Nëna e re shpesh e gjen veten duke luftuar kundër idealit të nënës së lumtur që e dëshiron atë të lirë nga dyshimet dhe vuajtjet dhe që e shtyn të fshehë çdo vështirësi dhe e largon atë nga ndihma specifike për të cilën ka nevojë duke qenë nën presionin e një vlerësimi të vetes të tipit moral që e identifikon atë si një "nënë e keqe".

Zbatimi i këtyre sjelljeve që Guedeney (1989) e ka përshkruar si "paradoksi i nënës depressive" përshkruajnë atë nënë që mendon se nuk ka të drejtë të ndihet e pakënaqur apo depressive në një kohë që, sipas sensit komun, duhet të karakterizohet nga lumturia dhe ndjenja e realizimit. Ky qëndrim, së bashku me mosnjohjen e problemit nga ana e familjes, dhe që shpesh ngatërrohet nga klinicistët me Baby Blues, ka një efekt negativ në kohëzgjatjen e DPP dhe në gravitetin e saj për cilësinë e jetës së gruas, për cilësinë e marrëdhënies me partnerin dhe për efektet në zhvillimin e fëmijës (ACOG, 2006, 2008, Bina, 2008; e të tjerë).

Faktorë psikodinamikë

Studime të shumta kanë raportuar praninë e faktorëve të veçantë psikodinamike në bazë të depresionit perinatal: marrëdhënie emocionale të dobëta me nënat e tyre (Uddenberg & Nilsson, 1975, Verkerk, Denollet, Van Heck, dhe Van Sonmpopv, 2005), perceptime negative të kujdesit të marrë nga nëna dhe babai (Gotlib, Whiffen, Wallace, 1991), lidhje ankthioze dhe stil mbrojtës të papjekur (McMahon, Barnett, Kowalenko, dhe Tennant, 2005). Në literaturën psikoanalitike, Blum (2007) ka gjetur se në gratë që zhvillojnë DPP mund të identifikohen tre lloje të konfliktit emocional: varësia, si në lidhje me nevojën e tyre të pavarësisë nga të tjerët, ashtu edhe kundrejt varësisë së fëmijës, zemërimi, menaxhimi i të cilit duket të jetë problematik; ambivalenca rreth mëmësisë.

2.5.6.2. Faktorët mbrojtës

Ndër faktorët mbrojtës, u vu re se mbështetja sociale është një faktor kyç në promovimin e mirëqënies psikologjike të nënës. Gratë mund të marrin mbështetje instrumentale dhe emocionale, nga partnerët e tyre, nga familja e origjinës, nga miqësitë ose nga profesionistët (Aman, Cimino & Trentini, 2007). Në veçanti, pjesëmarrja në klasat e paralindjes, mbështetja emocionale gjatë lindjes, ndihma praktike në menaxhimin e fëmijës, janë konsideruar faktorë të veçantë mbrojtës. Përveç kësaj, disa karakteristika psikologjike të nënës, si autostima e mirë dhe aftësi të mira coping, dhe temperament i "lehtë" i fëmijës, mund të ketë një ndikim pozitiv në procesin e përshtatjes ndaj mëmësisë (Monti & Agostini, 2006).

Në përfundim, duhet theksuar rëndësia e shqyrtimit të përvojës subjektive të nënave për të kuptuar plotësisht etiologjinë dhe rrjedhën e DPP. Kjo del qartë nga meta-sinteza e kryer nga Beck (2002) në 18 studime cilësore që hulumtonin pikëpamjen e grave me këtë çrregullim. Nga analiza e intervistave, autori nxjerr në pah katër grupe tematike kryesore. Midis tyre qëndrore për zhvillimin e simptomave depresive është mospërputhja midis pritshmërive mbi mëmësinë dhe situatës reale që gruaja përjeton. Ndjenja e të qenit e vetmja që provon një lloj të caktuar emocionesh, të qenit të trishtuar, shkakton ndjenja faji dhe turpi. Nëna e percepton veten si "e keqe", "jo normale". Dhe kjo, nga ana tjetër, e precipiton atë gjithnjë e më shumë, derisa shfaqet depresioni.

Njohja e faktorëve të rrezikut dhe mbrojtës të DPP është një aspekt themelor për parandalimin e këtij çrregullimi, pasi mundëson identifikimin para kohe të grave në rrezik dhe përgatitjen e trajtimeve në kohë, me qëllim forcimin e burimeve individuale, sociale dhe relacionale. Në fakt, format e depresionit gjatë fazës perinatale, nëse nuk trajtohen, kanë efekte negative në cilësinë e jetës, marrëdhënien nënë-fëmijë dhe marrëdhëniet familjare (Austin et al. 2008, Yonkers et al 2009, Breedlove dhe Fryzelka 2011).

2.5.7. Probleme të lidhura me shëndetin mendor perinatal

Gjumi

Një nga problemet më të zakonshme gjatë periudhës perinatale është gjumi ose mungesa e tij. Gjumi është fleksibël pas lindjes. Disa e përshkruajnë veten të ngjashme me ndjenjën e dehur kur nuk kanë kontrollin e plotë të veprimeve të tyre. Studimet kanë treguar pamundësinë e personave të privuar nga gjumi të kryejnë detyrat themelore në të njëjtin

nivel si ata që janë të shplodhura. Studimet tregojnë se privimi afatshkurtër i gjumit mund të ketë një efekt negativ në humorin e nënës dhe në funksionet motorike. Efektet kumulative të modeleve afatgjata të gjumit të ndërprerë, siç përjetohet nga nënat e reja, mund të kenë një efekt të dëmshëm mbi shëndetin e tyre mendor dhe fizik (Dement dhe Vaughan, 1999; Reimann et al, 2001.). Prandaj është e mundur që nëna të vuajë nga simptomat depresive të lidhura zakonisht me privimin e gjumit.

Është i diskutueshëm fakti nëse mungesa e gjumit gjatë periudhës pas lindjes është një prelud i rëndësishëm ose një shkak i shëndetit të dobët perinatal mendor. Të paktën 80% e njerëzve në depresion përjetojnë pagjumësi, e cila karakterizohet nga vështirësi në të fjetur ose të qëndrojnë në gjumë.. Në një shqyrtim kritik nga Ross et al. (2005) si cilësia dhe sasia e gjumit janë implikuar si një faktor shkaktar në DPP.

Hildebrandt et al. (2007) raportojnë se nënat, fëmijët e të cilave zgjohenin shpesh dhe për periudha të zgjatura gjatë natës kishin një rrezik më të madh për të pasur simptoma depresive. Disa kërkime kanë treguar se një përmirësim në ritmin e gjumit të fëmijës ka ulur ndjeshëm simptomat e nënës. Nënata e privuara nga gjumi përgjithësisht janë shumë të lodhura, më pak të lumtura dhe më pak të shoqërueshme. Kjo gjithashtu ka implikime për marrëdhëniet personale. Është vërtetuar se niveli i mbështetjes që një nënë merr, sidomos nga partneri i saj, mund të ndikojë në sasinë e gjumit.

Gjetjet e Skouteris et al. (2008) zbuluan se cilësia e dobët e gjumit të nënës në fillim të shtatzënisë parashikonte nivele më të larta të simptomave depresive në fazat e mëvonshme të shtatzënisë. Megjithatë, nuk kishte prova për të sugjeruar se simptomat depresive në

shtatzëni ndikonin në cilësinë e gjumit më vonë. Studimi arriti në përfundimin se ka arsye për të hetuar dëshmi të një problemi të gjumit gjatë shtatzënisë, por të dhënat tregojnë se nënat në periudhën pas lindjes shpesh përjetojnë një kapacitet të reduktuar funksional, lodhje të shoqëruar me episode humori të ulët, të cilat në disa raste janë të lidhura me mungesën e gjumit (Dennis & Ross, 2005; Swain et al., 1997).

Oreksi

Nënat që mendonin se pesha e tepërt e fituar gjatë shtatzënisë do të hiqej në periudhën pas lindjes, mund ta kenë edhe më të vështirë të humbin peshë. Shpesh oreksi i tyre është i kompromentuar, me episodet e over-eating për të kompensuar ndjenjat e trishtimit dhe ankthit, ose ngrënia e një sasive të vogël ushqimi, e cila mund të shkaktojë anoreksi të rëndë.

Libido

Natyra vetë-kufizuese e shtatzënisë dhe ndryshimet hormonale që shpesh ndodhin kanë një ndikim shkatërrues në dëshirat seksuale të partnerit. Ndonjëherë, megjithatë, mund të ketë një mospërputhje në komunikim dhe për disa çifte shqetësimi i plotë i gruas për shtatzëninë ose humbja e dëshirës së gruas për të mbështetur intimitetin e marrëdhënies mund të keqinterpretohet si një tjetërsim i marrëdhënies. Personaliteti dhe predispozita e gruas dhe partnerit të saj, dëshira për shtatzëni, rrethanat financiare, madhësia e familjes, aspiratat materiale dhe jomateriale dhe situata të paparashikuara mund të imponojnë modele seksualisht miqësore ose diskordante në shtatzëni. Kur shtatzënia është e dëshiruar reciprokisht dhe nuk ka komplikime mjekësore, seksualiteti zakonisht nuk preket.

Hall et al. (1996) studiuhan rolin e vetëvlerësimit si një ndërmjetës i efekteve të stresit dhe burimeve sociale tek nënat me DPP. Të dhënat e mbledhura sugjeruan se 42% e grave kanë simptoma të larta depresive. Vetëvlerësimi ndërmjetësoi efektet e stresit të përditshëm dhe të marrëdhënieve intime personale. Nënat me stimë të ulët kishin 39 herë më shumë gjasa të përjetonin simptoma depresive sesa ato me vetëbesim të lartë. Ky rezultat sugjeron që ndërhyrjet për të reduktuar simptomat depresive dhe për të përmirësuar cilësinë e marrëdhënieve ndërpersonale mund të rrisin vetëbesimin dhe kjo, nga ana tjetër, mund të zvogëlojë depresionin.

Nënat me fekondim in vitro

Në një studim që shikonte të dhënat mjekësore të grave që ishin trajtuar për DPP u konstatua se 6 % e grupit kishin konceptuar me IVF krahasuar me 1.5% të popullatës së përgjithshme. Gratë në studim, megjithatë, ishin më të mëdha në moshë dhe kishin një lindje cezariene, gjë që rezultoi në një rritje të rrezikut të DPP. Hulumtuesit hipotizuan se kur ka një histori vështirësie me fertilitetin, konceptimi i asistuar mund të rrisë rrezikun e çrregullimeve pas lindjes (Fisher et al., 2005).

Vetë-lëndimi

Një nga faktorët kryesorë që shkaktojnë vetë-lëndimin e nënës është gjëndja e saj depresive. Studimet kanë treguar se mbi 5% e atyre që janë shtruar në spital kryejnë vetëvrasje brenda dhjetë vitesh. Ata që kanë lënduar me dashje veten përshkruhen si "vetë-dëmtues të qëllimshëm". Ka shkallë të ndryshme të vetë-lëndimit, duke filluar nga sipërfaqësore tek më shumë serioze. Vetë-lëndimi sipërfaqësor është ndoshta më i përhapur

në popullatë dhe përfshin shkuljen e flokëve ose kruarje të lëkurës derisa gjakoset etj. Shpesh nëna është e pavetëdijshme për atë që bën. Forma më e rëndë e vetë-lëndimit mund të përfshijë përdorimin e mjeteve të tilla si thika, ose çakmakë dhe shkrepse për t'i vënë zjarrin lëkurës (Tantam & Whittaker, 1992). Disa njerëz nuk janë në gjendje të shpjegojnë pse ata vetë lëndohen ose mund të ofrojnë disa arsye idiosinkratike ndaj sjelljes së tyre.

Udhëzimet e NICE (2005) mbi trajtimet afatshkurtra për vetë lëndimin rekomandojnë që të kryhet një vlerësim i plotë i nevojave fizike, emocionale dhe sociale nga një specialist.

Vetëvrasje

Së bashku me sëmundjet e zemrës dhe infeksionet, morbiditeti psikiatrik është shkaku kryesor i vdekjes së nënës. Nënat depressive e mendojnë aktin e vetëvrasjes. Ato mendojnë se bota do të ishte më mirë pa to dhe e planifikojnë në detaje mënyrën më të mirë për të vdekur (Appleby, 1991, Holden, 1991). Në shumicën e rasteve thuhet se është fëmija dhe varësia e tij prej tyre, që i pengon ata të kryejnë veprën (Marzuk et al., 1997, Pitt, 1993,). Historia psikiatrike e nënave që kryenin vetëvrasje sugjeronte se ishin në depresion ose vuanin nga psikoza paslindjes. Shtatzënia është e lidhur me një rrezik më të ulët të vetëvrasjes (Marzuk et al., 1997). Ka dëshmi që sugjerojnë se shtatzënia e paplanifikuar është një faktor i rëndësishëm rreziku për vetëvrasje dhe kjo është veçanërisht e dukshme tek adoleshentët. Një histori familjare me vetëvrasje është gjithashtu një tregues, pasi ka një rritje të rrezikut të vetëvrasjes në gratë, nënat e të cilave ishin vetëvrasëse. Vetë-lëndimi i qëllimshëm ka prevalencë të njëjtë në gratë shtatzëna dhe jo shtatzëna. Është sugjeruar që

të flasësh për aktin e vetëvrasjes mund të përdoret si një kërcënim për të braktisur ose manipuluar fëmijët e tyre.

Menaxhimi

Menaxhimi i nënave është kompleks. Shumë komentues sugjerojnë se është e vështirë të diferencohen shenjat dhe simptomat e DPP nga shenjat e depresionit klasik (Cox et al., 1987; Kelly, 1994). Megjithatë, shumë pak gra të moshës fertile kanë të tilla ndjenja pakënaqësie jashtë përvojës së tyre të lindjes (Cox et al., 1987). Mënyra tinzare se si simptomat shfaqen dhe përparojnë, imitojnë fillimin e çdo lloj depresioni. Megjithatë, ndryshe nga ngjarjet traumatike që mund të shkaktojnë depresion "normal" kjo është një ngjarje e "gëzueshme" që predisponon gruan për DPP. Kështu që mund të perceptohet se dallimi kryesor midis depresionit klasik dhe DPP është fëmija dhe të gjitha përgjegjësitë që kjo kërkon (Cox et al., 1982; Kumar, 1994,). Lindja e një fëmije është një shkak për festë. Kjo ngre pyetjen se pse gratë pas lindjes bien në depresion, ndonjëherë aq të thellë sa i çon ato në tentativa vetëvrasjeje.

2.6. Trajtimi i psikopatologjisë perinatale

Ndër trajtimet e depresionit perinatal mund të përmendim 3:

-Trajtimi jo farmakologjik

-Trajtimi farmakologjik

-Trajtimi i integruar : Psikoterapia dhe kura mjekësore punojnë bashkë. Është ndërhyrja më e mirë dhe më e suksesshme.

■ *Trajtimi jo farmakologjik*

Ky trajtim përfshin

-Ndërhyrje psikoedukative

Janë këshillime ose konsultime që japin njohuri mbi diagnozën dhe çrregullimin dhe lejon që pacientët të fitojnë një monitorim të vetes dhe të simptomave.

Objektivi është përmirësimi i ndërgjegjësimit për sëmundjen dhe mënyrat e trajtimit të saj.

Është i rëndësishëm edhe përfshirja e partnerit në psikoedukim sepse lejon një kuptim më të mirë të gjëndjes patologjike të gruas, një reduktim të faktorëve të rrezikut dhe një suport emotiv më të mirë.

-Psikoterapia

Ndërhyrja psikologjike duhet realizuar nga një profesionit i fushës, mundësisht me kompetenca mbi mëmësinë.

Zgjedhja e llojit të terapisë duhet të bazohet në preferencat e pacientit, mundësinë e realizimit të një terapie të caktuar dhe rëndësën e gjëndjes psikopatologjike

Terapia konjitive-komportamentale

Parashikon ndërhyrje individuale ose në grup me qëllim mësimin e një metode alternative të të menduarit dhe të të vepruarit.

Qëllimi është identifikimi i mendimeve dhe emocioneve dis-funksionale që shoqërojnë patologjinë. Objektivi është mësimi i mendimeve alternative të cilat modifikojnë gjëndjen emocionale dhe sjelljet e pacientit.

Kjo terapi është praktike dhe konkrete. Fokalizohet në zgjidhjen e problemeve psikologjike konkrete në madalitetin “këtu dhe tani”. Është afatshkurtër dhe e orientuar drej qëllimit. Është aktive, si pacienti edhe terapisti luajnë një rol aktiv. Terapisti mundohet t’i mësojë pacientit njohjen e problemeve të tij dhe zgjidhjet e mundshme për to. Pacienti punon edhe jashtë seancës duke vënë në praktikë strategjitë e mësuara në terapi dhe duke bërë detyra që i jepen nga terapisti herë pas here.

Terapia interpersonale

Është një terapi shumë e strukturuar e cila fokusizohet tek simptomat aktuale të pacientit, tek raportet interpersonale dhe në ngjarjet e jetës. Njeh rëndësinë e eksperiencave regrese por ka si objektiv zgjidhjen e konflikteve interpersonale aktuale. Njeh 3 komponentë që përbëjnë simptomatologjinë të cilat janë: formimi i simptomës, funksionimi social dhe karakteristikat e personalitetit. Analizon 4 zona problematike si simptomat, konfliktet e roleve interpersonale, ndryshimet e roleve dhe deficietet interpersonale

Terapia psikodinamike

Fokalizohet në aspekte të ndryshme të vetes, jo plotësisht të njohura që qëndrojnë në bazë të sjelljes aktuale të pacientit, në simptomat dhe në modalitetet relazionale.

Objektivi është rritja e ndërgjegjësimit dhe kuptimi i influencës së të shkuarës në sjelljen aktuale, përmes një raporti interpersonal (terapist-pacient) të ndërgjegjshëm dhe të planifikuar. Pacienti inkurajojet në arritjen e ndryshimit të ndërgjegjshëm të proceseve psikologjike nga të cilat varen vuajtja, mënyra jo e përshtatshme e jetesës të cilat kontribuojnë në simptomatologjinë psikike.

-Suporti psikologjik

Nuk është një ndërhyrje në kuptimin e plotë të fjalës por është një dëgjim empatik dhe jo gjykues nga ana e një profesionisti kompetent, i cili lejon gruan të jetë e hapur ndaj dialogut. Është një proces shoqërimi dhe suporti jo direktiv dhe inkurajues.

-Teknika relaksimi

Këto teknika lejojnë mësimin ë një mënyre të re për tu relaksuar, duke u përqëndruar në relaksimin muskular (relaksimi muskular progresib i Jacobson). Konsiston në një sekuencë ushtrimesh mbi kontraktimin dhe lëshimin e muskujve, duke përfshirë të gjithë segmentet trupore. Objektivi është prodhimi i një gjëndjeje relaksimi të vetëadministruar, modifikimi i perceptimit subjektiv të simptomave, reduktimi i efekteve fizike të ankthit duke përmirësuar njohjen e trupit etj.

KAPITULLI III: METODOLOGJIA

3.1. Shtrimi i problemit

“Asgjë nuk më kishte përgatitur për idenë e të qënit një nënë kur unë vetë e ndjeja veten ende për t'u krijuar. Ajo grua e qetë, e sigurt, pa ambivalenca, që lëvizte nëpër faqet e librave që kam lexuar, u shfaq tek unë e huaj si një astronaut [Rich, 1977]”

"Gjeni imazhet dhe nëse e dëshironi, ndoshta do të jeni në gjendje të ndryshoni ndjesitë dhe sjelljen". Lazarus (1977)

2 frazat e mësipërme shprehin plotësisht idenë e problemit që trajtohet në këtë punim.

Lindja e një fëmijë konceptohet si një ngjarje e gëzueshme për nënën dhe familjarët e tjerë dhe supozohet se kjo ngjarje e gëzueshme nuk duhet të sjellë asnjë lloj problemi por vetëm gëzim dhe lumturi. Dhe si rrjedhojë fenomeni i depresionit perinatal është i nënvlerësuar ndërkohë që është i rëndësishëm dhe i domosdoshëm trajtimi i tij sepse prek fusha të ndryshme si gjendjen shëndetësore dhe psikikë të nënës, marrëdhënien në çift, marrëdhënien me familjarët e tjerë si edhe kompromenton raportin e nënës me fëmijën e sapolindur ose edhe raportin e nënës me fëmijët e tjerë nëse ka.

Ideja e këtij studimi lindi pas trajtimit të një rasti të një pacienteje të shtruar në maternitet e cila rreth 5 javë pas lindjes së një fëmije të parakohshëm filloi të shfaqte simptoma depresive. Pas konsultave dhe vlerësimeve përkatëse pacientja u diagnostikua me DPP. Puna me pacienten ishte goxha e vështirë, për shkak të mospranimit nga ana e saj e gjendjes në të cilën ndodhej. Ajo referonte se kishte vetëm simptoma fizike dhe jo probleme

psikologjike. Vështirësia e dytë qëndronte në faktin se familjarët e saj nuk pranonin që pacientja të konsultohet vetëm por ishin gjithnjë të pranishëm dhe kjo nuk lejonte shprehjen e pacientes rreth problematikave të saj. Pacientja kishte frikë të rrëfehej në sy të familjarëve dhe të bashkëshortit të saj.

Edhe pasi me shumë vështirësi u gjet momenti për tu konsultuar vetëm, pacientja e kishte të vështirë të fliste dhe rrjedhimisht konsultat nuk ishin efikase. Ideja e trajtimit konsultativ me imazhet lindi si rrjedhojë e fantazisë së saj në lidhje me mendimet vetëvrasëse që ajo shprehte. Kishte një fantazi relativisht të mirë përse i përket këtyre situatave të vetëvrasjes dhe si rrjedhim u pa e arsyeshme, duke u konsultuar edhe me psikiatrin, të përdorej kjo metodë për të ndihmuar gruan.

Trajtimi i saj me imazhet çoi në një përmirësim të simptomave depresive.

Si rrjedhojë u vendos që kjo mënyrë terapie të përdorej edhe me paciente të tjera që kishin vështirësi të pranonin gjendjen e tyre, të shprehenin me fjalë apo kishin frikë të etiketoheshin si të çmendura dhe rrjedhimisht nuk e pranonin ndihmën e dhënë.

3.2. Qëllimi i studimit

Depresioni perinatal është një fenomen interesant sepse prek shumë aspekte të gruas dhe atë çka e rrethon gruan. Nënvlërësimi i këtij fenomeni mund të ketë efekte negative jo vetëm për gruan në vetvete por edhe në familje duke shkaktuar konfliktualitet ndërmjet prindërve dhe në zhvillimin e marrëdhënies nënë-fëmijë, duke e varfëruar këtë marrëdhënie.

Aktualisht depresioni perinatal nuk është klasifikuar si sëmundje e veçantë në vetvete por hyn në kriteret për çrregullim depresiv madhor.

Duke u nisur nga fakti se shtatzënia dhe lindja e një fëmije është një ngjarje e gëzueshme, nënat e kanë të vështirë të tregojnë për ndjenjat jo të kënaqshme që i prekin ato gjatë kësaj periudhe. Ato kanë frikë të etiketohen si nëna të këqija, si të çmendura, nga opinioni publik dhe rrjedhimisht ato preferojnë të mos flasin. Dhe aty ku mungon fjala na vinë në ndihmë imazhet dhe imagjinata.

Imazhet mendore janë një konstrukt interdisiplinor. Ato mund të ndihmojnë një person në përmirësimin e mënyrës së jetesës. Mund të jenë një instrument i vlefshëm në përballimin e vështirësive të përditshme. Në terapi pacienti imagjinon dhe pastaj i përjeton ato imazhe në realitet.

Qëllimi i studimit është të tregojë se puna me imazhet dhe teknikat imagjinate ndihmon në reduktimin e simptomave të depresionit perinatal, ndihmon në një përjetim më të mirë të shtatzënisë dhe kanë një efekt pozitiv më të shpejtë se trajtimi konsultativ normal.

3.3. Objektivat e studimit

- Identifikimi dhe vlerësimi i rasteve të grave me simptoma depresive në shtatzëni.
- Identifikimi dhe vlerësimi i rasteve të grave me simptoma depresive pas lindjes.
- Trajtimi i rasteve të identifikuara me simptoma depresive perinatale me teknikat imagjinate.
- Vlerësimi i nivelit të simptomave depresive tek gratë të trajtuara me imazhet.

- Vlerësimi i nivelit të simptomave depresive në grupin e grave të keshilluara por të trajtuara pa imazhe.

- Lidhja midis përdorimit të teknikave imagjinative dhe simptomave depresive.

3.4. Pyetjet kërkimore të punimit dhe hipotezat

Për të arritur qëllimin e këtij studimi janë ndërtuar disa pyetje kërkimore

- A ekziston një marrëdhënie midis përdorimit të teknikave imagjinative dhe përmirësimit të simptomave depresive në periudhën perinatale (para dhe pas lindjes) ?

- A ekziston një marrëdhënie midis përdorimit të teknikave imagjinative dhe përmirësimit të simptomave depresive në çfarëdo grade qofshin këto të fundit?

H1. Teknikat imagjinative ndikojnë në përmirësimin e përjetimit të shtatzënisë.

H2. Teknikat imagjinative ndikojnë në përmirësimin e simptomave depresive në rastet e grave të prekura nga depresioni para dhe pas lindjes.

H3. Teknikat imagjinative influencojnë pozitivisht / negativisht në përmirësimin dhe eliminimin e këtyre simptomave në çfarëdo grade qofshin.

3.5. Dizajni i studimit

Metodologjia e përdorur është ajo cilësore por që inkorporon edhe metoda të kërimit sasior në formën e një pyetësi vetëraportues me pikëzim. Metoda cilësore është e nevojshme për të përshkruar një sjellje ose një ngjarje të caktuar. Ajo lejon identifikimin e një sërë nuancash të një sjelljeje të caktuar ose të një ngjarjeje që nuk mund të kuptohet

ndryshe. Ofron një informacion të detajuar dhe specifik të fenomenit që studiohet. Është e përshtatshme edhe për shkak të natyrës së ndjeshme dhe delikate të çështjes së përfshirë në studim. Mbledhja e të dhënave cilësore u realizua duke përdorur intervistën gjysëm të strukturuar, mbi faktoret e rrezikut që ndikojnë në instaurimin ose mbajtjen në kohë të simptomave depresive duke u dhënë kështu mundësi pjesëmarrësve të flisnin për çështje delikate të jetës së tyre. Kjo metodë na ndihmon të njihemi me përjetimet personale të grave lidhur me këtë fenomen të nënvlerësuar.

Në një moment të dytë janë përdorur ushtrimet imagjinate me qëllim për të ndihmuar gratë të analizonin dhe të shihnin në një këndvështrim alternativ shqetësimet e tyre në lidhje me këtë fazë të jetës. Janë analizuar tregimet e nënave mbi gjendjen e tyre.

Metoda sasiore u përfshi në studim për shkak të testit të Edinburgut i cili është një pyetësor me pikëzim. Ky test na erdhi në ndihmë fillimisht për të identifikuar gratë me simptoma depresive perinatale. Na erdhi në ndihmë edhe në fund të trajtimit për të konstatuar diferencat në pikëzim.

Duke e parë studimin nga ana statistikore ku është bërë një përpjekje për të përdorur instrumentat e studimeve sasiore mund të jepet përshtypja e një studim sasior. Por, duke u kufizuar nga numri i vogël i kampionit ky studim nuk mund të cilësohet si sasior. Ky kampion rastësor për frekuentimin e spitalit gjinekologjik-obstetrikal nuk mund të bëhet përfaqësues për të gjithë vendin. Pra nisur nga numri i vogël i kampionit dhe i instrumentave të përdorur në studime cilësore nga njëra anë dhe nga ana tjetër pyetësi i Edinburgut dhe përpunimit statistikor i të dhënave që perdoren për të përgjithësuar rezultatet

e kampionit në studimet sasimore bën që ky studim të ndërthurë metodologjinë cilësore dhe sasimore.

Kampioni i përzgjedhur janë gra të cilat janë raportuar në shërbimin psikologjik për probleme të ndryshme psikologjike. Fokusi i studimit janë gratë të cilat në pyetësin vetë raportues dhe në intervistat gjysëm të strukturuar kanë rezultuar me simptoma depresive. Fokusi i mëtejshëm është edhe këshillimi dhe suporti psikologjik ndaj tyre me anë të teknikave imagjinative.

Pas marrjes së rezultateve paraprake u hodh poshtë hipoteza e ndikimit të aktivitetit imagjativ në eliminimin e simptomave në çfarëdo grade qofshin, për shkak se fenomeni i dëshpërimit të lindjes është kalimtar dhe mund të na japi false pozitive dhe puna me imazhet me gratë të prekura nga psikoza paslindjes për vetë rendesën dhe kushtet e kësaj gjëndjeje ishte e pamundur.

3.6. Vështirësitë dhe kufizimit e studimit

- Së pari, vështirësia lidhet me kampionin e përfshirë në studim. Ato janë gra që po përjetojnë një periudhë delikate por të bukur dhe ndjenjat depresive nuk i shkojnë për shtat kësaj gjendjeje dhe si të tilla nuk raportohen si nga vetë gratë edhe nga familjarët e tyre.
- Së dyti, ka pak studime të kontrolluara mbi këtë fenomen, është në përgjithësi i nënvlerësuar edhe nga shërbimet shëndetësore që kanë të bëjnë me shëndetin e gruas.

- Së treti, përveç faktit që është i nënvlerësuar si fenomen dhe shumë raste nuk raportohen dhe identifikohen, edhe në rastet që identifikohen është i vështirë procesi i follow up, sepse mungon një rrjet i organizuar bashkëpunues midis spitalit dhe konsultoreve.
- Së katërti, ky studim është kryer në një institucion spitalor dhe fenomeni që haset më shumë është dëshpërimi i lindjes i cili zgjidhet vetë që në javën e parë. Në të tilla kushte identifikimi i depresionit është i vështirë sepse shumica e grave rrinë në spital pak ditë. Edhe gratë me rrisht të lartë edhe pse rekomandohen të vinë të konsultohen një muaj pas lindjes, ndodh shpesh që e neglizhojnë këtë rekomandim.
- Së pesti, edhe ndër gratë e marra në studim, një pjesë e mirë qëndrojnë gjatë në spital për arsye obstetrikale ose për arsye të shëndetit të bebit dhe të dy faktorët e sipërpërmendur përbëjnë vetë faktor rreziku për depresion.
- Së gjashti, vështirësi haset edhe në punën me imagjinatën, me aftësinë e pacientit për të imagjinuar. Tek një person që nuk i do imazhet ose i quan ato të bezdisshme mund edhe të kemi një keqësim të simptomave.
- Kufizim i studimit është fakti që plotësimi i pyetësorit është me vetë-raportim, dhe ekziston mundësia që gratë të manipulojnë të dhënat.
- Kufizim tjetër ka të bëjë me vendin ku është zhvilluar studimi, i cili është një nga maternitetet kryesore në Tiranë por që nuk lejon gjithsesi, edhe pse pacientet vijnë nga të gjitha rrethet e Shqipërisë të krijojmë një ide mbi incidencën e depresionit perinatal.

-Kampioni është rastësor për frekuentimin e maternitetit dhe si i tillë nuk mund të bëhet përfaqësues i të gjithë vendit.

- Kampioni është i vogël për të nxjerrë rezultate përgjithësuese. Numri i grave në studim është një kufizim për përgjithësimin e të dhënave për të gjithë popullatën e së njëjtës kategori dhe rrjedhimisht në rezultatet flitet për një konstatim të ndryshimeve në nivelin e simptomave depresive dhe jo për diferenca statistikore të rëndësishme.

- Kufizim tjetër është fakti se nuk kemi për të gjitha rastet që shfaqin simptoma depresive një vlerësim psikiatrik dhe një diagnozë të saktë të DPP. Edhe pse për disa gra rekomandohet konsulta psikiatrike ose ofrohet nga shërbimi spitalor pak nëna vendosin të ndjekin këshillën e mjekut ose të trajtohen me ilaçe për vetë faktin se ndjehen fajtoresh ndaj fëmijëve të tyre.

- Një tjetër kufizim i cili duhet marrë parasysh në këtë studim është edhe efekti placebo. Reduktimi i simptomave depresive në pjesën më të madhe të rasteve të trajtuara me teknika imagjinative është me të vërtetë efekt i këtyre të fundit apo janë thjesht pritshmëritë e pacientit ndaj kësaj mënyre trajtimi alternative dhe entuziami i studiuesit që ndikojnë në rezultate?

Nëse placebo bazohet në pritshmëri, emocione dhe sugjestione lidhur me imazhet e kurës, terapia ka mundësinë të stërvisë individin të përdorë sugjestione të tilla, emocione dhe pritshmëri në vantazh të saj.

Rrjedhimisht është e vështirë shmangia e efektit placebo në këto rezultate.

Sepse ndikon shpresa e pacienteve e cila mund të jetë kurative duke stimuluar proceset e rekuperimit të pranishëm në çdo person. Ndikon besimi në terapi, sepse efekti placebo verifikohet sa herë që pacienti ka besim në suksesin e terapisë dhe roli i terapistit është pikërisht të stimulojë besimin. Ndikojnë pritshmëritë ndaj vetëfikasitetit sepse mjetet terapeutike në vetvete modifikojnë pritshmëritë e efikasitetit të pacienteve në përballimin e situatave të ndryshme. Ndikon marrëdhënia terapeutike. Efekti placebo mund të shihet si pasojë e një aktivizimi psiko-biologjik, i cili ndjek drejtpërsëdrejti krijimin e një lidhjeje të fuqishme edhe pse kalimtare. Situata komplekse emocionale që krijohet në ndërveprimin midis dy njerëzve, pritshmëritë e rimëkëmbjes, interesimi ndaj problemeve të pacientit, një shkallë e caktuar e përfshirjes emocionale për shkak të ekspozimit të problemeve të tyre , etj mund të modifikojë gjendjen psikologjike të një pacienti në mënyrë të tillë që të ndikojë në vlerësim.

Por ajo që mund të përmendim në lidhje me punën me imazhet dhe teknikat imagjinate është se mendja jonë mund të kontrollojë kimine e trurit dhe midis imazheve që ne krijojmë ekzistojnë mundësi për iluzione të shëndetshme. Janë këto iluzione që shumë shpesh mund të kondicionojnë pozitivisht mirëqenien psikofizike.

Ndikimi i imazheve në reagimet emocionale është diçka që të gjithë e përjetojmë nga pak. Siç shkruan Lazarus: "gjërat që na frikësojnë në realitet, gjithashtu na frikësojnë edhe në imagjinatë. Pasoja është se gjërat që nuk kemi më frikë në imagjinatë nuk do të na shqetësojnë në jetën reale "(Lazarus, 1966, f.65). Rrjedhimisht, puna me imagjinatën mund të bëhet një mënyrë për të menaxhuar gjendjet emocionale të dhimbshme dhe për t'u përballur me vështirësi në jetën e përditshme. .

3.7. Çështje etike

Për realizimin e këtij studimi u mor leje në drejtorinë e spitalit, më tepër për nënat e shtruara në spital mbi anamnezën e tyre obstetrikale. Drejtoria dha leje duke qenë se studimi do të ishte edhe në kuadër të shërbimit psikologjik që ofrohet në spital. Më pas çdo grua që kontaktohej dhe konstatohej me probleme psikologjike depresive për të cilat kishte nevojë për suport dhe këshillim psikologjik i shpjegohej studimi. Shumë prej grave të referuara dhe të kontaktuara nuk pranuan të ishin pjesë e studimit edhe pse iu shpjegohej se të dhënat e tyre do të ishin konfidenciale. Interesant ishte fakti se pjesa më e madhe e atyre që refuzonin edhe të bënin testin ishin bashkëshorti ose familjarët e pacienteve dhe jo vetë pacientet. Grave që pranuan iu shpjegua me hollësi procedura, pyetësi, qëllimi i studimit. Atyre iu ofrua suporti dhe këshillimi psikologjik sa herë që ato e ndjenin të nevojshme dhe mbi të gjitha pa pagesë.

3.8. Proçedura dhe kampionimi

3.8.1. Konteksti i studimit

Ky studim është zhvilluar në maternitetin “Koço Gliozheni” Tiranë. Materniteti është një nga dy maternitetet shtetërore kryesore në Tiranë, dhe pret shumë paciente nga të gjitha vendet e Shqipërisë. Studimi kryesisht u fokusua në repartin e Obstetrikës, në lehoninë 1 dhe lehoninë 2, përkatësisht reparti i lindjeve me seksio cesarea dhe reparti i lindjeve me rrugë natyrale. Fokus tjetër ka qenë edhe reparti i patologjisë së shtatzënisë ku rrinë të shtruara gratë shtatzëna për arsye të ndryshme obstetrikale.

Gjithashtu në zyrën e psikologes janë paraqitur edhe gra të lindura mbi dy muaj më parë të referuara nga mjeku gjinekolog me të cilin kanë realizuar lindjen, nga mjeku pediatër i cili ka në kurim bebin, nga infermiere dhe mami, nga familjarë dhe miq.

Këshillimi është zhvilluar në zyrën e psikologes.

3.8.2. Mbledhja e të dhënave

Psikologia lajmërohej nga mjeku, kryemamia ose mamitë e reparteve për rastet e ndryshme të nënave të cilat paraqisnin probleme psikologjike. Psikologia vihej në dijeni për të dhënat e përgjithshme të pacientes dhe për shqetësimet që kishte fillimisht nga personeli mjekësor dhe nga kartela e pacientit dhe pastaj vendosej kontakti i parë me pacienten.

Pas të dhënave të para mbi pacienten, në varësi të shqetësimeve, kësaj të fundit i bëhenin tre pyetje të formuluar nga National Institute for health and clinical Excellence (2007)

1) Gjatë muajit të fundit je ndjerë e mërzhitur shumë ose pa shpresë?

2) Gjatë muajit të fundit keni pasur interes të ulët ose pakënaqësi në aktivitetin e përditshëm?

Nëse përgjigja e dy pyetjeve të mësipërme është positive vijohet me pyetjen e tretë.

3) Duke u nisur nga kjo situatë, ndieni nevojën për ndihmë?

Mbledhja e të dhënave në këtë studim është bërë nga aplikimi i testit të depresionit post natal të Edinburgut me anë të të cilit identifikuam pacientet me simptoma depresive. Vijnë aplikimi i një interviste gjysëm të strukturuar e cila na ndihmon të kuptojmë faktorët e rrezikut që mund të kenë ndikuar në zhvillimin e simptomave depresive perinatale. Secilës prej pjesëmarrëseve i është shpjeguar qëllimi i studimit, i është shpjeguar se anonimat i tyre do ruhej dhe i është shpjeguar që këshillimi i tyre, bëhet fjalë për kategorinë e nënave që vijnë muaj pas lindjes do të jetë falas.

Pas fazës së parë të konstatimit të simptomave depresive, më pas vijohet me imazhet dhe teknikat imagjinate. Fillimisht gratë i nënshtrohen disa pohimeve që janë pjesë e dimensionit verbal-vizual i cili është një nga dimensionet më të studiuara në fushën e dallimeve individuale dhe përdor disa shprehje për të rekrutuar personat me tendencë vizuale ose verbale. Personat me tendencë vizuale më tej i nënshtrohen disa situatave imagjinate për të parë aftësinë e tyre për të imagjinuar dhe për tu praktikuar me imazhet. Vijohet me këshillimin dhe ndërhyrjen me dhe pa teknika imagjinate. Kohëzgjatja e ndërhyrjes me teknika dhe me këshillim është 4-6 javë i cili është minimumi i mundshëm për të pasur një efikasitet të ndërhyrjes imagjinate bazuar në literaturën përkatëse.

Iu shpjegua se kjo ndarje bëhej në funksion të karakteristikave verbale ose vizuale që zotëronte gjithsesili me qëllim mbarëvajtjen e këshillimit meqë bëhej fjalë për një kohë afatshkurtër.

3.8.3. Kampionimi

112 gra me simptoma depresive janë vlerësuar në fazën prapake të studimit.

Nga këto **80** gra janë testuar pas lindjes dhe **32** gra janë testuar në shtatzëni.

Nga kampioni 112 i fazës paraprake **105** gra rezultuan pozitive ndaj testit të Edinburgut.

Nga **105** gra me simptoma depresive **50** prej tyre rezultuan pozitive ndaj fazës së dytë e cila përkonte me testin e dimensionit vizual dhe punës me teknikat imagjinate. Ndër to **33** gra të konsultuara pas lindjes **3** prej të cilave nuk e vazhduan studimin më tej për arsye personale dhe **17** gra të konsultuara në repartin e patologjisë së shtatzënisë **7** prej të cilave lindën para se të përfundonte ndërhyrja me teknikat imagjinate dhe rrjedhimisht nuk u bënë pjesë e studimit.

Në grupin e **55** grave që nuk rezultuan vizuale apo që nuk kishin dëshirë të punonin me imazhet disa prej tyre nuk u futën në studim për arsye se banonin larg ose e kishin të pamundur.

Rrjedhimisht kampioni i përfshirë në studim përbëhet nga:

Gra të lindura të trajtuara me imazhe = 30

Gra të lindura të trajtuara pa imazhe = 30

Gra shtatzëna, në patologjinë e shtatzënisë të trajtuara me imazhe = 10

Gra shtatzëna në patologjinë e shtatzënisë të trajtuara pa imazhe = 10

Në grupin e grave të lindura të trajtuara me imazhe kemi

Viti i lindjes	1972	1980-1989	1990-1999	2000	
Nr i grave	1	20	8	1	

Punësimi	Pa punë	Punëtore	Nënpunëse
Nr i grave	13	6	11

Nr i lindjeve	Primi pare	Sekondi pare	Pluripare
Nr i grave	19	7	4

Në grupin e grave të patologjisë së shtatzënisë të trajtuar me imazhe kemi

Viti i lindjes	1975-1979	1980-1989	1990-1999
Nr i grave	3	5	2

Punësimi	Pa punë	Punëtore	Nënpunëse
Nr i grave	3	1	6

Nr i lindjeve	Primi pare	Sekondi pare	Pluri pare
Nr i grave	6	3	1

Në grupin e grave të lindura të trajtuara pa imazhe kemi

Viti i lindjes	1974-1979	1980-1989	1990-2000
Nr i grave	4	12	14

Punësimi	Pa punë	Punëtore	Nënpunëse
Nr i grave	17	4	9

Nr i lindjeve	Primi pare	Sekondi pare	Pluripare
Nr i grave	18	7	5

Në grupin e grave në patologjinë e shtatzënisë të trajtuar pa imazhe kemi

Viti i lindjes	1976-1979	1980-1989	1990-1999
Nr i grave	2	6	2

Punësimi	Pa punë	Punëtore	Nënpunëse
Nr i grave	2	0	8

Nr i lindjeve	Primi pare	Sekondi pare	Pluripare
Nr i grave	6	2	2

3.8.4. Kriteret e përfshirjes në studim

Në studim u morën të gjithë ato nëna të cilat në testin e depresionit post natal të Edinburgut rezultuan me pikëzim të lartë mbi 12 i cili është cutt-off i propozuar nga autori. Por duke pasur parasysh që disa autorë propozojnë edhe një cutt of prej 9-11 edhe pse mund të jetë fals pozitiv në studim u përfshinë edhe gratë që në testin fillestar rezultuan me këto pikë.

Vetëm një grua në këshillimin pa imazhe rezultoi me pikëzim 8 por u bë pjesë e studimit si pasojë e pikëzimit të lartë në pyetjet mbi ankthin dhe panikun e paarsyeshëm.

3.8.5. Kriteret e përjashtimit nga studimi

- Gratë me psikozë pas lindjes, të cilat janë referuar urgjent në shërbimin e psikiatrisë.
- Gratë që kanë lindur fëmijë me polianomali.
- Gratë që në lindjen aktuale kanë bërë feto morto in utero.
- Gratë, bebat e të cilëve kanë ndërruar jetë pak ditë pas lindjes.
- Gratë të cilat kanë refuzuar shërbimin psikologjik.

3.9. Instrumentat

■ Fillimisht pacienteve që morën pjesë në studim i bëhenin tre pyetje të formuluar nga National Institute for Health and Clinical Excellence (2007):

1) Gjatë muajit të fundit jeni ndjerë e mërzhitur shumë ose pa shpresë?

2) Gjatë muajit të fundit keni pasur interes të ulët ose pakënaqësi në aktivitetin e përditshëm?

Nëse përgjigja e dy pyetjeve të mësipërme ishte positive vijohej me pyetjen e tretë

3) Duke u nisur nga kjo situatë, ndjeni nevojën për ndihmë?

■ **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

Depresioni pas lindjes mund të njihet në fazat fillestare, nga një monitorim i vëmendshëm. Në një përpjekje për të adresuar këtë, na ndihmon shkalla e Depresionit Postnatal të Edinburgut (EPDS) e cila është dizajnuar nga Cox në vitin 1986. Ky mjet shqyrtimi është aktualisht më i njohuri për monitorimin e nënave në periudhën pas lindjes. Kjo shkallë është vërtetuar duke përdorur intervista të standardizuara psikiatrike dhe përkthyer në katërmëdhjetë gjuhë. Dëshmitë nga studime kanë konfirmuar se 86% deri 90% ky pyetësor është i saktë (O'Hara MW. 1995.) Këto janë statistika mbresëlënëse kur testi përbëhet nga vetëm 10 pyetje dhe nëna do pak minuta kohë për ta përfunduar. Si dëshmi e mëtejshme e efektivitetit të shkallës, një studim tregoi se shqyrtimet rutinë me EPDS në praktikat familjare kanë rritur normën e diagnozës së DPP nga 3.7% në 10.7% (Georgiopoulos, AM, Bryan, TL, Woolan, P., Yawn, BP. 2001)

Pyetësori është vetë-raportues dhe përmban 10 pyetje të dizajnuara për të shqyrtuar gjendjen e nënës. I kërkohet nënave të zgjedhin përgjigjen më të afërt se si janë ndjerë gjatë shtatë ditëve të fundit.

Të dhjetë pyetjet hetojnë aspektet e mëposhtme:

- Aftësinë për të qeshur dhe për të parë anën zbavitëse të gjërave.
- Aftësinë për të shijuar gjërat.
- Ndjenjë faji e pamotivuar.
- Ankth ose shqetësim i pamotivuar.
- Frikë ose panik i pamotivuar.
- Ndjesinë e të qenit e mposhtur nga situata.
- Vështirësi me gjumin për shkak të trishtimit.
- Ndjenja trishtimi dhe pakënaqësie.
- Të qara të shkaktuara nga trishtimi i tepërt.
- Mendime vetë-lënduese.

Udhëzime për përdoruesin : Gruas i kërkohet të nënvizojë përgjigjen që i afrohet më shumë gjendjes së saj shpirtërore në 7 ditët e fundit. Duhet plotësuar të gjitha pyetjet. Duhet shmangur mundësia që gruaja të konsultojë përgjigjet e saj me të tjerët. Gruaja duhet ta plotësojë vetë pyetësonin, përjashtojë rastet kur ka vështirësi në lexim.

Pikëzimi

Pyetjet 1,2 & 4 (pa asterisk) pikëzohen 0,1,2,3 duke filluar nga pyetja e parë 0 dhe pyetja e fundit 3.

Pyetjet 3,5-10 (me asterisk) pikëzohen 3,2,1,0 duke filluar nga pyetja e parë 3 dhe e fundit 0

Maksimumi i pikëve = 30

Gjithmonë i duhet kushtuar rëndësi pyetjes nr 10 mbi mendimet vetë-lënduese

Kopirajti i shkallës i takon British Journal of Psychiatry, por përdorimi i saj mund të bëhet pa kërkuar leje të posaçme.

Një grua me rezultat EPDS 0-4 pikë nuk përbën rrezik por ka nevojë për psikoedukim.

Rezultati EPDS 5-9 pikë tregon një rrezik për të zhvilluar DPP 6-12 muajt e ardhshëm dhe sugjerohen kontrole periodike duke ripërsëritur testin.

Rezultati 10-11 kërkon që gruaja të rivlerësohet përsëri pas 2-4 javësh në mënyrë që të shihet nëse ka patur një përkeqësim simptomash.

Rezultati 12-30 DPP i mundshëm, kërkon trajtim.

Një pacient i cili shënon më pak se 10 pikë, por në pyetjen nr.10 zgjedh përgjigjen e 1-2 do një vlerësim të plotë psikiatrik.

Rezultati i EPDS është projektuar për të ndihmuar dhe jo për të zëvendësuar gjykimin klinik.

Pikat e forta dhe të dobëta

Një nga pikat e forta të EPDS është se mund të përdoret si një mjet për të përmirësuar diskutimin midis profesionistëve të shëndetit dhe nënës rreth kushteve të përgjithshme të mirëqënies së nënës. Kjo mund të inkurajojë diskutime të mëtejshme për të lejuar nënat të shqyrtojnë mendimet dhe veprimet e tyre në mënyrë më gjithëpërfshirëse.

EPDS ka një funksion të rëndësishëm në ndihmën e mjekëve dhe profesionistëve. Aktualisht është një pjesë integrale e lehtësimit të zbulimit të problemeve të shëndetit mendor të nënës.

Projektuar si një mjet skanimi, EPDS është përdorur në perspektiva më të gjera dhe përdorimi i tij aktual është zgjeruar për të përfshirë një matje të efektivitetit të formave të ndryshme të trajtimit në periudhën pas lindjes (NICE, 2005). Autorët e EPDS gjithmonë kanë qenë shumë të qartë për faktin se shkalla është menduar të përdoret vetëm për qëllime të shqyrtimit dhe se kurrë nuk është menduar si një mjet diagnostikues.

Është pranuar se mund të konceptohet si një masë e vazhdueshme e mirëqënies, por nuk është mjaft e fuqishme për të përmbushur prapësinë të kërkuar nga një mjet diagnostikues.

Rekomandohet që EPDS duhet të përdoret vetëm si pjesë e një programi të shqyrtimit, ndërsa kapaciteti për të diagnostikuar kërkon një gjykim të vlefshëm profesional.

Në praktikën aktuale, janë identifikuar vështirësi specifike në të cilat nënat me rezultate më të larta iu referuan trajtimeve urgjente të shëndetit mendor pa marrë parasysh përvojat e

nënave dhe veçantinë e situatës së tyre. Kjo çon shumë kritikë të EPDS që ta konsiderojnë atë më të përshtatshëm për aspektin klinik të kujdesit të nënës sesa situatës së saj.

Zbulime të tjera të Shakespeare et al. (2003) dhe Cubison & Munro (2005) sugjerojnë që nënat shpesh ndihen të detyruara të plotësojnë pyetësonin për shkak të presionit të profesionistëve të shëndetësisë dhe për shkak se ato ishin të vetëdijshme për pasojat e çdo përgjigjeje negative, ata ishin të prirura për të shtrembëruar përgjigjet e tyre negative. Kur shpjegohet se monitorimi i EPDS-së është projektuar për shqyrtimin e DPP, kjo shpesh gjeneron ankth dhe një pyetje e shpeshtë është: "Po më testoni për të parë nëse jam e çmëndur?" Dhe një tjetër: "Nëse do ta kisha plotësuar javë më parë do të më kishit çertifikuar si të çmëndur!"

■ Pas aplikimit të këtyre pyetjeve vijohet me një intervistë gjysmë të strukturuar për të mbledhur të dhëna të mëtejshme

Kjo intervistë zhvillohet gjatë periudhës së shtatzënisë dhe pas lindjes.

Formati i intervistës i siguron gruas një mundësi për të diskutuar përvojën e saj dhe për çdo problem që ajo mund të përjetojë lidhur me faktorët e rrezikut.

Fushat që prek intervista kanë të bëjnë me:

- Statusin relational: Kjo fushë na jep informacion nëse gruaja është beqare, e martuar, e ndarë, e divorcuar ose me partner.
- Statusin social-ekonomik: Kjo fushë përfshin tre kategori: i ulët, mesatar, i lartë.

- Vetëvlerësimin: Kjo fushë na jep informacion në lidhje me perceptimin e vetes së tyre si të vlefshme, me cilësitë që mendojnë se kanë.
- Depresionin prenatal: Kjo fushë na jep informacion mbi faktin nëse gratë janë ndjerë depresive gjatë shtatzënisë, a kanë komunikuar me operatorët shëndetësore për këto shqetësime dhe a janë kuruar për to.
- Ankthin prenatal: Kjo fushë na jep informacione mbi simptomat ose gjendjen e ankthit gjatë shtatzënisë dhe mbi jetëgjatësinë e tyre.
- Shtatzëninë e padëshiruar/paplanifikuar: Kjo fushë heton nëse shtatzënia ishte e dëshiruar nga nënat apo ishte e paplanifikuar apo e padëshiruar.
- Historitë e mëparshme të depresionit: Kjo fushë heton nëse gruaja ka vuajtur nga depresioni para kësaj shtatzënie dhe nëse po në çfarë konteksti dhe a është kuruar.
- Suportin social: Kjo fushë heton suportin e partnerit ndaj gruas, heton suportin emotiv, ndihmën e përditshme dhe komunikimin verbal të çiftit.
- Kënaqësinë bashkëshortore: Kjo fushë heton nëse çifti ka probleme aktuale në marrëdhënie dhe kënaqësinë e marrëdhënies.
- Ngjarjet stresuese të jetës: Kjo fushë identifikon nëse gruaja po përjeton ngjarje të ndryshme si probleme finaciare, bashkëshortore, vdekje ose sëmundje në familje, transferime apo papunësi ose ndryshime në punë.

Të gjitha këto janë faktorë parashikues të depresionit perinatal.

Kjo intervistë merr spunto nga Postpartum depression Predictors Inventory (PDPI)

■ Dimensioni verbal-vizual

Dimensioni verbal-vizual (Richardson,1977a) është një nga dimensionet më të studiuara në fushën e dallimeve individuale. Individët kanë shpesh një preferencë ndaj një modaliteti. Tipi verbalizues mund të ketë vështirësi më të mëdha në ballafaqimin me ngjarjet konkrete dhe emocionet në lidhje me tendencën për të abstraguat prej tyre, për t'i transformuar ato në simbole, me pasoja edhe në nivelin e marrëdhënieve ndërpersonale. Tipi vizualizues mund të ketë më shumë lehtësi në përpunimin e informacionit në një mënyrë gjithëpërfshirëse, por më shumë vështirësi në momentin e analizës sekuenciale të ngjarjeve. Mbi bazën e këtij instrumenti është gjetur se vizualizuesit kanë rezultate më të mira në kujtesën e materialit imagjativ (Hiscock,1976), kanë një frymëmarrje më të rregullt në zgjidhjen e problemeve dhe lëvizjet e syve janë më pak uniforme (Richardson,1978).

Instrumenti përbëhet nga:

A- Shprehi që karakterizojnë personat me tendencë verbale

B- Shprehi që karakterizojnë personat me tendencë të pakët verbale

C- Shprehi që karakterizojnë personat me tendencë vizuale

D- Shprehi që karakterizojnë personat me tendencë të dobët vizuale

Prevalenca e kategorive A+D, me B të ulët është tregues i një stili verbal.

Prevalenca e kategorive B+C ,me D të ulët është tregues i një stili të dukshëm vizual.

■ Situata të ndryshme në lidhje me punën me imazhet

Janë 20 situata. Për cdo situatë duhen mbyllur sytë dhe të provohet të imagjinohet diçka.

I referohemi një shkalle me 5 nivele:

4- imazhi është plotësisht i qartë dhe i gjallë

3- imazhi është mjaftueshëm i qartë dhe i gjallë

2- imazhi është mesatarisht i qartë dhe i gjallë

1- imazhi është i paqartë

0- nuk është imazh por thjesht mendime rreth karakteristikave të objektit.

80 pike do të thote që kanë një aftësi shumë të mirë në formimin e imazheve. Nëse pikët janë 60 kanë një aftësi të mirë për të formuar IM.

Nëse pikët janë më pak se 30 kanë aftësi të dobëta në formimin e imazheve, duhet shumë trajnim ose duhen përdorur teknika të tjera.

Nëse janë mbi 30 pikë aftësia ose kapaciteti për të formuar imazhe është i mjaftueshëm dhe me pak praktikë mund të përmirësohet.

■ Tension dhe relaksim i alternuar

Cdo seancë që parashikon përdorimin e vizualizimit, duhet të fillojë me induktimin e një gjendjeje relaksuese tek pacienti. Për të arritur një gjendje relaksimi mund të propozohet

metoda e tensionit dhe relaksimit të alternuar e cila është vetëm një nga metodat që mund të përdoren.

■ Teknika imagjorative

Këto teknika rezultuan lehtësisht të praktikueshme me të gjitha nivelet e pacienteve duke marrë parasysh nivelin arsimor, social, ekonomik. Prandaj është punuar me to.

-Self watching

Përdoret vetë-observimi për të ndryshuar sjelljet kompulsive. I mësohet pacientit të identifikojë faktorët që paraprijnë, mbajnë dhe shoqërojnë motivimin dhe gjëndjen shpirtërore që ndikon në sjelljen kompulsive. Pacienti duhet të mbajë një ditar të sjelljes ku të shënojë çdo sjellje kompulsive të zakonshme dhe situatën ku është verifikuar. Kjo favorizon identifikimin e ngjarjeve, ideve, ndjenjave që influencojnë sjelljen. Pacienti ndihmohet për të krijuar strategji për tu përballur me kujtimet e mëparshme. P.sh relaksimi përdoret për të luftuar ankthin i cili është një sjellje kompulsive tipike. Pastaj pacientit i kërkohet të përballlet me kujtimet e mëparshme dhe jo evitimin e tyre. Faza tjetër janë kënaqësitë alternative: është më e lehtë ti rezistosh dëshirave dhe sjelljeve kompulsive nëse ato paraprihen nga kënaqësi alternative. E rëndësishme është të mësojë aftësinë për të parashikuar dhe njohur situatat që mund të shkaktojnë problemin dhe të gjejë strategji për tu përballur me to.

-Kushtëzim pozitiv

Kjo teknikë përdor asocimin e imazheve dhe ndjesive të këndshme duke u nisur nga një ndjesi e dhënë. Vizualizimi i imazheve pozitive indikohet për të ndihmuar pacientin të kapërcejë shqetësimet, fobitë, ndjesitë e pakëndshme. Forma më e thjeshtë është të imagjinosh ndjenja mirëqenie në skenarë të këndshëm, zakonisht me përmbajtje natyrore. Pacienti të imagjinojë një vend të cilin e ka vizituar dhe që e relakson. Imazhet mund të përdoren si një përforsim pozitiv i qëndrimeve që subjekti imagjinojë të adoptojë. I kërkohet subjektit të imagjinojë situata problematike, por ti imagjinojë ato në një mënyrë pozitive, dmth të përballet me situatën dhe ta lidhë atë me një situatë mirëqenie.

-Ushtrim energjik

Përdoret tek njerëzit që kanë nevojë për të stimuluar energjinë e tyre, veçanërisht për individët në depresion.

Imagjino sikur je me bateri dhe do të karikosh bateritë. Ju propozoj një imazh. Merrni frymë thellë dhe thithni ajër, pastaj nxirreni atë. Ky qarkullim ajri sjell energji gjeneruese. Merr frymë dhe imagjino ajrin që hyn në trupin tuaj përmes tabanit të këmbës. Krijojmë kështu një qarkullim ajri midis asaj që vjen nga këmbët dhe asaj që vjen nga koka. Vazhdo me këtë ritëm për 5-10 minuta. Nëse ndjeni një tepërsi energjie dhe doni të liroheni prej saj kini parasysh se janë edhe pëllëmbët e duarve.

-Auto imazh i idealizuar (idealized self-image)

Shërben për të ndihmuar personat që kanë autostimë të dobët dhe nuk kanë besim në vetvete.

Relaksohuni dhe imagjinoni që keni cilësi dhe aftësi që dëshironi ti keni. Krahasoni imazhin tuaj të idealizuar me imazhin real të vetes. Kjo ndihmon në përcaktimin e objektivave specifike dhe në përpjekjen për të arritur sjelljet e dëshiruara. Për të krijuar besim në vetvete kujtoni një episod të cilin e keni përballuar shumë mirë dhe mundohuni të përjetoni ndjesinë e kënaqësisë që ju sjell kjo situatë. Trasferoni këtë ndjesi në aktivitetin tuaj të përditshëm. Kini parasysh gjithmonë imazhin tuaj të idealizuar në çdo gjë që bëni. Kur shikoni një mospërputhje midis vetes suaj reale dhe asaj të idealizuar ndryshoni taktikë dhe filloni të veproni dhe mendoni si imazhi juaj i idealizuar.

Kjo teknikë ndihmon në korigjimin e disa sjelljeve jo-funksionale.

-Harmoni mendore

Shërben për të arritur një stad harmonie dhe për të favorizuar sinkronimin e trurit. Është një trajnim i mirë për të mësuar përdorimin e syrit të mëndjes. Tema është objekti i përbashkët. Merrni një objekt çfarëdo, real dhe vështrojeni me kujdes derisa të familjarizoheni me të. Tani mbyllni sytë dhe imagjinoni sikur po e shikoni akoma. Studioni objektin në imagjinatë ashtu siç bëtë me objektin real. Tani hapni sytë dhe ekzaminoni objektin real. Shikojeni mirë nëse ka ndonjë element që nuk e keni vizualizuar në imagjinatën tuaj. Mbyllni sytë dhe përsërisni ushtrimin. Shumë paciente referojnë se pas këtij ushtrimi ndjehen më energjike, më të relaksuar dhe të qetë dhe kanë më besim në vetvete.

Korniza kohore e studimit

Ky studim ka filluar në 2016 dhe është shtrirë edhe në 2017

Teknikat imagjorative tek gratë janë përdorur për 4-6 javë duke u bazuar në literaturë. Ky hark kohor i ndërhyrjes është i domosdoshëm për të vënë re një ndryshim. Me gratë e shtruara në spital është punuar intensivisht ditë për ditë. Kurse me gratë e ardhura në shërbim është punuar 2 ose tre herë në javë sipas mundësisë së tyre dhe i është rekomanduar përdorimi i këtyre teknikave vazhdimisht në shtëpi.

KAPITULLI IV: ANALIZA DHE REZULTATET E STUDIMIT

4.1. Rezultate të nxjerra nga EPDS

Rezultatet e nxjerra nga aplikimi i pyetësorit duke krahasuar para ndërhyrjeve me imazhe dhe pa imazhe.

Pavarësisht që ky është studim cilësor këtu janë ndjekur procedurat e një studimi cilësor dhe sasior. Janë matur të dhënat para ndërhyrjes dhe pas ndërhyrjes të cilat janë krahasuar në fillim mes rezultateve tek të njëjtët individë dhe më pas janë krahasuar mes grupit të kontrollit dhe grupit të eksperimentit.

Tabela 1. Tabela përmbledhëse e të dhënave të nxjerra nga testi i Edinburgut tek pacientet e lindura punuar me IM

Tabela përmbledhëse				
Pacientët e punuar me imazhe				
Kategoria	EPDS negativ	EPDS	EPDS pozitiv	EPDS trajtim
Pikët	0—4	5 – 9	10-Nov	Dec-30
Para ndërhyrjes	0	0	0	30
Pas ndërhyrjes	1	20	6	3

EPDS 0-4 psikoedukim.

EPDS 5-9 rrezik në 6-12 muajt e ardhshëm, kontrole periodike

EPDS 10 -11 rivlerësim pas 2-4 javësh

EPDS 12-30 trajtim klinik

Tabela 2. Të dhënat analitike tek pacientët e punuar me imazhe mendore

Tabela analitike e rezultateve të testit																																
Pacientët e punuar me imazhe																																
Pikët	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Nr i personave para ndërhyrjes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5	1	1	2	3	2	1	5	4	4	0	0	0	0	0	0		
Nr i personave pas ndërhyrjes	0	1	0	0	0	2	6	2	10	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Siç shihet në tabelën 1 ku janë paraqitur të dhënat përmblledhëse të testit tek pacientët e punuar me imazhe, rezultatet para ndërhyrjes tregojnë që të 30 personat janë në nivel EPDS 12- 30 dhe kjo gjendje tregon DPP të mundshëm dhe kërkon trajtim klinik. Në kuadratin e dytë, ku janë paraqitur të dhënat e mbledhura pas ndërhyrjes, ndryshimi është i dukshëm. Pas ndërhyrjes nga 30 personat e përfshirë, 1 prej tyre ka superuar me sukses rrezikun ndaj depresionit duke kaluar në nivelin negativ të EPDS(0-4), 20 prej tyre janë në nivel EPDS 5-9 dhe kërkojnë rikontroll pas 6-12 muajsh, 6 prej tyre janë në EPDS pozitiv(10-11) ndaj depresionit dhe duhet një tjetër vlerësim i shpejtë pas 2-4 javësh dhe 3 mbeten në rrezik të madh ndaj depresionit.

Në tabelën analitike jepen të dhëna më të detajuara mbi pikët që ata kanë marrë dhe se ku dominon shumica në secilin rast, si para ndërhyrjes dhe pas ndërhyrjes. Nëse do të shihet me kujdes tabela analitike vihet re se para ndërhyrjes me imazhe dominon numri i pikëve 15 dhe 22, të cilët konsiderohen në nivelin EDPS 12-30 depresion i mundshëm. Ndërkohë pas ndërhyrjes dominon numri i pikëve 9. Kjo do të thotë që 10 personat e trajtuar kanë nevojë për një rivlerësim pas 6-12 muajsh. Vetëm një person e ka kaluar me sukses fazën depressive.

Nëse do të shohim me kujdes shpërndarjen e rezultateve në grafikun 1 shohim ndryshim të dukshëm në rezultatet e personave të përfshirë në studim.

Grafiku 1. Shpërndarja e rezultateve të EPDS para dhe pas ndërhyrjes me imazhe mendore

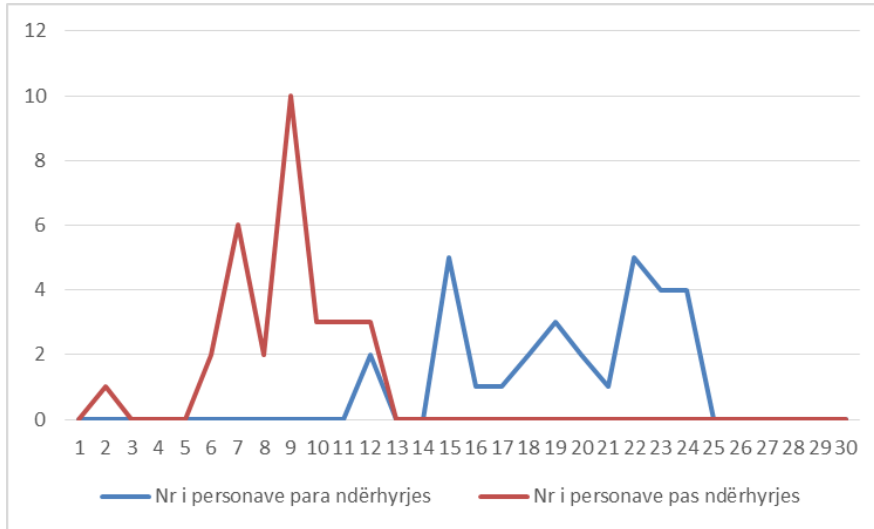


Tabela 3. Të dhëna përmbledhëse të nxjerrë nga pacientet e lindura punuar pa imazhe mendore

Tabela përmbledhëse				
Pacientët e punuar pa imazhe				
Kategoria	EPDS negativ	EPDS	EPDS pozitiv	EPDS trajtim
Pikët	0--4	5--9	10--11	12—30
Para ndërhyrjes	0	2	2	26
Pas ndërhyrjes	0	2	7	21

Tabela 4. Të dhënat analitike tek pacientët e punuar pa imazhe mendore

Tabela analitike e rezultateve të testit																																
Pacientët e punuar pa imazhe																																
Pikët	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Nr i personave para ndërhyrjes		0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	4	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0		
Nr i personave pas ndërhyrjes	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	5	2	1	1	2	1	2	2	2	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0		

Duke parë tabelat e mësipërme shohim pacientët e ndërhyrë me këshillim, por pa IM. Këtu shohim që përpara ndërhyrjes nga 30 personat e përfshirë, 26 prej tyre kishin rrezik të madh të depresionit në nivel EPDS 12-30. Dhe pas ndërhyrjes 21 prej tyre vazhdojnë të jenë në të njëjtin nivel pikëzimi. Kemi ndryshim por ky ndryshim krahasuar me ndryshimin me IM është ndryshim i vogël. Në dy tabelat e mësipërme (3 dhe 4) shihet që me EPDS pozitiv 10-11 para ndërhyrjes ishin 2 dhe pas ndërhyrjes ishin 7 dhe me EPDS normal 5-9 numri është i pandryshuar. Nëse do të shohim tabelën 4, me të dhëna analitike të ndërhyrjes pa IM shohim që pjesa më e madhe e personave të përfshirë shkojnë tek 11 pikë EPDS, domethënë që kanë nevojë për një rivlerësim të shpejtë në 2-4 javët e ardhshme.

Nëse do të shohim shpërndarjen në grafikun e mëposhtëm, vemë re që shpërndarja nuk është shumë e qëndrueshme në vijë konstante, por sërish ndryshimi pas ndërhyrjes është i konsiderueshëm.

Grafiku 2. Shpërndarja e rezultateve të EPDS para dhe pas ndërhyrjes pa imazhe mendore

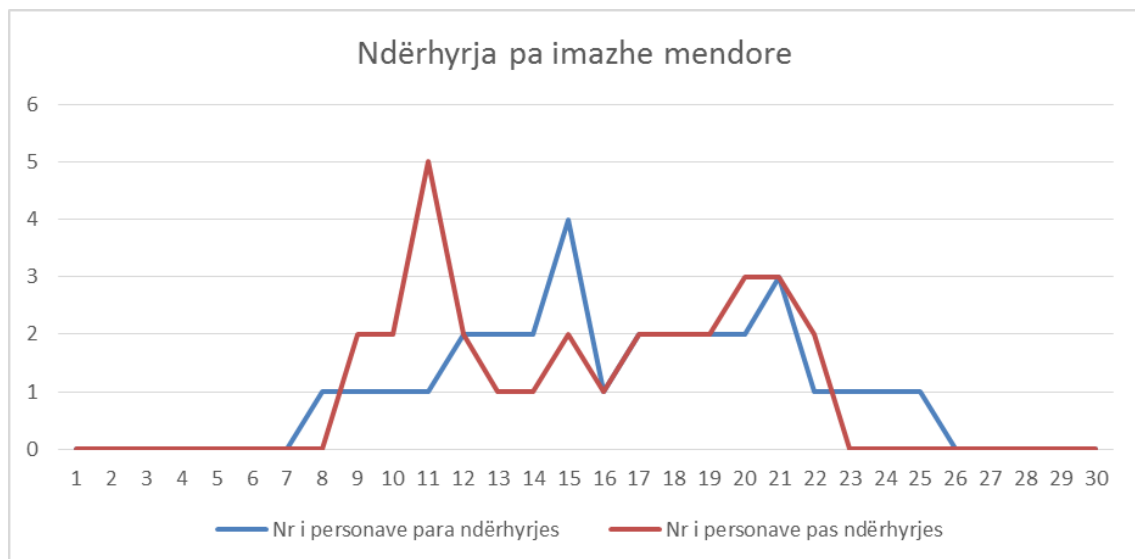


Tabela 5. Të dhëna përmblledhëse të nxjerra nga pacientët **me patologji të shtatzënisë** të punuar me imazhe mendore

Tabela përmblledhëse e pacientëve në patologji të shtatzënisë				
Pacientët e punuar me imazhe				
Kategoria	EDPS negativ	EDPS	EDPS pozitiv	EDPS trajtim
Pikët	0--4	5--9	10--11	12—30
Para ndërhyrjes	0	0	0	10
Pas ndërhyrjes	0	8	2	0

Tabela 6. Të dhënat analitike të nxjerra nga pacientët **me patologji të shtatzënisë** të punuar me imazhe mendore

Tabela analitike e rezultateve të testit për pacientët në patologjinë e shtatzënisë																																
Pacientët e punuar me imazhe																																
Pikët	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Nr i personave para ndërhyrjes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2		1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0		
Nr i personave pas ndërhyrjes	0	0	0	0	1	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Nëse do të shihet me kujdes në tabelat 5 dhe 6 dhe në grafikun 3 ku jepen qartë rezultatet e ndërhyrjes me imazhe tek pacientët e patologjisë së shtatzënisë. Rezultatet e marra para ndërhyrjes dhe pas ndërhyrjes janë të dukshme. Të 10 individët me patologji para ndërhyrjes kishin rrezik të madh depresioni në nivel EPDS 12-30, madje edhe rrezik vetëlëndimi. Këtu bie në sy që dominonin pikët 16, ku nga 10 individë dy prej tyre kishin 16 pikë. Po ashtu tek këta individë bie në sy që nga 10 persona të përfshirë një prej tyre kishte 27 pikë dhe një kishte 29 pikë dhe të dy individët shprehnin mendime vetëlënduese. Pas ndërhyrjes me imazhe rezultatet janë të dukshme. Në 8 prej tyre pikëzimi është reduktuar por gjithsesi kanë nevojë për një rikontroll 6-12 muajt e ardhshëm.

Nëse do të shohim grafikun e mëposhtëm, shpërndarja e përgjigjeve nuk është konstante, por është një shpërndarje jo e rregullt, që nënkupton që lidhja nuk është lineare dhe e qëndrueshme. Në personat me patologji (probleme gjatë shtatzënisë me plaçentën, me rrezik lindjeje para kohe etj.) shohim sërish ndryshim të madh pas ndërhyrjes.

Grafiku 3. Rezultate të EPDS para dhe pas ndërhyrjes me imazhe mendore tek pacientët **në patologjinë e shtatzënisë**

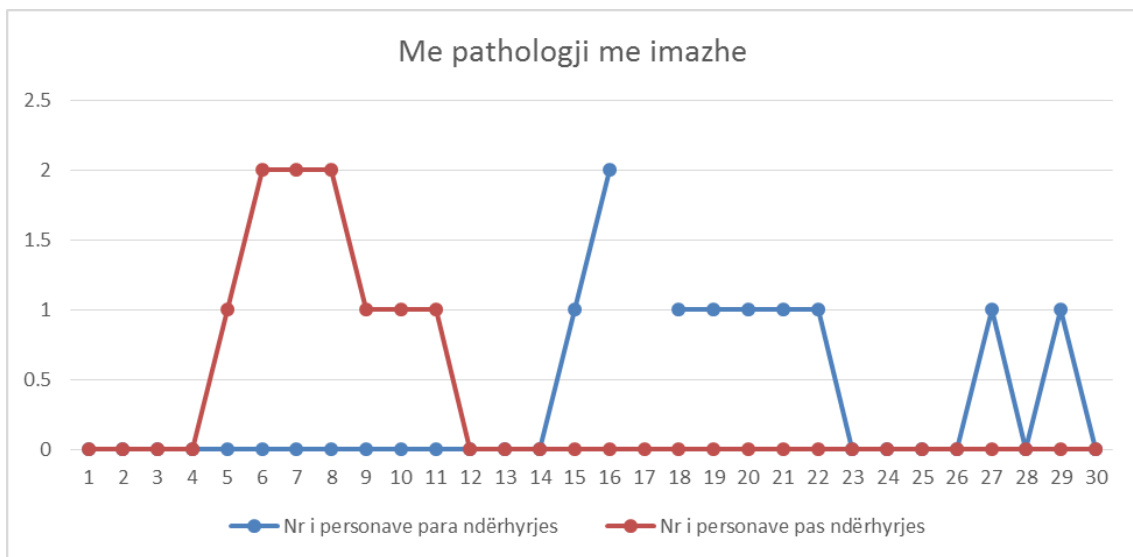


Tabela 7. Të dhënat përmblledhëse të nxjerra nga pacientët **në patologji të shtatzënisë** të punuar pa imazhe mendore

Tabela përmblledhëse e pacientëve me patologji të shtatzënisë				
Pacientët e punuar pa imazhe				
Kategoria	EPDS negative	EPDS	EPDS pozitiv	EPDS trajtim
Pikët	0—4	5--9	10--11	12—30
Para ndërhyrjes	0	0	0	10
Pas ndërhyrjes	0	0	2	8

Tabela 8. Të dhënat analitike të nxjerra nga pacientet në patologji të shtatzënisë të punuar pa imazhe mendore

Tabela analitike e rezultateve të testit për pacientet me patologji të shtatzënisë																																
Pacientët e punuar pa imazhe																																
Pikët	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Nr i personave para ndërhyrjes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nr i personave pas ndërhyrjes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Duke parë tabelat më sipër dhe grafikun 4 e shohim qartë se si kanë qenë rezultatet e 10 personave në patologjinë e shtatzënisë të trajtuar me këshillim psikologjik por pa përdorur IM. Rezultatet e EPDS para se të fillonte terapia ishin që të 10 individët kishin rrezik të madh depresioni në nivel 12-30 dhe pse dominonin rezultatet me 12 pikë për 3 persona, me 13 pikë për 2 persona dhe me 14 pikë për dy persona. Pra edhe pse me rrezik të madh nuk kishin rrezik të vetëvrasjes dhe të vetëdëmtimit. Pas ndërhyrjes 2 prej tyre rezultojnë pozitiv ndaj EPDS me rezultate prej 10 pikë dhe 11 pikë. Por këtu kemi ndryshime të qëndrueshmërisë së rezultateve. Pas ndërhyrjes kemi dy persona me 14 pikë dhe dy me 15 pikë. Po ashtu shohim që nëse përpara ndërhyrjes maksimumi i pikëve ishte 17 pikë ku ishin 2 persona të tillë, pas ndërhyrjes shohim që kemi edhe një person që arrin në 18 pikë.

Grafiku 4. Shpërndarja e rezultateve të EPDS para dhe pas ndërhyrjes pa imazhe mendore tek pacientët në patologji të shtatzënisë

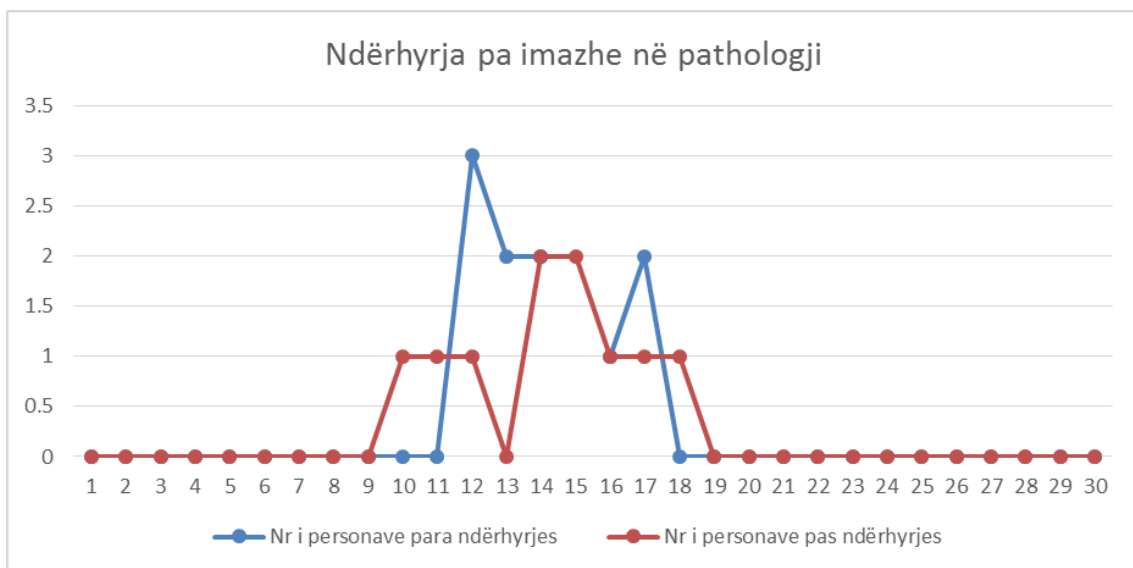


Tabela 9. Të dhënat përmblledhëse krahasuese të nxjerra nga pacientet e lindura të punuara me dhe pa imazhe mendore

Rezultatet e ndërhyrjes tek pacientet e lindura				
Kategoria	EDPS negativ	EDPS	EDPS pozitiv	EDPS trajtim
Pikët	0--4	5--9	10--11	12—30
Pas ndërhyrjes me imazhe	1	20	6	3
Pas ndërhyrjes pa imazhe	0	2	7	21

Tabela 10. Të dhënat analitike krahasuese të nxjerra nga pacientët e lindur të punuar me dhe pa imazhe mendore

Rezultatet e ndërhyrjes tek pacientet e lindura																														
Pikët	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Pas me imazhe	0	1	0	0	0	2	6	2	10	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pas pa imazhe	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	5	2	1	1	2	1	2	2	2	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Devijimi Standart	0,394530296																													
Korrelacioni i Pearson	- 0,805913173																													

Tabela 11: Marrëdhënia e analizës Anova tek pacientët e **lindura** në ndërhyrjen me dhe pa IM

Anova: Single
Factor

Përmbledhje për ndërhyrjen tek pacientet e lindura				
<i>Grupet</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Me imazhe	4	30	7,5	81,66666667
Pa imazhe	4	30	7,5	81,66666667

ANOVA						
<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	1,125	1	1,125	0,014011417	0,509638	3,987377584
Within Groups	481,75	6	80,29166667			
Total	482,875	7				

Të dhënat në tabelën e mësipërme reflektojnë marrëdhënien mes ndërhyrjes me imazhe dhe pa imazhe ku $p = 0.5$

Rezultatet e tabelës 11 tregojnë një marrëdhënie signifikative rreth ndërhyrjes me teknika imagjorative në përmirësimin e simptomave depressive, gjithmonë duke iu referuar pikëve të nxjerra nga testi i Edinburgut por kampioni i vogël i studimit bën që kjo marrëdhënie të jetë në vlera kufitare.

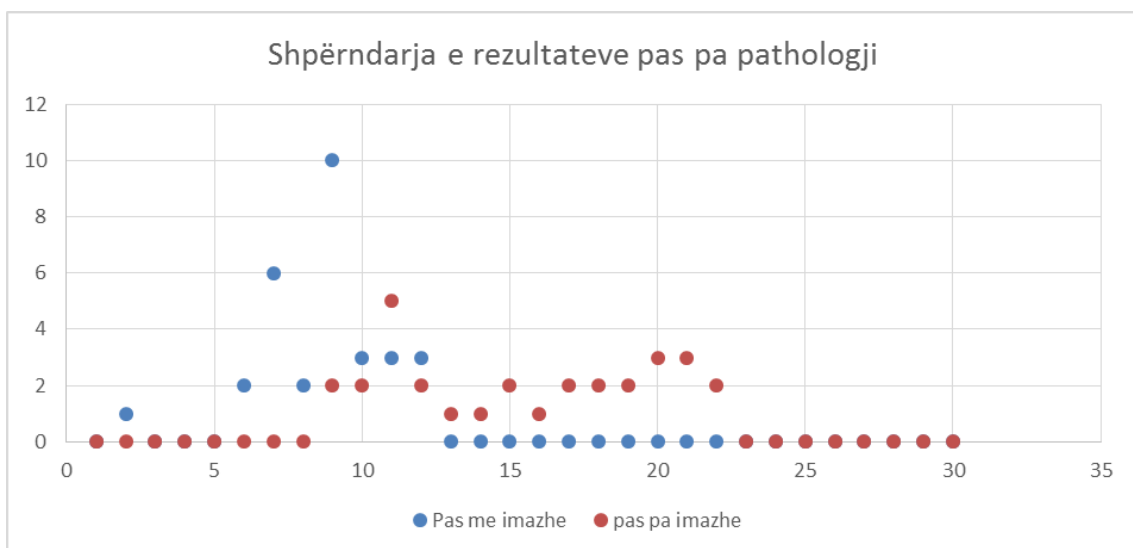
Duke krahasuar të dhënat e rezultateve pas ndërhyrjes për të dy grupet e studimit, të grupit të eksperimentit dhe grupit të kontrollit shohim qartë edhe ndikimin që kanë imazhet në trajtimin e DPP tek nënat. Po të shohim me kujdes vemë re që në rastin e ndërhyrjes me IM, nga 30 persona të përfshirë në trajtim një prej tyre ka dalë plotësisht nga rreziku i depresionit, për 20 prej tyre duhet një rikontroll pas 6-12 muajve, por sërish janë jashtë rrezikut për momentin. Tre prej tyre janë në EPDS pozitiv (10-11) që sërish janë në rrezik depresioni në një periudhë më të shpejtë dhe vetëm 3 prej personave të trajtuar vazhdojnë të jenë me simptoma depressive dhe kanë nevojë për trajtim të menjëhershëm.

Në rastin e ndërhyrjes pa imazhe, por vetëm me këshillim psikologjik shohim që nga 30 persona të përfshirë në trajtim asnjë prej tyre nuk ka dalë nga rreziku i depresionit, vetëm dy prej tyre janë në EPDS 5-9, pra në nivel të qëndrueshëm por sërish duan mbikqyrje pas 6-12 muajve dhe të dy personat janë me nga 9 pikë në test. Nga 30 personat e përfshirë 7 prej tyre janë në EPDS pozitiv 10-11, dhe nga këta 2 persona janë me 10 pikë dhe 5 me 11 pikë, pra edhe pse janë pozitivë por në gjendje të stabilizuar për momentin ndaj depresionit dominon numri më i lartë i pikëve brenda kësaj nëndarje. Pjesa tjetër, pra nga 30 personat e trajtuar 21 prej tyre vazhdojnë të jenë në DPP. Nga këta që vazhdojnë të jenë në depresion shohim që dominojnë pikë të larta të rezultatit (3 prej tyre me 20 pikë dhe 3 me 21 pikë).

Duke i parë nga afër këto rezultate shohim që puna me imazhet mendore dhe teknikat imagjinate ndihmon më shumë dhe më shpejt në rastin e ndërhyrjeve me simptoma depresive postpartum, gjë që e vërteton shumë mirë hipotezën e ngritur.

Nëse do të shohim shpërndarjen e rezultateve vemë re se individët që kanë patur ndërhyrjen me imazhe mendore kanë luhatje dhe përmirësim të dukshëm krahasuar me individët e punuar me këshillim. Tek individët me imazhe mendore kemi një shpërndarje të luhatshme dhe jo lineare nga fillimi deri në 13 dhe më pas shpërndarje bëhet konstante dhe lineare.

Grafiku 5. Shpërndarja e përgjigjeve tek pacientet e lindura



Grafiku 6. Rezultatete EPDS pas ndërhyrjes me dhe pa imazhe mendore tek pacientet e lindura

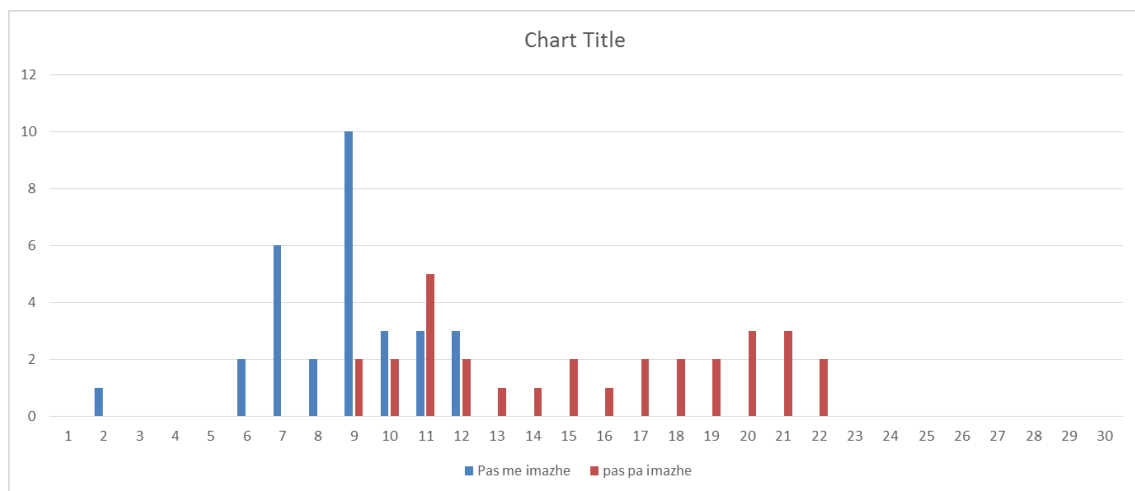


Tabela 12. Të dhënat përmblledhëse krahasuese të nxjerra nga pacientët **në patologjinë e shtatzënisë** të punuar me dhe pa imazhe mendore

Rezultatet e ndërhyrjes tek pacientet me patologji të shtatzënisë				
Kategoria	EPDPS negativ	EPDS	EPDS pozitiv	EPDS trajtim
Pikët	0--4	5--9	10--11	12--30
pas ndërhyrjes me imazhe	0	8	2	0
pas ndërhyrjes pa imazhe	0	0	2	8

Tabela 13. Të dhënat analitike krahasuese të nxjerra nga pacientët **në patologjinë e shtatzënisë** të punuar me dhe pa imazhe mendore

Rezultatet e ndërhyrjes tek pacientet me patologji të shtatzënisë																																
Pikët	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Pas me imazhe	0	0	0	0	1	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
pas pa imazhe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Devijimi standard	0,228872186																															
Korrelacioni i Pearson	- 0,714707867																															

Tabela 14. Marrëdhënia e analizës Anova tek pacientët në patologji në ndërhyrjen me dhe pa imazhe

Anova: Single Factor

Pwrmbledhje pwr ndwrhyrjen tek pacientwt pa patologji

<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Me imazhe	4	10	2,5	7,33333333
Pa imazhe	4	10	2,5	7,33333333

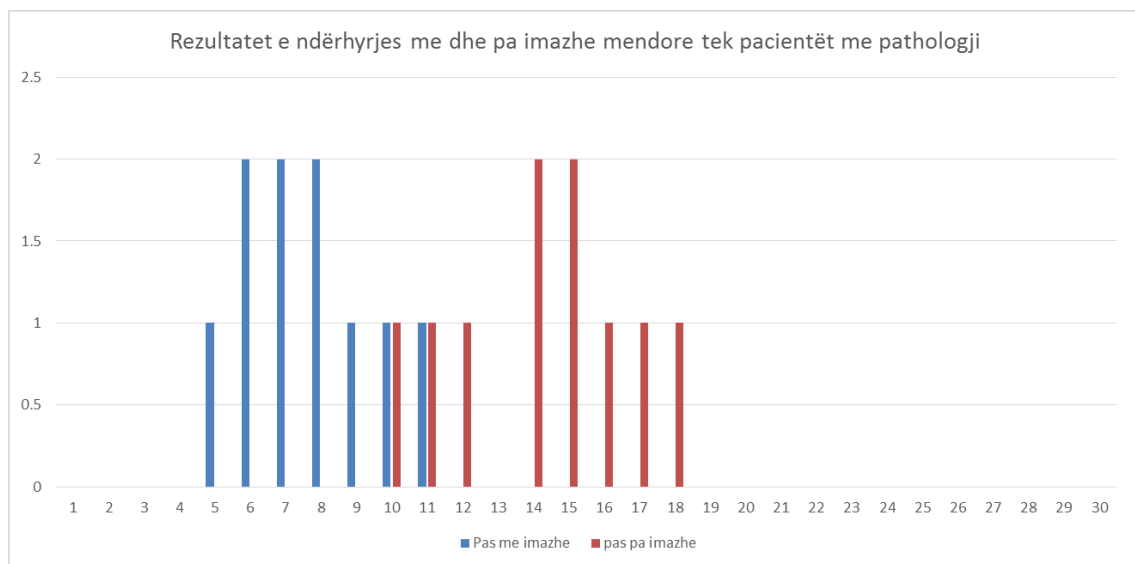
ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	0	1	0	0	0,7	3,987377584
Within Groups	86	6	14,33333333			
Total	86	7				

Në të dhënat e mësipërme shohim qartë marrëdhënien midis ndërhyrjes me imazhe dhe pa imazhe tek personat në patologji. (konkretisht $p=0.7$).

Në gratë shtatzëna të shtrura në patologjinë e shtatzënise nuk konstatojmë ndryshime statistikore sinjifikative. Kjo shpjegohet me numrin e vogël të pacienteve dhe me faktin se këto gra janë të shtruar në spital për probleme të ndryshme obstetrikale dhe gjendja e tyre shëndetësore mund të variojë dita ditës dhe kjo ndikon në çdo moment të trajtimit.

Grafiku 7. Rezultatet e EPDS pas ndërhyrjes me dhe pa imazhe mendore tek pacientët në patologji të shtatzënisë

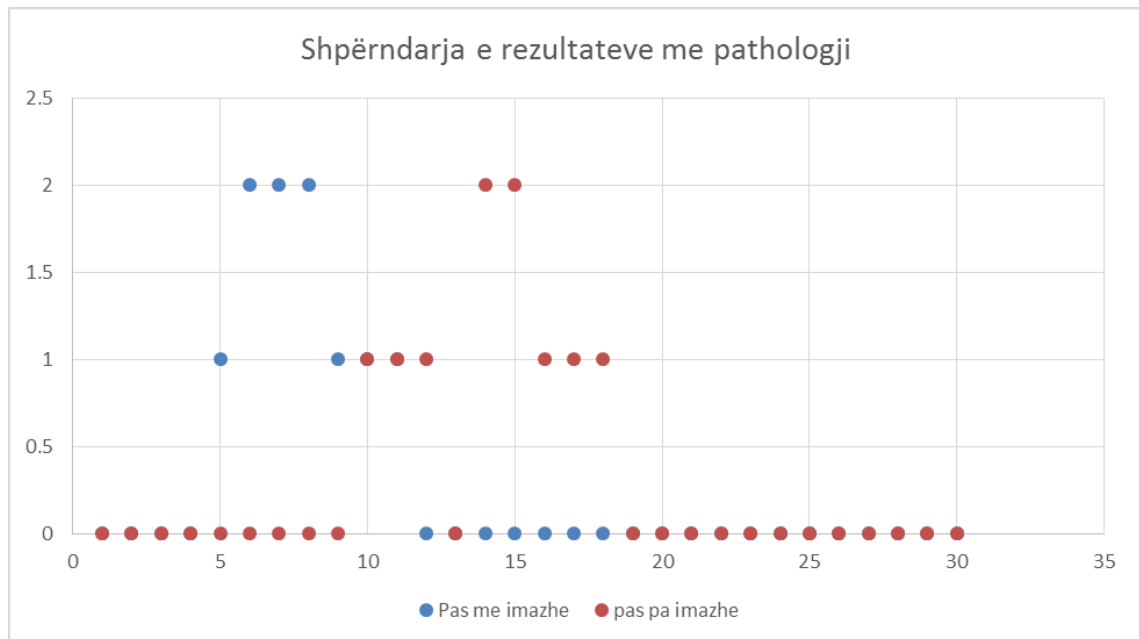


Në rastin e pacientëve në patologji sërisht janë krahasuar rezultatet e ndërhyrjeve me IM dhe pa IM. Duke i parë më nga afër, nga 10 persona me patologji shohim që në ndërhyrjen me imazhe 8 prej tyre janë në EPDS normal 5-9, pra në gjendje të stabilizuar por sërisht duan vëmendje pas lindjes dhe vetëm 2 persona në EPDS pozitiv 10-11 dhe duan vëmendje të madhe pas lindjes.

Në rastin e dytë të ndërhyrjes shohim që nga 10 personat e përfshirë në trajtim 2 prej tyre janë në EPDS pozitiv 10-11, dhe 8 janë në rrezik të madh të depresionit sidomos në periudhën pas lindjes dhe duan trajtim ose këshillim të vazhdueshëm psikologjik

Edhe tek inividët në patologjinë e shtatzënisë ne shohim rezultate të ndërhyrjes me imazhe mendore dhe teknika imagjinative.

Grafiku 8. Shpërndarja e përgjigjeve të individëve në patologji të shtatzënisë



Si përfundim vërejmë se në të dyja rastet, si në rastin e ndërhyrjes me imazhe mendore dhe teknika imagjinative tek gratë e lindura si në rastin e ndërhyrjes me imazhe mendore tek gratë e patologjisë së shtatzënisë rezultatet pozitive ishin të dukshme. Si përfundim themi që imazhet mendore dhe teknikat imagjinative ndikojnë dukshëm në rezultatet e shpejta dhe në përmirësimin e simptomave depresive.

4.2. Analiza dhe rezultate të nxjerra nga intervista gjysëm e strukturuar mbi faktorët e rrezikut

Në këtë studim janë analizuar edhe faktorët e rrezikut për depresionin perinatal. Kjo për arsye sepse faktorët e rrezikut mund të kontribuojnë në fillimin e simptomatologjisë dhe mbajtjen në kohë të simptomave depressive gjatë shtatzënisë ose pas lindjes së një fëmije..

Janë marrë në shqyrtim kryesisht vlerësimi i nënës për veten, depresioni dhe ankthi në shtatzëni, depresion i mëparshëm para shtatzënisë ose lindjes aktuale, shtatzëni e planifikuar ose jo, suporti social, marrëdhënia me partnerin dhe faktorë stresues në jetë.

Siç kemi thënë edhe më sipër ky studim është realizuar me 60 gra pas lindjes së tyre, ku 30 gra kanë marrë pjesë në këshillimin dhe ndërhyrjen me imazhe dhe 30 të tjera kanë marrë pjesë vetëm në këshillim por pa imazhe.

Në grupin e dytë kemi 20 gra shtatzëna të shtruara në patologjinë e shtatzënisë për probleme të ndryshme. Ndër to 10 gra janë këshilluar dhe është ndërhyrë me teknikat imagjinative ndërsa 10 të tjera vetëm janë këshilluar pa përdorimin e teknikave imagjinative.

4.2.1. Grupi i grave të trajtuara me ndihmën e teknikave imagjinative

Në këtë grup bëjnë pjesë 30 gra. Këtu kemi bërë një ndarje në nëngrupe për një analizë më të detajuar.

-Gra me fertilizim in vitro

Nga 30 gra 4 (13.3 %) prej tyre kanë ngelur shtatzënë duke ndjekur procedurën e FIV. Mosha e tyre varion nga 30 - 45 vjeç.

Në këtë nëngrup, vetëm 1 person pas trajtimit rezulton me EPDS në nivel 5-9 dhe duhet një rikontroll pas 6-12 muajsh dhe 3 të tjerat janë në EPDS në nivel 10-11 i cili tregon një rrezik për episode depresive të mëtejshme edhe pse pikëzimi pas trajtimeve është ulur. Dhe kërkon rivlerësim pas 2-4 javësh.

Në tabelën e mëposhtme janë paraqitur pikët e grave në pre-test dhe në re-test dhe pikët e tyre në situatat imagjinative të propozuara për të parë aftësinë e formimit të imazheve.

Pre-test	23	22	20	24
Re-test	8	11	11	10
Situata imagjinative	54 pike	44	45	55

Në të 4 personat fusha e vetëvlerësimit është e kompromentuar. Të gjitha nuk ndjehen të vlefshme. E kanë pritur këtë fëmijë me shumë dëshirë dhe tani nuk po e përballojnë mirë situatën. Dhe faji është i tyre sepse nuk është e thënë të bëhen nëna, nuk mund të shkojnë kundër natyrës.

Vërehet një ndryshim në pyetjen përsa i përket nr të cilësive si person. Këtu nënpunëset referojnë se kanë cilësi të mira dhe punëtorët dhe të pa punat referojnë që jo.

Të gjitha referojnë ankth në shtatzëni, në kuadër të mbarëvajtjes së shtatzënisë.

Dy referojnë se janë ndjerë depressive më parë dhe faktor kyç ishte mosngelja shtatzënë por të dyja nuk janë kuruar. Tek njëra, ajo me pikëzim më të lartë në pre-test (24-10) vërehet një ndjenjë faji e theksuar e ushqyer edhe nga familja e bashkëshortit e cila fillimisht e fajësonte se ajo nuk ishte e aftë as të bënte një fëmijë dhe tani vazhdon ta fajësojë se është një nënë e keqe.

Suporti social është i kënaqshëm tek të gjitha nënat. Po ashtu edhe marrëdhënia bashkëshortore. Dy prej tyre referojnë se faktor stresi në jetë janë problemet financiare, meqënëse kjo procedurë është e kushtueshme.

-Gra me beba të lindur para kohe

Në këtë nëngrup bëjnë pjesë nënat që kanë lindur një beba të parakohshëm dhe janë të detyruara të qëndrojnë gjatë në spital. Nga 30 rastet e analizuara këtij nëngrupi i përkasin 9 (30%) nëna. Mosha varion nga 20-36 vjeç. 5 gra janë pa punë, 1 është punëtore dhe 3 janë nëpunëse. 3 prej tyre janë primi pare (lindja e parë), 4 janë sekondi pare (në lindjen e dytë) dhe 2 janë pluripare (më shumë se dy fëmijë).

Pas trajtimit me imazhe 5 gra janë me EPDS normal në nivel 5-9, 2 gra janë me EPDS pozitiv 10-11 që kërkon një rivlerësim pas 2-4 javësh por që në momentin e re-testit janë të stabilizuara, dhe 2 gra janë në nivelin EPDS 12-30 me rrezik të madh, me pikëzim 12 secila, pra jemi në cutt-of e këshilluar nga testi për trajtim të menjëhershëm.

Pre-test	21	21	23	20	22	22	15	15	24
Re-test	7	7	12	8	9	10	7	11	12
Situatë imagjinative	60	55	40	58	62	50	64	60	44

2 gra pyetjes e cila shpreh mendimin për të lënduar veten, në pre-test i janë përgjigjur me rrallëherë (respektivisht në pre-test : re-test 21-7 dhe 22-9) ndërsa 1 grua i është përgjigjur shumë shpesh (24-12). Kjo e fundit u dërgua për konsultë në psikiatri dhe aty u konfirmua DPP dhe u sugjerua që gruaja të vazhdonte trajtimin mjekësor, për më tepër që kishte një histori të mëparshme të depresionit të kuruar me medikamente. Por gruaja nuk pranon të pijë ilaçet. Referon se ato e vendosin në gjumë siç kanë bërë edhe herën e parë dhe asaj i duhet të përkujdeset për fëmijën. Gruaja tjetër me pikëzim 12 pas trajtimit ka vuajtur nga depresioni edhe më parë dhe është kuruar.

4 gra referojnë një depresion të mëparshëm. Njëra referon depresion pas lindjes së parë por jo të kuruar. 3 referojnë depresion të mëparshëm, nga rrethana jetësore të kuruar.

Në një rast kemi ankth të vazhdueshëm gjatë gjithë shtatzënisë sepse vinte pas 2 abortesh të mëparshme dhe mbizotëronte frika se mos i ndodhte e njëjta gjë.

Pak a shumë të gjitha gratë kanë vetëvlerësim të ulët, sidomos tek pyetja a ndjehen të vlefshme në këtë situatë pothuajse të gjitha përgjigjen me jo.

Tek faktorët stresues gjendja në të cilën ndodhet bebi, probleme familjare dhe financiare, vdekje në familje i hasim në 5 gra kurse të tjerat nuk referojnë strese madhore.

-Gra me shqetësime të menjëhershme pas lindjes

Në këtë nëngrup bëjnë pjesë 4 (13.3 %) gra të cilat janë referuar menjëherë pas lindjes. Janë identifikuar që në lindje me shenja të dëshpërimit të lindjes dhe i është këshilluar të rikthehen në shërbim një muaj pas lindjes. Grupmosha e këtyre grave varion nga 17- 33 vjeç. 2 janë pa punë, njëra është studente dhe njëra është nëpunëse. Dy prej tyre janë primi pare, një sekondi pare dhe njëra është pluri pare. 3 gra pas trajtimit janë në nivel EPDS normal 5-9 dhe njëra është me EPDS pozitiv 10-11.

Pre-test	15	16	23	19
Re-test	9	7	11	9
Situata imagjinative	66	60	54	58

Vetëvlerësimi është i kënaqshëm në 3 gra, vetëm njëra ka vetëvlerësim të ulët por ndjehet e vlefshme si person.

2 referojnë depresion pas lindjes së parë por vetëm njëra është kuruar.

3 referojnë faktorë stresues si marrëdhënia konfliktuale me prindërit e partnerit, vdekja e babait, depresioni i mamasë dhe sëmundje në familje, por dy referojnë se rrallë kanë pasur mendime vetëlënduese.

Njëra referon shtatzëni të paplanifikuar si rrjedhojë e depresionit pas lindjes së parë.

Gruaja me EPDS 11 pikë pas trajtimit, është më e reja nga të gjitha dhe ka ndenja faji të theksuara për çdo gjë të mundshme, të ushqyera edhe nga mamaja e bashkëshortit mbi mënyrën e përkujdesit për fëmijën.

-Gra të rekomanduara nga të tretë

Dhe në fund kemi nëngrupin e rekomanduar nga mjeku gjinekolog, mjeku pediatër ose familjarë dhe miq. Ky nëngrup përbëhet nga 13 (43,3 %) gra kryesisht një muaj e sipër pas lindjes. Mosha varion nga 21-37 vjeç. 5 prej tyre janë pa punë, 3 janë punëtore dhe 5 janë nëpunëse. 10 prej tyre janë primi pare, 2 janë sekondi pare dhe 1 pluri pare. Pas trajtimit nje grua është me EPDS negativ 0-4, 11 gra janë me EPDS 5-9 dhe ,1 grua është me EPDS me rrezik të madh 12-30 me pikëzim 12.

Pre-test	19	19	22	25	17	18	24	18	23	12	15	15	11
Re-test	9	9	9	9	7	9	12	9	9	5	6	7	3
Situata imagjinative	64	58	56	60	63	55	45	58	62	66	66	65	78

Shtatzëni të paplanifikuara kemi 2. Njëra për arsye financiare dhe tjetra për arsye karriere.

7 gra paraqesin vetëvlerësim të ulët dhe pjesa tjetër vetëvlerësim të kënaqshëm.

3 gra referojnë se kanë vuajtur nga depresione të mëparshme por nuk janë kuruar, dy kanë vuajtur pas një ngjarjeje të dhimbshme siç është aborti, dhe njëra pas lindjes së fëmijës së parë i cili është me probleme të shëndetit fizik dhe mendor (edps 12 pikë pas trajtimit).

Dy gra pyetjes mbi mendime vetëlënduese i janë përgjigjur me ndonjëherë dhe 5 me rrallë. Këto gra referojnë mendime të këqija, ëndrra të frikshme dhe ndjenja faji të theksuara. I theksuar është edhe mendimi i tyre se janë nëna të padenja ose i mungon instikti i nënës.

1 referon episode dhune nga bashkëshorti, të cilat kanë vazhduar përgjatë shtatzënisë dhe pas lindjes. Gruaja ka menduar shumë herë të divorcohet por nuk ka gjetur mbështetje tek familjarët për shkak të mentalitetit dhe nuk di ku të shkojë nëse divorcohet sepse i bie të jetë në mes të katër rrugëve. Kjo grua pas trajtimit vendos të gjejë punë dhe të ndahet nga bashkëshorti me ndihmën e shoqatave me të cilën e lidhëm.

Faktorë të tjerë që kanë kontribuar në lindjen e simptomave depresive janë ushqyerja me gji të cilën e gjejmë tek 2 nëna të këtij nëngrupi të cilat referojnë se nuk janë nëna të mira ose nuk e kanë instiktin e nënës ose nuk kanë kimi me fëmijën e tyre. Kryesisht të gjitha ndjehen të lodhura dhe kanë probleme me gjumin. 2 prej tyre janë në ekstremin tjetër, janë hiperaktive, nuk flenë gjithë natën sepse kanë frikë se mos fëmija i tyre vdes në gjumë ose mos i bën keq pa dashje fëmijës për shkak të ëndrrave të frikshme.

1 grua referon një lindje traumatike dhe shqetësime fizike të pa justifikuara nga mjekët dhe për këtë fajëson në mënyrë të pavetëdijshme fëmijën e saj si shkaktari i gjendjes në të cilën ndodhet.

E rëndësishme është ulja e pikëzimit tek të gjitha gratë por këtu ndikon edhe aftësia e gruas për të imagjinuar, kapaciteti i saj në formimin e imazheve dhe motivacioni për të punuar me imazhet dhe për të përmirësuar situatën. Ka gra që janë fort të motivuara për trajtim dhe ka gra që hynë në trajtim të shtyra nga bashkëshortët dhe familjarët e tjerë.

4.2.2. Grupi i grave që nuk janë trajtuar me ndihmën e teknikave imagjinate.

Në grupin e kontrollit kemi 30 paciente të cilat janë këshilluar pa ndërhyrjen e imazheve. Me këshillim nënkuptojmë të dish të dëgjosh, të dish të njohësh dhe të dish të pyesësh. Është i rëndësishëm një dëgjim aktiv për të eksploruar natyrën dhe kuptimin e ndjenjave kontradiktore dhe emocioneve ambivalente që mund të karakterizojnë rrugën e përshtatjes me mëmësinë. Është e rëndësishme të njohësh kushtet klinike dhe faktorët e rrezikut si për nënën ashtu edhe për fëmijën.

I rëndësishëm është fakti që disa prej pacienteve janë konsultuar rregullisht, kurse disa të tjerë në mënyre sporadike.

-Gra me beba të lindur para kohe

Në 30 gra të këshilluara 15 prej tyre kanë qëndruar në spital për një kohë të gjatë sepse kanë lindur beba të parakohshëm por që në kohën e këshillimit gjendja e bebave ishte stabil. Mosha e tyre varion nga 20-39 vjeç. 10 prej tyre janë pa punë, 1 është punëtore dhe 4 janë nëpunëse. 8 janë primipare, 5 janë sekondi pare, 2 janë pluri pare.

Rezultatet e tyre në re-test variojnë shumë. Këtu kemi 9 gra tek të cilat vërejmë ulje të pikëzimit, por 7 prej tyre qëndrojnë në nivel EPDS 12-30, 1 prej tyre kalon në nivelin 10-11 dhe njëra në nivel epds 5-9.

Një grua paraqet pikëzim të njëjtë tek të dy testet si para këshillimit ashtu edhe pas, por qëndron në nivelin EDPS 12-30. Dhe kemi 5 gra tek të cilat konstatojmë një rritje të pikëzimit.

Pre-test	19	20	19	23	18	12	15	16	21	21	14	13	25	15	15
Re-test	17	21	16	20	20	17	12	9	15	19	14	15	21	22	10

1 prej tyre shpreh mendime vetëlëndimi, pyetjes 10 në pre-test i përgjigjet me ndonjëherë më ka shkuar ndër mend. Arsyeja është numri i madh i fëmijëve dhe vështirësitë financiare. Dy gra pyetjes 10 i përgjigjen me rrallë dhe kanë pikëzim të lartë në pre-test (23-25) dhe paraqesin një ulje të vogël (20-21).

Dy gra referojnë ankth të vazhdueshëm gjatë shtatzënisë, njëra për arsye financiare meqënëse ka dy fëmijë dhe ka lindur trinjakë aktualisht dhe tjetra për shkak se fëmijën e parë e ka lindur me probleme dhe kishte frikë se mos i ndodhte e njëjta gjë me fëmijën e dytë.

3 gra referojnë depresion në shtatzëni të pakuruar ndërsa dy gra referojnë depresion të mëparshëm, njëra pas lindjes së fëmijës së parë, e pakuruar dhe njëra depresion të kuruar si rrjedhojë e vdekjes së fëmijës së parë 3 ditë pas lindjes.

Vetëvlerësimi në 6 gra është i mirë në të tre pyetjet, në 2 gra kemi një vetëbesim të mirë por në këtë situatë nuk ndjehen të vlefshme, në 5 gra kemi një vetëvlerësim të ulët.

3 gra si faktor stresues në jetë përmendin problemet financiare, 2 përmendin imigrimin e burrit jashtë për punë, 2 si faktor stresi quajnë qëndrimin në spital dhe gjendjen shëndetësore të bebit, njëra si faktor kryesor referon sëmundje në familje duke iu referuar djalit të parë të cilin e ka me probleme dhe njëra referon transferimin në një qytet tjetër ku nuk njih asnjë. 6 gra nuk referojnë faktorë stresi madhor në jetën e tyre.

4 gra referojnë shtatzëni të paplanifikuara ku njëra prej tyre për arsye karriere dhe tre të tjerat për kushte jo të përshtatshme social-ekonomike.

10 gra referojnë suport të ulët dhe kryesisht për mungesë të bashkëshortit për arsye imigrimi ose punësimi, dhe për mungesë të familiarëve afër kurse 5 gra referojnë suport të mirë si nga partneri ashtu edhe nga familjarët.

Suporti nga miqtë në përgjithësi në të gjithë studimin nuk merret shumë parasysh sepse shumica e grave referojnë se ato kanë problemet e tyre dhe nuk kanë kohë për miqtë ose nuk mund të shprehen shumë me to.

- Gra të referuara që në momentin e lindjes.

Në 30 gratë e grupit të trajtuar pa imazhe kemi 5 (16,6 %) gra të cilat janë referuar që në momentin e lindjes dhe direkt pas lindjes. Mosha e tyre varion nga 17-29 vjeç. Dy janë të papuna , një punëtore dhe 2 nënpunëse. Të gjitha janë në lindjen e tyre të parë.

Vetëm njëra prej tyre në pyetjen 10 të testit mbi mendimet vetëlënduese përgjigjet me rrallë dhe ka pikëzimin më të lartë në pre-test(21). Tek 2 gra vërejmë një rritje të pikëzimit në re-

test, njëra qëndron në nivel edps 12-30 dhe tjetra nga niveli 5-9 me 9 pikë kalon në nivel edps 12-30 me 12 pikë.

Në 3 gratë e tjera shohim një ulje të pikëzimit por dy vazhdojnë të qëndrojnë në nivel edps 12-30 dhe vetëm njëra kalon në nivel edps 5-9 me pikezim 9.

Pre-test	20	15	9	21	17
Re-test	21	13	12	18	11

Ndryshimin që konsiston në rritje të pikëzimit e hasim në një grua e cila referon se ndodhet në këtë gjendje sepse i kanë bërë magji, e konfirmuar edhe nga familjarët.

Të gjitha gratë nuk referojnë depresion të mëparshëm ose depresion në shtatzëni. Vetëm njëra prej tyre referon ankth të zhvilluar gjatë shtatzënisë për gjëra që nuk arrin dot të kontrollojë, dhe njëra referon ankth në momentin e lindjes, ankth i cili e detyroi atë të përfundonte lindjen me operacion.

3 gra kanë një vetëvlerësim të ulët për veten por referojnë se kanë cilësi të mira pavarësisht situatës dhe ndjenjave të momentit dhe dy kanë një vetëvlerësim të mirë. 2 referojnë suport të ulët ndërsa tre të tjerat suport të kënaqshëm.

Vetëm 3 gra referojnë faktorë stresues si marrëdhëniet me familjen e bashkëshortit, qëndrimi aktual në spital dhe braktisja e partnerit në shtatzëni.

-Gra të rekomanduara nga të tretë

Në grupin e 30 grave pa imazhe kemi **10** (33.3%) gra të cilat kanë ardhur të referuara nga mjeku gjinekolog, mjeku pediatër ose familjarët e tyre. Mosha varion nga 20-43 vjeç. 5 prej tyre janë pa punë, 2 janë punëtore dhe 3 janë nëpunëse. 5 janë primi pare, 2 janë sekondi pare dhe 3 janë pluri pare.

Në 5 prej tyre shohim një ulje të pikëzimit pas këshillimeve ku dy gra vazhdojnë e qëndrojnë në nivel edps 12-30 dhe 3 prej tyre kalojnë në nivel 10-11. Tek një grua pikëzimi është njësoj si para dhe pas dhe niveli edps është 10-11. Ndërsa në 4 të tjerat shohim një rritje të pikëzimit. Këtu dy gra qëndrojnë në nivel edps 12-30, një grua në pre-test tregonte pikëzim 10 ndërsa në re-test 11 dhe qëndron në nivelin edps 10-11. Ndërsa një grua në pre-test ka pikëzim 8 dhe në re-test tregon pikëzim 10 pra nga niveli 5-9 kalon në nivelin 10-11 (kjo grua kishte pikëzim të lartë në pyetjet mbi ankthin dhe panikun e pajustificuar).

Pre-test	18	14	22	24	12	13	17	8	10	11
Re-test	11	19	18	21	9	11	22	10	11	11

1 grua referon ankth në shtatzëni kryesisht i lidhur me mbarëvajtjen e shtatzënisë pasi vinte nga një abort i mëparshëm i përjetuar keq. Dy referojnë depresion të mëparshëm, por njëra e pakuruar, shkak vdekja e mamasë dhe tjetra e kuruar, shkak lindja e fëmijës së parë me probleme.

4 gra paraqesin një vlerësim të ulët për veten por referojnë se kanë cilesi të mira. 5 prej tyre referojnë një suport jo të kenaqshëm.

Pothuajse të gjitha referohen në shërbimin psikologjik ose nga mjeku gjinekolog ose nga mjeku pediater.

Ndër faktorët e stresit të përmendura nga gratë, 2 prej tyre referojnë probleme financiare, një referon dhunë nga bashkëshorti, një vdekjen para pak kohësh të mamasë dhe një referon se ndodhet në këtë situatë për shkak të lindjes me operacion.

4.2.3. Grupi i grave shtatzëna të trajtuara me imazhe në patologjinë e shtatzënisë

Në patologjinë e shtatzënisë janë këshilluar me imazhe 10 gra të shtruara për probleme të ndryshme obstetrikale ku përfshihen probleme të fekondimit in vitro, probleme hemoragjie, iperemesis (të vjella), rrezik lindje të parakohëshme, tension i lartë.

-Gra me fekondim in vitro

Në këtë nëngrup bëjnë pjesë 3 (30%) gra. Mosha varion nga 34-42 vjeç. Dy gra janë nënpunëse dhe njëra është pa punë.

Rezultatet e tyre pas ndërhyrjes me imazhe janë në nivelin edps 5-9 por që rekomandohet vlerësim pas lindjes.

Pre-tet	21	18	20
Re-test	7	8	9
Situata imagjinative	68	70	60

Tek të 3 gratë shihet një vetëvlerësim i mirë për veten, por njëra tregon një vlerësim të lartë në intervistë dhe përkon me gruan që e kërkoi vetë konsultën psikologjike dhe është e vetmja e papunë në grup. Dy të tjerat aktualisht nuk e ndjejnë veten të vlefshme për shkak të situatës në të cilën ndodhen. Suporti social është i kënaqshëm.

Shtatzënia është e dëshiruar për të treja por njëra e ka bërë procedurën me insistimin e bashkëshortit dhe shpreson që ky fëmijë do të rregullojë marrëdhënien bashkëshortore.

Kanë ankth të vazhdueshëm që i shoqëron gjatë gjithë kohës por që është në kuadër të mbarëvajtjes së shtatzënisë.

Faktorë stresues referon vetëm njëra në kuadër të kurave të shtrenjta që kërkon procedura.

-Gra të shtruar për hemoragji

Bëjnë pjesë gra që janë në fund të tremujorit të dytë dhe fillim të tremujorit të tretë të shtatzënisë. Në këtë nëngrup kemi 3 (30%) gra.

Rezultatet e tyre pas ndërhyrjes me imazhe variojnë në 2 gra me edps 5-9 dhe një me edps 11-12

Pre-test	29	16	22
Re-test	11	7	6
Situata imagjinative	78	67	70

Të treja referojnë depresion të mëparshëm të kuruar me medikamente. 1 referon episode depresive që 15 vjeç, të kuruara vazhdimisht. 1 referon depresion post partum të kuruar për

rreth 6 muaj pas lindjes së fëmijës së parë. Ndërsa e 3 referon depresion pas vdekjes së fëmijës së parë tre vjeç për probleme zemre, depresion i kuruar me medikamente dhe me konsulta psikologjike për një kohë të gjatë dhe e kërkon vetë konsultën.

Dy të parat referojnë një shtatzëni të paplanifikuar dhe të padëshiruar por insistimi i bashkëshortit i ka bërë që të dyja ta mbajnë fëmijën.

Njëra referon edhe mendime vetëlënduese dhe referon që në historikun e saj të depresionit ka tentuar të vrasë veten.

Të treja kanë ankth të vazhdueshëm gjatë shtatzënisë.

Vetëvlerësimi i tyre është i mirë, përveç njëres që referon se nuk ndjehet mirë me veten si person. Suporti social është i mirë.

-Gra të shtruar për patologji të ndryshme

Në këtë nëngrup bëjnë pjesë **4** (40%) gra të shtruar për probleme si rrezik lindjeje e parakohëshme, tension i lartë dhe iperemesis (të vjella të vazhdueshme). Janë midis tremujorit të dytë dhe të tretë.

Rezultatet e tyre pas imazheve variojnë në tre gra me edps 5-9 dhe një grua me edps 10-11.

Pre-test	15	27	19	16
Re-test	6	10	8	9
Situata imagjorative	45	72	68	63

Dy prej tyre referojnë depresione të mëparshme të kuruara me medikamente respektivisht DPP i mëparshëm dhe post feto morto (beb i lindur i vdekur). Kjo e fundit në pyetjen 10 të testit për mendimet vetëlënduese përgjigjet pozitivisht.

Vetëbesimi është i ulët tek të gjitha. Suporti social dhe marrëdhëniet bashkëshortore janë të mira në dy gra dhe vetëm në njërën konstatohet dhunë fizike dhe psikologjike si nga bashkëshorti edhe nga familja e tij.

Të 4-ta raportojnë ankth të vazhdueshëm.

Faktorë stresues hasëm vetëm tek një grua e cila referon se burri është emigrant dhe ka probleme relacionale me vjehrrën.

Pacientet ndiqen gjatë periudhës së qëndrimit në spital. Me to punohet intensivisht pothuajse përditë me imazhet dhe kryesisht me imazhet pozitive.

Gratë janë kontaktuar me telefon edhe pas lindjes dhe nuk kanë referuar shqetësime madhore. Dy prej tyre vazhdojnë të konsultohen edhe pas lindjes.

Duhet thënë se në simptomat depresive të këtyre grave gjatë shtatzënisë ndikojnë edhe kushtet shëndetësore në të cilat ndodhen dhe merakun për shëndetin e bebit është i madh. Këto faktorë duhen marrë gjithmonë parasysh sepse vetë shtrimi dhe qëndrimi i gjatë në spital mund të çojë në probleme të shëndetit mendor.

4.2.4. Grupi i grave shtatzëna të trajtuara pa imazhe në patologjinë e shtatzënisë

Këtu janë marrë në shqyrtim 10 gra të cilat vetëm janë këshilluar dhe nuk kanë qenë idonee ose nuk kanë dëshiruar ndërhyrjen me imazhe.

-Gra me fekondim in vitro

Në këtë nëngrup bëjnë pjesë 2 (20%) gra. Njëra është 36 vjeç dhe tjetra 34 vjeç. Një e shtruar për preeklamsi dhe tjetra për hematomë respektivisht në javën e 31-32 dhe 23-24 të shtatzënisë. Njëra prej tyre është barrë gemelare. Të dyja rekomandohen për konsultë nga mjekët përkatës. Të dyja janë arsimtare dhe vetëvlerësimi i tyre është i mirë. Të dyja nuk mendojnë se do të kenë një përfitim nga konsultat sepse psikologjia nuk mund të zgjidhi patologjitë e tyre por meqë ndjehen keq nga kjo situatë pranojnë të këshillohen sa herë e ndjejnë të nevojshme dhe nuk pranojnë ndërhyrjen me imazhe.

Tek një grua vërejmë një rritje të vogël në pikëzim në re-test, ndërsa tek tjetra një ulje të vogël por qëndrojnë të dyja mbi cutt-of prej 12 pikësh.

Pre-test	12	16
Re-test	16	13

Asnjëra nuk ka pasur depresion të mëparshëm.

Kanë një suport social të mirë dhe faktor stresues për to është vetëm ecuria e shtatzënisë dhe qëndrimi në spital. Njëra referon ndjenja faji sepse kanë kontribuar shumë persona financiarisht që ajo të mbetet shtazënë dhe nëse nuk arrind të lindë bebin ndjen se do i zhgënjejë të gjithë.

-Gra të shtruar për rrezik lindjeje të parakohëshme

Në këtë nëngrup bëjnë pjesë 4 (40%) gra respektivisht midis javës së 28-32 të shtatzënisë. Grupmosha e tyre është midis 25-41 vjeç. Të gjitha janë nënpunëse dhe dy janë primi pare, njëra vjen pas një aborti në javën e 22 të shtatzënisë dhe njëra pas vdekjes së bebit të parë dy javë pas lindjes.

3 gra në re-test janë në nivelin edps 12-30. Njëra paraqet një rritje të vogël në pikëzim në re-test, një paraqet pikëzimim të njëjtë në të dy testet dhe tek dy të tjerat vërehet një ulje në pikëzim por vetëm njëra zbret në nivelin edps 10-11.

Pre-test	13	14	15	17
Re-test	15	14	11	16

2 referojnë një vetëvlerësim të mirë, një referon se nuk ndjehet mirë me veten dhe nuk ndjehet e vlefshme por mendon se ka cilësi të mira dhe tek njëra vetëvlerësimi është i ulët.

1 rezulton e divorcuar nga burri i parë sepse nuk mund të bënte fëmijë prandaj ky fëmijë ishte i papritur për të dhe i padëshiruar për shkak të moshës (41 vjeç) dhe partneri aktual e braktisi sapo mori vesh për shtatzëninë sepse ishte i martuar.

3 referojnë depresion të mëparshëm, dy prej të cilave janë kuruar.

Marrëdhëniet sociale dhe bashkëshortore janë relativisht të mira për tre gra dhe nuk konstatohet ndonjë faktor stresi dominant për lindjen e simptomave depressive.

Nga ky grup dy gra referohen prapë nga reparti i neonatologjisë, reanimacioni i bebave, njëra sepse e ka lënë bebin totalisht të zhveshur dhe nuk kujdeset për të (gruaja që paraqiste një rritje të pikëzimit) dhe tjetra është aq maniake në kujdesin e saj sa që po përkeqëson gjendjen e fëmijës (gruaja post morto bebi i parë).

-Gra me probleme të ndryshme obstetrikale

Bëjnë pjesë 4 (40%) gra të shtruara për preeklamsi, likid i reduktuar dhe shqetësime të tjera. Të gjitha janë në tremujorin e dytë të shtatzënisë. Grupmosha varion nga 19-39 vjeç. Dy janë pa punë dhe dy janë nëpunëse. Njëra është në shtatzëninë e saj të parë, dy në të dytën dhe njëra është pluripare.

Ndër to 3 gra tregojnë një rritje në pikëzim në re-test, 1 tregon një ulje të vogël por që e zbret atë në nivelin edps 10-11.

Pre-test	12	17	13	14
Re-test	17	18	10	16

1 grua referon se ka pasur shqetësime depressive pas lindjes së parë por nuk i ka kushtuar shumë rëndësi.

2 prej tyre kanë vetëvlerësim të ulët por njëra referon që ka cilësi të mira. Ndërsa dy referojnë vetëvlerësim të mirë. Marrëdhëniet sociale dhe bashkëshortore janë relativisht të mira.

Faktorë stresi janë papunësia dhe financat për dy prej tyre. Vetëm në një grua shtatzënia ishte e paplanifikuar dhe e padëshiruar kryesisht për arsye financiare por meqë kishin dy djem vendosën ta mbajnë se mos ishte vajzë. “E doja një vajzë për vete” referon pacientja. Por nuk e priste që të ishin binjake dhe prapë djem. Dy prej tyre ndjehen në faj kundrejt bebit në bark sepse referojnë që kanë qarë gjithë kohës dhe nuk e kanë shijuar dhe përjetuar aspak mirë këtë shtatzëni dhe kanë frikë se këto ndjenja kanë ndikuar në formimin e bebit. Njëra nga nënat shprehet: “Doktoresha, më duket se bebi do të dalë depresiv dhe do ketë probleme psikologjike që foshnjë”.

Me këto gra nuk është realizuar ndërhyrja me imazhe sepse disa nuk ishin idonee ndaj tyre dhe disa nuk donin të punonin me to. Janë bërë thjesht konsulta dhe këshillime sa herë ato e dëshironin.

Vlen për t’u përmendur edhe këtu fakti që këto gra janë të shtruara për probleme të ndryshme obstetrikale dhe qëndrimi në spital mund të favorizojë zhvillimin e simptomave depressive.

KAPITULLI V: DISKUTIMI

Në këtë studim është trajtuar fenomeni i depresionit perinatal duke u bazuar në simptomat e tij dhe në faktorët e rrezikut që u konstatuan tek gratë me simptoma depressive.

Pas fazës së parë e cila konsistonte në sa thamë më sipër është realizuar faza e dytë me këshillimet me ndërhyrje të teknikave imagjinative dhe pa ndërhyrje të teknikave imagjinative.

5.1. Diskutim mbi faktorët e rrezikut që kanë kontribuar në zhvillimin dhe mbajtjen e simptomave depressive

Analizimi dhe diskutimi i këtyre faktorëve është i rëndësishëm sepse na jep një panoramë më të plotë të simptomave të depresionit perinatal, duke qenë se këto faktorë ndikojnë shumë në zhvillimin dhe mbajtjen në kohë të simptomave depressive. Na ndihmojnë të asociojmë pikëzimin në pre-test dhe të analizojmë dhe reinterpretojmë secilin faktor gjatë fazës së ndërhyrjes.

- Moshë, punësimi dhe numri i lindjeve

Në fazën fillestare u mblodhën të dhëna për moshën, punësimin dhe numrin e lindjeve. Por nuk u gjet ndonjë korrelacion i rëndësishëm midis tyre dhe faktorëve të rrezikut për depresion të mëtejshëm, midis tyre dhe pikëzimit në testin e Edinburgut dhe midis tyre dhe përdorimit të teknikave imagjinative. U nxorën vetëm rezultatet përfundimtare.

Rezultatet e studimit nga O'Hara, Swain (1996) & Beck (2001) kanë treguar se ndër faktorët që nuk janë të lidhura në mënyrë të konsiderueshme me zhvillimin e DPP është edhe mosha e nënës.

Në kampionin e studimit tonë mosha varion midis 16-44 vjeç ku:

Grupmosha	37- 44 vjeç	27 – 36 vjeç	16 – 26 vjeç
Nr. i grave	10 (12.5%)	43 (53.75%)	27 (33.75%)

Niveli i edukimit është një faktor tjetër i cili duke iu referuar studimit të sipërpërmëndur nuk është i lidhur në mënyrë të konsiderueshme me DPP.

Prandaj në këtë studim u morën të dhëna mbi punësimin/papunësinë e grave. Në kategorinë punësim/ papunësi u morën parasysh kategoria e të papunëve, punëtoreve dhe nënpunësve. Në studimin tonë kategoria e të papunave dhe nënpunësve ishin pothuajse të barabarta.

Punësimi	Pa punë	Punëtore	Nënpunëse
Nr i grave	35 (43.75%)	11 (13.75%)	42.5%)

Papunësia ndikonte në aspektin e nivelit të të ardhurave në disa, ndërsa në disa të tjera si emocione në formën e zemërimit lidhur me mungesën e parave. Ndër nënat nënpunëse (arsimtare, juriste, ekonomiste, mjeke dhe infermierë ishin profesionet më të hasura) rezultonte më shumë merak për vendin e punës në periudhën pas lindjes. Disa prej tyre referuan se kishin qenë të detyruara të dilnin në punë rreth 2-3 muaj pas lindjes së fëmijës

për shkak të pasigurisë së vëndit të punës dhe kjo kishte rënduar në situatën e tyre të tanishme. Ndërsa disa të tjera referuan që kishin qenë të detyruara për probleme gjatë shtatzënisë të braktisnin punën dhe kjo kishte kontribuar në zhvillimin e simptomave depressive.

Në literaturë ekziston në fakt, një lidhje e rëndësishme midis kënaqësisë së nënës për aktivitetin profesional dhe DPP: në dy hulumtime të ndryshme italiane gratë që deklaroheshin të pakënaqura me gjendjen e tyre të punës, pavarësisht nëse ata ishin duke punuar apo jo, paraqitnin një rrezik më të lartë për të manifestuar DPP (Romito et al., 1999, 2009). Rezultate të ngjashme dalin nga studimi kanadez i Dennis et al. (2004): 1 javë pas lindjes, nënat që kishin deklaruar pakënaqësi ndaj punës së tyre ishin ato që kishin një shans më të madh për të qenë në depresion. Kompleksiteti i lidhjes midis punës dhe mirëqënies së grave është gjithashtu i dukshëm nga të dhënat e një studimi amerikan (Goldberg & Perry-Jenkins, 2004). Autorët analizuan lidhjen midis ndarjes së detyrave shtëpiake dhe kujdesit të tyre për fëmijën në njërën anë, dhe shëndetin psikologjik të nënave nga ana tjetër. Janë përfshirë 97 çifte në pritje të fëmijës së tyre të parë dhe në të cilën të dy prindërit ishin të punësuar me kohë të plotë para lindjes. Nga analiza e të dhënave të mbledhura mesatarisht 15 javë pas lindjes, gratë që kishin kaluar në orar të pjesshëm ishin më depressive se ato të cilët kishin mbajtur orët e tyre të punës të pandryshuara. Në veçanti, midis nënave të cilët punonin me kohë të pjesshme, ishin më keq ata që i përmbaheshin një imazhi të barabartë të marrëdhënies së burrit dhe gruas.

Diferencë e lartë u pa në kategorinë e numrit të lindjeve. Këtu mbizotërojnë gratë që janë në lindjen ose shtatzëninë e tyre të parë, të pasuara nga gratë sekondi pare dhe në fund pluri pare.

Nr i lindjeve	Primi pare	Sekondi pare	Pluri pare
Nr i grave	49 (61.25%)	19 (23.75%)	12 (15%)

Pra sipas të dhënave të përgjithshme të studimit tonë mosha midis 27-36 vjeç, kategoria e grave të pa puna dhe kategoria e numrit të lindjeve primi pare janë më të rrezikuarat.

Duke u munduar të identifikojmë depresionin perinatal tek gratë nuk mund të lihenin pa marrë parasysh edhe një sërë faktorësh rreziku që mund të kenë kontribuar në formimin dhe mbarëvajtjen e simptomave depressive tek këto gra. Faktorët e rrezikut janë bazuar në literaturën e njohur botërore.

-Fertilizimi in vitro

Në realitetin shqiptar procedura e fertilizimit in vitro nuk ka shumë vite që ka hyrë në mënyrë të fuqishme.

Në një studim që shikonte të dhënat mjekësore të grave që ishin trajtuar për DPP u konstatua se 6 % e grupit kishin konceptuar me FIV krahasuar me 1.5% të popullatës së përgjithshme. Gratë në studim, megjithatë, ishin në moshë më të madhe, dhe kishin një lindje cezariene, gjë që rezultoi në një rritje të rrezikut të DPP. Hulumtuesit hipotizuan se

kur ka një histori vështirësie me fertilitetin, konceptimi i asistuar mund të rrisë rrezikun e çrregullimeve pas lindjes (Fisher et al., 2005).

Në studimin tonë kanë realizuar procedurën e FIV 9 (11.25%) gra. Ndër to në 7 prej tyre të trajtura me IM kemi ulje të pikëzimit dhe kjo bën që ato të kalojnë në nivele inferiore të epds dhe në një përmirësim të simptomave. Tek 1 grua pa IM vërejmë një ulje të vogël të pikëzimit dhe rrjedhimisht jemi në të njëjtin nivel epds me rrezik të madh ndaj depresionit dhe tek 1 grua pa IM vërejmë një rritje të pikëzimit. Duhet theksuar se këto 2 gra nuk kanë shumë besim tek psikologu sepse ky i fundit nuk mund të zgjidhi problemet e tyre fizike.

Në grupin tonë nuk vërehet ndonjë korrelacion midis moshës dhe uljes së pikëzimit në testin e Edinburgut. Megjithëse gratë me procedurën in vitro janë në moshë 30-45 vjeç dhe janë të gjitha në lindjen e tyre të parë. Të gjitha e quajnë shtatzëninë dhe lindjen një dhuratë prej Zotit por kur gjërat nuk shkojnë mirë dhe ndeshen me probleme psikologjike të ndërlikuara ndonjëherë edhe me probleme obstetrikale dhe të shëndetit të fëmijës referojnë që nuk është e thënë të bëhen nëna apo se natyra e kishte shprehur vendimin e vet dhe se nuk mund të dilnin kundra natyrës siç kanë dalë.

Dy referojnë që i janë futur kësaj procedure të vështirë si nga ana financiare, si nga ana fizike dhe si nga ana emocionale për shkak të insistimit të bashkëshortit ose për shkak të një mosmarrëveshjeje bashkëshortore duke shpresuar se lindja e një fëmije do të rregullonte këtë marrëdhënie.

- Vetëvlerësimi

Kryesisht pothuajse pjesa më e madhe e grave në studim pyetjes a ndiheni mirë me veten si person i janë përgjigjur herë po e herë jo. Pyetjes a ndjeheni të vlefshëm si person pjesa më e madhe i janë përgjigjur me jo dhe pyetjes a mendoni se keni cilësi të mira i përgjigjen me po, kanë cilësi të mira thjesht është situata e tillë që i bën ato të mos i përdorin këto cilësi aktualisht. Nënata nëpunëse kanë një vetëvlerësim më të mirë se nënat e papuna dhe në kategorinë e të papunave nënat pluri pare referojnë vetëvlerësim më të lartë se nënat primipare.

-Suporti social

Përsa i përket suportit social të grave, një pjesë referojnë që kanë suport social të mirë dhe një pjesë jo.

Mbështetja sociale e miqve dhe familjarëve gjatë periudhave stresuese është menduar të jetë një faktor mbrojtës kundër depresionit (Brugha et al., 1998). Disa studime të mëparshme kanë vlerësuar rolin social në uljen e DPP. Koncepti social është një koncept shumë dimensional. Burimet e mbështetjes mund të jenë: bashkëshorti, të afërmit, miqtë apo bashkëpunëtorët. Ka edhe lloje të ndryshme të mbështetjes sociale, p. sh. mbështetje informative (ku këshilla dhe udhëzime janë dhënë nga burime të ndryshme informative), mbështetje instrumentale (ndihmë praktike materiale ose në kuadër të detyrave) dhe mbështetje emocionale (shprehje e kujdesit). Hulumtuesit kanë shqyrtuar edhe efektet e mbështetjes (mbështetja nga një person ose besimin se njerëzit në rrjetin e tyre shoqëror do të sigurojnë ndihmë në kohë nevojë) gjatë shtatzënisë. Disa studime kanë gjetur se izolimi social (ose mungesa e mbështetjes sociale) ishte një faktor

rreziku i fortë për simptomat depressive pas lindjes (Forman et al, 2000; Seguin et al, 1999). Megjithatë, mund të ketë dallime mes mbështetjes së perceptuar dhe mbështetjes sociale. O'Hara, Rehm dhe Campbell (1983) kanë studiuar mbështetjen sociale dhe gjetën se gratë me depresion raportuan se bashkëshortët e tyre nuk i mbështetnin emocionalisht. Megjithatë, këto gra nuk kanë identifikuar bashkëshortin e tyre si më pak mbështetës gjatë shtatzënisë. O'Hara dhe Swain (1996) shqyrtuan 5 studime në të cilat nivelet e përgjithshme të mbështetjes sociale janë matur gjatë shtatzënisë, tek mbi 500 subjekte. Ata gjetën se ka një marrëdhënie të fortë negative midis mbështetjes sociale dhe depresionit pas lindjes. Kjo sugjeron se gratë që nuk marrin mbështetje të mirë sociale gjatë shtatzënisë kanë më shumë gjasa për të zhvilluar DPP.

Në studimin tonë suporti familjar ishte i kënaqshëm në pjesën më të madhe të grave. Vetëm në 25 (31.25%) gra nga 80 të marra në studim suporti ishte i ulët dhe kishte të bënte me marrëdhënien konfliktuale me familjarët e bashkëshortit, me dhunën në familje, me mungesë të bashkëshortit për arsye imigrimi, me braktisje të partnerit gjatë shtatzënisë ose me mungesë të familjarëve të tjerë.

Përsa i përket suportit të miqve gratë referonin se kishin miq por nuk mund të ndanin me to ndjenjat dhe shqetësimet që ndjenin për vetë pekularetin e kësaj periudhe. Arsyt kryesore ishin ndjenja e turpit, frika e etiketimit si një 'nënë e keqe' dhe stigma e lidhur me të qenit e sëmurë.

- Shtatzënia e paplanifikuar

Beck (1996) shqyrtoi efektet e shtatzënisë së paplanifikuar ose të padëshiruar dhe zhvillimin e depresionit pas lindjes në 61.200 subjekte.. Shtatzënitë e paplanifikuara ose të padëshiruara, si

një faktor rreziku për DPP duhet të interpretohen me shumë kujdes sepse nuk masin ndjenjat e gruas ndaj fetusit në rritje, por thjesht rrethanat në të cilën shtatzënia ka ndodhur.

Në studimin tonë 11 (13.75%) gra referuan një shtatzëni të paplanifikuar ose më mirë një shtatzëni të padëshiruar por që në pamundësi për ta ndërprerë brenda afateve kohore e kanë vazhduar. Motivacionet variojnë nga DPP pas fëmijës së parë dhe rrjedhimisht frikë se mos përsëritej pas lindjes së dytë, arsye social-ekonomike, arsye të braktisjes nga partneri dhe për arsye karriere.

Nga këto 7 gra janë ndjekur me IM dhe shohim se kanë kaluar në nivele inferiore të pikëzimit epds. 3 prej tyre kërkojnë një rikontroll pas 6-12 muajsh, 3 kërkojnë një rikontroll pas 2-4 javësh dhe këtu kemi faktorë rreziku si arsyet ekonomike, depresion të mëparshëm të kuruar me medikamente dhe vdekje të mëparshme të fëmijës. 1 grua qëndron në nivel epds 12-30 edhe pse kemi një rënie të pikëzimit (23-12). Tek kjo grua ndërthuren faktorë rreziku, siç janë kushtet ekonomike, depresion i kuruar më parë.

5 gra janë të këshilluara por pa IM. Në 3 prej tyre vërejmë një ulje të vogël në pikëzim por që i mban ato në të njëjtin nivel epds 12-30 dhe në 2 gra vërejmë një rritje në pikëzim. Faktorët që ndikojnë në mbajtjen e simptomave janë braktisje e partnerit dhe punësimi i nënës. Nëna është detyruar të dalë në punë për shkak të frikës së humbjes së vendit të punës.

-Marrëdhënia bashkëshortore

Është raportuar se gratë me DPP kanë më pak mbështetje nga burrat se sa gratë që nuk ishin me depresion, por këto ndryshime ishin të dukshme gjatë periudhës së lehonisë dhe jo vetëm gjatë shtatzënisë (O'Hara, 1986). Gratë me DPP i kanë vlerësuar burrat e tyre si më pak mbështetës, Por është e vështirë të dihet nëse simptomatologjia e tyre depressive ndikon negativisht në marrëdhëniet e tyre. Megjithatë përjetimi i një marrëdhënie të vështirë martesore, ose një marrëdhënie e dobët gjatë shtatzënisë është një parashikues i DPP.

Në këtë studim gratë referojnë që partneret nuk i kuptojnë shqetësimet e tyre dhe i justifikojnë me faktin se janë të lodhura dhe pa gjumë dhe me ndryshimet hormonale.

Çrregullimet psikologjike në këtë fazë janë të vështira për tu pranuar nga partneri kryesisht sepse i tremb ideja siç shprehen pjesa më e madhe se gruaja e tyre mund të jetë e “çmendur”. Referojnë se ato thjesht përkëdhelen në këtë situatë sepse duan vëmendje.

Përgjigjet negative ndaj pyetjes mbi ndihmën e përditshme nga partneri gratë e komentojnë me faktin e pamundësisë së partnerit për shkak të punës që bëjnë megjithëse disa gra referojnë se tani që ato kanë lindur partneri me justifikimin që duhet të punojë më shumë për të siguruar një të ardhme të mirë është më pak i pranishëm në shtëpi.

-Marrëdhënia e çiftit dhe dhuna

Disa studime kanë hetuar efektin që lindja e një fëmije mund të ketë në cilësinë e marrëdhënies në çift. Nga një meta-analizë e kryer nga Twenge et al. (2003) nga 97 artikuj që kanë të bëjnë me këtë temë, shfaqet një asocim negativ midis prindërimit dhe kënaqësisë

në marrëdhënien midis partnerëve, në veçanti për gratë. Në një punim amerikan, Doss et al. (2009) i kanë konfirmuar këto të dhëna. Autorët ndoqën 218 çifte për 8 vjet duke filluar nga martesa e tyre, duke krahasuar sa ndërkohë ishin bërë prindër me ata që nuk kishin fëmijë. Në të dyja rastet, vërehej një rënie në nivelin e kënaqësisë së raportuar nga baballarët dhe nënat gjatë viteve, por ardhja e një fëmijë përkonte me ndryshime negative më të shpejta dhe të papritura. Dhe kjo ishte më e theksuar tek gratë sesa tek burrat.

Të dhëna të ngjashme theksojnë nevojën për të marrë parasysh këtë aspekt në vlerësimin e faktorëve të rrezikut për fillimin e depresionit tek nënat. Në një hulumtin spanjoll, Escribà-Agüir et al. (2008) gjithashtu theksuan se të gjykosh si jo pozitive marrëdhëniet me partnerin gjatë trimestrit të tretë të shtatzënisë, rrit rrezikun që gratë të zhvillojnë një simptomatologji depressive në të njëjtën periudhë.

Janë të pakta studimet që në mënyrë eksplicite e konsiderojnë dhunën e partnerit gjatë periudhës perinatale në lidhje me mirëqënien psikologjike të nënave (Fisher et al., 2009; Kendall-Tackett, 2007). Kjo është edhe më paradoksale nëse konsiderojmë se dhuna nga partneri është përshkruar si "shkaku kryesor i depresionit gjinor tek gratë" (Astbury, 2001, cituar në Fisher et al., 2009). Nga analiza e Campbell et al. (2004) shfaqet një ndryshueshmëri e madhe në normën e prevalencës së dhunës gjatë shtatzënisë në vënde të ndryshme të botës, me një hendeq të gjerë midis atyre të industrializuara (3.4-11%) dhe atyre në zhvillim (3.8-31.7%). Dhuna gjatë shtatzënisë është e lidhur fort me zhvillimin e simptomave depressive tek gratë. Nga 478 gra shtatzëna të intervistuar nga Valladares et al. (2005) në Nikaragua, 32% deklaruan se kishin pësuar dhunë nga partneri gjatë shtatzënisë aktuale, kryesisht psikologjike, por edhe fizike (13%) dhe seksuale (7%). Te këto nëna, rreziku i shfaqjes së "shqetësimit

emocional" gjatë shtatzënisë ose menjëherë pas lindjes ishte dukshëm më i madh se tek gratë që nuk kishin provuar dhunë. Pavarësisht asocimit të fortë ekzistues, pra, midis shëndetit të grave dhe dhunës në çift, janë ende të pakta studimet që kanë hetuar praninë e tyre në postpartum. Edhe më pak ata që e kanë lidhur këtë aspekt me depresion tek femrat.

Në studimim tonë 3 (3.75%) gra rezultojnë të dhunuara nga bashkëshorti. Njëra referon episode dhune të cilat kanë vazhduar përgjatë shtatzënisë dhe pas lindjes. Gruaja ka menduar shumë herë të divorcohet por nuk ka gjetur mbështetje tek familjarët për shkak të mentalitetit dhe nuk di ku të shkojë nëse divorcohet sepse i bie të jetë në mes të katër rrugëve. Kjo grua pas trajtimit vendos të gjejë punë dhe të ndahet nga bashkëshorti me ndihmën e shoqatave me të cilën e lidhëm. Dy gratë e tjera referojnë dhunë fizike dhe psikologjike si nga bashkëshorti edhe nga familja e tij. Ndër to 2 janë trajtuar me IM, kemi ulje të pikëzimit por njëra do një rivlerësim të shpejtë pas 2-4 javësh. Edhe tek gruaja e trajtuar pa IM vërejmë një ulje të vogël në pikëzim, por tek kjo grua zgjidhje alternative nuk ka sepse ajo nuk gjen mbështetje as tek familja e saj e origjinës.

-Faktorë stresues në jetë

Për marrëdhënien midis ngjarjeve jetësore dhe fillimit të depresionit është folur shumë. Përvoja të tilla si vdekja e një njeriu të dashur, dështime në marrëdhëniet me bashkëshortin ose divorci, humbja e një pune ose zhvendosja nga shtëpia janë të njohura si faktorë stresi dhe mund të shkaktojnë edhe episode depressive. Këto ngjarje, që mendohet të reflektojnë stres shtesë në një kohë gjatë së cilës gratë janë të rrezikuara, mund të luajnë rol në DPP.

O'Hara, Rehm dhe Campbell pohojnë se nivelet e larta të ngjarjeve stresuese nga fillimi i shtatzënisë deri rreth 11 javë pas lindjes ishin të lidhura me nivele të larta të simptomatologjisë depressive. O'Hara dhe Swain morën të dhëna nga 15 studime, duke përfshirë të dhëna mbi 1000 subjekte të regjistruara në mënyrë prospektive për ngjarje jetësore. Ata gjetën një marrëdhënie të fortë, mes përjetimit të një ngjarje stresuese dhe zhvillimin e DPP. Megjithatë, studimet janë heterogjene. Studimi më i fundit i kryer nga Lee et al. (2000) në Hong Kong nuk ka gjetur një lidhje mes ngjarjeve të jetës dhe DPP. Beck (2001) përdor një masë më pak rigorozë për të përcaktuar 'stresin e jetës' gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes. Ai përfshiu 16 studimet mbi 2300 subjekte dhe gjeti raport midis stresit gjatë jetës dhe DPP. Nivelet e larta të stresit shoqërohen me simptomatologjinë depressive pas lindjes.

Në këtë studim numri i grave që referojnë faktorë stresi është 38 (47.5 %). Ndër faktorët që vihen më në pah janë marrëdhënia financiare dhe papunësia. Probleme relacionale me familjarët e bashkëshortit i hasim në 3 gra. Faktor tjetër stresi i përmendur nga gratë është edhe imigrimi i bashkëshortit jashtë vendit për arsye pune. Ky faktor përbën stres edhe në kuadrin e mungesës së suportit bashkëshortor. Faktorë të tjerë janë vdekje të prindërve para pak kohësh, sëmundje në familje ku në studimin tonë i referohen edhe sëmundjeve depressive të mamasë, të cilat justifikojnë në mendjen e grave depresionin e tyre si të trashëguar, dhe fëmijë të mëparshëm me probleme. Braktisja e partnerit në shtatzëni përmendet nga 3 gra.

Qëndrimi i gjatë në spital për arsye obstetrikale ose të shëndetit të bebit konsiderohet një faktor stresi i rëndësishëm për zhvillimin e simptomave depressive. Kjo konstatohet në gratë e shtruar në spital për një kohë të gjatë.

-Faktorët obstetrikalë-gjinekologjikë

Studimet që kanë për qëllim vlerësimin e ndikimit të faktorëve gjinekologjikë dhe obstetrikalë kanë prodhuar gjithashtu rezultate kontradiktore. Në dy meta-analiza është vënë re një efekt i dobët, por i rëndësishëm i faktorëve obstetrikalë (komplikime gjatë lindjes së fëmijës, lindja e parakohshme, seksio cesarea urgjent, mungesa e mbështetjes gjatë lindjes) në fillimin e DPP (Murray & Cartwright, 1993; Beck, 1996), sidomos nëse shoqërohet me prezencën e simptomatologjisë depresive në shtatzëni ose me një histori të çrregullimeve depresive (Agostini, 2006., O'Hara & Swain, 1996). Studime të tjera nga ana tjetër, nuk tregojnë ndonjë korrelacion të rëndësishëm

Warner et al. (1996) dhe Forman et al. (2000) gjetën të dhëna të rëndësishme mes operacionit cezarian dhe rasteve të komplikuara dhe DPP në periudhën e mëvonshme. Ata raportuan se gratë që duhet të kryenin një operacion cezarian urgjent kishin më shumë se gjashtë herë rrezik për zhvillim të DPP.

Në këtë studim në lidhje me operacionet cezariane vetëm 2 gra referuan se është faji i mjekut që i futi në operacion dhe prandaj ndjehen të tilla dhe referojnë se problemi i tyre nuk është psikologjik por është fizik si rrjedhojë e operacionit.

Një tjetër variabël i marrë në konsideratë është ushqyerja me gji. Duket se një dështim në këtë fazë është i lidhur me nivele të larta të depresionit.

Në studimin tonë kemi dy raste të nënave tek të cilat mos-ushqyerja me gji e fëmijës ka kontribuar në lindjen e simptomave depresive. Këto nëna referojnë se nuk janë nëna të mira ose nuk e kanë instiktin e nënës ose nuk kanë kimi me fëmijën e tyre.

-Ankth dhe depresion prenatal

Ekziston një lidhje midis ankthit gjatë shtatzënisë dhe nivelit të simptomave depresive pas lindjes. Kjo ide është mbështetur dhe nga Beck i cili analizoi rezultatet e 4 studimeve, në një total prej 428 subjektesh dhe raportoi se ankthi ndikonte në shfaqjen e DPP. O'Hara dhe Swain (1996) analizuan rezultatet e 5 studimeve, të përbërë nga rreth 600 subjekte dhe gjetën se ankthi gjatë shtatzënisë ishte një parashikues i fortë për shfaqjen e DPP. Këto rezultate janë mbështetur në studimet e mëvonshme nga Johnstone et al. (2001) të cilët gjetën se nivelet e larta të ankthit të fuqishëm parashikojnë zhvillimin depresiv pas lindjes. Gjendja e ankthit rritet progresivisht me ecurinë e shtatzënisë me vlera të larta në tremujorin e 3. Në veçanti, nëse ajo është e pranishme në 32 javë, është një parashikues i mundshëm i depresionit në periudhën e paslindjes. Ajo nuk duhet të nënvlerësohet, sepse mund të shkaktojë DPP, probleme të zhvillimit të fetusit, peshë të ulët në lindje.

Në këtë studim referojnë gjendje ankthi të vazhdueshme **16** (20%) gra ku 7 bejnë pjesë në grupin e grave të lindura dhe 8 në grupin e grave të patologjisë së shtatzënisë.

Në grupin e grave të lindura arsyet e ankthit variojnë në kuadër të ecurisë së shtatzënisë, kryesisht tek gratë me FIV, tek një grua akthi i vazhdueshëm është shkaktuar pas 2 abortesh të mëparshme dhe ka vazhduar gjithë shtatzëninë gjë që ka sjell në lindje të parakohëshme të bebit sipas nënës, tek njëra për arsye financiare. Dy gra e kanë përjetuar shtatzëninë gjithë ankth sepse fëmijët e parë i kanë lindur me probleme dhe kishin frikë edhe për të dytët (edhe këto gra kanë lindur para kohe). Një grua referon se ankthi i ka filluar në tremujorin e fundit të shtatzënisë për gjëra që nuk arrin të kontrollojë.

Ndërsa në patologjinë e shtatzënisë gratë e shtruara dhe të marra në studim raportojnë të gjitha ankth të vazhdueshëm për arsye të shëndetit të fetusit.

-Depresion i mëparshëm

O'Hara dhe Swain (1996) në 14 studimet e tyre me 3000 subjekte të cilat kanë shqyrtuar historitë e mëparshme psikiatrike të nënave dhe meta analiza e (2001) Beck- ut që përfshin 11 studime të cilat shqyrtojnë rreth 1000 subjekte, kanë raportuar se një histori e mëparshme e depresionit ishte faktor rreziku për DPP. O'Hara dhe Swain (1996) në të dhënat e kombinuara nga 6 studime (afërsisht 900 gra) midis një historie familjare të depresionit dhe përvojën e grave me DPP raportojnë se historia e mëparshme e depresionit ndikon në shfaqjen e simptomave pas lindjes.

Kjo nuk zbatohet për psikoza pas lindjes ku historia familjare është një parashikues i rëndësishëm i psikozës pas lindjes.

O'Hara dhe Swain (1996) në 13 studime me mbi 1000 subjekte dhe Beck me 21 studime me mbi 2300 subjekte treguan se humori depresiv gjatë shtatzënisë ishte një parashikues i fortë i DPP.

Në studimin tonë depresion të mëparshëm referojnë **24** (30%).

Depresion të kuruar referojnë **10** gra ku 5 janë pas lindjes dhe 5 në patologjinë e shtatzënisë. Depresion i mëparshëm i pakuruar u raportua nga **5** gra ku 4 pas lindjes dhe 1 në patologji. Gjatë shtatzënisë tre gra të lindura referojnë se kanë pasur shenja depressive. Depresion pas

lindjes së parë të kuruar referojnë 5 gra ku 3 prej tyre kanë lindur dhe 2 në patologji. Depresion të pakuruar pas lindjes së parë na raportuan 4 gra, ku 3 të lindura dhe 1 në patologji. Pra 8 gra të lindura dhe 7 gra shtatzënë janë kuruar më parë nga depresioni kurse 7 gra të lindura dhe 2 gra shtatzëna referojnë simptoma depressive të mëparshme të pakuruara.

Arsyet e depresionit të mëparshëm variojnë nga mosmbetja shtatzënë në rastin e grave me fekondim in vitro, depresion post-aborti, depresion pas ndërrimit jetë të bebave të tyre të mëparshëm, depresion pas lindjes së fëmijëve të parë me probleme dhe njëra raporton depresion kronik që 15 vjeç të kuruar.

Vetë-lëndimi - vetëvrasje

Një nga faktorët kryesorë që shkaktojnë vetë-lëndimin e nënës është gjendja e saj depressive. Normat kulturore, të cilat mbrojnë nënat nga vetëvrasja, mund të mos e mbrojnë nga vetë-lëndimi. Udhëzimet e NICE (2005) mbi trajtimet afatshkurtra për vetë-lëndimin rekomandojnë që të kryhet një vlerësim i plotë i nevojave fizike, emocionale dhe sociale nga një specialist.

Së bashku me sëmundjet e zemrës dhe infeksionet, morbiditeti psikiatrik është shkaku kryesor i vdekjes së nënës. Nënate depressive e mendojnë aktin e vetëvrasjes. Ato mendojnë se bota do të ishte më mirë pa to dhe e planifikojnë në detaje mënyrën më të mirë për të vdekur (Appleby, 1991, Holden, 1991). Në shumicën e rasteve thuhet se është fëmija dhe varësia e tij prej tyre, që i pengon ata të kryejnë veprën (Marzuk et al., 1997, Pitt, 1993,). Historia psikiatrike e nënave që kryenin vetëvrasje sugjeronte se ishin në depresion ose vuanin nga psikoza paslindjes.

Shtatzënia është e lidhur me një rrezik më të ulët të vetëvrasjes (Marzuk et al., 1997). Studimet kanë gjetur se vetëvrasja gjatë shtatzënisë është shumë e ulët (Appleby, 1991; & Marzuk et al., 1997). Vetë-lëndimi i qëllimshëm ka prevalencë të njëjtë në gratë shtatzëna dhe jo shtatzëna . Është sugjeruar që të flasësh për aktin e vetëvrasjes mund të përdoret si një kërcënim për të braktisur ose manipuluar fëmijët e tyre.

Në këtë studim **13** gra referojnë se rrallë kanë pasur mendimin për të lënduar veten kurse **5** gra referojnë ndonjëherë. Dhe **2** grua referojnë shpesh (bota është më mirë pa të dhe do të vrasë edhe vajzën sepse nuk do që të vuajë në jetë si ajo, dhe njëra ka tentuar vetëvrasje më parë). Të dyja ndiqen me IM dhe tek të dyja vërejmë një ulje signifikative të pikëzimit por i sugjerohet të ndiqen sistematikisht edhe nga një psikiatër.

Të tjerat që janë përgjigjur ndonjëherë kanë arsye financiare ose bebat janë prematurë ose kanë mendime të këqija dhe ëndrra të frikshme.

-Mospajtimi midis pritshmërive dhe realitetit të mëmësisë

Tetë prej 18 studimesh janë përqëndruar në rolin që luajnë pritshmëritë dhe përvojat e mëmësisë në zhvillimin e DPP. Gratë kanë pritshmëri jo reale dhe zhgënjehen nga përvojat e tyre si nëna (Mauthner, 1999). Mospajtimi midis pritshmërive dhe realitetit ndikon në disa fusha: në punë, në marrëdhëniet me foshnjat, në jetën e tyre si nëna, në marrëdhëniet me partnerët. Nicolson (1990) & Beck (2002) argumentojnë se shoqëria përjeton mite të përsosura. Ndër mitet kryesore materne që shkaktojnë diskutim dhe tek gratë mund të jenë motiv pasigurie dhe zhvlerësim i aftësive të tyre si nëna mund të përmendim:

-Një nënë e mirë është e lumtur me fëmijët e saj gjatë gjithë ditës dhe kujdeset për shtëpinë për ta bërë atë komode.

- Një nënë e mirë përjeton vetëm ndjenja pozitive ndaj fëmijës së saj.

-Vetëm nëna është në gjendje të kuptojë në çdo kohë se çfarë i nevojitet fëmijës së saj.

- Shtatzënia është periudha më e bukur në jetën e një gruaje dhe nuk do të ndryshojë mënyrën e jetesës.

- Një fëmijë përmirëson të kuptuarit e çiftit dhe e forcon pa e ndryshuar atë.

- Një nënë e mirë gjithmonë mendon për fëmijët duke i vënë ato në vendin e parë.

- Të gjitha nënat mund të vetë përballen me momente të vështira dhe situata të papritura.

- Të jesh një nënë e mirë, duhet të mbështetesh vetëm në instinktin e nënës .

Duke u nisur nga këto mite gratë nuk dëshirojnë të ndajnë reagimet e tyre negative të lindjes.

Prandaj, ato e shikojnë veten si ‘të paafta si nëna’ të cilat vuajnë frikën nga dënimi moral dhe duke u etiketuar nga të tjerët si nëna jo të denja për këtë emër..

Në këtë studim mendimet kryesore të nënave pas lindjes i referohen faktit se e kanë pritur me dëshirë këtë fëmijë por nuk po e përballojnë mirë situatën. Dhe faji normalisht është i tyre sepse nuk janë nëna të mira ose nuk e kanë instiktin e nënës ose nuk kanë kimi me fëmijën e tyre ose kanë qarë dhe janë trishtuar në shtatzëni dhe kjo ka ndikuar në marrëdhënien e tyre

me bebin i cili po hakmerret ndaj kësaj situate duke qarë vetëm më nënën e tij dhe me të tjerët jo.

Por ka edhe nga ato gra që fajësojnë në mënyrë të pavetëdijshme fëmijën për shqetësimet e tyre psikologjike.

Dy prej tyre janë në ekstremin tjetër, janë hiperaktive, nuk flenë gjithë natën sepse kanë frikë se mos fëmija i tyre vdes në gjumë ose mos i bën keq pa dashje fëmijës për shkak të ëndrrave të frikshme dhe kjo ndikon si në gjendjen e nënës si në marrëdhënien me bebin. Disa gra të referuara nga mjeku pediatër referohen pikërisht se me kujdesin e tyre maniakal ndaj fëmijës po e dëmtojnë atë.

5.2. Diskutim mbi metodën e ndërhyrjes me imazhe

Imagjinata si teknikë ndërhyrjeje është treguar e efektshme dhe madje superiore ndaj ndërhyrjeve të tjera, në sektorë të ndryshëm. Teknikat imagjinate mund të ndihmojnë një person që të jetojë më mirë. Në terapi pacienti imagjinon dhe pastaj jeton ato imazhe në realitet. Në ndërhyrjen terapeutike me imazhe është esenciale rritja e motivimit të subjektit për të punuar me imazhet.

Në këtë studim u mor në shqyrtim ndërhyrja e shpejtë për të minimizuar simptomat depresive me anë të teknikave dhe ushtrimeve imagjinate.

Në këtë studim morën pjesë 80 gra, 40 bënë pjesë në grupin eksperimental të ndërhyrjes me imazhe dhe 40 bënë pjesë në grupin e kontrollit me këshillim por pa imazhe. Ndër to

60 gra vinin pas lindjes së një fëmije dhe 20 gra ishin shtatzënë por të shtruara në repartin e patologjisë së shtatzënisë për probleme të ndryshme obstetrikale

Në grupin e 30 nënave të lindura, në fazën fillestare të gjitha (100 %) kanë rezultuar në nivelin epds të Edinburgut 12-30 që do të thotë DPP i mundshëm dhe përbën një rrezik të madh dhe kërkon trajtim.

Pas ndërhyrjes, ndryshimi është i dukshëm. Nga 30 (100 %) individë të përfshirë në ndërhyrjen me imazhe, **1 (3%)** prej tyre ka superuar suksesshëm rrezikun ndaj depresionit duke kaluar në nivelin negativ të EPDS 0-4 pikë.

20 (66.6%) prej tyre janë në nivel (normal) EPDS ku bien në sy 10 gra me 9 pikë, pikëzim që rekomandon kontrolle periodike duke ripërsëritur testin sepse mund të kemi reçidivë pas 6-12 muajsh por që në momentin e përfundimit të trajtimit ishin të stabilizuara.

Edhe këtu rënia e pikëzimit në re-test është e konsiderueshme tek të gjitha gratë. Ulje më të vogël konstatojmë tek një nënë e cila fajëson fëmijën për gjendjen e saj.

6 (20%) prej tyre janë në nivel epds 10-11 (2 gra = 10 pikë dhe 4 gra = 11 pikë). Ky nivel Epds kërkon rivlerësim tjetër pas 2-4 javësh për të parë nëse kemi përkeqësim simptomash. Por edhe në këtë grup kemi ulje të konsiderueshme në re-test në krahasim me pre-test.

Ndër 2 gratë = 10 pikë, njëra është FIV dhe familjarët e bashkëshortit e fajësojnë dhe tjetra ka qëndruar gjatë në spital, ka vuajtur nga DPP i mëparshëm i kuruar dhe nuk krijon lidhje me fëmijën sepse ka frikë se fëmija do të vdesë dhe ajo nuk do e përballojë dot.

Ndër 4 gratë = 11 pikë kemi ulje të mirë të pikëzimit fillestar meqë tre prej tyre rezultojnë me mbi 20 pikë dhe vetëm në një grua ulja është e vogël. Nuk vihet re ndonjë faktor stresues në këtë grua përveç prematuritetit të bebit.

Ulja e vogël në pikëzim ka të bëjë edhe me motivimin e gruas për t'u përmirësuar.

3 (10%) mbeten në rrezik të madh ndaj depresionit me edps 12-30 me pikëzim në re-test 12 dhe i sugjerohet të vazhdojnë punën me imazhe ose të ndjekin një mënyrë tjetër trajtimi.

Tek pikëzimi i tyre kanë ndikuar faktorë si:

- DPP i mëparshëm i trajtuar. Në situata stresuese mund të hasim një rikthim të simptomave depressive.

- qëndrimi i gjatë në spital për shkak të prematuritetit të bebit,

- sëmundje në familje (fëmija i parë me probleme)

- dhunë bashkeshortore e mëparshme dhe depresion si pasojë e dhunës.

Kjo e fundit referon që i njëjti fat e ndoqi edhe tek partneri i dytë dhe nuk dëshiron që vajza të jetojë në këtë botë dhe të vuajë si ajo sepse thotë që historia përsëritet. Është e vetmja që në pyetjen mbi mendimet vetëlënduese përgjigjet shpeh herë dhe ka një fantazi të gjallë mbi situatat vetëvrasëse që referon për vete dhe për vajzën e saj.

Me këtë nënë janë mbajtur kontaktet telefonike. 6 muaj pas lindjes së vajzës ajo u nda nga bashkëshorti dhe ndërpreu trajtimin që iu rekomandua pas përfundimit të këshillimit me imazhe.

Pra para ndërhyrjes me imazhe dominon numri i pikëve 15 dhe 22. Ndërkohë pas ndërhyrjes dominon numri i pikëve 9. Kjo do të thotë që 10 personat e trajtuar kanë rrezik regresi pas 6-12 muajsh dhe duhen bërë kontrole periodike .

E rëndësishme është që kemi ulje të pikëzimit në testin e depresionit tek të gjitha gratë.

Duhet përmendur se ndërhyrja me imazhe zgjati 4-6 javë që është minimuni i mundshëm për të folur për një përmirësim ose reduktim të simptomave sipas literaturës mbi imazhet. Lind këtu pyetja: A është kjo kohë minimalisht e mjaftueshme edhe për grupin e grave të cilat janë këshilluar pa ndërhyrjen me IM ?

Në grupin e kontrollit bëjnë pjesë gratë të cilat kanë lindur dhe janë këshilluar pa ndihmën e teknikave imagjorative. Duhet thënë se tek ky grup gratë e këshilluara janë rekomanduar ose referuar nga personel shëndetësor ose nga familjarë dhe e kanë pasur të vështirë të pranojnë këshillimin ose nuk kishin besim se psikologu do të zgjidhte problemet e tyre ose thjesht nuk ishin të motivuara mjaftueshëm për të përfituar nga këshillimet. Një pjesë e tyre nuk pranoi të punonte me imazhet sepse ndjehenin të lodhura dhe për to ishte një humbje kohe dhe një pjesë nuk ishin të përshtatshme ndaj punës me to.

Në këtë grup rezultati varion shumë. Para ndërhyrjes nga 30 persona, **26 (86.6%)** bënë pjesë në nivelin epds 12-30 me pikëzim nga 12 në 25 pikë. **2 (6.6%)** persona bënë pjesë në nivelin epds 10-11 me pikëzim 10 dhe 11. Dhe **2 (6.6%)** të tjerë bënë pjesë në nivelin 5-9 me pikëzim 8 dhe 9.

Këtu vihet re në **11 (36.6%)** raste një rritje e pikëzimit dhe në **2 (6.6%)** raste pikëzim i njëjtë si në pre-test ashtu edhe në re-test.

Pas ndërhyrjes **21 (70%)** gra vazhdojnë të jenë në nivel edps 12-30 pra në depresion të mundshëm dhe kërkojnë trajtim klinik. Kemi ndryshim por ky ndryshim krahasuar me ndryshimin me imazhe mendore është ndryshim i vogël. Pikët e tyre variojnë nga 12 në 22 edhe në re-test. Vërehet se në 8 persona kemi një rritje të pikëzimit në re-test, në 11 persona kemi një ulje të pikëzimit por jo shumë të madhe, në një person pikëzimi është i njëjtë dhe në një person vërehet një rritje që e kalon atë nga edps 5-9 (pikëzim 9) në edps 12-30 (pikëzim12)

Me edps pozitiv 10-11 para ndërhyrjes ishin 2 dhe pas ndërhyrjes ishin 7. Nga këto, dy persona me 10 pikë dhe 5 persona me 15 pikë. Të dy personat me 10 pikë para ndërhyrjes dhe pas ndërhyrjes qëndrojnë në të njëjtin nivel edps 10-11.

Shohim se një person kalon nga niveli 5-9 në 10-11 ndërsa të tjerët tregojnë një ulje në pikëzim, ulje që shkon nga 2 në 8 pikë më pak.

Me edps normal 5-9 numri është i pandryshuar, 2 para ndërhyrjes dhe 2 pas ndërhyrjes, të dy me 9 pikë. Vërejmë që pas ndërhyrjes njëra ka kaluar në nivel 12-30 dhe njëra në nivel 10-11

5 persona të përfshirë shkojnë tek 11 pikë edps pas ndërhyrjes, që kërkon që gruaja të rivlerësohet përsëri pas 2-4 javësh në mënyrë që të shihet nëse ka patur një përkeqësim simptomash.

Duke krahasuar të dhënat e rezultateve pas ndërhyrjes për dy grupet e studimit, grupit të eksperimentit dhe grupit të kontrollit shohim qartë edhe ndikimin që kanë teknikat imagjorative në trajtimin e DPP tek nënat.

Duke përmbledhur ndër 30 persona të trajtuar me imazhe, 1 person ka dalë jashtë rrezikut të depresionit, 20 prej tyre janë në nivel sigurie por duhet një rikontroll pas 6-12 muajsh sepse mund të pësojnë regres. 6 prej tyre janë në kufi por kërkojnë një rivlerësim tjetër pas 2-4 javësh dhe vetëm 3 prej tyre janë në DPP të mundshëm dhe kërkojnë trajtim të menjëhershëm.

Ndër 30 personat të trajtuar pa imazhe, asnjë prej tyre nuk ka dalë nga rreziku i depresionit, 2 prej tyre janë në nivel sigurie por duan rikontroll pas 6-12 muajve dhe të dy personat janë me nga 9 pikë në test. 7 prej tyre janë në kufi të depresionit, (2 persona janë me 10 pikë dhe 5 me 11 pikë), pra dominon numri më i lartë i pikëve brenda kësaj nëndarje. Pjesa tjetër, pra 21 prej tyre vazhdojnë të jenë në depresion të mundshëm dhe kërkojnë trajtim të menjëhershëm. Nga këta që vazhdojnë të jenë në depresion shohim që dominojnë pikë të larta të rezultatit (3 prej tyre me 20 pikë dhe 3 me 21 pikë).

Duke i parë nga afër këto rezultate shohim që ndërhyrja afatshkurtër dhe e shpejtë me teknika imagjinative minimizon simptomat depresive në rastin e ndërhyrjeve në depresionin postpartum, gjë që e vërteton shumë mirë hipotezën e ngritur.

Në ndërhyrjen vetëm me këshillim ndryshimi në nivel pikëzimi është i ulët. Mund të ndikojë koha e shkurtër e këshillimit, motivimi i tyre për tu përmirësuar, besimi i tyre ndaj këshillimit dhe mbivendosja e faktorëve të rrezikut të cilët janë të vështirë për ti reinterpretuar në një ndërhyrje afatshkurtër.

Në studim janë marrë edhe 20 gra shtatzëna të shtruara në repartin e patologjisë së shtatzënisë për probleme të ndryshme obstetrikale. Ky grup në vetevete përbën një limit të

këtij studimi sepse nuk kemi një kampion të grave shtatzëna të cilat nuk paraqesin probleme obstetrikale, të cilat mund të përbëjnë vetë një faktor rreziku për zhvillimin e simptomave depressive megjithëse ka edhe studime që nuk vërtetojnë hipotezën se faktorët obstetrikalë mund të çojnë në depresion.

Por ky grup u shqyrtua edhe në kuadër të hipotezës së ngritur mbi ndihmën e teknikave imagjorative në përmirësimin e përjetimit të shtatzënisë përveç hipotezës mbi ndikimin e teknikave imagjorative në përmirësimin e simptomave të depresionit prenatal.

10 gra janë trajtuar me ndihmën e teknikave imagjorative ndërsa 10 të tjera vetëm me këshillim.

Rezultatet e marra para ndërhyrjes dhe pas ndërhyrjes me imazhe janë të dukshme. Të 10 gratë në patologji para ndërhyrjes me imazhe ishin në epds 12-30. Dy gra me pikëzim më të lartë në pre-test respektivisht 27 dhe 29 referojnë edhe mendime vetëlënduese. Njëra referon se ka në historikun e saj të depresionit shumë vjeçar të kuruar edhe një episod vetëvrasjeje. Ndërsa tjetra me mendime vetëlëndimi vjen nga një shtatzëni e mëparshme ku bebi ka lindur i vdekur dhe meqënëse në shtatzëninë aktuale rrezikon referon se do të vrasë veten. Pas ndërhyrjes me imazhe rezultatet janë të dukshme. Nga të 10 personat 8 kaluan në nivelin epds 5-9 dhe i rekomandohet të konsultohen dhe follow-up pas lindjes, dhe 2 prej tyre ato me pikëzim më të lartë në pre-test kalojnë në nivelin epds 10-11 dhe i rekomandohet të kryejnë follow-up të shpeshta dhe të vazhdojnë të këshillohen sidomos në periudhën pas lindjes.

Me të dyja gratë janë mbajtur kontakte telefonike. Nëra vazhdon e ndiqet me psikiatrin që e ka ndjekur gjatë gjithë kohës dhe tjetra është më mirë. Ka shqetësime të vogla por që lidhen me kujdesin e bebit, fakt ky i pritshëm duke pasur parasysh historikun e saj.

Në grupin e kontrollit bëjnë pjesë 10 gra të cilat nuk kanë pranuar ose nuk kanë qënë të përshtatshme ndaj punës me imazhe dhe rrjedhimisht janë këshilluar sa herë kanë pasur dëshirë, të shtyra të gjitha nga personeli shëndetësor.

Rezultatet para këshillimit na tregojnë që të 10 individët bënë pjesë në nivelin epds 12-30 depresion i mundshëm dhe kërkonin trajtim. Pikët e tyre rezultojnë në pre-test nga 12 në 17. Nuk paraqisnin mendime vetëlënduese përveç një gruaje që referon rrallë por në kuadër të mbarëvajtjes së shtatzënisë duke qënë se fëmija i parë ka ndërruar jetë 2 javë pas lindjes dhe aktualisht është e shtruar për rrezik lindjeje para kohe. Pas ndërhyrjes 2 prej tyre rezultojnë me epds 10 -11 pikë pra në kufi të depresionit të mundshëm.

Edhe këtu, ashtu si si tek grupi i kontrollit i grave të lindura, vërehet një rritje e pikëzimit pas këshillimit në 5 gra. Është një rritje e vogël që varion nga 1 në 5 pikë më shumë. Po ashtu shohim që nëse përpara ndërhyrjes maksimumi i pikëve ishte 17 pikë ku ishin 2 gra të tilla, pas ndërhyrjes kemi edhe një grua që arrin në 18 pikë. Ky person referon se i di të gjitha, se lexon në internet. Referon se nuk ka kontroll në gjendjen e saj dhe është një gjendje e përkohëshme që ia shkakton shtatzënia dhe do kalojë me lindjen. Ky person u kontaktua një muaj pas lindjes dhe vazhdon të ketë pikëzim të lartë në test por referoi se është faji i saj që nuk po krijon një lidhje me bebin për shkak të trishtimit në shtatzëni.

Edhe këtu duhet marrë parasysh fakti që shtrimi i gjatë në spital dhe merakut i tyre për shëndetin e bebove ndikon shumë në zhvillimin e simptomave depressive. Duhet marrë parasysh fakti se të gjitha gratë referohen nga personeli shëndetësor dhe jo të gjitha gjendjen e tyre e quajnë problematike por referojnë se është vetëm në kuadër të mbarëvajtjes së shtatzënisë.

Në përfundim të këtij kapitulli diskutimesh mund të themi se vërejmë një përmirësim më të madh të simptomave në grupin e grave të trajtuara me teknika imagjinative. Vërejmë se faktorët e rrezikut janë të njëjtë tek të gjitha gratë dhe të gjitha paraqesin ndonjë faktor rreziku por mbivendosja e dy ose më shumë faktoresh rreziku tek i njëjti person bën që përmirësimi i simptomave në një afat të shkurtër kohor të jetë minimal.

Çfarë roli luan këtu imagjinata dhe teknikat imagjinative të përdorura?

Teknikat e përdorura në krahasim me keshillimin normal fokusohen më shumë tek vetë-observimi, tek ndjesitë e këndshme, tek harmonia mendore, tek autostima e gruas dhe jo vetëm tek njohja e mendimeve negative, apo si ndikojnë këto mendime negative në emocione, mendime, dëshira, ëndrra apo qëndrime.

KAPITULLI VI: Përfundime dhe rekomandime

Përfundime

Lindja e një fëmije është një ngjarje shumë e rëndësishme dhe delikate në jetën e një gruaje dhe përfshin transformime të thella nga pikëpamja fizike, psikologjike dhe relacionale. Përvoja emocionale e përjetuar nga gratë që bëhen nëna ka një rëndësi themelore në zhvillimin e personalitetit të tyre. Ndryshimet që ndodhin gjatë shtatzënisë përfshijnë ndryshime të thella në përfaqësimet mendore të nënës, për fëmijën e ardhshëm dhe për veten e saj fëmijë. Mëmësia konfigurohet, pra, si një periudhë kritike vulnerabiliteti dhe "transparencë psikike" (Bydlowski, 1997). Përcaktohet si një periudhë "krize" (Pazzagli, Welcome, dhe Rossi Monti, 1981), në të cilën ndryshimet e lidhura me të mund të rrezikojnë identitetin e gruas, duke shkaktuar konfuzion të elementëve që e karakterizojnë.

Ndonjëherë, megjithatë, në prani të faktorëve të caktuar të rrezikut, ajo mund të paraqesë vështirësi dhe të favorizojë shfaqjen e simptomave depresive në periudhën perinatale. Pavarësisht se dëshmitë empirike dëshmojnë mundësinë e shfaqjes së problemeve psikologjike gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes (O'Hara, 2009; Dietz et al., 2007), ndërtimi social i mëmësisë vazhdon ta përfaqësojë këtë periudhë si një "mit", në të cilin duket se të drejtat ekskluzive i kanë emocionet pozitive (Nicolson, 2006). Në veçanti për nënat, dëshira për përshtatje ndaj një modeli të "prindit ideal", "të përsosur", mund të parandalojë njohjen e gjëndjes së sëmurë dhe nevojën për të kërkuar ndihmë. Shtohet, edhe stigma e fortë ende e pranishme ndaj sëmundjeve mendore, si një pengesë shtesë për identifikimin e saktë të asaj që po përjetohet (Buist et al., 2007).

Si rrjedhim vlerësimi dhe identifikimi i rasteve me depresion perinatal është i vështirë.

Ndër trajtimet e ndryshme të lidhura me depresionin zënë vend edhe teknikat imagjinative.

Imagjinata si teknikë ndërhyrjeje është treguar e efektshme dhe madje superiore ndaj ndërhyrjeve të tjera, në sektorë të ndryshëm.

IM janë gjithashtu efektive në trajtimin e një sërë problemesh psikologjike të tilla si pagjumësia, depresioni, obeziteti, dhimbje kronike, fobi dhe shqetësime të ndryshme dhe një seri problemesh psikosomatike. Shumica e klinicistëve kanë treguar se përdorin teknikat imagjinative për të promovuar dhe favorizuar relaksimin, reduktimin e stresit dhe për të përmbushur qëllimet personale.

Teknikat imagjinative mund të ndihmojnë një person që të jetojë më mirë. Ata mund të jenë një mjet i dobishëm për të përballuar vështirësitë e përditshme. Në terapi pacienti imagjiron dhe pastaj jeton ato imazhe në realitet. Me imazhet dhe përmes imagjinatës mund të shërohet dhe të modifikohet një imagjinatë e sëmurë ose jo-produktive, mund të krijohen alternativa të reja për individin dhe komunitetin. Në ndërhyrjen terapeutike me imazhe është esenciale rritja e motivimit të subjektit për të punuar me imazhet.

Edhe pse ekzistojnë shumë hulumtime që tregojnë dobinë e teknikave imagjinative në lehtësimin e depresionit në individë me një sërë shqetësimesh mjekësore dhe emocionale, vetëm pak studime ofrojnë dëshmi që lidhen drejtpërsëdrejti me përdorimin sistematik të imazheve në zbutjen e depresionit .

Gjetjet nga studime të ndryshme ofrojnë dëshmi të qarta se llojet e ndryshme të procedurave të imazhit të drejtuar, vetëm ose në kombinim me qasjet kognitive-biheviorale

mund të reduktojnë indekset vetë raportuese dhe të sjelljes depresive për depresionin e butë ose të moderuar dhe deri në depresion psikiatrik të rëndë.

Studime ofruan dëshmi se edhe pse përmirësimi fillestar në nivelin e depresionit gradualisht zvogëlohet me kalimin e kohës, ka ende disa tregues të përmirësimit të vazhdueshëm të nivelit të depresionit gjashtë javë, dy muaj dhe madje edhe gjashtë muaj pas ndërprerjes së ndërhyrjeve relativisht të shkurtra terapeutike.

Ndërhyrjet terapeutike që integrojnë teknikat imagjinative me qasjen verbale duket se prodhojnë përmirësime më të gjera dhe afatgjata.

Përsa i përket identifikimit dhe vlerësimit të rasteve në shtatzëni të simptomave të depresionit prenatal hasen vështirësi të mëdha. Ky fenomen në aktualitetin tonë është goxha i nënvlerësuar. Nuk kemi një incidencë të saktë të këtij fenomeni dhe duhet një studim me profesionistë të ndryshëm dhe një rrjet bashkëpunues midis konsultoreve, mjekut të familjes dhe mjekut gjinekolog që ndjek shtatzëninë dhe një kujdes dhe vëmendje e tyre ndaj simptomave depresive që mund të hasen në shtatzëni.

Ndërgjegjësimi i personave mbi këtë fenomen është një tjetër aspekt shumë i rëndësishëm në kuadrin e identifikimit dhe vlerësimit të simptomave depressive.

Në kontekstin tonë vëmë re se ky si fenomen është i nënvlerësuar nga i gjithë rrjeti përfshirës në perkujdesje. Gratë shtatzëna edhe kur rekomandohen nga mjeku e kanë të vështirë të pranojnë këshillimin ose shpresojnë që vetëm një këshillim të zgjidhë situatën e tyre. Dhe nëse kjo nuk ndodh ndjehen të zhgënjyera dhe nuk kanë më besim tek psikologu.

Faktor tjetër që ndikon në mos identifikimin dhe vlerësimin e këtyre rasteve, në ditët e sotme është edhe media dhe rrjetet sociale. Edhe pse këto flasin gjerësisht për depresionin perinatal, kjo gjendje është e vështirë për tu pranuar. Të gjitha lexojnë dhe thonë që unë nuk bëj pjesë në këtë kategori.

Pothuajse të gjitha problemet e tyre ia atribuojnë faktorëve të jashtëm të cilët nuk mund të kontrollohen nga to siç është ndryshimi hormonal apo patologji të shtatzënisë që nuk janë në dorën e tyre.

Disa ia atribuojnë edhe syrit të keq apo magjisi të bërë bërë nga njerëz që i kanë zili edhe nuk i duan të mirën dhe fatkeqësisht ky fenomen është i përhapur në kontekstin tonë.

Faktor tjetër është edhe stigma që haset nga shoqëria. Gratë që referohen thonë që ato nuk janë të çmendura ose nuk duan të merret vesh që kanë folur me psikologun.

Si rrjedhojë e faktorëve të sipërpërmendur në këtë studim bënë pjesë vetëm gra të shtruara në spital për probleme të shtatzënisë dhe jo gra shtatzëna pa probleme.

Jo të gjitha gratë ishin të detyruara të qëndronin në spital gjatë, pas kurës edhe mund të dilnin dhe të vazhdonin shtatzëninë në regjim shtrati por vërehet se pjesa më e madhe e grave nuk dëshirojnë të dalin nga spitali sepse kanë frikë mos i ndodh gjë ose sepse në spital janë më të qeta dhe nuk duhet të perballen me punët e përditshme.

Në kontekstin tonë kjo vihet re më shumë tek gratë që banojnë nëper fshatra ose tek familjet e mëdha ku gruaja është e ngarkuar me punë fizike.

Në spital qëndrojnë edhe gra të cilat nuk paraqesin ndonjë patologji obstetrikale, por paraqesin simptoma somatike. Ato referojnë kontraktime dhe dhimbje të ndryshme të pajustificuara nga punonjësit shëndetësorë të cilët i referojnë në shërbimin psikosocial të maternitetit i cili vlerëson situatën.

Edhe pse DPP besohet se prek 12-15 % të femrave, prevalenca ndryshon nga 3 % në 30 % në varësi të metodave dhe kohës së shqyrtimit.

Në kontekstin tonë fenomeni i DPP është goxha i nënvlerësuar. Nuk ka studime të sakta mbi incidencën e këtij fenomeni.

Udhërrëfytyesi i praktikës klinike mbi kujdesin postnatal në kujdesin shëndetësor parësor (2014) i ministrisë së shëndetësisë referon një incidencë të DPP nga 4.5% në 28 % por vetë ministria nuk referon incidenca të sakta për këtë fenomen. Por mendohet se incidenca në kontekstin tonë është e lartë, mbi 20% .

Interesant është fakti se në kontekstin tonë fenomeni i DPP konsiderohet një gjë normale e cila do të kalojë pas pak kohësh dhe vjen si rrjedhojë e lodhjes dhe përshtatjes me statusin e ri të familjes.

Stigma është e lartë, dhe tek nënat që referohen me simptoma depresive mbizotëron mendimi i të qenit të çmendura dhe me probleme dhe frika e këtij etiketimi si nga bashkëshorti si nga familjarët dhe miqtë i bën ato të mos i referojnë këto simptoma.

Mentaliteti i shoqërisë sonë, i cili si në vëndet e tjera përkon me mendimin se kjo është ngjarja më e bukur në botë dhe duhet të sjellë gëzim dhe jo trishtim është një tjetër faktor që ndikon në mos identifikim.

Interesant është fakti se në kontekstin ku është zhvilluar studimi personat intelektualë e kanë më të vështirë të pranojnë situatën. Ato referojnë se janë të shkolluara, lexojnë shumë dhe janë të afta ta përballojnë vetë këtë situatë shqetësuese.

Po interesant qëndron fakti se familjet dhe gratë që kanë ardhur nga imigrimi e kërkojnë vetë konsultën psikologjike sepse referojnë që roli i psikologut jashtë është shumë i rëndësishëm dhe ndihmon në kapërcimin e këtyre shqetësimeve.

Edhe gratë nga fshatrat janë më të predispozuar për tu këshilluar, disa thjesht nga kurioziteti se e kanë dëgjuar në televizione dhe disa të tjera sepse mendojnë se ndihma e psikologut është luks dhe duan të përfitojnë për sa kohë shërbimi në spital është falas.

Gjatë fazës paraprakë të studimit hasëm edhe në pak gra që vinin nga fshatra të thella të Shqipërisë të cilat nuk e dinin se çfarë ishte depresioni në vetvete dhe nuk e kishin dëgjuar ndonjëherë fjalën depresion. Shqetësimet e tyre vinin prej ngarkesës së punës në fshat dhe lodhjes në përkujdesin e fëmijës.

Ndër to kishte edhe gra të cilët këkonin ndihmë popullore nga persona jo profesionistë (të cilët referonin magji apo sy të keq)

Duhet thënë se ky fenomen në vëndin tonë është i përhapur dhe konstatohet kryesisht në familjet me nivel të ulët arsimor dhe social-ekonomik.

Në studim vihet re një përmirësim i gjendjes depresive apo një reduktim i simptomave depresive që përkon me rënien e pikëzimit në testin e depresionit post natal të Edinburgut.

Duhet marrë parasysh fakti se një pjesë e mirë e grave të cilat morën pjesë në studim ishin të shtruar në spital për lindje të parakohëshme dhe rrjedhimisht në rezultatet e tyre duhet marrë parasysh faktori i qëndrimit gjatë në spital dhe meraku për shëndetin e fëmijës. Edhe pse gratë e trajtuara i kishin fëmijët në gjendje të stabilizuar. Por gjithsesi këto faktorë ndikojnë në rezultate.

Fakt tjetër që duhet marrë parasysh është edhe kohëzgjatja e trajtimit e cila është 4- 6 javë dhe është minimuni i ndërhyrjes për të pasur një përmirësim të simptomave depresive me anë të teknikave imagjinative.

Kohëzgjatja prej 4-6 javësh e këtij studimi u zgjodh në bazë të disa faktorëve.

Disa gra banonin në rrethe të largëta të Shqipërisë dhe e kishin të pamundur të vinin në konsultë qoftë edhe një herë në javë. Me to është punuar ditë për ditë gjatë qëndrimit në spital. Ndërsa në gratë shtatzëna ishte faktori i një lindjeje të mundshme para përfundimit të trajtimit.

Rezultatet pas ndërhyrjes me teknika imagjinative rezultuan pozitive. Ndër 30 gratë e kampionit eksperimental njëra referoi reduktim të suksesshëm të simptomave duke e kaluar atë në nivelin e psikoedukimit.

20 gra zbritën nga niveli rrezik i madh, depresion i mundshëm dhe kaluan në nivel sigurie që tregon stabilitet për momentin por rrezik reçidive për depresion pas 6-12 muajsh.

6 kaluan në nivel kufiri të një depresioni të mundshëm dhe kërkojnë një vlerësim tjetër pas 2-4 javësh edhe pse reduktimi i simptomave ishte sinjifikativ në bazë të pikëzimit në testin e Edinburgut.

3 gra mbetën në nivel depresioni të mundshëm por me reduktim simptomash të dukshëm në baze të pikëzimit në test. Këto gra u dërguan për trajtim dhe konsultë psikiatrike.

Nga këto të dhëna vëmë re se teknikat imagjinate ndikojnë në reduktimin e simptomave depressive por kohëzgjatja e pakët e trajtimit mund të çojë në reëdivë të simptomave depressive.

Këtu faktor i rëndësishëm është edhe aftësia e gruas për të imagjinuar, puna e tyre me imazhet dhe motivimi i tyre i fortë për përmirësim të gjendjes së tyre.

Motivimi është më i madh në gratë që e kërkonin vetë konsultën psikologjike.

Por gjithsesi rezulton se kjo ndërhyrje edhe pse në kohëzgjatje të pakët ndikon në përmirësim ose reduktim të simptomave depressive në krahasim me këshillimin normal pa imazhe.

Në grupin e kontrollit i cili përbëhet nga gra që nuk donin të punonin me imazhet ose nuk ishin të përshtatshme për punën me to rezultatet variojnë.

Këtu vihet re se disa gra pësojnë një rritje në pikëzim në re-test.

Nga 30 gra me depresion të mundshëm, 26 ishin në nivelin depresion i mundshëm dhe kërkonin trajtim klinik, 2 gra ishin në rrezik të afërt për depresion dhe 2 gra ishin në nivel sigurie por u morën në studim për shkak të gjendjes ankthioze që paraqisnin.

Të gjitha këto gra ishin të referuara nga personeli shëndetësor dhe familjarët e tyre.

Pas këshillimit me kohëzgjatje të barabarte me grupin e eksperimentit u vu re se në depresion të mundshëm dhe kërkonin trajtim klinik mbetën 21 gra.

7 gra u futën në nivelin edps pozitiv 10-11 dhe kërkonin një rivlerësim të shpejtë pas 2-4 javësh dhe 2 gra në nivelin edps 5-9 me rrezik recidive për 6-12 muaj.

Këto rezultate konfirmojnë hipotezën tonë se puna me teknikat imagjinate ndikon në reduktimin e simptomave të DPP në një ndërhyrje afatshkurtër.

Edhe për gratë shtazëna në patologji vihen re ndryshime të dukshme të ndërhyrjes me imazhe dhe pa imazhe.

Në 10 gratë me depresion të mundshëm para ndërhyrjes u vu re pikëzim i ulët pas ndërhyrjes dhe reduktim i simptomave të depresionit.

8 gra kaluan në nivel sigurie të epds por me rrezik recidive pas 6-12 muajsh dhe 2 gra kaluan në nivel edps pozitiv, në kufi të depresionit të mundshëm dhe kanë nevojë për rivlerësim të simptomave pas 2-4 javësh.

Ndërsa në grupin e grave shtatzëna të këshilluara pa imazhe shohim pak ndryshim. Nga 10 gra me depresion të mundshëm, 8 vazhdojnë të qëndrojnë në nivel depresion i mundshëm që kërkon trajtim klinik dhe vetëm dy kalojnë në nivel kufiri të depresionit të mundshëm që kërkon vlerësim të menjëhershëm pas 2-4 javësh.

Vlen edhe këtu për t'u përmendur fakti se një pjesë e mirë e grave janë të shtruar në spital për arsye obstetrikale dhe kjo ndikon në zhvillimin dhe mbajtjen e simptomave të tyre. Të gjitha këto gra duhen vlerësuar me kujdes të veçantë edhe pas lindjes.

Konkluzione

-Ndërhyrja afatshkurtër me teknikat imagjorative ndihmon në një përjetim më të mirë të shtatzënisë sidomos kur kjo shtatzëni është disi problematike.

- Ndërhyrja afatshkurtër me teknikat imagjorative ndikon në reduktimin dhe përmirësimin e simptomave depresive në gratë gjatë shtatzënisë .

- Ndërhyrja afatshkurtër me teknikat imagjorative ndikon në reduktimin dhe përmirësimin e simptomave depresive në gratë pas lindjes.

Rekomandime

- Ky studim mund të jetë një pikënisje për studiues të tjerë të fushës të cilët mund të zgjerojnë fushën e studimit dhe numrin e kampionit të marrë në studim.
- Ky studim mund të jetë një pikënisje për të thelluar më tej studimin e incidencës së fenomenit të depresionit perinatal meqënëse nuk ka studime të thelluara dhe të standartizuara për këtë fenomen në vendin tonë.
- Ky studim mund të jetë një pikënisje për të studiuar faktorët e rrezikut për depresionin perinatal në kontekstin shqiptar.
- Në të ardhmen mund të bëhen studime të tjera të këtij lloji të përqëndruara edhe në moshën, arsimimin dhe numrin e lindjeve dhe lidhjen e tyre me depresionin perinatal meqënëse kampioni i këtij studimi nuk na lejoi të nxirrnim të dhëna korrelative mbi këto faktorë.
- Ky studim rekomandon qasjen e modelit bio-psiko-social në trajtimin e këtij fenomeni.

Elementët e ndryshëm të marra në konsideratë, personale, ndërpersonale, sociale, tregojnë kompleksitetin e DPP dhe nevojën për të adoptuar një qasje holistike ndaj këtij problemi, pa lënë pas dore ndonjë aspekt. Qëllimi kryesor i çdo programi parandalues është reduktimi i faktorëve të rrezikut për një patologji të dhënë, ose të gjithë atyre elementëve që, në nivele të ndryshme, mund të kontribuojnë në fillimin e saj, në ashpërsinë e simptomave dhe në zgjatjen në kohë (OBSH, 2004b). Shëndeti mendor është megjithatë shumë

kompleks dhe shumë aspekte mund ta ndikojnë atë: prandaj është e domosdoshme të adaptohet një qasje multifaktoriale (WHO, 2004a).

Në kontekstin e studimeve të DPP, ka mbizotëruar gjatë modeli mjekësor, i fokusuar pothuajse ekskluzivisht në klasifikimin diagnostik të çrregullimit dhe në kërkimin e shkaqeve biologjike-hormonale të fillimit të saj. Përkundër faktit që ende nuk janë mbledhur prova të mjaftueshme të kontributit të dis-ekuilibrit hormonal pas lindjes në manifestimin e depresionit (Robertson et al., 2003), kjo qasje vazhdon të mbledhë shumë konsensus midis specialistëve dhe jo-profesionistëve të sektorit. Megjithatë, është një vizion shumë i kufizuar i problemit, i cili nuk na lejon të shpjegojmë shumë aspekte që e karakterizojnë atë: përhapja në kultura të ndryshme, faktorët e rrezikut, fakti që jo të gjitha gratë kanë simptoma depresive pas lindjes së një fëmije.

Milgrom et al. (2003) propozuan një model alternativ, i quajtur bio-psiko-social sepse synon analizën bashkëkohore të faktorëve të ndryshëm biologjike, psikologjikë dhe socialë që mund të ndikojnë në mirëqenien e nënës pas lindjes. Ideja thelbësore është që çdo grua karakterizohet nga faktorë vulnerabiliteti (histori depresive të mëparshme, ngjarjet stresuese të jetës, etj) që e bëjnë më shumë "të prekshme", nga faktorë stresues (ngjarje të tjera stresuese, ndryshime hormonale pas lindjes, mungesa e mbështetjes sociale adekuate, stili përballues maladaptiv i gruas). Ky konfigurim rrit mundësinë e zhvillimit të DPP, i cili mund të mbahet dhe përkeqësohet nga faktorë të tjerë. Faktorët socio-kulturorë, të tillë si mitet dhe besimet jorealiste për mëmësinë, përfaqësojnë sfondin ku shartohet procesi përshkrues, duke kontribuar si për fillimin dhe për mbajtjen e DPP. Modeli ofron një pamje më të plotë të problemit, duke e lejuar atë të analizohet në aspekte të ndryshme dhe

sisteme të ndërveprimit midis aspekteve të ndryshme. Lejon të identifikojë nivele të ndryshme të mundshme të ndërhyrjes, duke përfaqësuar një referencë të vlefshme për planifikimin dhe zbatimin e programeve të parandalimit të DPP.

- Ky studim mund të jetë një ndihmë për operatorët shëndetësorë që merren me këtë periudhë të gruas për identifikimin e rasteve depresive dhe raportimin e tyre në strukturat përkatëse.

- Ky studim mund të jetë një pikënisje për thellimin e një ndërhyrjeje alternative dhe jo vetëm mjekësore tek gratë me depresion perinatal

- Gjithashtu ky studim mund të jetë një pikënisje për përdorimin e imagjinatës aty ku fjala mungon.

- Teknikat imagjinative janë lehtësisht të përdorueshme me trajnimin e duhur prandaj rekomandohen trajnime të mëtejshme mbi këtë fushë.

- Ky studim mund të jetë një pikënisje për thellimin e ndikimit të ndërhyrjes jo më afatshkurtër por afatgjatë me teknikave imagjinative.

- Ky studim është një punim i parë i cili hedh një hap të rëndësishëm për punime të tjera me ndjekje më të zgjatur.

BIBLIOGRAFIA

- Abdullah, M., Al-Waili, N., Baban, N., Butler, G. & Sultan, L. (2006) Postsurgical psychosis: case report and review of literature. *Advances in Therapy*, 23 (2), 325–331.
- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M., Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23, fq 465-475.
- ACOG Committee Opinion N° 343 (2006). Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet. Gynecol* , 108 (2), fq 469-477.
- Affonso, D., Horowitz, J. A., Mayberry, L. J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J. Psychosom. Res.* 49, fq 207 – 216.
- Agency for Health Care Policy and Research (1994).Management of cancer pain:Clinical practice guidelines.Department of Health and Human Services.Pubblication no.94-0592
- Ahsen, A.(1985). ISM:the triple code for imagery and psychophysiology. *Journal of mental imagery* ,8, fq 15-42
- Amankwaa, L.C. (2005). Maternal Postpartum Role Collapse as a Theory of Postpartum Depression. *The Qualitative Report*, 10 (1), 21-38.
- Ammaniti, M. (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., Sergi, G., Speranza, A. M., Tambelli, R., Vismara, L. (2002). Maternità a rischio, interazioni precoci e attaccamento infantile. *Età Evolutiva*, 72, fq 61-67.
- Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C. (2007). *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ammaniti M., Speranza A. M., Tambelli R., Odorisio F., Vismara L. (2007). Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia adolescenza*, vol. 6, n. 2.
- Antonietti,A., Giorgetti, M. (1993). *Pensare attraverso immagini*. Vita e Pensieri,Milano
- Appleby L., Gregoire A., Platz C., Martin P., Kumar R. (1994). Screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res.*, 38: fq 539-545.

- Appleby, L., Mortensen, P. B., & Faragher, E. B. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 173, 209-211.
- Arathuzik, D.(1994). Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. In Kwekkeboom, K. ed al. (1998) *Imagery ability and effective use of guided imagery. Research in nursing e Health*, Jun, 21(3), fq 189-198.
- Arbuthnott, Katherine D., Arbuthnott, Deniss W .(2001). Guided imagery and memory: Implications for psychotherapists. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 48 (2) , fq 123-132.
- Arbuthnott, Katherine D., et.al.(2001). Laboratory research,treatment innovation and practice guidelines: A reply to Enns and Courtois. *Journal of Counseling Psychology*,Vol 48 (2), fq 140-143.
- Austin, M. P., Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, fq 10-17.
- Austin, M.P., Priest S. R., Sullivan, E. A. (2008). Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev*. (4)
- Bakan,P. (1980) *Imagery, raw and ccoked: A hemispheric recipe*. Co In Sheikh, Anees A. (2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY,US, Baywood Publishing. Fq 384-385.
- Balzarini, G.,Salardi, C .(1987). *Analisi immaginativa*. Astrolobio, Roma .
- Bani, M., Dolce, R. (2009). La depressione postpartum in rete: risorse e prospettive. In: Zaccagnino, M. (2009). *I disagi della maternità. Individuazione, prevenzione e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
- Barber, T.X. (1978) *Hypnosis,suggestions and psychosomatic phenomena, a new look from the staidpoint of recent experimental studies*. Sheikh,A.(2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY ,US ,Baywood Publishing Co.
- Beck, C. T., Reynolds, M. A., Rutowski, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 21, fq 287-293.
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on mother-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44, fq 298-304.
- Beck, C. T. (1996a). A meta-analysis of predictors of post-partum depression. *Nursing Research*, 44, fq 297-303.

- Beck, C. T. (1998a). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 27, fq 39-46.
- Beck, C.T. (1998). The Effects of Postpartum Depression on Child Development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (1), 12-20.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50 (5), fq 275-285.
- Beck, C.&Gable, R. (2001). Further validation of the postpartum depression screening scale, *Nurs Res*, 50, fq 155–164.
- Beck, C. T. (2002a). Postpartum depression: A metasyntesis. *Qualitative Health Research*, 12 (4), fq 275-285.
- Beck, C. T. (2002b). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 31, fq 394-402.
- Beck, C. T., Gable, R. K. (2002). PDSS. Postpartum Depression Sreening Scale. (PDSS) Manual. Western Psychological Services. Adattamento Italiano (Eds.) Caretti, V., Monti, F., Agostini, F., Ragonese, N. (2010). Firenze: Giunti O. S.
- Beck, C. T. (2006). Post partum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs*, 106 (5), fq 40-50.
- Beck, C. T., Records, K., Rice, M. (2006). Further Development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35 (6), fq 735–745.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review of data from the literature. *Obstetrics & Gynecology*, 103 (4), fq 698-709.
- Bennett, H.A., Boon, H.S., Romans, S. E., Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy-a qualitative study. *BMC Women's Health*, 7:13, nw <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/7/13>.
- Bennett-Levy, J. (2006). Review of mental imagery and memory in psychopathology: Special issue of memory. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol 34 (1), fq 121-123.

- Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriali, V., Cox, J. L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53, fq 137-141.
 - Berdach, E., Bakan, P. (1967) Body position and free recall of early memories. *Psychotherapy: Theory, research and practice* 4, 101-102.
 - Bernazzani O., Bifulco A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: The role of negative pregnancy experiences. *Social Science and Medicine*, 56(6), fq 1249-1260.
 - Bernstein, I. H., John Rush, A. J., Yonkers, K., Carmody, T. J., Woo A., McConnell, K., Trivedi, M. H. (2008). Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depression and Anxiety*, 25, fq 20-26.
 - Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health care for women international*, 29, fq 568-592.
- Blasi, S., Cassonato, M. (2005) *I fattori terapeutici della psicoterapia*. Quattro venti. Urbino.
- Bloch, M., Daly, R.C. & Rubinow, D.R. (2003) Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 234–246. IN Jane, H. (2009). *Perinatal Mental Health : A Guide for Health Professionals and Users*. John Wiley & Sons, Ltd.
 - Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24 (1), 45-62.
 - Bolton, H.L., Hughes, P.M., Turton, P. & Sedgwick, P. (1998) Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19, 202–209.
 - Boyce P., Stubbs, J. (1994). The importance of postnatal depression. *Medical Journal of Australia*, 161, fq 471—472.
 - Boyd, R.C., Le, H.N., Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8, fq 141-153.
 - Bowen, E., Heron, J., Waylen, A., Wolke, D., ALSPAC Study Team (2005). Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 112, fq 1083-1089.
 - Breedlove, G., Fryzelka, D. (2011). Depression Screening During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56 (1), fq 18-25.

- Brockington, I. F., Cernik, K. F., Schofield, E. M., Downing, A. R., Francis, A. F., & Keelan, C. (1981). Puerperal psychosis: Phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38, 829-833. In www.iris.uniupa.it.
- Brockington, I.(1998). Puerperal disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, fq 312–319.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363, fq 303-310 .
- Brockington, I. (2006) Psychosis complicating Chorea gravidarum. *Archives of Women's Mental Health*, 9 (2), 113–114.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression: a Study of Psychiatric Disorders in Women*. London: Tavistock. In Jane, H. (2009). *Perinatal Mental Health : A Guide for Health Professionals and Users*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Bugelski, B.R.(1970) Words and things an images. *American psychologist* 25.
- Buist, A. (2006). Perinatal depression. Assessment and management. *Australian Family Physician*, 35 (9), fq 670-673.
- Buist, A., Condon, J., Brooks, J., et al. (2006) Acceptability of routine screening for perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 93 (1–3), 233–237.
- Buist, A.E., Speelman, C., Hayes, B., Reay, R., Milgrom, J., Meyer, D., Condon, J. (2007). Impact of education on women with perinatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), fq 49-54.
- Bydlowski, M. (1997). *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Trad. it. Urbino: Edizioni Quattro Venti, 2000.
- Bydlowski, M. (2000). *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Trad. it. Bologna: Pendragon, 2004.
- Bywaters, M., Andrade, J., Turin,G. (2004). Determinants of the vividness of visual imagery: The effects of delayed recall, stimulus affect and individual differences. *Memory*, Vol 12 (4).Special issue memory: Mental imagery and memory in psychopathology, fq 479-488.
- Camaioni, L. (1980). *La prima infanzia*. Bologna: Il Mulino. In www.iris.uniupa.it.
- Campbell, J., Garcia-Moreno, C., Sharps, P. (2004). Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. *Violence Against Women*, 10 (7), fq 770-789.

- Campos, A., Perez, Fabello, M.J., Gonzalez, MA. (1999). Capacity for mental imagery and its spontaneous use. *Perceptual and motor skills*, 88(3 Pt 1), fq 856-858.
- Camussi, E. (2009). Di cosa parlano le donne quando parlano di maternità? Una ricerca sulle rappresentazioni sociali di due gruppi di madri. In: *Le questioni sui generi in psicologia sociale. Abstract Boook*. Parma.
- Caretti, V., Crisafi, C. (2009). Fattori di rischio della depressione post partum. *Psichiatria e Psicoterapia*, 1, fq 3- 18.
- Caretti, V., Ragonese N., Crisafi, C. (2013). (Eds.). *La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Carter, F.A., Carter, J.D., Luty, S.E., Wilson, D.A., Frampton, C.M.A., Joyce, P.M. (2005). Screeing and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, fq 255–261.
- Cautela, J. R., Mc Cullough, L. (1978). Covert condition. In Singer & Pope (Ed) *The power of human imagination*. New York: Plenum.
- Cavallier, F.J. Paul. (1993). *Manuale di visualizzazione*. Xenia, Milano.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B., Mullet, E. (2002). Prevention and Treatment of Post-Partum Depression: a Controlled Randomised Study on Women at Risk. *Psychological Medicine*, 32 (6), fq 1039-1047.
- Cohen, J., Twemlow, Stuart W. (1981). Psychological changes associated with guided imagery: A controlled study. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, Vol 18(2), fq 259-265.
- Cohen, L.S., Wang, B., Nonacs R., Viguera A.C., Lemon E.L., Freeman M.P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clinics of North America*, 33 (2), fq 273-293.
- Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., Scrimshaw, S.C.M. (1993). Social Support and Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (6), fq 1243-1258.
- Concita de Gregorio, (2006) *Una madre lo sa: Tutte le ombre dell' amore perfetto*. Einaudi
- Cooper P.J., Murray, L. (1997). Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Arch Dis Child* 77.
- Courtois, C.A. (2001). Commentary on “Guided imagery and memory”: Additional considerations. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 48(2), fq 133-135.

- Cox, J.L. (1986). Postnatal Depression, a Guide for Health Professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cox, J. L., Golden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, fq 782-786.
- Cox, J. L., Murray, D., Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. British Journal of Psychiatry, 163, fq 27-31.
- Cox, J., Holden, J. (eds) (1994). Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell
- Cramer, B. (1997). Prospettive psicodinamiche sul trattamento della depressione post-partum. In Murray, L., Cooper, P. (Eds.1999). Depressione post-partum e sviluppo del bambino. Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, fq 215-238.
- Cubison, J., Munro, J. (2005). Acceptability of using the EPDS as a screening tool for depression in the postnatal period. In: Screening for Perinatal Depression (eds C. Henshaw and S. Elliot). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Currò, V., De Rosa, E., Maulucci, S., Maulucci, M.L., Silvestri, M.T., Zambrano, A., Regine, V. (2009). The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postnatal depression symptoms at well child visit. Italian Journal of pediatrics,35,32, nw <http://www.ijponline.net/content/35/1/32>.
- Dave, R. P. (1976) The effect of hypnotically induced dreams on creative problem solving. Sheikh,A.(2002). Handbook of therapeutic imagery techniques. Amityville, NY ,US ,Baywood Publishing Co.vii,414 fq
- Davis, J., Brown C.(2000). Mental imagery: In what form and for what purpose is it utilized by counselor trainees? Journal of Mental Imagery,Vol 24(1-2), fq 73-82.
- Drake, S.M (1996) Guided imagery in education: Theory, Practice and Experience. Journal of mental imagery, 20.
- Dennerstein L., Lehert P., Riphagen F. (1989). Postpartum depression : risk factors. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology supplementary, 1989; 10, fq 53–65.
- Dennis, C.-L. (2003). Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. In: Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., Wallington, T., (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program 2003.

- Dennis, C.-L., Janssen, P.A., Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, fq 338-346.
- Dennis C-L. (2004). Preventing Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Nonbiological Interventions *Canl, J Psychiatry* 49, 526–538.
- Dennis, C.-L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: a systematic review. *British Medical Journal*, 331, fq 7507- 7515.
- Dennis, C.-L., Ross, L.E. (2006a). Depressive Symptomatology in the Immediate Postnatal Period: Identifying Maternal Characteristics Related to True- and False- Positive Screening Scores. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (5), fq 265-273.
- Dennis, C.-L., Ross, L.E. (2006b). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (6), fq 588-599.
- Descartes, R. (1958). *Descartes philosophical Writing (1637)*. New York. Random House
- In Sheikh, Anees A. (2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY,US, Baywood Publishing. Fq 6
- Desoille, R. (1965). *The directed daydream*. New York. In Sheikh, Anees A. (2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY,US, Baywood Publishing.
- Des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M.J., Romito, P. (2003). Psychological distress one year after childbirth: a cross-cultural comparison between France, Italy and Québec. *European Journal of Public Health*, 13 (3), fq 218-225.
- De Gregorio, C. (2006). *Una madre lo sa*. Mondadori.
- Deutsch, H. (1945). *Psicologia della donna adulta e madre*. Studio psicoanalitico (Vol. 2). Trad. it. Torino: Boringhieri, 1957. In <https://iris.unipa.it/>.
- Di Nuovo, S. (1999). *Mente e immaginazione*. Franco Angeli, Roma.
- Dietz, P.M., Williams, S.B., Callaghan, W.M., Bachman, D.J., Whitlock, E.P., Hornbrook, M.C. (2007). Clinically Identified Maternal Depression Before, During and After Pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry*, 164, fq 1515-1520.
- Dobrilla, G. (2004). *Placebo e dintorni*. Il pensiero scientifico. Roma

- Doss, B.D., Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markmann, H.J. (2009). The Effect of the Transition to Parenthood on Relationship Quality: An 8-Year Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 96 (3), 601-619.
- Dossett, E. C. (2008). Perinatal depression. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 35 (3), fq 419-434.
- Doucet, S., Dennis, C. L., Letourneau, N., Blackmore, E. R. (2009). Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 38 (3), fq 269-279.
- Driscoll, J. W. (2006). Postpartum depression: the state of the science. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 20 (1), fq 40-42.
- Edwards, D.(1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, fq 33-50.
- Enns, C. Z. (2001). Some reflections on imagery and psychotherapy implications. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 48(2), fq 136-139.
- Escribà-Agüir, V., Gonzalez-Galarzo, M.C., Barola-Vilar, M., Artactotz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are these gender differences? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 000, 1-6.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. & Golding, J. (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323, 257–260.
- Ferguson, S. S., Jamieson, D. J., Lindsay, M. (2002). Diagnosing postpartum depression: can we do better? *American journal of obstetrics and gynecology*, 186, fq 899-902.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Izutsu, T. (2009). Pregnancy, childbirth and the postpartum period. In: WHO (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. Geneva.
- Fraser, C. (2006). A description of pregnant women's perceptions and abstract drawings of being pregnant. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 21, (1), fq 25–55.
- Friedman, G.H., Payne, P.A.(1986). Group application of hypnosis for college students. In Davis, J., Brown, C.(2000). *Mental imagery: In what form and for what purpose is it utilized by counselor trainees*. *Journal of mental imagery*, Vol 24(1-2), fq 73-82.
- Gale, S., Harlow, B.L. (2003). Post partum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24(4), 257–266

- Galton, F. (1883) *Inquiries into human faculty*. London:McMillan. In Sheikh, Anees A. (2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY,US, Baywood Publishing. Fq 383.
- Gardiner, H.M. (1937). *Feeling the emotion*. New York: American book Co In Sheikh, Anees A. (2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY,US, Baywood Publishing. Fq 10-11.
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartelner, G., Swinson, T. (2005). *Perinatal Depression. A Systematic Review of Prevalence and Incidence*. *Obstetrics & Gynecology*, 106 (5), fq 1071-1083.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, W. C. (2005). *Evidence Report/Technology Assessment No. 119: Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes*. Rockville, MD: AHRQ Publication.
- George, L. (1986). *Mental imagery enhancement training in behavior therapy: Current status and future prospects*. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, Vol 23(1), fq 81-92.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., Gray, R. (2009). *A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women*. *Acta Psychiatr Scand*, 119, fq 350–364.
- Giusti, E. (2007). *Tecniche imaginative: il teatro interiore nelle relazioni di aiuto*. Sovera Multimedia, Roma.
- Glover, V. (1992). *Do biochemical factors play a part in postnatal depression?* *Neuropsychopharmacol Bio Psychiatry*, 16 (5), fq 605–615.
- Goodman S.H., Gotlib, I.H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington.
- Goodman, J. H. (2004). *Paternal Postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health*. *Journal of Advanced nursing*, 45, 1, fq 26-35.
- Goodman, S.H. (2007). *Depression in mothers*. *Annual Review of Clinical Psychology*; 3, fq 107-135.
- Gould,J.B. (1970) *The philosophy of Chrysippus*.Leiden:E.J.Brill. In Sheikh,A.(2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY ,US ,Baywood Publishing Co.vii, fq 2-3.

- Grace, S.L., Sansom, S. (2003). The effect of postpartum depression on the mother-infant relationship and child growth and development. In: Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., Wallington, T., (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program 2003.
- Grandolfo, M., Donati, S., Giusti, A. (2002). Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Grinberg, L. (1971). Colpa e depressione. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1990.
- Grussu, P., Quatraro, R. M. (2006). Depressione materna del dopo parto e salute psicologica del bambino: contributi sperimentali e analisi critica della letteratura. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, fq 187-208.
- Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J. D., Kumar, R. C. (2000). The Edinburgh Postnatal depression Scale and the Detection of Major Depression Disorder in Early Postpartum: Some Concerns about False Negatives. *Journal of Affective Disorders*, 61, fq 107-112.
- Hackmann, A., Holmes, E. (2004). Reflecting on imagery: A clinical perspective and overview of the special issue of Memory on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory*, Vol 12(4). Special issue: Memory: Mental imagery and memory in psychopathology, fq 389-402.
- Halbreich, U., Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, fq 97-111.
- Hall, E., Hall, C., et al. (2006). Guided imagery: Creative interventions in counseling & psychotherapy. Sage publications, 137fq.
- Haslam, D.M., Pakenham, K.I., Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27 (3), fq 276-291.
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., Suri, R. (1998). Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*, 39 (2), fq 93-101.
- Heron, J., O'Connor T.G., Evans J., Golding, J., Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and post partum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, fq 65-73.
- Hildebrandt K. K., Young, M. (2007) Night waking in 6-month-old infants and maternal depressive symptoms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 5-6, 493-498.

- Hilgard, J. (1980) *Personality and hypnosis : A study of imaginative involvement*. Chicago University.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213-218. <https://www.researchgate.net>.
- Holmes, E., Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, Vol 5(4), fq 489-497.
- Holmes, E., Arntz, A., Smucker, M. (2007). Imagery rescripting in cognitive behavior therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol 38(4), fq 297-305.
- Hopkins, J., Marcus, M., Campbell, S. (1984). Postpartum Depression: A Clinical Review. *Psychological Bulletin*, 95, (3), fq 498-515.
- Horowitz, M. (1970). *Image formation and cognition*. New York : Appleton
- Holt, R. R. (1964). Imagery: The return of the ostracized. *American Psychologist*, 19, 254-264.
- Huarte, J. (1575). The examination of men's wits. Gainesville: Scholars' Facsimiles & Reprints 1959. In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 3-4.
- Hung, C. (2004). Predictors of postpartum women's health status. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (4), fq 345-352.
- Imsiragic, A. S., Begic, D., Martic-Biocina, S. (2009). Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery-observational, comparative study. *Coll Antropol.*, 33 (2), fq 521-527.
- Jacobson, E. (2002). Electrophysiology of mental activities. *American Journal of Psychology*, 44, fq 667-664. in Sheikh, A. *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY, US, Baywood Publishing Co, 414 fq.
- Jadri, R., Pelta, J., Maron, M., Thomas, P., Delion, P., Codaccioni, X., Goudemand, M. (2006). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 93, fq 169-176.
- Jane, H. (2009). *Perinatal Mental Health : A Guide for Health Professionals and Users*. John Wiley & Sons, Ltd.

- Johan C.H., Van Bussel A., Spitz B., Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders* 114, fq 232–242.
- Johanson, R., Chapman, G. Murray, D. Johnson, I. & Cox, J. (2000) The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 93–97.
- Jordan, C. S. (1979) Mental imagery and psychotherapy: European approaches. In Sheikh, the potential of fantasy and imagination. New York: Brandon house
- Kammerer, M. Taylor, A. & Glover, V. (2006) The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis. *Archives of Womens' Mental Health*, 9, 187–196. IN Jane, H. (2009). *Perinatal Mental Health : A Guide for Health Professionals and Users*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Karlin, R. (2006). Review of imagery in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol 49(1), fq 77-79.
- Kendall-Tackett, K. (2007). Violence against women and the perinatal period. The impact of Lifetime Violence and Abuse on Pregnancy, Postpartum and Breastfeeding. *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (3), fq 344-353.
- Kennerley H., Gath, D. (1989). Maternity blues: detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry* , 155, fq 356-73.
- Kliger, E. (1980). Therapy and the flow of thoughts. In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 18-19.
- Korn. E. R. (1983) *Visualization: Use of imagery in the health professions*. Homewood. IL.
- Korn, E. R. (2002). Visualization techniques and altered states of consciousness. In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 41-49.
- Kroger, W.S., Fezler, W.D. (2002). Relaxing images in hypnotherapeutic therapy. In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 27-40.
- Kruckman L., & Smith, S. (1998). An introduction to postpartum illness. *Postpartum Support International*. In www.iris.uniupa.it.

- Kosslyn, S. (1980). *Image and mind*. Cambridge :Harvard University press.
- Kosslyn, S.M., Brunn, J., Cave, K.R., Wallach, R.W (1984). Individual differences in mental imagery ability. *Cognition* 18, fq 195-243.
- Kosslyn, J.R., Moore, P.J., Shoenfeld, N.J. (1988). Verbal and visual learning styles. *Contemporary educational psychology*, 13, fq 169-184.
- Kosslyn (1994) "Image and Brain:the resolution of the imagery debate.",Cambridge,MA,pp.405.
- Kumar, R. & Robson, K. (1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J. Psychiatry*, 144, 35–47.
- Kwekkeboom, K., Huseby-Moore, K., Ward, S.(1998). Imaging ability and effective use of guided imagery. *Research in nursing & health*, 21(3), fq 189-198.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202 (1), fq 5-14.
- Lang, P. J. (1977) *Imagery in therapy: An information processing analysis of fear*. Behavior therapy 8.
- Lazarus, A. (1977) *In the mind's eye*, Guilford Press, New York.
- Lazarus A. (1977), "L'occhio della mente. La forza dell'immaginazione per arricchire la personalità", Roma, Astrolabio (trad.it. 1996).
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. (2007). Postnatal Depression: Prevalence, Mother's Perspectives, and Treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, fq 91-100.
- Lee, D. T. S., Chung, T. K. H. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2), fq 183-191.
- Lemola, S., Stadlmayr, W., Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (3), 190-202.
- Leuner, H.(1969). Guided Affective Imagery. *American Journal of Psychotherapy*,23, fq .8
- Leung, W.C., Kung, F., Lam, J., Leung, T.W., Ho, P.C. (2002). Domestic violence

and postnatal depression in a Chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 79 (2), 159-166.

-Leveni D., Morosini P., Piacentini D. (2003). *Mamme Tristi. Vincere la depressione post partum*. Erickson,

-Leventhal, H e Johnson, J.E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In Kwekkeboom, K. ed al. (1998). *Imagery ability and effective use of guided imagery*. *Research in nursing e Health*, 21(3), fq 189-198.

-Ley, R.G. (1979) Cerebral asymmetries, emotional experience, and imagery. Implications for psychotherapy. . In Sheikh, A. *Handbook of therapeutic imagery techniques*. (ED) fq.18-20 Amityville, NY, US, Baywood Publishing Co, 2002, vii, fq 392

-Livingstone, J.E., Macleod, P.M., Applegarth, D.A. (1978). Vitamin B6 status in women with post- partum depression. *American Journal of Clinical Nutrition*, 31, fq 886–891.

-Louie, S., Wai-Shan .(2004). The effects of guided imagery relaxation in people with COPD. *Occupational Therapy International*, Vol 11(3), fq 145-159.

-Lueger, R. J.(2002). Imagery techniques in cognitive behavior treatments of anxiety and trauma. In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 75-84.

- Lucretius, C.T.(1965) *On nature* .R.M.Geer(Trans).New York. In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 2-3.

-Lynne, W. (2009). *Depression care across the lifespan*. JohnWiley & Sons, Ltd, 234, fq 37-52.

-Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences in Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol*, 16 (1), fq 15-22.

-Marks, D.F. (1989b). Construct validity of the Vividness of Visual Imagery Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 69, fq 459-465.

-Marks, M. N. (2004). Transcultural study of postnatal depression (TCS-PND): development and testing of harmonized research methods. *British journal of psychiatry Supplement*, 46, fq 1-52.

-Martinez, R., Johnstone-Robledo, I., Ulsh, H.M., Chrisler, J.C. (2000). Singing “The Baby Blues”: A Content Analysis of Popular Press Articles About Postpartum Affective Disorders. *Women & Health*, 31 (2/3), fq 37-56.

- Marucci, F.S.(1995). *Le immagini mentali: teorie e processi*. La nuova Italia scientifica.Roma
- Marzuk, P.M., Tardiff, K., Leon, A.C., et al. (1997). Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry*, 154 (1), fq 122–123.
- Matthey, S., Kavanagh, D.J., Howie, P., Barnett, B., Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79 (1–3), fq 113– 126.
- May, J., Johnson, H. (1973) Physiological activity to internally-elicited arousal and inhibitory thoughts. *Journal of Abnormal Psychology* 82, 239-245.
- McCoy, S. J., Beal, J. M., Shipman, S. B., Payton, M. E., Watson, G. H. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106 (4), fq 193-198.
- McFarlane, J, Campbell, J.C., Sharps, P, Watson, K. (2002). Abuse During Pregnancy and Femicide: Urgent Implications for Women's Health. *Obstetrics & Gynecology*, 100, 27-36.
- McMahon, D., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: Past and current relationships, defense styles and mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, fq 15-24.
- McMahon,E., Sheikh, A.(2002). Imagination in disease and healing processes.A historical perspective. Fq 1-22. In Sheikh, An. (2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY ,US , Baywood Publishing Co.vii,414 fq.
- McMahon, C. E. (1976 a). The role of imagination In the disease process: Pre-cartesian history. *Psychological Medicine*, 6. In Anees A. Sheikh (2002) “Handbook of therapeutic imagery techniques”.Imagery and Human Development Series. Fq 3-5.
- McMahon, C. E. (1974).Voluntary control of involuntary functions. The approach of the stoics.*Psychophysiology*,11,710-714. In Anees A. Sheikh “Handbook of therapeutic imagery techniques”.Imagery and Human Development Series.
- McMahon, C.E. (1973). Images as motives and motivations: A historical perspective. *American Journal of Psychology* 86, 465-490.
- McQueen, K., Montgomery, P., Lappan-Gracon, S., Evans, M., Hunter, J. (2008). Evidence-based recommendations for depressive symptoms in postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37 (2), fq 127-136.

- Meichenbaum, D.(1978). Why does using imagery in psychotherapy lead to change? In A,Joseph. The impact of imagery in cognition and believe systems. European journal of clinical hypnosis. Volume 5.
- Melzak, R.(1990). The tragedy of needless pain. Scientific America, 262(2), fq 27-33. In Kwekkeboom,K. ed al.(1998). Imagery ability and effective use of guided imagery. Research in nursing e Health ,21(3), fq 189-198.
- Miller, Galanter dhe Pribram (1960) "Planet dhe struktura e sjelljes", (1960, tr, it, f.33).
- Miller, N. E. (1972) Interactions between learned and physical factors in mental illness. Sheikh,A.(2002). Handbook of therapeutic imagery techniques. Amityville, NY,US, Baywood Publishing Co.vii,414 p.
- Millgrom, J., Martin P.R., Negri L. M. (2009). Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico, Edizioni Erickson.
- Missonier, S. (2003). La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Monti, F., Agostini, F. (2006). La depressione postnatale. Roma: Carocci.
- Mook,B.(1975). Words and images in psychotherapy. Psychotherapy: Theory research e practice, Vol 12(2), fq 211-216.
- Mower, O.H. (1977). Mental imagery: An indispensable psychological concept. Journal of mental imagery 1, p 303-326.
- Much, Nancy C., Sheikh, Anees A.(2002). The oneirotherapies. In Handbook of therapeutic imagery techniques. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 123-144.
- Murray, L., Cartwright, W. (1993). The role of obstetric risk factors in post-partum depression. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 11, fq 215-219.
- Murray, L., Cooper, P. J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. International Review of Psychiatry, 8, fq 55-63.
- Murray, L., Cooper, P. J. (Eds.). (1997). Depressione del post-partum e sviluppo del bambino. Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.
- Murray L., Cooper J. (2003). Treating maternal depression?, British Journal Of Psychiatry 183, fq 459-465.
- National Mental Health Association (2003). Recognizing postpartum depression. Nw <http://www.nmha.org/children/ppd.pdf>

- National Institute for Clinical Excellence (2003). Guidelines for Antenatal Care. London: NICE.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. Clinical practice guideline No. 23. London: NICE.
- National Institute for Clinical Excellence (2007). Antenatal and Postnatal Mental Health. Clinical practice guideline No. 45. London: NICE.
- National Screening Committee for Postnatal Depression (2002.) Use of the Edinburgh Postnatal Depression Screening Scale. London: Department of Health.
- Neiser, U. (1976). Cognition and reality. San Francisco: Freeman In Handbook of therapeutic imagery techniques. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 18-19.
- Nemeroff, C. B. (2008). Understanding the pathophysiology of postpartum depression: implications for the development of novel treatments. *Neuron*, 59 (2), fq 185-186.
- NHMRC. (2000). Postnatal depression: A systematic review of published scientific literature to 1999.
- Nicolson, P. (2006). Postnatal depression. *Psychology, Science and the Transition to Motherhood*. Taylor & Francis e-Library.
- Nielsen, F.D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby S. J., Secher, N. J. (2001). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 108 (7), fq 774-775.
- Nightingale, L. (1998). What is interactive guided imagery? Retrieved November 4, 2003, from <http://www.nightingalecenter.com/guided.html>.
- Nightingale, L. (1998). What is interactive guided imagery ? Retrieved January 1, 2005, from <http://www.nightingalecenter.com/guided.html>.
- Nonacs, R., Cohen, L.S. (2002). Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry*, 63 (S7), fq 24–30.
- Nonacs, R., Cohen, L. (2003). Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update. *Psychiatric Clinics of North America*, 26 (3), fq 547–562.

- Oates, M. (2004). Post natal depression across countries and cultures: A qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184, S10–S16.
- Oates, M. (2008). Review Postnatal affective disorders. Part 1: an introduction. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 10, fq 145-150.
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., Zekoski, E. M. (1984). A prospective study of post-partum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, fq 158-171.
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, fq 569-573.
- O'Hara, M. W. (1987) Post-partum “blues”, depression, and psychosis: A review. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynaecology*, 7 (3), 205-227.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., Varner, M. W. (1991). A controlled prospective study of post-partum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, fq 63-73.
- O'Hara, M. W. (1994). Post-partum depression: Causes and consequences. New York: Springer-Verlag.
- O'Hara, M. W., Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression : a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, fq 37-54.
- O'Hara, M. W. (1997). La natura dei disordini depressivi nel periodo post-partum. In L. Murray & P. Cooper (Eds.) (1999) , *Depressione post-partum e sviluppo del bambino* (pp. 1-28). Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali.
- O'Hara, M.W. (2009). Postpartum Depression: What We Know. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), fq 1258-1269.
- O'Hara, M.W. (2010). Oral contribution to Perinatal and postpartum depression: a top priority. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists website.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1993). ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche, criteri diagnostici per la ricerca. Trad. it. Milano: Masson, 1996.
- Paddock, J.R., et.al.(1999). Imagination inflation and the perils of guided visualization. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, Vol 133(6), fq 581-595.
- Parker, J. (2004). Does traumatic birth increase the risk of post natal depression? *British*

Journal of Community Nursing, 9(2), 74–79.

-Parrott, C.A.(1986). Visual imagery training: stimulating utilization of imaginal processes. Journal of mental imagery, 10, fq 47-64.

- Patel, V., Rodrigues, M., DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. American Journal of Psychiatry, 159, 43-47.

-Paulden, M., Palmer, S., Hewitt, C., Gilbody, S. (2009). Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ*, 339, B5203.

- Pavo, A. (1971) Imagery and verbal processes. New York. . In Sheikh, A. Handbook of therapeutic imagery techniques.(ED) fq.18-20 Amityville, NY, US, Baywood Publishing Co,2002,vii, fq 391.

-Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. British Journal of Psychiatry, 136, fq 339-346.

-Pazzagli, A., Benvenuti, P., Rossi M. M. (1981). Maternità come crisi. Roma: Il Pensiero Scientifico.

-Perky, C.W. (1910). An experimental study of imagination. In Handbook of therapeutic imagery techniques. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 19.

-Pierce, J. (2006). Efficacy of imagery rehearsal treatment related to specialized population. Dreaming, Vol 16(4), fq 280-285.

-Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. British Journal of Medical Psychology, 45, fq 333-343.

-Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. International Journal of Psycho-Analysis, 63, fq 311-319.

-Pines, D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: Psychoanalytic perspective. Psychoanalytic Inquiry, 8, fq 234-251.

- Pope, K. S. (1978) How gender,solitude and posture influence the stream of consciousness. Co In Sheikh, Anees A. (2002). Handbook of therapeutic imagery techniques. Amityville, NY,US, Baywood Publishing. Fq 386.

- Qualls, P. J., Sheehan, P. W. (1983) Imaginative make-believe experiences and their role in the development of the child. . In Sheikh, A. Handbook of therapeutic imagery techniques.(ED) fq.18-20 Amityville, NY, US, Baywood Publishing Co,2002,vii, fq 393.

- Rahman A., Iqbal Z, Bunn J et al. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. *Arch Gen Psychiatry*. 61.,946-952.
- Rich, A. (1977). *Nato di donna. Cosa significa per gli uomini essere nati da un corpo di donna*. Aldo Garzanti Editore.
- Richardson, A.(1969). *Mental imagery*. New York: Springer.
- Richardson,A (1969) *Mental Imagery*. London:Routledge and Kegan Paul
- Richardson, A. (1977) Verbalizer-visualizer: a cognitive style dimension. *Journal of mental imagery* 1, 109-126.
- Richardson, A., Taylor, C.C. (1982). Vividness of mental imagery and self-induced mood change. *British journal of clinical psychology*, 21, fq 111-117.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, fq 289-295.
- Robertson, E., Celasun, N., Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In: Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., Wallington, T., (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program 2003.
- Robinson, J. (2003). Postnatal depression: why women lie. *British Journal of Midwifery*, 11 (11), 679.
- Rocca, R., Stendro, G. (2006). *Counseling con l'intervento della procedura immaginativa*. Armando, Roma.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.J., Lelong, N. (1999). What make new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social science & Medicine*, 49, fq 1651-1661.
- Romito, P., Pomicino, L., Lucchetta, C., Scrimin, F., Molzan Turan, J. (2009). The relationship between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(2), fq 115-121. .
- Rosenblum, O., Mazet, P., Bénony, H. (1997). Mother and infant affective involvement states and maternal depression. *Infant Mental Health Journal*, 18, fq 350-363.
- Ross, L.E., Murray, B.J. Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *J Psychiatry Neurosci*, 30, fq 247–256.

- Rubertsson, C., Waldenstrom, U. & Wickberg G, (2003) Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21 (2), 113–123.
- Rychlak, J. (1973) Time orientation in the positive and negative free phantasies of mildly abnormal versus normal high school males. In Sheikh, Anees A. (2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY,US, Baywood Publishing. Fq 386.
- Saita E., Fenaroli V., Rusca C. (2008). *Depressione post partum e narrazioni materne una ricerca esplorativa sui vissuti delle donne e sulla percezione di supporto ricevuto*.
- Sameroff, A. J. (1993). Modelli di sviluppo e rischio evolutivo. In C. H. Zeanah (Ed.), *Manuale di salute mentale infantile* (pp. 3-12). Trad. it. Milano: Masson, 1996.
- Samuels, M., Samuels, N. (1975) *Seeing with the mind's eye*. New York: Random house, fq 111-113.
- Sanderson, C.A., Cowden, B., Hall, D.M.B., Taylor, E.M., Carpenter, R.G. & Cox, J.L. (2002). Is postnatal depression a risk factor for sudden infant death? *British Journal of General Practice*, 52, fq 636–640.
- Sartre J.P. (1976). *“Immagine e coscienza”*, Einaudi.
- Schatel, E.G. (1959) *Metamorphosis: On the development of affect, perception, attention and memory*. New York: Basic books. Sheikh, A. (2002). In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY, US, Baywood Publishing Co. vii fq 19.
- Scrandis, D. A., Sheikh, T. M., Niazi, R., Tonelli, L. H., Postolache, T. T. (2007). Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *Scientific World Journal*, 7, fq 1670-1682.
- Shapiro, L.D. (1970). The significance of the visual image in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol 7.
- Sharma, V. (2008). Treatment of postpartum psychosis: challenges and opportunities. *Curr Drug Saf.*, 3 (1), fq 76-81.
- Sheikh, A., Panagiotou, N.C. (1975). Use of mental imagery in psychotherapy: A critical review. Perceptual and motor skills. 41, fq .555-585. In Sheikh, A. *Handbook of therapeutic imagery techniques*. (ED) fq.18-20 Amityville, NY, US, Baywood Publishing Co, 2002, vii, 414fq.

- Sheikh ,A. (1978). Eidetic psychotherapy. . In Sheikh, A. Handbook of therapeutic imagery techniques.(ED) fq.18-20 Amityville, NY, US, Baywood Publishing Co,2002,vii, 414fq.
- Sheikh ,A. (1983). Imagery:Current theory, research and applications”, Wiley,New York.
- Sheikh,A.(2002). Handbook of therapeutic imagery techniques. Amityville, NY ,US ,Baywood Publishing Co.vii,414 fq.
- Sheikh,A.,Jacobsen, K.(2002) Imagery in autogenic training. In Sheikh.A “Handbook of therapeutic imagery techniques”(ED) fq 51-56, Amityville, NY ,US, Baywood Publishing Co,2002,vii,414 fq.
- Sheikh, A., Moleski, L.M. (2002). Techniques to enhance Imaging ability. In Handbook of therapeutic imagery techniques. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 383-396.
- Sheikh ,A., Kuzendorf, R. G.,Sheikh, K.S.(2003), Healing images: The role of imagination in health,fq 3-26.
- Shorr, E.J.(1976). Dual imagery. Psychotherapy: Theory, Research and Practice,Vol 13, fq 244-248.
- Shorr, E.J.(1977). Go see the movie in your head. New York: Popular library. Fq 157.
- Shorr, J.E.(1980). Discoveries about the mind’s ability to organize and find meaning in imagery. In Shorr ed alt. Imagery: Its many dimensions and applications, New York: Plenum.
- Simpson, H.M., Pavio,A. (1966) Changes in pupil size during an imagery task without motor involvement. Sheikh,A.(2002). Handbook of therapeutic imagery techniques. Amityville, NY ,US ,Baywood Publishing Co.vii,fq 20.
- Singer ,J. (1974) Imagery and daydream methods in psychotherapy and behavior modification. New York.
- Singer, J.L.(1977) Imagination and make –believe play in early childhood. Journal of mental imagery 1, 127-144.
- Singer, J. L. (1978) Experimental studies of daydreaming and the stream of consciousness. In Pope & Singer “The stream of consciousness” New York :Doubleday.
- Singer, J. (1979) Imagery and affect in psychotherapy :Elaborating private scripts and generating contexts. In Sheikh,A.(2002). Handbook of therapeutic imagery techniques. Amityville, NY ,US ,Baywood Publishing Co.vii, fq 19.

- Singer, J.L. (2006). Imagery in psychotherapy. APA, Washington.

- Skouteris, H., Germano, C., Wertheim, E., Paxton, S. & Milgrom, J. (2008) Sleep quality and depression during pregnancy: a prospective study. *Journal of Sleep Research*, 17 (2), 217–220.

- Smucke, M. R. (2002). Imagery rescripting therapy for trauma survivors with PTSD. In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 75-84.

- Soderquist, J., Wijma, K., Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 3 (1), fq 31–39.

- Soet, J. E., Brack, G. A., Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30 (1), fq 36-46.

- Sommer, R (1978) The mind's eye: Imagery in everyday life. New York. In *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Sheikh, Anees A. (Ed.); Amityville, NY, US: Baywood Publishing Co, 2002. fq 388.

- Spinelli, M. G. (1998). Antepartum and postpartum depression. *J Gend Specif Med*, 1 (2), fq 33-36.

- Stanley, C., Murray, N. & Stein, A. (2004) The effect of postnatal depression on mother–infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and performance on an instrumental learning task. *Developmental Psychopathology*, 16, 1–18.

- Stanley, N., Borthwick, R., Macleod, A. (2006) Antenatal depression: mothers' awareness and professional responses. *Primary Health Care Research and Development*, 7, fq 257–268.

- Stark, D. W (1861) *The De Anima of Aristotele*. London : W Browne. In Sheikh, A. (2002). *Handbook of therapeutic imagery techniques*. Amityville, NY, US, Baywood Publishing Co. vii fq 1-2.

- Stein, G. (1982). The Maternity Blues. In Brockington I. F., Kumar R. (Eds), *Motherhood and mental illness*. New York: Grune & Stratton.

- Stein, J.A., Gath, D.H., Butcher, J., Bond, A., Day, A., Cooper, P.J. (1991) The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, fq 46–52.

- Stern, D. N. (1995). *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre- bambino*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.

- Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., Freeland, A. (1998). *La nascita di una madre*. Trad. it. Milano: Mondadori, 2000.
- Strosahl, K.D., Ascough, J.C.(1981). Clinical uses of mental imagery: Experimental foundations, theoretical misconceptions, and research issues. *Psychological Bulletin*, Vol 89(3), fq 422-438.
- Suler, R.J.(1989). Mental imagery in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 6(3), fq.343-366.
- Swain, A.M., O'Hara, M.W., Starr, K.R., Gorman, L.L. (1997). A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and non post-partum women. *Obstetrics & Gynecology*, 90, fq 381–386.
- Swendsen, J. D., Mazure, J. D. (2000). Life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodological issues. *Clin Psychol Sci Pract*, 7, fq 17–31.
- Tarrier, N., et.al.(1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, Vol 67(1), fq 13-18.
- Terrance, C.A., Matheson, K., Allard, C., Schnarr, J.A.(2000). The role of expectation and memory-retrieval techniques in the construction of beliefs about past events. *Applied Cognitive Psychology*, 14, fq 361-377.
- Tod, E. D. (1964). Puerperal depression: A prospective epidemiological study. *Lancet*, 2, 1264-1266. In www.iris.uniupa.it.
- Tower, R.B. (1983) *Imagery: Its role in development*. In Sheikh, A.A. *Imagery: Current theory, research and application*. New York: Wiley.
- Tronick, E. Z., Weinberg, K. M. (1997). Le madri depresse ed i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadica. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Depressione post-partum e sviluppo del bambino* (fq. 47-72). Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.
- Tully, I., Garcia, J., Dacidson, L., Marchant, S. (2002) Role of midwives in depression screening. *British Journal of Midwifery*, 10 (96), fq 374– 378.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., Foster, C. A.(2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and the Family*, 65, fq 574–583.
- Utay, J., Miller, M. (2006). Guided imagery as an effective therapeutic technique: A brief review of its history and efficacy research, *Journal of Instructional Psychology*, Vol 33(1), fq 40-43.

- Valladares, E., & al. (2005) Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG: an international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, 1243-1248.
- Watt, S. Sword, W., Krueger, P., Sheehan, D. (2002). A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: Implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infants Survey. *BMC Family Practice*, 3:5, <http://www.biomedcentral.com>.
- Watts,F.N. (1997). Thoughts and Images. In Holmes,E,A. (2005). *Mental Imagery and Emotion: A special relationship*. *Emotion* .Vol 5(4), fq 489-497.
- Watson, J. P., Elliott, S. A., Rugg, A. J., Brough, D. J. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, fq 453-462.
- Welford, H. (1998) *Feelings After Birth: The NCT Book of Postnatal Depression*. London: National Childbirth Trust.
- White, T., Matthey, S., Boyd, K., Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post traumatic stress after childbirth: prevalence, course and concurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, fq 107-120.
- Whitton, A., Appleby, L., Warner, R. (1996). Maternal Thinking and the Treatment of Postnatal Depression. *International Review of Psychiatry*, 8, fq 73-78.
- Wisner, K. L., Parry, B.L., Piontek, C.M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*, 347 (3), fq 194-199.
- Witmer, J.M., Young,M. E. (1985). The silent partner: Uses of imagery in counseling. *Journal of Counseling & Development*,Vol 64(3) , fq 187-190.
- Widding Hedin, L. (2000). Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89, fq 41- 45.
- Williamson V., McCutcheon, H. (2004). Postnatal depression: a review of current literature. *J.ACM* 17 (4), fq 11-16.
- Wilson, S. C., Barber, T.X (1983) The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, Hypnosis and parapsychological phenomena. In Sheikh, A. A. (Ed) *Imagery : Current theory, research and applications*. New York: Wiley.
- Winnicott, D. W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Patologia e normalità nel bambino. Un approccio innovatore*. Trad. it. Firenze: Martinelli, 1975. in <https://iris.unipa.it/>.
- World Health Organisation (1992) *The ICD-10 Classification of mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.

- Wolpe.J.(1958).Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.Stanford Calif. Stanford University Press. Fq 139
- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. Archives of Women's Mental Health, 12, 75-83
- Yonkers, K. A., Wisner, K. L., Stewart, D.E., Oberlander, T. F., Dell, D. L., Stotland, N. et al. (2009). The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol., 114, fq 703-713.
- Zaccagnino, M. (2009). I disagi della maternità. Individuazione, prevenzione e trattamento. Milano: FrancoAngeli.
- Zonana, J., Gorman, J. M. (2005). Neurobiology of postpartum depression. CNS Spectrums, 10, 792-799. In www.iris.uniupa.it.
- Zuckerman, B. S.,Beardslee, W. R. (1987). Maternal depression: a concern for pediatricians. Pediatrics, 79, fq 110-117.

SHTOJCA 1

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Emër:

Adresa:

Data juaj e lindjes:

Data e lindjes së bebit :

Telefon:

Nëse jeni shtatzënë ose keni lindur një fëmijë kohët e fundit, do të donim të dinim se si ndiheni.

Ju lutem jepni përgjigjen më të afërt se si jeni ndjerë në 7 ditët e fundit, jo si ndiheni sot.

Këtu keni një shembull.

Jam ndjerë e lumtur:

☐ Po, gjatë gjithë kohës

☒ Po, shumicën e kohës Kjo do të thotë se unë jam ndjerë e lumtur shumicën e kohës gjatë javës së kaluar

☐ Jo shumë shpesh

☐ Jo, aspak

Në 7 ditët e fundit:

1. Kam qenë e aftë të qesh dhe të shoh anën zbavitëse të gjërave

☐ Aq shumë sa kam mundur

☐ Tani jo dhe aq shumë si gjithmonë

☐ Tani më pak se zakonisht

☐ Aspak

2. Kam arritur gjithmonë ti shijoj gjërat

☐ Aq shumë sa kam mundur

☐ Aktualisht jo dhe aq shumë

☐ Definitivisht më pak se zakonisht

☐ Aspak

*3.Kam fajësuar shpesh veten kur gjërat shkonin keq

☐ Po, në shumicën e rasteve

☐ Po, në disa raste

☐ Jo shumë shpesh

☐ Jo, kurrë

4.Kam qënë në ankth ose e shqetësuar pa arsye

☐ Jo, aspak

☐ Thuajse aspak

☐ Po, ndonjëherë

☐ Po, shumë shpesh

*5.Jam ndjerë e frikësuar ose në panik pa arsye

☐ Po, mjaft shpesh

☐ Po, ndonjëherë

☐ Jo, jo shumë

☐ Jo, aspak

*6. Ndihem e mposhtur nga situatat

- ☐ Po, në shumicën e kohës nuk kam qenë në gjendje të përballem me to
- ☐ Po, ndonjëherë nuk kam qenë në gjendje të përballem me to si zakonisht
- ☐ Jo, në shumicën e kohës i kam përballuar mirë ato
- ☐ Jo, jam përballur mirë me to si gjithmonë

*7. Isha kaq e trishtuar sa kisha probleme me gjumin

- ☐ Po, shumicën e kohës
- ☐ Po, ndonjëherë
- ☐ Jo shumë shpesh
- ☐ Jo, aspak

*8. Jam njerë e trishtuar dhe e pakënaqur

- ☐ Po, shumicën e kohës
- ☐ Po, shpesh
- ☐ Jo shumë shpesh
- ☐ Jo, aspak

*9. Kam qënë aq e trishtuar sa kam qarë

- ☐ Po, shumë shpesh
- ☐ Po, shpesh
- ☐ Vetëm në raste të caktuara
- ☐ Jo, kurrë

*10. Mendimi për të lënduar veten më ka kaluar në mëndje

- ☐ Po shpesh
- ☐ Ndonjëherë
- ☐ Pothuajse asnjëherë
- ☐ Asnjëherë

SHTOJCA 2

Intervistë gjysëm e strukturuar e cila zhvillohet gjatë periudhës së shtatzënisë dhe pas lindjes

1. Statusi relacional

- a) Beqare
- b) E martuar/bashkëjetues
- c) E ndarë/ e divorcuar
- d) Vejushë
- f) Partner

2. Statusi social-ekonomik

- a) I ulët
- b) Mesatar
- c) I lartë

3. Vetëvlërësimi

- A ndiheni mirë me veten si person?
- A ndiheni të vlefshme?
- A ndjeni se keni një numër të mirë cilësish si person?

4. Depresioni prenatal

- Jeni ndjerë depresiv gjatë shtatzënisë?

Nëse po - Kur dhe për sa kohë?

Nëse po - Në çfarë grade e konsideroni depresionin tuaj?

5. Ankthi prenatal

- Jeni ndjerë në ankth gjatë shtatzënisë?

Nëse po - Për sa kohë?

6. Shtatzëni e paplanifikuar/e planifikuar

- Ishte një shtatzëni e planifikuar

- Ishte një shtatzëni e paplanifikuar / padëshiruar

7. Depresione të mëparshme

- Keni patur episode depresive para shtatzënisë?

Nëse po -Në çfarë konteksti?

-Jeni kuruar?

- Keni marrë ilace?

8. Suporti social

a) Keni support emotive nga partneri/ familja/ shoqëria?

b) Partneri/familja/shoqëria ju ndihmon në përditshmëri?

c) Mund të mbështeteni tek partneri/ familja/ shoqëria për ndihmë?

d) Mund të flisni me partnerin/ familjen / shoqërinë për çdo gjë të mundshme?

9. Kënaqësia bashkëshortore

- a) Jeni i kënaqur me martesën tuaj?
- b) Keni probleme aktuale në martesën tuaj?
- c) Shkojnë gjërat mirë aktualisht midis jush?

10. Stresi

- Po përjetoni aktualisht stress në jetën tuaj lidhur me

- a) probleme financiare
- b) probleme bashkëshortore
- c) vdekje në familje
- d) sëmundje në familje
- e) transferime
- f) papunësi
- g) ndryshim pune

SHTOJCA 3

Dimensioni verbal-vizual

A) Shprehi që karakterizojnë personat me tendencë verbale

- Më pëlqen të mësoj fjalë të reja dhe t'i fus ato në fjalorin tim
- Unë jam në gjendje të shpreh qartë atë që mendoj
- Përdor përsëritjen verbale për të mësuar gjërat përmendësh
- Unë e konsideroj veten një lexues të shpejtë
- Kam rrjedhshmëri të madhe në të folur

B) Shprehi që karakterizojnë personat me tendencë verbale të pakët

- Shumë herë e kam të vështirë të shprehem me fjalë
- E kam të vështirë të tregoj histori

C) Shprehi që karakterizojnë njerëzit me tendencë vizuale

- Më shumë se leximi më pëlqen të shikoj pikturat apo fotografitë
- Kur lexoj një histori, zakonisht krijoj në mendjen time përfaqësimin e një skene apo të një vendi që përshkruhet
- E kam të lehtë të kujtoj fytyrat e njerëzve që njoh.
- Shpesh i kujtoj gjërat duke i vizualizuar ato

D) Shprehi që karakterizojnë personat me tendencë të dobët vizuale

- Zakonisht e kam të vështirë të imagjinoj ngjarjet e treguara
- Nga ngjarjet e jetuara kam vetëm imazhe të paqarta

SHTOJCA 4

Situata në lidhje me punën me imazhet

Mendoni për një të afërmin tuaj

- 1: shikojeni në këmbë para jush
- 2: imagjinojeni duke qeshur
- 3: përshkruani sytë e tij
- 4: vizualizoni një shportë me fruta
- 5: imagjinoni veten duke ngarë makinën në një rrugë gjithë pluhur
- 6: shikoni veten duke gjuajtur një top
- 7: imagjinoni shtëpinë e fëmijërisë
- 8: imagjinoni një plazh me rërë të bardhë
- 9: imagjinoni sikur po shikoni vitrinën e një dyqani
- 10: Shikoni ekranin bosh të një televizori
- 11: imagjinoni të lehuren e një qeni
- 12: imagjinoni zhurmën e një kapsolle
- 13: ndjeni ngrohtësinë e një dushi me ujë të ngrohtë
- 14: imagjinoni sikur po prekni letër zmerile
- 15: përshkruani veten ndërsa jeni duke ngritur një objekt të rëndë
- 16: imagjinoni ndërsa ngjisni një shkallë të pjerrët
- 17: Imagjinoni shijen e lëngut të limonit
- 18: Mendoni sikur imagjinoni një akullore
- 19: imagjinoni erën e lulëlakrës kur zien
- 20: imagjinoni veten duke i marre erë një trëndafili

SHTOJCA 5

Tension dhe relaksim i alternuar

1. Pozicionohet pacienti në një situatë komode, i ulur ose i shtrirë, i relaksuar. Proçedohet me udhëzimet.
2. Merrni frymë thellë dhe nxirreni frymën, lëreni trupin tuaj të bëhet sa më i rëndë, relaksohuni, lëshojeni veten.....
3. Tendosi muskujt dhe pastaj lëshojeni ato. Tendosi çdo muskul dhe lëshojeni.....
4. Do të ndjeni lehtësim, përsëriteni prapë.....
5. Merrni frymë dhe nxirreni atë.....
6. Tani relaksoni gjithë trupin dhe shtrëngoni nofullën dhe mbyllni sytë me forcë....
7. Nofulla është e tensionuar, sytë e mbyllur me forcë dhe përpiquni të analizoni tensionin që ndjeni.....
8. Tani mund të relaksoheni përsëri....
9. Proçedohet përsëri në të njëjtën mënyrë duke eksperimentuar tensionin dhe pastaj relaksimin (qafë, shpatulla, duar, krahë, stomak, pulpa etj).....
10. Ndaloni së provuari tension, relaksohuni, ndjehuni të lehtë.....
11. Vazhdoni të merrni frymë thellë.....
12. Vazhdoni të relaksoheni (Lazarus, 1996).....

SHËNIME

Disa teknika imagjinative të përdorura në terapitë psikoanalitike dhe psikodinamike

- Revè Eveillé Dirigè e Desoille

Metoda RED është një metodë psikoanalitike dhe psikoterapeutike post-Frojdiane, e cila konsiston në analizën e riprodhimit dhe përfaqësimit imagjinativ. Kjo metodë u përpunua nga Robert Desoille (1965), me emrin Revè Eveillé Dirigè, përkthyer si ëndërr e drejtuar në fazën e zgjimit. Kjo teknikë lejon qasjen në burimet që subjektet kanë fituar gjatë jetës së tyre. Gjendja mendore e aktivizuar nga RED është një gjendje midis fazës së zgjimit dhe fazës së gjumit. Mund të përkufizohet si një gjendje hipnoide që karakterizohet, në një nivel të sjelljes, nga relaksimi psikomotor, rrajha e qepallave, mbyllja e syve dhe një ndjenjë mirëqënie. Gjendja mendore e RED është më afër gjendjes së zgjuar se sa gjendjes së gjumit dhe ofron dy kushte të cilat subjekti duhet ti plotësojë: ulja e nivelit të kritikës dhe ruajtja e kujtesës së saktë të asaj që ndodh gjatë seancës.

R.E.D është e ndarë në tri faza: prodhimi i një skenari imagjinativ, analiza krahasuese e imagjinatës dhe analiza krahasuese e realitetit.

Desoille në punën e tij me imazhet preferon një stil sistematik dhe të drejtpërdrejtë. Repertori i tij i stimuljve përfshin gjashtë motive me imazhet fillestare përkatëse. Çdo imazh përfaqëson simbolikisht një hapësirë të përvojës psikologjike. Ai sugjeron imazhin fillestar, pastaj i kërkon pacientit të përshkruajë në detaje atë që mund të vizualizojë. Autori pohon se përmes imazheve është e mundur të zbulosh të gjithë gamën e proceseve të zakonshme dhe individuale të reagimeve të subjektit, të cilat më vonë mund të zhvillohen në një fazë

eksperimentimi që përfshin fantazinë dhe ndërtimin e realitetit. Për të, imazhet stimul korrespondojnë me pyetjet e sakta të gjuhës së pavetëdijshme. Gjatë seancave imazhet karakterizohen nga lëvizjet, evolucionet, ndryshimet. Pacientët priren të organizohen rreth tre kategorive bazë: imazhe të jetës reale; imazhe përrallash; imazhe mistike.

Në këtë teknikë direktivat e terapistit përbëhen nga operacionet e mëposhtme:

- orienton subjektin drejt një situatë dhe eksploron imazhet spontane që ai ofron.,
- fton subjektin të lëvizë përgjatë boshtit vertikal, dmth në ngjitje ose në zbritje, dhe horizontalisht, domethënë, e djathtë dhe e majtë.,
- fton për të marrë një qëndrim aktiv në skenarin imagjativ.

Përfundimisht procesi psikoanalitik i Desoille bazohet në:

- përdorimin e imazheve si një funksion origjinar dhe universal i sjelljes njerëzore.,
- regresioni imagjativ, që nënkupton riaktivizimin e rezistencës që pengon ecurinë e analizës.,
- një kornizë fenomenologjike e ndërtuar si nga marrëdhëniet realiste ashtu edhe nga lëvizja imagjinative iluzionare e transfert-it dhe kundërtransfer-it.,
- riparime simbolike.,
- ristrukturimi, ose zhvillimi i një aftësie të re për të strukturuar realitetin.,

-progresioni, që nënkupton shfaqjen e imazheve të reja aktive që kanë rolin e përforcimit dhe që nënkuptojnë një hapje më të madhe ndaj afektivitetit dhe perceptimit të vetes (Widmann, 2006).

-Guided affective imagery

Teknika e Leuner-it (1969) bazohet në parimet psikoanalitike dhe përdor ëndrrën me sy hapur, të udhëhequr nga terapeuti, si një mjet për të arritur dinamikat e paravetëdijes dhe duke u mbështetur në kreativitetin e pacientit për të zgjidhur problemet e tij. Ajo bazohet në supozimin se gjendja imagjinare shpreh emocione, të projektuara në mënyrë të menjëhershme dhe të dukshme, por më shpesh në mënyrë simbolike. Ëndrra me sy hapur e nxitur nga terapeuti çon në imazhe simbolike, shpesh të mbushura me emocione dhe kuptime. Konfliktet, traumat dhe gjendje të tjera psikike mund të ri-përjetohen nga subjekti, i cili në një gjendje hipnoide, mund të ketë akses në kreativitetin dhe vitalitetin e tij. Stimujt e përdorur nga Leuner janë projektivë. Imazhet e sugjeruara shërbejnë për të strukturuar fantazitë që përfshijnë materiale psikodinamike të një rëndësie të caktuar. Faza psikodiagnostike ndryshon nga faza terapeutike. Leuner e konsideron rritjen e reagimit emocional si qendror në fazën terapeutike, aty ku faza diagnostike është e përshtatshme për të marrë sa më shumë informacione që të jetë e mundur në një kohë të shkurtër.

Shumë e rëndësishme në këtë teknikë është rëndësia themelore që i jepet identifikimit empatik të terapistit. Pas sjelljes së pacientit në një gjendje relaksimi, terapeuti përpiket të sjellë imagjinatën e pacientit në disa skenarë dhe përpiket të flasë me të që ta bëjë të përshkruajë dhe t'i kushtojë vëmendje të gjitha elementeve të rëndësishëm simbolikë që

mund të dalin nga përshkrimi i pacientit. Temat e sugjeruara nga terapeuti janë skenarë simbolike, të cilat shërbejnë për të aktivizuar imagjinatën e pacientit, duke i dhënë atij mundësinë për t'i mbushur me imazhe kuptimplota për të.

Veprimi terapeutik qëndron në të gjithë procesin e seancës, nga relaksimi në prodhimin e imazheve, nga kontaktet dhe përshkrimet e imazheve në përpjekjen për të krijuar situata të rehatshme edhe me imazhe të pakëndshme, në përpjekjen për të zgjidhur me imagjinatën pengesat me ndihmën e terapistit, identifikimin e strategjive të ndryshme që pacienti nuk i sheh për zgjidhjen e situatave të rrezikshme, përpjekja që të pajtojë pacientin në një mënyrë imagjinative me njerëz ose objekte që janë çështje të pazgjidhura të së tashmes ose të së kaluarës dhe pastaj jepet një përpunim i përbashkët i seancës, duke lënë jashtë interpretimet që mund të aktivizojnë ngritjen e barrierave mbrojtëse. Në të gjitha këto procese, rëndësi të madhe i kushtohet përvojës emocionale të pacientit dhe marrëdhënies empatike midis pacientit dhe terapistit.

-Oniroterapia

Kjo metodë përdor fantazitë vizuale në formë narrative për të marrë informacione mbi sistemin motivues të individit, duke përfshirë elementë konfliktualë, shtrembërimin perceptual, vetë-perceptimin dhe kujtimet e para. Individu përgatitet të përdorë imagjinatën vizuale në kushte që nxisin relaksimin. Kjo teknikë përfshin trajnimin autogjen. Imazhi fillestar shoqërohet nga një gjendje hipnoide e ndërgjegjes. Pacienti përqëndrohet në përvojën e tij imagjinative, në vend të përqëndrimit në kushtet sociale dhe mjedisore të trupit. Oniroterapia përdor produktin e imagjinatës vizuale së bashku me asocimin,

diskutimin dhe interpretimin. Kontributi verbal i pjesëmarrësve luan një rol të rëndësishëm në gërmimin e kuptimit të imazhit. Supozimi kryesor është se simbolizmi në imazhet vizuale përbën një gjuhë emocionale që mund të shprehë motive të pavetëdijshme.

- Analiza imagjinative

Është një teknikë imagjinative që bazohet në doktrinën psikoanalitike, përdor jo vetëm gjuhën verbale, por edhe gjuhën e trupit dhe të imazheve. Pra, mbështetet nevoja për të kaluar nga puna terapeutike mbi imazhet në punën me imazhet. Fillon me asocimet e lira të pacientit. Teknika rrjedh nga termi relacional dhe përfaqëson evolucionin natyror që synon thellimin e përvojës emocionale përmes regresionit, ankthit, emancipimin nga fajësia, fitimi i subjektivitetit dhe rimëkëmbja e aftësisë krijuese. Terapisti përpiqet të mbledhë përmbajtjen latente duke përdorur shtratin.

Në analizën imagjinative, përvojat somatike kuptohen si pararendës të imazheve, përmes induksionit të tyre kalohet në përvojat emocionale. Imagjinata luan një rol themelor në procesin e përfaqësimit të botës së brendshme të pacientit me afeksionet dhe dëshirat e tij, me mekanizmat e saj mbrojtës dhe përmbajtjet transferale. Funkcioni i kontrollit të terapeutit është thelbësor.

Pacienti përballlet me strukturat e tij mbrojtëse përmes konteksteve imagjinative. Analiza imagjinative lëviz me rrjedhshmëri midis niveleve të imagjinatës, të së vërtetës, të trupit dhe të relacioneve. Imazhet flasin gjuhën e trupit, kanë të njëjtën ngjyrë të marrëdhënies, janë të shënuara nga të njëjtat përvoja që karakterizojnë sjelljen.

-Teknika imaginative e analizës së thellësisë

Kjo teknikë u teorizua nga Leopoldo Rigo. Sipas kësaj teknike ka disa faza në të cilat shpalosen imazhet e ëndrrave. Ego-ja angazhohet në elaborimin e një konflikti, fiton kontroll të pjesshëm mbi figurat antagoniste, i nënshtrohet fuqisë së figurave të tjera dhe pastaj fillon përsëri nga një konflikt tjetër. Ëndrra përbën një tendencë për vetë-kurim dhe vetë-zhvillim.

Kjo metodë është shumë e ngjashme me RED e Desoille. Është Rigo që futi RED dhe oniroterapinë në kulturën italiane. Por ndryshe nga RED ka propozuar braktisjen e sugjerimeve të ngjites dhe të zbritjes. Në këtë metodë është e mundur që ngritjet dhe zbritjet të ndodhin, por vetëm nëse kjo ndodh spontanisht gjatë fazës së eksplorimit të imazheve të pacientit. Pozita aktive e subjektit rritet dhe tranzicioni në gjendjen semionirike përgatitet me relaksim. Imazhet e një ëndrrë ose të një seance përdoren për të zhvilluar një temë, por nuk përdoren arsye të paracaktuara diagnostike. Subjekti lë veten të lirë të nisë nga imazhi i parë që paraqitet para syve të tij. Trajtohet më shume lidhja me jetën reale të subjektit dhe futet një spontanitet më i madh. Terapisti mund t'i propozojë pacientit të eksperimentojë në eksperiencë kinestetike, gjë që e udhëheq subjektin të përballet me konfliktualitetin e tij, mbrojtjen e tij në një plan imagjativ dhe simbolik. Përmbajtja e parë që shfaqet gjatë fazave të hershme të përqendrimit është zakonisht një përjetim, një imazh i lidhur me trupin: shtrembërimet, asimetritë që nuk lidhen me gjendjen objektive të trupit, por me "fantazmën" e trupit. Gjatë fazës së ristrukturimit egoja forcon veten në mënyrë që të mos largohet nga këto fantazma, të cilat në nivel terapeutik përkthehen në transformimin pozitiv të skenarit, domethënë në këtë fazë ristrukturohet

fantazma. Roli i terapistit është të stimulojë disa procese imagjinate të valorizuara nga kjo metodë, të tilla si regresioni i drejtpërdrejtë, simbolik, spontan dhe i sugjeruar, realizimi simbolik dhe riparimi i fantazmave, funksioni aktiv i egos gjatë fazës së konfliktit.

Kjo teknikë mund të përdoret në grupe të vogla, duke e vendosur grupin në tokë në formë ylli me kokat e pjesëmarrësve që prekin njëri-tjetrin. Grupi lejohet të nisë nga imazhi i një prej pjesëmarrësve ose nga një propozim i terapistit dhe ta ndjekë atë (Widmann, 2006).

Teknikat e vizualizimit dhe gjendjet e alteruara të vetëdijes

Imazhet kryejnë shumë funksione, aktivitete që ndodhin kur njerëzit janë të vetëdijshëm dhe kur nuk janë. Imazhi është mjaft efektiv në provokimin e ndryshimeve në gjendjen e zgjuar. Megjithatë, për të arritur suksesin maksimal kërkohet një ndryshim i gjendjes së ndërgjegjshme. Këto gjendje quhen gjendje të alteruara të vetëdijes. Në çdo situatë ku proceset që përbëjnë vetëdijen të tilla si kujtesa, perceptimi, vëmendja, emocionet nuk funksionojnë më në mënyre optimale, kemi të bëjmë me atë që quhet një gjendje e alteruar e gjendjes së zakonshme të ndërgjegjes. Gjendja e zakonshme mund të konsiderohet si ajo gjendje në të cilën ndodhet një subjekt gjatë kryerjes së aktiviteteve normale të jetës së përditshme, është plotësisht i vetëdijshëm për veprimet që po bën dhe për atë që po ndodh rreth tij. Gjendja e alteruar është ajo në të cilën subjekti nuk është në dijeni të mjedisit rrethues ose ka një kontroll të pjesshëm ose aspak të shqisave të tij, në atë masë që percepton të shtrembëruara ndjenjat e tij dhe gjithçka që sheh dhe i ndodh. Duke qenë një gjendje fiziologjike e organizmit, çdo individ në rrjedhën e jetës së tij mund të përjetojë një gjendje të alteruar. Ka disa mekanizma që mund të nxisin këtë përvojë. Qëndrimi në të

njëtin pozicion për një kohë të gjatë bën që receptorët e trupit të mësohen dhe truri nuk merr më ndjesitë e prekjes dhe të lëvizjes prej tyre, në këtë mënyrë nuk ka më vetëdije të saktë të trupit, ky është një shembull i një gjendjeje të alteruar. Hyhet në një gjendje të alteruar të vetëdijes kur ekspozohesh ndaj atyre mekanizmave që mund të ndryshojnë funksionimin normal të veprimtarisë së të gjitha proceseve konjitive dhe të cilat përcaktojnë një modifikim të vetëdijes së vetes dhe të botës përreth. Nga këndvështrimi fiziologjik dallimi në gjendjen e ndërgjegjes varet nga shpejtësia me të cilën truri përpunon informacionin. Nëse truri përpunon shpejt një sasi të madhe mesazhesh në hyrje, vendoset një gjendje e hiperaktivitetit neurovegetativ me ndjenja axhitimi dhe ekzaltimi emocional. Nëse informacionet në hyrje janë minimale dhe shpejtësia e përpunimit reduktohet, vendoset një gjendje hipoaktivizimi neurovegetativ me ndjesi relaksimi ose qetësimi të thellë emocional. Këto gjendje udhëtojnë përgjatë një vazhdimësie dhe çdo subjekt mund të lëvizë nga një gjendje në tjetrën në një kohë shumë të shkurter. Këto gjendje provokohen nga metoda të shumta (Korn dhe Johnson, 1983). Teknika të tilla si induksioni hipnotik, relaksimi progresiv, trajnimi autogjen, meditimi dhe të tjerë janë të afta të provokojnë përvojat subjektive dhe fiziologjike që karakterizojnë gjendjet e ndryshuara të vetëdijes. Tiparet kryesore të tyre janë relaksimi mendor dhe relaksimi fizik. Këto gjendje janë të vetë-nxitura, të sigurt dhe prodhojnë ndryshime fiziologjike në përgjigjen relaksuese, ndryshime që modulojnë efektet e dëmshme të reagimit stresues. Në këtë perspektivë imazhet ndahen në tri parametra që janë:

- 1) imazhe spontane ose të induktuara.,
- 2) imazhe konkrete ose abstrakte.,

3) imazhe të përgjithshme ose specifike.

Për një përdorim personal dhe profesional i sugjerohet pjesëmarrësve të mësojnë së pari një metodë të induksionit dhe pastaj ta forcojnë atë me imazhe të induktuara, konkrete ose të përgjithshme. Pasi kjo metodë praktikohet dhe përsoset, imazhi përfundimtar që korrespondon me imazhin që individi dëshiron të fitojë, dhe procesi imagjektiv që korrespondon me metodën me të cilën mund të fitohet imazhi përfundimtar, mund të shtohen në seksionin eksperimental.

Disa CBT që përdorin IM

- Gjendja fillestare

Teknikat konjitive-komportamentale zbatohen në një gjendje relaksimi. Një nga procedurat për arritjen e kësaj gjendjeje është relaksimi progresiv i Jacobson (1938) i rishikuar nga Wolpe. Pacienti udhëhiqet nga terapeuti për të mësuar se si të relaksojë pjesët individuale të trupit. Terapisti është direktiv, jep indikacione, përshkruan ndjesi. Pacienti mëson të përjetojë jo vetëm relaksim muskular, por edhe një gjendje qetësie dhe relaksimi. Pas kësaj faze fillestare të trajnimit, procedura imagjorative vazhdon.

- Self-watching

Në këtë teknikë, vetë-vëzhgimi përdoret për të ndryshuar zakonet dhe detyrimet. Pacienti mësohet të identifikojë faktorët që paraprijnë, mbështesin dhe shoqërojnë motivimin që çon në sjellje kompulsive dhe teknikat për modifikimin e këtyre situatave. Pacienti duhet të mbajë një ditar të sjelljes, ku do të regjistrojë çdo shembull të sjelljes kompulsive të

zakonshme dhe rrethanës së saktë në të cilën ndodh. Kjo favorizon identifikimin e kujtimeve të mëparshme të ngjarjeve, mendimeve dhe ndjenjave që ndikojnë në sjellje. Pacienti ndihmohet për të zhvilluar strategji për t'u përballuar me këto kujtime të mëparshme. Më pas, pacienti ftohet të përballlet me kujtimet e mëparshme në vend që t'i shmangë ato. Një pjesë themelore e kësaj qasjeje është identifikimi i kënaqësive alternative, pasi është më e lehtë t'i rezistosh detyrimeve nëse ato paraprihen nga kënaqësitë alternative.

- Desensitizim sistematik

U projektua nga Wolpe në vitin 1958. Është një teknikë terapeutike që bazohet në konceptin se nëse është e mundur të sigurohet që në prani të një stimuli ankthioz ka një përgjigje antagoniste ndaj ankthit (një gjendje e relaksimit muskular, një imazh i këndshëm), i cili është në kontrast me përgjigjen ankthioze, dobësohet lidhja mes stimulit dhe vetë ankthit. Pra, duke e asociuar përfaqësimin e një situatë që gjeneron ankth me një gjendje relaksimi dhe një imazh të këndshëm, është e mundur që të frenohet reagimi i pakëndshëm emocional. Një sërë situatash ankthiogjene janë identifikuar dhe është vendosur një hierarki sipas shkallës së ankthit që ata shkaktojnë. Pacienti nën drejtimin e terapistit përfytyron këto situata duke filluar nga niveli më i ulët i ankthit. Hapi i parë është një vizualizim paraprak, në të cilin pacientit i kërkohet të vizualizojë një skenë neutrale. Kjo shërben për të testuar nivelin e ankthit të pacientit dhe për t'i mësuar të kujtojë në një gjendje të relaksuar. Terapisti mund të fillojë të hetojë nivelin e reagimit të pacientit, predispozicionit, lehtësisë ose vështirësisë në përdorimin e imazheve, si dhe të identifikojë imazhet që pacienti përdor më mirë. Pas seancës së parë, fillohet me nivelin më të ulët të hierarkisë së ankthit. Sugjerohet një skenë relaksuese për pacientin dhe nëse ekziston

ndonjë shqetësim pacienti ia komunikon terapistit. Vazhdohet me vizualizimin e nivelit më të ulët të hierarkisë ankthioze për disa seanca, të mbështetura gjithmonë nga skena të relaksuara, në mënyrë që ankthi të zbutet nga përvojat e relaksimit. Nëse niveli i parë nuk është shumë ankthioz, mund të kalohet në të dytin. Gjithashtu kjo skenë përsëritet dhe përshkruhet nga terapisti disa herë dhe shoqërohet me relaksim. Kjo vazhdon derisa nivelet hierarkike të identifikuara të jenë shterur. Sipas Wolpe intervali mes skenave që i dedikohen dëgjimit të relaksimit duhet të jetë midis dhjetë apo njëzet sekonda, më shumë në rastin e skenave shqetësuese. Është e rëndësishme që pacienti të komunikojë nëse sikleti është i madh dhe se i imagjiron skenat në mënyrë të gjallë dhe realiste, sepse imazhet që formohen, por nuk kanë karakter realiteti, janë pak efektive.

- Kushtëzim pozitiv

Kjo teknikë përdor asocimin e imazheve dhe ndjenjat e këndshme në një ndjesi të caktuar. Vizualizimi i imazheve pozitive përdoret për të ndihmuar pacientin të kapërcejë ankthin, fobitë, ndjesitë e pakëndshme. Forma më e thjeshtë është të imagjinosh ndjenja mirëqënie në skenarë të këndshëm, zakonisht me përmbajtje natyrore. Imazhet mund të përdoren si një përforsim pozitiv i qëndrimeve që subjekti imagjiron të adoptojë. Subjektit i kërkohet të imagjinojë situata problematike, por ti imagjinojë ato në mënyrë pozitive, domethënë të përballet me situatën dhe ta lidhë atë me një situatë mirëqënieje.

-Trajnimi afirmativ

Në këtë procedurë pacienti ftohet për t'u çlodhur dhe të imagjinojë një situatë problematike. Pas vizualizimit të skenës, imagjiron të shprehë verbalisht dhe në mënyrë të përsëritur

ndjenjat që ai nuk shfaq kurrë. Mungesa e shprehjes së ndjenjave pozitive mund të shoqërohet me reagime ankthi.

-Sensibilizimi imagjativ

Subjekti ftohet të imagjinojë sjelljen që duhet eliminuar së bashku me diçka të pakëndshme. Imazhet udhëhiqen nga terapeuti i cili specifikon detajet. Kjo teknikë përdoret p. sh. me personat bulimikë, të cilëve u kërkohet të hapin frigoriferin jashtë vakteve dhe të preken nga ndjesia e përzierjes së stomakut.

-Shuarja (zhdukja) imagjinative

Subjektit i kërkohet të imagjinojë një sjellje pa ndjekur asnjë përforsim pozitiv. Përdoret p. sh. me etilistët, të cilëve i kërkohet të imagjinojnë të pinë dhe të perjetojnë ndjenjat e dehjes që provojnë zakonisht.

-Flooding

U përkufizua nga Polin (1959) si një terapi shoku. Konsiston në imagjinimin e një situatë ankthi dhe në përjetimin e saj intensivisht me të gjitha nuancat emocionale që ajo sjell. Ky imazh zgjatet deri në kufirin e durimit dhe subjekti duhet të evitojë zbatimin e strategjive të zakonshme që ai përdor në situata të tilla siç janë arratisja ose shmangia.

-Modelim

Është një teknikë imagjinative përmes së cilës individi përpqet të rimodelojë një sektor të sjelljes së tij. Pasi identifikohet sjellja që do të modelohet, terapeuti i kërkon subjektit, gjithmonë në një gjendje relaksimi, të imagjinojë se si lëviz, çfarë mendon dhe ndjen

personi që ai po imagjinon. Kur ky person vizualizohet, terapeuti propozon një situatë më të vështirë (p.sh. ky person ndërvepron me dy të tjerë). Zgjedhja e situatave bëhet sipas kriterit hierarkik. Kur subjekti mund të imagjinojë dy ose tre situata, atij i kërkohet të zëvendësojë veten me personin e imagjinuar dhe të përpiqet të imagjinojë të sillet në të njëjtën mënyrë.

-Coping imagery

Në këtë teknikë, subjekti duhet të imagjinojë përballjen me disa situata. Hapi i parë është identifikimi i mendimeve që provokojnë gjendjen e shqetësimit, pastaj vazhdohet me trajnimin e subjektit për t'i zëvendësuar ato me deklarata të përshtatshme për të prodhuar sjellje adaptive.

-Stress inoculation

Meichenbaum (1977), bazuar në imazhet coping, ka përpunuar këtë teknikë. Është një metodë psikoterapeutike e destinuar për t'i ndihmuar pacientët të përgatiten paraprakisht për të menaxhuar me sukses ngjarjet stresuese.

Kjo teknikë është e ndarë në tri faza:

- 1) Faza edukative. Subjekti trajnohet për automonitorim, për të identifikuar se cilat situata shkaktojnë ankth ose shqetësim dhe si ndodhin. Në këtë mënyrë pacienti mëson të njohë situatat stresuese dhe stilin e tij të reagimit ndaj ankthit;
- 2) Faza e testimit. Subjekti mëson alternativa reale dhe funksionale për t'u marrë me situatat ankthioze dhe gradualisht i zëvendëson ato në vend të reagime automatike;

3} Trajnimi i aplikacioneve: Në këtë fazë subjekti eksperimenton, gjithmonë në modalitetin imagjinativ, aftësi të reja përballuese në situata gjithnjë e më të shqetësura.

-Dekatastrofizimi i imazhit:

Kjo teknikë synon të mësojë pacientin të qetësojë imazhet që prodhojnë ankth përmes përshkrimit dhe riformulimit të tyre. Pacienti udhëhiqet në identifikimin e karakteristikave më pak të mundshme të imazheve në mënyrë që t'i bëjë ato të përshtatshme.

-Turn off

Në këtë teknikë pacienti mëson të ndërpresë fantazinë në të cilën ai është zhytur përmes një inputi sensorial p.sh një trokitje duarsh. Kur fantazia ndërpritet, ankthi reduktohet dhe subjekti mund të trajnohet për të zëvendësuar fantazinë e ankthit me një fantazi të këndshme.

-Projektimi në kohe

Në këtë teknikë subjektit i paraqitet në mënyrë të përsëritur fantazia shqetësuese me qëllim modifikimin e saj në një kuptim më adekuat të realitetit. Ndryshimi i përmbajtjes së fantazisë ndryshon qëndrimin e subjektit ndaj problemit të paraqitur dhe rrjedhimisht redukton nivelin e ankthit.

Në përfundim, midis një ngjarjeje stimuluese dhe reagimit emocional lindin mendime, ide, qëndrime, vlera dhe opinione të mbushura me imazhe mendore që kushtëzojnë jetën e çdokujt pozitivisht ose negativisht. Emocionet shoqërohen në mënyrë të pashmangshme nga një gamë e gjerë imazhesh dhe përfaqësimesh.

